

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN HẠ ĐƯỜNG MÁU NẶNG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2021

Nguyễn Đình Lễ*, Đặng Văn Chức*, Phạm Thị Vân*, Vũ Minh Thu*,
Bùi Lê Tuấn*, Đỗ Thị Hồng Thắm*, Lữ Thị Xinh*, Nguyễn Văn Đẹp*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu tiến hành nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến hạ đường máu nặng ở trẻ sơ sinh năm 2021 tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng gồm 158 trẻ sơ sinh được chẩn đoán là hạ đường máu và phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Có phải 151 trẻ này đều hạ đường máu nặng hay không? Mâu thuẫn gì với một bản thảo về lâm sàng, xét nghiệm và nguyên nhân hạ đường máu sơ sinh

Kết quả và kết luận. Một số yếu tố liên quan đến hạ glucose máu nặng ở đối tượng nghiên cứu trên : Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với hạ glucose máu nặng gồm cân <2500g (OR=4,1), đẻ non (OR=2,7), mẹ mắc bệnh tiểu đường thai kỳ (OR=9,7), đa hồng cầu (OR=6,5), cho ăn muộn (OR=4,7), hạ thân nhiệt (OR=3,1), Apgar lúc sinh thấp (OR=4,7), mẹ mắc bệnh khi có thai (OR=6,3) và mẹ mổ đẻ (OR=11,3). Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với hạ glucose máu nặng gồm giới của con và tuổi mẹ.

Từ khóa: Hạ đường máu, yếu tố liên quan, bệnh viện trẻ em, sơ sinh

SUMMARY

SOME RISK FACTORS OF SEVERE NEONATAL HYPOGLYCEMIA AT HAIPHONG CHILDRENS' HOSPITAL IN 2021

Objectives. The study was done to describe clinical and paraclinical features causes and remark on some risk factors of neonatal hypoglycemia at Haiphong Childrens' hospital in 2021. **Subjects and methods.** The studied subjects included 158 neonates with hypoglycemia and the method was a cross-sectional study. **Results and conclusions.** Some risk factors were significantly associated with hypoglycemia including birth weight less than <2500 g (OR=4.1), prematurity (OR=2.7), maternal gestational diabetes (OR=9.7), polycythemia (OR=6.5), late breastfeeding (OR=4.7), hypothermia (OR=3.1), low Apgar score at birth (OR=4.7), maternal diseases during pregnancy (OR=6.3), and caesareans (OR=11.3). Some risk factors were not significantly associated with hypoglycemia including sex and maternal age.

Keywords: Hypoglycemia, Haiphong childrens'hospital, premature infant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ glucose máu (HGM) là một trong những vấn đề về chuyển hóa thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh, đặc biệt ở những trẻ sơ sinh có nguy cơ cao [1].

Nên dùng thống nhất một khái niệm trong một bản thảo: HGM hoặc HDM

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức
Email: dvchuc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 25.5.2022

HGM để lại nhiều hậu quả cho trẻ sơ sinh nhất là tổn thương hệ thần kinh trung ương. Phần lớn HGM ở trẻ sơ sinh là không triệu chứng, nếu có thường là những biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Tuy nhiên nếu bệnh được phát hiện sớm và điều trị kịp thời trẻ hồi phục nhanh và không để lại di chứng.

Tỷ lệ HGM ở các nghiên cứu là rất khác nhau. Trong nghiên cứu của Zanardo V. [2] tỷ lệ này là 35%.

Trẻ sơ sinh là một đối tượng nguy cơ cao, một trong nguy cơ đó là HGM. Trên lâm sàng tình trạng HGM thường bị bỏ qua chỉ đến khi xét nghiệm tình cờ mới phát hiện ra.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng gần đây được trang bị trang thiết bị y tế hiện đại giúp các bác sỹ phát hiện được nhiều tình trạng bệnh nhất là ở trẻ sơ sinh mà trước kia chưa có điều kiện phát hiện được. Đường huyết của trẻ sơ sinh là xét nghiệm hiện nay đã được làm thường qui, theo quan sát của chúng tôi, có khá nhiều trẻ sơ sinh bị HGM cho tới khi được làm xét nghiệm. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Mô tả một số yếu tố liên quan đến HGM nặng ở trẻ sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1-9/2021” với mục tiêu sau:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến hạ glucose máu nặng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1-9/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ trẻ sơ sinh từ 0 - 28 ngày tuổi và mẹ của các cháu vào điều trị tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng vì các lý do khác nhau trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Trẻ sơ sinh 0-≤ 28 ngày tuổi.

- Mẹ các cháu đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Được chẩn đoán HGM : tài liệu tham khảo này từ năm 1990, lý do nào tác giả tham khảo một tài liệu cũ kỹ như vậy?

+ Trẻ ≤ 3 ngày: [Gm]TM < 1,6 mmol/L

+ Trẻ > 3 ngày: [Gm]TM < 2,2 mmol/L

(bất kể tuổi thai, cân nặng của trẻ)

- Tiêu chuẩn hạ Glucose máu nặng: Theo Hartman (1937) có nên tham khảo một tài liệu từ năm 1937 không? Mặt khác tác giả này không có trong danh mục tài liệu tham khảo như vậy là vi phạm nguyên tắc: HGM được chia ra 3 mức độ theo nồng độ glucose trong máu: nhẹ (40 – 60 mg/dl), trung bình (20 – 40 mg/dl), nặng (< 20 mg/dl). Nên dùng thống nhất một đơn vị đường máu trong một bài báo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ngoài độ tuổi nghiên cứu.
- Bố mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân sử dụng các thuốc làm HGM

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu năm 01/1/2021 đến 30/09/2021.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu chỗ 151 chỗ 158 đề nghị tác giả trả lời (1) 151 hay 158?; (2) có phải tất cả các bệnh nhân này đều giảm nặng hay không? (3) Có cần phải phân tích lại số liệu hay không vì có mâu thuẫn với một bản thảo cùng thời gian, cùng địa điểm.

Cỡ mẫu gồm 151 cặp mẹ và sơ sinh được chẩn đoán HGM theo tiêu chuẩn để nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến HGM nặng. Các bệnh nhân được thu thập theo phương pháp tiện ích không xác suất có nghĩa là bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chúng tôi để ra sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.4.3. Chỉ số biến số nghiên cứu

2.4.3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Gồm tuổi (ngày), giới, địa dư, cân khi sinh, tuổi thai, thứ tự con, phương pháp sinh, tuổi mẹ, nghề mẹ, học vấn mẹ.

2.4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến hạ glucose máu nặng

Gồm hạ Glucose máu nặng khi nồng độ glucose khi vào viện <20 mg/dL tương đương $<1,1$ mmol/L, giới, tuổi thai <37 tuần, p khi sinh <2500 g, mẹ tiểu đường thai kỳ (Glucose lúc đói ≥ 92 mg/dL tương đương $5,1$ mmol/L, Glucose thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL tương đương $10,0$ mmol/L, ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL tương đương tiêu đường $8,5$ mmol/L), đa hồng cầu, bú mẹ muộn 2 giờ sau sinh, nhiệt độ $<36^{\circ}\text{C}$. Apgar sau sinh thấp, tuổi mẹ <30 tuổi, bệnh mẹ khi có thai: mẹ mắc các bệnh cúm, rubella, sởi, tăng huyết áp, bướu cổ và đái tháo.

2.4.4. Thu thập thông tin

Bệnh nhân là trẻ sơ sinh e rằng tác giả không thể hỏi được

Bệnh nhân được hỏi kỹ bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và sau đó làm xét nghiệm chẩn đoán hạ đường máu, xét nghiệm tìm 1 số nguyên nhân gây hạ đường máu ở trẻ sơ sinh.

Hỏi bệnh, nghiên cứu kỹ hồ sơ chuyên viện để phát hiện 1 số yếu tố liên quan tới hạ

đường huyết nặng ở trẻ sơ sinh.

Khám, hỏi bệnh do tác giả và một số bác sỹ chuyên khoa sơ sinh của Bệnh viện Trẻ em thực hiện.

Các xét nghiệm được tiến hành thực hiện tại Trung tâm xét nghiệm Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2.4.5. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê xã hội học SPSS 22.0 để nhập và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả quá nhiều bảng và thông tin, tác giả nên chất lọc kết quả chính để đảm bảo độ dài và nội dung bản thảo

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 158 trẻ HDM, trong đó trẻ ≤ 1 ngày chiếm 58,9%, 2-3 ngày chiếm 24,1% và trên 3 ngày chiếm 17,1%. Trẻ trai chiếm 63,3%, 76,6% ở ngoại thành, cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g là 53,8% và dưới 2500 g chiếm 46,2%. Có 54,4% trẻ <37 tuần, 45,6% ≥ 45 tuần. Có 31,6% là con thứ nhất, 42,2% con thứ 2 và 25,9% là con đầu. Có 105 chiếm 66,5% trẻ đẻ thường, 32,9% được sinh mổ và 0,6% đẻ chỉ huy. Về tuổi mẹ chúng tôi thấy 6,3% mẹ 19-20 tuổi, 18,4% trẻ 21-25 tuổi, 36,1% từ 26-30 tuổi, 24,7% từ 31-35 tuổi và trên 35 tuổi là 14,6%.

Mẹ là công nhân chiếm 24,1%, nông dân 4,4%, CBVC 17,7%, tự do 45,6%, kinh doanh 8,2%. Mẹ học đại học trở lên chiếm 38%, THCS chiếm 25,3%, THPT chiếm 32,3% và THCS chiếm 4,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến hạ Glucose máu nặng

3.2.1. Một số yếu tố từ phía trẻ

Bảng 3.1. Liên quan giữa giới với HGM nặng

Giới \ Hạ G máu nặng	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Trai	23	23,0	77	77,0	100	1,4 (0,6-3,3) >0,05
Gái	10	17,2	48	82,8	58	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Trẻ trai mắc HGM là 23% cao hơn trẻ gái là 17,2%. Trẻ trai nguy cơ mắc HGM cao hơn trẻ gái 1,4 lần nhưng 95%CI từ 0,6-3,3 và $p>0,05$.

Bảng 3.2. Liên quan giữa cân nặng khi sinh với HGM nặng

Cân \ Hạ G máu nặng	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
<2500 g	24	32,9	49	67,1	73	4,1 (1,8-9,6) <0,05
≥ 2500 g	9	10,6	76	89,4	85	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Nhóm đối tượng <2500 g có tỷ lệ HGM nặng là 32,9% cao hơn so với nhóm đối tượng có cân nặng ≥ 2500 g là 10,6% ($p<0,05$). Đối tượng nghiên cứu có cân nặng <2500 g nguy cơ HGM nặng tăng lên 4,1 lần so với nhóm đối tượng có cân nặng khi sinh ≥ 2500 g và 95%CI từ 1,8 đến 9,6 và $p<0,05$.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi thai với HGM nặng

Tuổi thai (tuần) \ Hạ G máu nặng	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
< 37 tuần	24	27,9	62	72,1	86	2,7 (1,2-6,3) <0,05
≥ 37 tuần	9	12,5	63	87,5	72	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Nhóm đối tượng có tuổi thai dưới 37 tuần có tỷ lệ HGM nặng là 27,9% cao hơn nhóm ≥ 37 tuần là 12,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Những đối tượng dưới 37 tuần nguy cơ HGM nặng tăng gấp 2,7 lần so với những đối tượng sinh ≥ 37 tuần với 95%CI từ 1,2 đến 6,3 và $p<0,05$.

Bảng 3.4. Liên quan bệnh đa hồng cầu với HGM nặng

Đa hồng cầu \ Hạ G máu nặng	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Có	7	58,3	5	41,7	12	6,5 (1,9-21,9) <0,05
Không	26	17,8	120	82,2	146	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Đối tượng mắc bệnh đa hồng cầu mắc HGM nặng là 58,3% cao hơn đối tượng không mắc đa hồng cầu là 17,8% với $p < 0,05$. Đối tượng mắc đa hồng cầu nguy cơ HGM nặng tăng gấp 6,5 lần so với đối tượng không mắc đa hồng cầu và 95%CI từ 1,9 đến 21,9 và $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa cho ăn muộn với HGM nặng

Hạ G máu nặng Cho ăn muộn	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
>2 giờ	24	34,8	45	65,2	69	4,7 (2,0-11,1) <0,05
≤ 2 giờ	9	10,1	80	89,9	89	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Đối tượng được cho ăn muộn sau 2 giờ sau đẻ có tỷ lệ HGM nặng là 34,8%, đối tượng ăn trước 2 giờ tỷ lệ HGM nặng là 10,1% và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. Đối tượng ăn muộn sau sinh nguy cơ mắc HGM nặng tăng lên 4,7 lần so với những đối tượng ăn sớm với 96%CI từ 2,0 đến 11,1 và $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa hạ thân nhiệt với HGM nặng

Hạ G máu nặng Hạ nhiệt độ	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Có	18	34,0	35	66,0	53	3,1 (1,4-6,9) <0,05
Không	15	14,3	90	85,7	105	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Đối tượng sinh ra có hạ nhiệt độ mắc HGM nặng là 34% trong khi đó trẻ không hạ nhiệt độ mắc HGM nặng là 14,3% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng hạ nhiệt độ nguy cơ HGM nặng tăng lên 3,1% với 95%CI từ 1,4 đến 6,9 và $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Liên quan giữa Apgar khi sinh thấp với HGM nặng

Hạ G máu nặng Apgar thấp	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
< 7 điểm	11	47,8	12	52,2	23	4,7 (1,8-12,0) <0,05
≥ 7 điểm	22	16,3	113	83,7	135	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Đối tượng có Apgar lúc sinh < 7 có tỷ lệ HGM nặng là 47,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với đối tượng có Apgar lúc sinh ≥ 7 điểm là 16,3% ($p < 0,05$). Đối tượng có Apgar thấp nguy cơ mắc HGM nặng tăng lên 4,7 lần so với đối tượng có Apgar ≥ 7 với 95%CI từ 1,8 đến 12,0 và $p < 0,05$.

3.2.2. Yếu tố từ phía mẹ

Bảng 3.8. Liên quan giữa bệnh mẹ khi có thai với HGM nặng Đái tháo đường thai kỳ, viêm phổi, bệnh suy/cường giáp) tác giả cần làm rõ bệnh gì? Không phải bệnh nào của mẹ cũng gây hạ đường máu nặng ở trẻ

Hạ G máu nặng Bệnh mẹ	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Có	22	20,0	30	80	52	6,3 (2,7-14,5) <0,05
Không	11	10,4	95	89,6	106	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Con của bà mẹ có bệnh khi có thai mắc HGM là 20,0% so với con của bà mẹ không có bệnh khi có thai là 10,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Con của mẹ có bệnh khi có thai nguy cơ HGM nặng tăng lên 6,3 lần so với con của mẹ không mắc bệnh khi có thai với 95%CI từ 2,7 đến và $p < 0,05$.

Bảng 3.9. Liên quan giữa đẻ mổ với HGM nặng

Hạ G máu nặng Đẻ mổ	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Có	25	48,1	27	51,9	52	11,3 (4,6-27,9) <0,05
Không	8	7,5	98	92,5	106	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Con mẹ mổ đẻ mắc HGM nặng là 48,1% trong khi đó con của mẹ không mổ đẻ HGM là 7,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Con của mẹ mổ đẻ nguy cơ HGM nặng tăng lên 11,3 lần so với con của mẹ không mổ đẻ với 95%CI từ 4,6 đến 27,9 và $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Liên quan giữa mẹ tiểu đường thai kỳ với HGM nặng

Hạ G máu nặng ĐTĐ thai kỳ	Hạ Glucose máu nặng		Không		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Có	8	66,7	4	33,3	12	9,7 (2,7-34,6) <0,05
Không	25	17,1	121	82,9	146	
Tổng	33	20,9	125	79,1	158	

Nhận xét. Đối tượng là con của mẹ ĐTĐ thai kỳ có tỷ lệ HGM nặng là 66,7% cao hơn tỷ lệ HGM nặng của đối tượng có mẹ không bị tiểu đường thai kỳ là 17,1% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng có mẹ ĐTĐ thai kỳ nguy cơ mắc HGM nặng tăng lên 9,7 lần so với đối tượng không có

mẹ ĐTĐ thai kỳ với 95%CI từ 2,7 đến 34,6 và $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Thông tin đối tượng nghiên cứu cho thấy gần 60% bệnh nhân vào viện ngày đầu sau

sinh, ngày thứ 2-3 là 24,1%, trên 3 ngày chiếm 17,1%, 63,3% bệnh nhân HGM là trẻ trai. Tỷ lệ trai/gái là 1,7 :1. Có 76,6% bệnh nhân nguồn gốc từ nông thôn, chỉ có 23,4% bệnh nhân từ thành thị. Có 46,2% bệnh nhân có cân nặng khi sinh <2500 g, 54,4% bệnh nhân có tuổi thai <37 tuần, 42,4% bệnh nhân là con thứ 2, 31,6% là con đầu và 25,9% là con thứ 3. Có 32,9% trẻ sinh mổ, 66,5% đẻ thường và có 0,6% đẻ chỉ huy.

Số bệnh nhân vào trong 24 giờ đầu chiếm tỷ lệ cao 58,9% phù hợp với nhận xét của Nguyễn Mai Lan (năm 2013) là 69,9% [3].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến hạ glucose máu nặng ở đối tượng nghiên cứu trên

4.2.1. Yếu tố từ phía con

Bảng 3.1 cho thấy cân nặng của trẻ lúc sinh < 2500 g nguy cơ HGM tăng lên 4,1 lần so với trẻ có cân nặng khi sinh ≥ 2500 g với 95%CI từ 1,8 đến 9,6 và $p < 0,05$. Theo bảng 3.25 trẻ sinh < 37 tuần nguy cơ HGM nặng tăng lên 2,7 lần so với nhưng trẻ sinh ≥ 37 tuần với 95%CI từ 1,2 đến 6,3 và $p < 0,05$.

Những trẻ đẻ cân nặng thấp và có đẻ non thuộc nhóm nguyên nhân giảm dự trữ hoặc giảm sản xuất glucose máu. Nguyên nhân thường do mẹ cung cấp cho trẻ thiếu và dự trữ glycogen trong gan của trẻ thấp. Do đó sau sinh lượng glucose mẹ sang con bị cắt đứt và trẻ bị HGM.

Theo nghiên cứu của Dhananjaya CD và Kiran B [4] thì trong số tất cả 900 trẻ sơ sinh nhập viện, có 38 trẻ có hạ glucose máu chiếm tỷ lệ 4,2%. Trong số trẻ nhập viện, trẻ sơ sinh non tháng có 84 trẻ, tỷ lệ hạ glucose máu của nhóm trẻ này là 10/84 trẻ chiếm 11,9% cao hơn so với nhóm trẻ sinh đủ tháng. Trẻ có cân nặng lúc sinh thấp so với tuổi thai là 122 trẻ, tỷ lệ hạ glucose máu của

nhóm trẻ này là 14,75%. Trong số những trẻ sơ sinh non tháng, tỷ lệ hạ glucose máu ở nhóm trẻ có cân nặng thấp so với tuổi thai là 25% ($p < 0,001$). Như vậy, sơ sinh có cân nặng lúc sinh càng thấp thì tỷ lệ hạ glucose máu càng cao.

Trẻ đẻ non dễ bị hạ glucose máu hơn so với trẻ đủ tháng do: thứ nhất, năng lượng dự trữ lúc sinh, cả dự trữ glycogen ở gan và mỡ, đều giảm mạnh; thứ hai, có bằng chứng chỉ ra rằng nồng độ insulin huyết thanh ở trẻ non tháng cao hơn so với trẻ đủ tháng; thứ ba, con đường tân tạo glucose chưa hoàn thiện.

Trẻ đẻ càng non, đặc biệt là với nhóm trẻ dưới 32 tuần, do chức năng gan chưa hoàn thiện nên khả năng dự trữ glycogen càng kém, do đó trẻ càng dễ bị hạ glucose máu. Những trẻ trên 32 tuần khả năng bú mẹ tốt hơn, do đó trong những giờ đầu việc được ăn sớm khiến cho tỷ lệ hạ glucose máu ở nhóm này thấp hơn so với trẻ có tuổi thai dưới 32 tuần. Ngoài ra, trước 27 tuần tuổi thai, dự trữ glycogen không xảy ra do insulin chỉ hoạt động cho đến khi corticoid hoạt động ở ba tháng thứ hai của thai kỳ. Sự tổng hợp glycogen bắt đầu ở ba tháng thứ hai của thai kỳ và tăng dần một cách chậm chạp cho đến 36 tuần tuổi thai. Điều này khiến cho sự hạ glucose máu dễ xảy ra ở trẻ đẻ non, đặc biệt là trẻ dưới 32 tuần tuổi.

Bảng 3.4 liên quan tình trạng đa hồng cầu với HGM nặng. Trong trường hợp này nếu trẻ mắc đa hồng cầu nguy cơ HGM nặng tăng lên 6,5 lần so với trẻ không mắc đa hồng cầu với 95%CI từ 1,9 đến 21,9 và $p < 0,05$.

Theo Paul J. Rozance [5] đa hồng cầu là yếu tố nguy cơ của hạ đường máu. Bệnh đa hồng cầu làm tăng cao sử dụng glucose do tăng khối lượng hồng cầu, do có tình trạng tăng hồng cầu quá mức ở trẻ sơ sinh non

tháng, vậy nên trẻ bị đa hồng cầu thường phối hợp với hạ glucose máu và trẻ sơ sinh non tháng rất dễ bị hạ glucose máu.

Bảng 3.5 liên giữa cho ăn sớm và muộn với HGM nặng. Kết quả cho thấy bệnh nhân ăn muộn trên 2 giờ nguy cơ HGM nặng tăng gấp 4,7 lần so với trẻ ăn muộn sau 2 giờ sau sinh với 95%CI từ 2,0 đến 11,1 và $p < 0,05$.

Theo Nguyễn Mai Lan [3] sau khi sinh, nồng độ đường trong máu sẽ giảm dần và đến mức thấp nhất sau 1-3 giờ đầu tiên của cuộc sống. Tình trạng giảm đường máu sau sinh cộng với bất kỳ yếu tố nào gây tăng tiêu thụ đường như một số tình trạng bệnh lý như suy hô hấp, hạ nhiệt độ,... sẽ làm nặng hơn tình trạng hạ đường máu tạm thời trên và có thể gây kéo dài tình trạng hạ đường máu nếu như không được phát hiện và xử trí kịp thời.

Việc cho ăn sớm là biện pháp cung cấp đường một cách sinh lý nhất nhằm hạn chế tình trạng hạ đường máu một cách hiệu quả. Với những trẻ bệnh lý, khi việc cho ăn bị hạn chế, đặc biệt là với những trẻ có suy hô hấp hay viêm ruột thì biện pháp truyền đường là biện pháp thay thế có hiệu quả nhất.

Bất cứ cơ chế nào gián đoạn chuỗi thay đổi sinh lý sẽ đặt trẻ vào nguy cơ trầm trọng hay kéo dài thời gian có nồng độ glucose máu thấp. Nguy cơ HGM cao nhất trong giờ đầu sau sinh.

HGM kéo dài do bài tiết nhiều insulin, thiếu cortisol hay hormon tăng trưởng hoặc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh.

Bảng 3.6 là liên quan giữa hạ nhiệt độ khi vào viện với HGM nặng. Nguy cơ HGM nặng tăng lên 3,1 lần ở trẻ có hạ nhiệt độ với 95%CI từ 1,4 đến 6,9 và $p < 0,05$.

Trẻ nhỏ có nguy cơ cao hạ nhiệt độ do: thứ nhất, trẻ càng nhỏ thì tỷ lệ giữa trọng lượng cơ thể và diện tích bề mặt càng nhỏ dễ gây tăng mất nhiệt; thứ hai, trẻ không có khả

năng nhận biết và tránh những điều kiện môi trường nguy hiểm; thứ 3, khả năng dự trữ glycogen hạn chế; thứ 4, trẻ càng nhỏ thì càng không có khả năng sinh nhiệt thông qua sự run rẩy. Trẻ bị hạ nhiệt độ làm giảm glucose và tăng sử dụng glucose.

Trẻ đẻ non dễ bị hạ thân nhiệt hơn trẻ đủ tháng, nhiệt độ của trẻ dễ bị ảnh hưởng bởi nhiệt độ môi trường. Những trẻ sinh càng non thì khả năng chống đỡ với hạ nhiệt độ càng kém. Do vậy, khi chăm sóc trẻ phải đặc biệt chú ý đến thân nhiệt trẻ.

Nồng độ glucose máu trung bình ở trẻ sơ sinh có hạ nhiệt độ thấp hơn so với trẻ không bị hạ nhiệt độ. Mỗi phút trẻ sơ sinh hạ $0,1^{\circ}\text{C}$, nếu không chống lạnh cho sơ sinh nói chung và đẻ non nói riêng trẻ rất dễ kiệt sức. Vì vậy, việc giữ ấm cho trẻ ngay sau khi ra đời là biện pháp cực kỳ quan trọng trong việc phòng tránh hạ glucose máu.

Trẻ sinh có Apgar thấp < 7 trong 10 phút đầu nguy cơ HGM tăng lên 4,7 lần so với trẻ có Apgar ≥ 7 điểm với 95%CI từ 1,8 đến 12,0 và $p < 0,05$ (bảng 3.7). Khi Apgar thấp trẻ được coi là bị ngạt. Do đó chuyển hóa đường của trẻ theo con đường yếm khí tạo ra lượng ATP rất thấp, do đó trẻ phải sử dụng cả lượng glycogen dự trữ ở gan để tạo glucose cho chuyển hóa. Do vậy dẫn đến tình trạng HGM. Nhận xét của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Nguyễn Mai Lan [3].

4.2.2. Yếu tố liên quan từ phía mẹ

Mẹ mắc bệnh khi có thai nguy cơ HGM nặng tăng lên 6,3 lần so với mẹ không mắc bệnh với 95%CI từ 2,7 đến 14,5 và $p < 0,05$. Mẹ mổ đẻ nguy cơ con họ HGM nặng tăng lên 11,3 lần so với con mẹ không phải sinh mổ với 95%CI từ 4,6 đến 27,9 và $p < 0,05$. Mẹ tiêu đường thai kỳ con họ nguy cơ HGM nặng tăng lên 9,7 lần so với mẹ không ĐTĐ thai kỳ với 95%CI từ 2,7 đến 34,6 và $p < 0,05$

(bảng 3.8, 3.10).

Những bà mẹ mắc các bệnh như cường giáp, tăng huyết áp hay là mắc bệnh bệnh gây nhiễm khuẩn bẩm sinh ở con thường hay sử dụng một số loại thuốc như được đề cập ở phần trên làm tăng đường máu. Việc tăng đường máu làm cho thai nhi thường lớn hơn bình thường, sau khi ra đời lượng máu mẹ cung cấp cho thai nhi giảm đột ngột làm cho trẻ HGM nặng. Theo Nikki A Mitchell và CS [6] mẹ tăng huyết áp nguy cơ con HGM tăng lên 3,07 lần, mẹ dùng Magiê trước sinh nguy cơ con HGM tăng lên 2,53 lần. Tuy nhiên tác giả lại không thấy có mối liên quan giữa mẹ sử dụng corticoid trước sinh, đề đường dưới và mẹ ĐTD thai kỳ với HGM nặng.

Rasmussen AH và CS [7] thấy nhiều yếu tố liên quan đến HGM ở trẻ sơ sinh nhưng tác giả nhấn mạnh đến mẹ ĐTD phải điều trị làm tăng nguy cơ HGM lên 3,4 lần ở con họ.

Ogunyemi D và CS [8] nghiên cứu tương quan các yếu tố sản khoa và hậu quả HGM trẻ sơ sinh đủ tháng đã đưa ra các kết luận thú vị. Ngoài các yếu tố đa thai (OR=1,61), tuổi thai thấp (OR=0,68), thai to (OR=4,87), thai kém phát triển (OR=6,83), yếu tố như ĐTD thai kỳ (OR=0,22), cổ tử cung đã mở (OR=0,79). Trên mô hình đa biến yếu tố mở đẻ, cổ tử cung đã mở liên quan đến HGM ở trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với hạ glucose máu nặng gồm cân <2500 g (OR=4,1), đẻ non (OR=2,7), mẹ đái tháo đường thai kỳ (OR=9,7), đa hồng cầu (OR=6,5), cho ăn muộn (OR=4,7), hạ thân nhiệt (OR=3,1), Apgar lúc sinh thấp (OR=4,7), mẹ mắc bệnh khi có thai (OR=6,3) và mẹ mổ đẻ (OR=11,3).

Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với hạ glucose máu nặng gồm giới của con và tuổi mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Đỡ (2004)**, Hạ đường huyết sơ sinh, Sơ sinh – bệnh lý & thủ thuật” NXB Y học, trang 66 – 69.
2. **Zanardo V., S. Cagdas, R. Golin, D. Trevisanuto, F. Marzari, L. Rizzo (1999)**, “Risk factors of hypoglycemia in premature infants”, Fetal Diagn Ther, 14, page 63-67.
3. **Nguyễn Mai Lan (2013)**, Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến hạ đường máu ở trẻ đẻ non khi vào viện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2012, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú Bệnh viện, Trường đại học Y Dược Hải Phòng năm 2013.
4. **Dhananjaya C.D., Kiran B. (2011)**, “Clinical profile of hypoglycemia in newborn babies in a rural hospital setting”, International Journal of Biological and Medical Research, 2(4), pp 1110 – 1114.
5. **Paul J. Rozance, William W. Hay (2010)**, “Describing hypoglycemia – definition or operational threshold?”, Early Hum Dev, 86 (5), pp 275 – 280.
6. **Nikki A Mitchell et al (2020)**, “Incidence and risk factors for hypoglycemia during fetal to neonatal transition in premature infants”, Front Pediatr, 11;8:34.
7. **Rasmussen AH et al (2017)**, “Retrospective evaluation of a national guideline to prevent neonatal hypoglycemia”, Pediatr Neonatol, 58(5):398-405.
8. **Ogunyemi D et al (2017)**, “Obstetrical correlates and perinatal consequences of neonatal hypoglycemia in term infants”, J Matern Fetal Neonatal Med, 30(11): 1372-1377.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG THƯ VIỆN CHỨNG DƯƠNG CHO XÉT NGHIỆM SINH HỌC PHÂN TỬ CHẨN ĐOÁN BỆNH ALPHA THALASSEMIA

Bạch Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Hải Bằng¹, Hà Thị Thu²
Nguyễn Văn Thanh, Vũ Thị Thu Trang¹, Dương Quốc Chính³

TÓM TẮT

Mục tiêu: tạo thư viện chứng dương cho 6 đột biến trên gen alpha-globin. **Đối tượng và phương pháp:** từ 200 bệnh nhân được chẩn đoán mang gen bệnh Thalassemia tiến hành sàng lọc nhằm phát hiện các đột biến SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs và C.2delT bằng kỹ thuật Multiplex-PCR. Các gen đột biến được tạo dòng trong tế bào E. Coli với chủng DH5 α , nuôi cấy tăng sinh để tạo thư viện chứng dương. Các dòng tế bào tái tổ hợp được tiến hành đánh giá ngoại kiểm tại Viện Huyết Học và Truyền máu Trung ương trên quy trình phát hiện đột biến gen gây bệnh alpha thalassemia bằng kỹ thuật multiplex PCR. **Kết quả:** Từ các mẫu DNA của bệnh nhân dương tính với alpha-thalassemia, nghiên cứu đã tạo ra nguồn thư viện gồm các mẫu chứng dương tính của 6 đột biến trên gen alpha-globin bao gồm: SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs, C.2delT. Kết quả ngoại kiểm cho thấy nguồn chứng dương được tạo ra bằng con đường tái tổ hợp ổn định và đặc hiệu hơn khi so sánh với đối chứng dương là mẫu máu người mang gen bệnh. **Kết luận:** Các chứng dương tái tổ hợp đủ tiêu chuẩn sử dụng

trong xét nghiệm chẩn đoán bệnh alpha-thalassemia.

Từ khóa: Alpha-thalassemia, Thư viện chứng dương, Công nghệ DNA tái tổ hợp.

SUMMARY

CREATING THE POSITIVE CONTROL LIBRARY FOR MOLECULAR BIOLOGY TECHNIQUES TO DIAGNOSE OF ALPHA THALASSEMIA

Objective: create a positive control library for 6 mutations on the alpha-globin gene. **Subject and method:** 200 patients diagnosed with Thalassemia genes were screened to detect mutations SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs and C.2delT using Multiplex-PCR technique. The mutation genes were developed in E. coli cells with DH5 α strain, cultured and proliferated to create the positive control library. Positive controls were externally assessed at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion using detection protocol for gene mutations causing alpha thalassemia with multiplex PCR technique. **Result:** From the available DNA of alpha-thalassemia-positive patients, a library of positive controls of 6 mutations in the alpha-globin gene was created, including SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs, C.2delT. External quality assessment results showed that the positive controls generated by recombinant pathway are more stable and specific comparing with the positive controls derived from human blood samples from genes carriers. **Conclusion:** The

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Công nghệ Sinh học - Viện Hàn lâm khoa học và công nghệ Việt Nam

³Viện Huyết học và truyền máu Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Như Quỳnh

Email: bntnquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

recombinant positive controls can be applied in diagnostic tests for alpha-thalassemia.

Keywords: Alpha-thalassemia, positive control material, recombinant DNA technology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Alpha-thalassemia là một bệnh lý di truyền liên quan đến sự bất thường của protein cấu trúc có chức năng vận chuyển oxy của hồng cầu – Hemoglobin. Nguyên nhân của bệnh là do bất thường về cấu trúc và số lượng gen alpha-globin nằm trên cánh ngắn nhiễm sắc thể số 16 [4]. Tùy thuộc vào số gen alpha-globin bị bất thường dẫn tới các kiểu hình thiếu máu từ nhẹ đến nặng hoặc tử vong [5]. Những bệnh nhân alpha-thalassemia không có triệu chứng thường chỉ được phát hiện khi làm xét nghiệm sinh học phân tử về bất thường gen alpha-globin, do đó tiềm ẩn nguy cơ di truyền gen bệnh cho thế hệ sau. Việc phát hiện người lành mang gen bệnh có ý nghĩa vô cùng to lớn trong tư vấn di truyền nhằm hướng tới loại bỏ hoàn toàn gen bệnh ra khỏi cộng đồng. Thành phố Hải Phòng, từ năm 2018 đến nay, đã áp dụng quy trình multiplex PCR trong chẩn đoán đột biến gen gây bệnh thalassemia với 6 loại đột biến phổ biến liên quan đến bệnh alpha-thalassemia tại khu vực Đông Nam Á cũng như Việt Nam bao gồm: SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs, C.2delT [1].

Theo tiêu chuẩn của xét nghiệm đột biến gen bằng kỹ thuật sinh học phân tử, chứng dương (positive control) chạy kèm trong mỗi xét nghiệm là yếu tố bắt buộc phải có để kiểm soát độ tin cậy của kết quả. Nguồn chứng dương sẽ được thu thập từ đâu và bằng cách nào luôn là một vấn đề mà những người làm xét nghiệm chẩn đoán thực sự quan tâm. Những yêu cầu này đã dẫn đến sự thiếu hụt nghiêm trọng về các mẫu DNA

dương tính đặc biệt là những mẫu đột biến hiếm do những chứng dương được sử dụng tại Việt Nam hiện nay đều được tách chiết từ máu của các bệnh nhân mang đột biến gen alpha thalassemia [2]. Xuất phát từ lý do trên chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm tạo ra thư viện gồm các mẫu đối chứng dương cho 6 loại đột biến trên gen alpha-globin bằng công nghệ DNA tái tổ hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Sáu loại đột biến: SEA, THAI, α -4.2, α -3.7, HbCs và C.2delT sàng lọc từ 200 bệnh nhân được chẩn đoán mang gen bệnh Thalassemia.

2. Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại Labo trung tâm - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng – Số 72A Nguyễn Bình Khiêm - Ngô Quyền - Hải Phòng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2021.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu thực nghiệm

3.2. Các phương pháp sử dụng trong nghiên cứu

- Phương pháp thu mẫu

Phương pháp lấy mẫu thuận tiện, 2 mL máu ngoại vi của bệnh nhân được thu thập vào ống chống đông EDTA. Các mẫu được thu thập dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, chỉ số hóa sinh, huyết học, điện di huyết sắc tố điển hình của bệnh thalassemia. Loại trừ những mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân nữ dưới 6 tháng tuổi và những mẫu bệnh phẩm có chỉ số hoá sinh, huyết học cũng như điện di huyết sắc tố không điển hình; bệnh nhân không đồng ý chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Phương pháp tách chiết DNA

DNA tổng số được tách chiết từ máu toàn phần theo kit Blood DNA Mini Kit (OMEGA). Tất cả các mẫu sau tách chiết được tiến hành đo nồng độ và độ tinh sạch bằng máy đo quang phổ Nanodrop.

- Phương pháp khuếch đại gen

Phản ứng PCR với các cặp mồi đặc hiệu được thừa hưởng từ nghiên cứu: “Xây dựng quy trình phát hiện đột biến gen Thalassemia tại Hải Phòng dựa trên kỹ thuật multiplex PCR”. Thành phần phản ứng PCR (tổng thể tích 25 μ L) gồm: GoTaq Hot Start Master Mix 2x, 5 pmol primer, 100 - 150 ng DNA khuôn. Chu trình nhiệt: 95°C/3 phút, 35 chu kỳ [94°C/1 phút – 65°C /1 phút - 72°C/1 phút 30 giây], 72°C/8 phút, bảo quản 4°C. Sản phẩm sau phản ứng được tiến hành điện di trên gel agarose 1,5%, 100 Vol trong vòng 30 phút [1].

- Tạo dòng gen

Sản phẩm gen đột biến được gắn vào vector tách dòng PCR2.1 biến nạp vào tế bào E.coli chủng DH5 - α . Các dòng tế bào được sàng lọc bằng kỹ thuật enzyme cắt giới hạn; kỹ thuật PCR và thực hiện giải trình tự gen trên hệ thống ABI 3500 để khẳng định dòng tế bào tái tổ hợp chứa các đột biến gen mong muốn. Thực hiện kỹ thuật cấy chuyển sau 10 lần nuôi cấy và sau 3 tháng lưu giữ tại nhiệt độ -80 $^{\circ}$ để kiểm tra tính bảo toàn của gen trong dòng tế bào tái tổ hợp. Kết quả giải trình tự được so sánh với trình tự tham chiếu trên ngân hàng gen bằng phần mềm BioEdit.

- Ngoại kiểm

Các dòng tế bào tái tổ hợp đại diện cho 6 loại đột biến được tiến hành ngoại kiểm trên quy trình phát hiện đột biến gen gây bệnh alpha thalassemia bằng kỹ thuật multiplex PCR tại Viện Huyết học và Truyền máu Trung Ương. Quy trình có sử dụng các mẫu

DNA là mẫu máu của các bệnh nhân mang các đột biến trên gen alpha-globin tương ứng với 6 loại đột biến trên để đối sánh. Kết quả được phân tích so sánh giữa nguồn chứng dương từ mẫu máu bệnh nhân và nguồn chứng dương tái tổ hợp về độ đặc hiệu và nồng độ sản phẩm PCR sau khi thực hiện phản ứng multiplex PCR. Nồng độ DNA được đo bằng phương pháp quang phổ kế. Độ đặc hiệu của phản ứng được kiểm tra bằng kỹ thuật điện di trên gel Agarose.

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh được sự thông qua của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y dược Hải Phòng. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và hoàn toàn có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Bệnh nhân được thông báo về kết quả xét nghiệm gen để giúp cho các bác sỹ tư vấn di truyền hoặc lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp. Các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

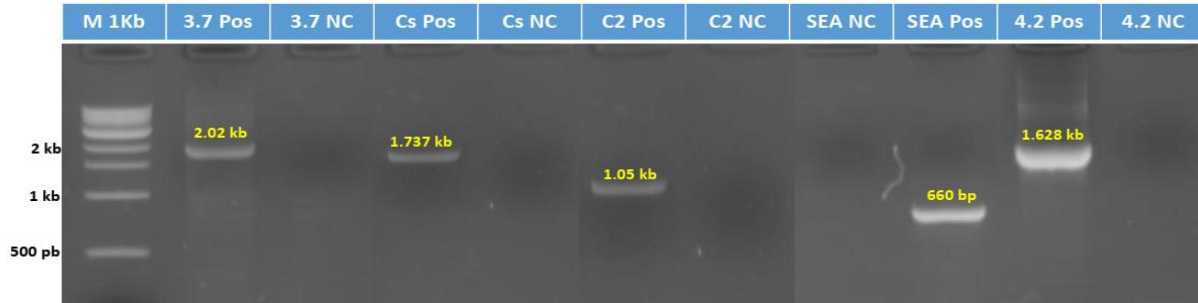
1. Sàng lọc 6 đột biến trên gen alpha-globin bằng kỹ thuật Multiplex-PCR

Từ 200 mẫu DNA thu được trên 200 bệnh nhân được chẩn đoán mang gen bệnh thalassemia tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Hải Phòng và bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, chúng tôi thực hiện phản ứng multiplex PCR. Kết quả có 86 bệnh nhân mang gen α -thalassemia gồm 6 loại đột biến. Trong số các đột biến, đột biến SEA chiếm tỉ lệ cao nhất: 73%, kế tiếp là các đột biến 3.7, THAI, HbCs, c2delT và 4.2 với tỉ lệ tương ứng lần lượt là: 19.3%, 3,3%, 2,2%, 1.1% và 1.1%.

2. Kết quả tổng hợp đoạn gen chứa đột biến gây bệnh bằng kỹ thuật PCR

Bằng phản ứng PCR sử dụng 6 cặp môi đặc hiệu tương ứng cho đột biến SEA, THAI, 3.7, 4.2, HbCs và c2delT để khuếch đại DNA

của bệnh nhân mang đột biến. Kết quả PCR khuếch đại một số loại đột biến alpha-thalassemia được minh họa ở Hình 1.



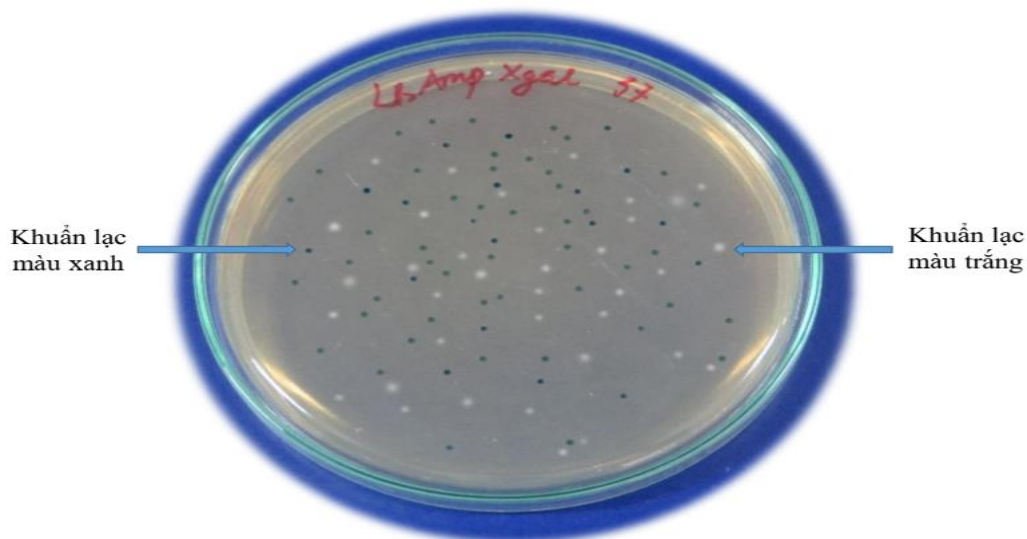
Hình 1. Hình ảnh minh họa kết quả PCR khuếch đại các đột biến trên gel Alpha-globin

M 1kb: marker 1 kilobase, Pos: dương tính, NC: âm tính, 3.7: đột biến mất đoạn 3.7 kilobase, 4.2: đột biến mất đoạn 4.2 kilobase, SEA: đột biến SEA, Cs: đột biến HbCs, C2: đột biến C2DelT.

Kết quả điện di trên gel agarose 1.5% cho thấy sản phẩm PCR thu được (tương ứng với mỗi loại đột biến) là một băng sáng duy nhất, rõ nét, kích thước đúng với kích thước giữa 2 môi khuếch đại; mẫu chứng âm không có vạch chứng tỏ phản ứng không bị nhiễm DNA ngoại lai.

3. Kết quả tạo dòng các plasmid tái tổ hợp mang các đột biến

Sản phẩm PCR với các cặp môi đặc hiệu tương ứng của 6 loại đột biến trên gen alpha globin được gắn vào vector tách dòng pCR 2.1/TA cloning (Invitrogen) và biến nạp vào tế bào E. coli-DH5 α . Tế bào E. coli-DH5 α sau biến nạp phát triển trên môi trường LB lỏng. Dịch nuôi cấy được cấy trải trên môi LB agar (100 μ l/đĩa) có bổ sung Amp; Xgal và IPTG (Hình 2)



Hình 2. Kết quả cấy chọn lọc trên môi trường LB^{Amp=Xgal = IPTG}

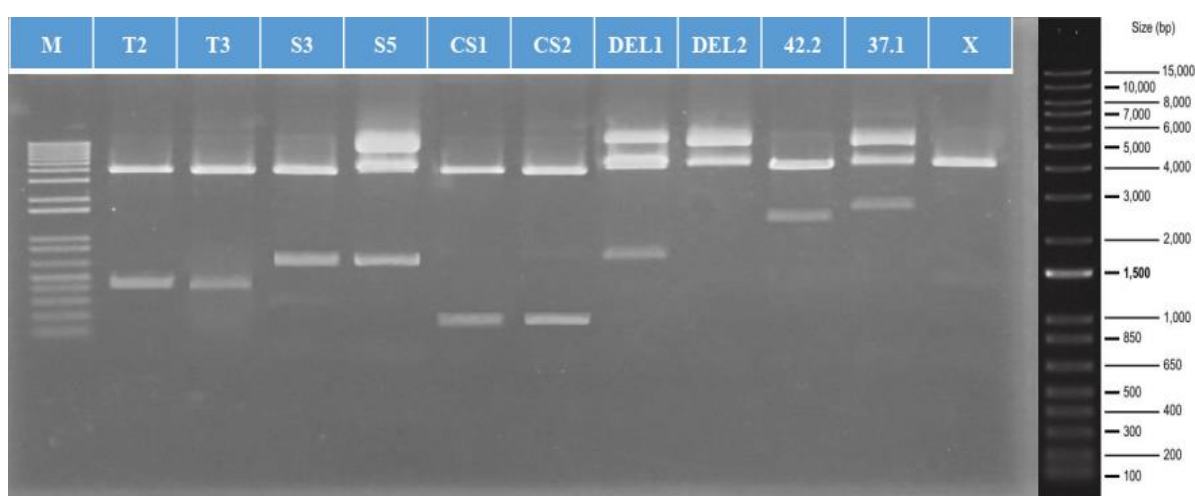
Khuẩn lạc xanh: các tế bào không nhận được gen đột biến;

Khuẩn lạc trắng: những tế bào có khả năng nhận được gen đột biến

Lựa chọn các khuẩn lạc màu trắng và một khuẩn lạc màu xanh trên mỗi đĩa môi trường tương ứng với mỗi loại đột biến để tiến hành tách DNA plasmid và sử dụng enzyme cắt giới hạn để chọn lọc các plasmid mang đột

biến gen mong muốn. Sản phẩm sau đó được điện di trên gel agarose 1.5% (Hình 3).

Quan sát ảnh điện di chúng ta thấy rằng, DNA plasmid sau khi cắt tại đường chạy: T2, T3, S3, S5, CS1, CS2, DEL1, 42.2. 37.1 xuất hiện 1 băng rõ rệt có kích thước tương ứng với kích thước của đoạn gen đích được gắn vào vecto.



Hình 3. Kết quả cắt chọn lọc DNA plasmid bằng enzyme giới hạn

Đường chạy M: thang ADN chuẩn; X: plasmid dòng khuẩn lạc xanh; T2-T3: các dòng tế bào mang plasmid pA/THAI; S3-S5: các dòng tế bào mang plasmid pA/SEA; CS1-CS2: các dòng tế bào mang plasmid HbCs; DEL1-DEL2: các dòng tế bào mang plasmid C2DELT; 42.2: dòng tế bào mang plasmid pA/4.2; 3.7: dòng tế bào mang plasmid 3.7.

3. Giải trình tự các dòng tế bào mang đột biến.

Lựa chọn Các dòng plasmid tái tổ hợp tương ứng với 6 loại đột biến t để tách chiết

DNA. Nồng độ ADN plasmid được đo bằng quang phổ kế. Nồng độ ADN plasmid sau tách chiết của tất cả các dòng đều từ 119,2 ng/ μ l trở lên. Kết quả tỷ số A260/280 của 100% mẫu đều thỏa mãn trong khoảng giá trị 1,8-2. ADN sau tách chiết có độ tinh khiết cao và đảm bảo chất lượng để tiến hành kỹ thuật giải trình tự gen. Kết quả giải trình tự bằng máy ABI 3500 cho thấy tín hiệu giải trình tự gen đặc hiệu, rõ nét, không xuất hiện tín hiệu nhiễu. Từ các trình tự gen thu nhận được, tiến hành phân tích bằng phần mềm BioEdit. (Hình 4)

Homo sapiens alpha globin region (HBA@); and hemoglobin subunit alpha 1 (HBA1); and hemoglobin subunit alpha 2 (HBA2); and hemoglobin subunit mu (HBM); and hemoglobin subunit theta 1 (HBQ1); and hemoglobin subunit zeta (HBZ), RefSeqGene on chromosome 16

Sequence ID: [NG_000006.1](#) Length: 43058 Number of Matches: 1

[See 1 more title\(s\)](#) [See all Identical Proteins\(IPG\)](#)

Range 1: 10364 to 10725 [GenBank](#) [Graphics](#)

[▼ Next Match](#) [▲ Previous Match](#)

Related Information

[Genome Data Viewer](#) - aligned genomic context

Score	Expect	Identities	Gaps	Strand
658 bits(356)	0.0	360/362(99%)	0/362(0%)	Plus/Plus
Query 1	CACGAGTAAACATCAAGTACACTCCAGCCTGGATGACAGGCCAGGCTCCATCTCaaaa	60		
Sbjct 10364	CACGAGTAAACATCAAGTACACTCCAGCCTGGATGACAGGCCAGGCTCCATCTCAAAA	10423		
Query 61	aaaaaTGCCCTGGTCAAGCTCTCCTGACAGGGGAAAAAAGACAAAACAACTTCTCC	120		
Sbjct 10424	AAAAATGCCTGGTCAAGCTCTCCTGACAGGGGAAAAAAGACAAAACAACTTCTCC	10483		
Query 121	TTAAAGAAAAATTGCTTTGACTGCATCATAATTCAGCAGGATTTTGTGCAGATAAC	180		
Sbjct 10484	TTAAAGAAAAATTGCTTTGACTGCATCATAATTCAGCAGGATTTTGTGCAGATAAC	10543		
Query 181	TCTTTGGCTAACTCTAAAATTAATACAGAAAGGTAAGAAATTAGAATAGCCAAAGAAAT	240		
Sbjct 10544	TCTTTGGCTAACTCTAAAATTAATACAGAAAGGTAAGAAATTAGAATAGCCAAAGAAAT	10603		
Query 241	TTTGAAAAGGAAGAATAAAGCGAGAGGAATCACATTCCTCAATTTTAAACAGCTCTATTG	300		
Sbjct 10604	TTTGAAAAGGAAGAATAAAGCGAGAGGAATCACATTCCTCAATTTTAAACAGCTCTATTG	10663		
Query 301	AGATAAAATTCACATACCATACGGTTACCCATTAAAGTGTATAATTCAGGCCGGGCGC	360		
Sbjct 10664	AGATAAAATTCACATACCATACGGTTACCCATTAAAGTGTATAATTCAGGCCGGGCGC	10723		
Query 361	GG 362			
Sbjct 10724	GG 10725			

Hình 4. Đại diện kết quả phân tích trình tự gen đột biến Thai trên phần mềm Bio Edit

5. Kết quả kiểm tra tính bảo toàn của gen đột biến

Chọn ngẫu nhiên một dòng tế bào tái tổ hợp cho mỗi loại đột biến để tiến hành hoạt hóa trong môi trường nghèo dinh dưỡng. Sau đó thực hiện cấy chuyển các dòng tế bào trong môi trường LB lỏng đến lần thứ 10. Sau mỗi lần cấy chuyển sẽ tiến hành đo mật độ phát triển tế bào tại bước sóng 600 nm để đánh giá khả năng phát triển của tế bào sau mỗi lần nuôi cấy. Kết quả sau mỗi lần cấy chuyển, mật độ tế bào đạt OD₆₀₀ trong

khoảng 5.9-6.3 sau thời gian 2,5h-3h. Và sau mỗi lần cấy chuyển, tế bào được thu lại để tiến hành kiểm tra bằng kỹ thuật PCR. Các tế bào sau 10 lần nuôi cấy đều chứa những đột biến tương ứng đưa vào ban đầu.

6. Kết quả ngoại kiểm các chứng dương tái tổ hợp

Các dòng tế bào tái tổ hợp sau đó được chuyển đến Viện Huyết học và Truyền máu Trung Ương để đánh giá. Kết quả ngoại kiểm được thể hiện tại Bảng 1.

Bảng 1. Kết quả ngoại kiểm các chứng dương tái tổ hợp bằng kỹ thuật Multiplex-PCR

STT	Mã số	Nồng độ DNA (ng/μL)				Độ đặc hiệu của phản ứng	
		Trước phản ứng (ng/μl)		Sau phản ứng (ng/μl)			
		Mẫu máu BN	Tế bào tái tổ hợp	Mẫu máu BN	Tế bào tái tổ hợp	Mẫu máu BN	Tế bào tái tổ hợp
1	SEA-R	60	1,8	812	1250	++++	+++++
2	THAI-R	75	1,8	822	1211	+++	+++++
3	3.7-R	102	1,8	709	1210	++	+++++
4	4.2-R	123	1,8	789	1234	++	+++++
5	HbCs-R	97	1,8	806	1300	++	+++++
6	C ₂ DELT-R	64l	1,8	864	1321	+	+++++

(“+”, “++”, “+++”, “++++”: mức độ đặc hiệu của phản ứng multiplex-PCR)

Có sự đồng nhất về kết quả xác định đột biến giữa DNA tách chiết từ mẫu máu của bệnh nhân và DNA tái tổ hợp, DNA tái tổ hợp cho kết quả ổn định và đặc hiệu hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu phát hiện được 86/200 mẫu dương tính với 6 loại đột biến trên gen alpha globin được sàng lọc, chiếm 43%. Trong số các đột biến, đột biến SEA chiếm tỉ lệ cao nhất: 73%, các đột biến 3,7, THAI, HbCs, C2DelT và -4.2 với tỉ lệ tương ứng lần lượt là: 19,3 %, 3,3%, 2,2%, 1.1% và 1.1%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đ T Q Mai (2021) trên 85 bệnh nhi Thalassemia điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng [3]. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ mang đột biến C.2delT và -4.2 là tương đối thấp trong cộng đồng (1.1%) chứng tỏ sự cần thiết của việc tạo ra nguồn thư viện chứng dương. Các quy trình PCR phát hiện 6 loại đột biến sử dụng cặp mồi đặc hiệu tương ứng đã được nhóm tác giả tối ưu trong nghiên cứu trước đây, do đó đảm bảo độ nhạy và độ đặc hiệu [1].

Trên môi trường nuôi cấy có bổ sung Amp chỉ những tế bào nhận được plasmid biến nạp vào mới có thể phát triển do đó giúp loại bỏ những tế bào không nhận plasmid. Sàng lọc các dòng tế bào mang plasmid gắn gen đột biến alpha-thalassemia bằng X-gal và IPTG dựa trên nguyên lý: những tế bào nhận vector pCR[®]2.1 tự đóng vòng sẽ có gen lac-Z hoạt động thường tạo ra enzyme β-galactosidase chuyển hóa X-gal thành hợp chất có màu xanh nên khuẩn lạc có màu xanh. Những tế bào nhận được plasmid tái tổ hợp có đoạn DNA ngoại lai xen vào giữa lac promoter và gen cấu trúc Lac-Z của operon Lac nên lac promoter không thể điều khiển gen cấu trúc phiên mã do đó không có sự tạo thành enzyme β-galactosidase để phân hủy X-gal tạo ra những khuẩn lạc màu trắng. IPTG được sử dụng với tư cách là chất cảm ứng cho operon lac gắn trong vector pCR[®]2.1 [6].

Những dòng tế bào có khả năng mang gen đột biến, được tiến hành cắt với enzyme cắt giới hạn cùng một vài khuẩn lạc từ dòng tế bào màu xanh làm đối chứng. Kết quả điện di (Hình 3) đã chỉ ra 20 dòng tế bào mang đột biến SEA, 17 dòng tế bào mang đột biến HbCs, 15 dòng tế bào mang đột biến THAI, 6 dòng tế bào mang đột biến -4.2 và 5 dòng tế bào mang đột biến -3.7. Song song với việc chọn lọc các dòng tế bào mang đột biến bằng phương pháp sử dụng enzyme cắt giới

hạn, nghiên cứu sử dụng kỹ thuật PCR với các cặp mồi đặc hiệu để sàng lọc các dòng tế bào mang đột biến. Kết quả cho thấy có sự tương đồng 100% giữa hai phương pháp.

Kết quả giải trình tự được phân tích bằng phần mềm BioEdit, trình tự sau phân tích được so sánh với trình tự chuẩn tương ứng trên phần mềm Genbank. Kết quả cho thấy các trình tự có độ tương đồng cao (99%) (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh trình tự gen của 6 đột biến trên gen Alpha-Globin

STT	Tên đột biến	Mã số trên Genbank	Độ tương đồng với gene nghiên cứu
1	SEA	KX4581114	99%
2	THAI	AP023476	99%
3	-3.7	NG0000006	99%
4	-4.2	AF221717	99%
5	HbCs	HQ156224	99%
6	C.2delT	SAF271160	99%

Các dòng tế bào tái tổ hợp khi thực hiện tăng sinh 10 lần liên tục và không xảy ra hiện tượng đào thải gen nhận đã khẳng định sự thành công của nghiên cứu. Phương pháp cấy chuyển để đánh giá tính ổn định của tế bào tái tổ hợp đã được Bernacki S. H. và cộng sự khẳng định giá trị trong nghiên cứu công bố năm 2005 cho thấy cơ sở khoa học của phương pháp [7]. Để khẳng định thêm tính ổn định của tế bào tái tổ hợp chứa gen đột biến, nghiên cứu tiến hành kiểm tra tính bảo toàn của gen sau 3 tháng bảo quản ở nhiệt độ -80°C . Kết quả cho thấy tất cả các dòng tế bào không xảy ra hiện tượng đào thải gen nhận.

Các dòng tế bào tái tổ hợp mang 6 loại đột biến trên gen alpha globin được đánh giá thử nghiệm tại Labo xét nghiệm Di truyền - Sinh học Phân tử, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương – đơn vị đầu ngành trong việc chẩn đoán phát hiện các bệnh về máu tại Việt Nam. Kết quả cho thấy nguồn chứng dương được tạo ra bằng con đường tái tổ hợp ổn định và đặc hiệu hơn khi so sánh với đối chứng dương là mẫu máu người mang gen bệnh. Khi thực hiện phản ứng multiplex PCR, nồng độ DNA khuôn từ dòng tế bào tái tổ hợp đều rất thấp ($1,8\text{ ng}/\mu\text{L}$) so với nồng độ DNA khuôn tách chiết từ mẫu máu toàn phần của người mang gen bệnh (SEA- 60

ng/μl). Đặc biệt hơn là việc sử dụng các chứng dương tạo ra theo kỹ thuật tái tổ hợp đã loại bỏ được những sản phẩm không đặc hiệu thường xuất hiện từ các chứng dương là mẫu máu của người mang đột biến.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã thành công trong việc tạo thư viện chứng dương của 06 loại đột biến trên gen alpha globin: SEA, THAI, -3.7, -4.2, HbCs và C.2delT. Đây là nguồn chứng dương ổn định, cần thiết để thay thế cho nguồn chứng dương từ các mẫu bệnh phẩm trong các phòng thí nghiệm chẩn đoán phân tử. Sản phẩm này cũng đưa ra một giải pháp thay thế nhanh chóng, chi phí thấp, cho các đột biến di truyền khác mà chưa được tạo bởi các dòng tế bào bất tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quỳnh B.T.N., Thu L.H., Hoàng V.T.B. và cộng sự. Áp dụng kỹ thuật PCR phát hiện đột biến gen trên bệnh nhân nghi ngờ alpha-Thalassemia tại Hải phòng. Y học Việt Nam,

2017, 461(2), 7-10.

2. Quỳnh B.T.N., Bằng N.H., Thu H.T. và cộng sự. (2022). Tạo thư viện chứng dương cho xét nghiệm sinh học phân tử chẩn đoán bệnh Beta Thalassemia. TCNCYH, 151(3), 9–17.
3. Mai Đ.T.Q, Sáng N.N, Quỳnh B.T.N. Xác định đột biến gen gây bệnh Thalassemia ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Y học Việt Nam, 2021, 509(1), 361-365.
4. Raja Z.A.M, Ainoon O., Hafiza al et al. (2014), Molecular characteristic of alpha thalassaemia among patients diagnosed in UKM Medical Centre, Malaysian J Pathol; 36(1):27 – 32.
5. Galanello R. và Cao A. (2011). Alpha-thalassemia. Genet Med, 13(2), 83–88.
6. Sambrook, J., Fritsch, E. R., & Maniatis, T. **Molecular Cloning: A Laboratory Manual** (2nd ed.). Cold Spring Harbor.1989., NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press.
7. Bernacki S. H. et al., Genetically characterized positive control cell lines derived from residual clinical blood sample, Clinical Chemistry. 2005 , 51:11: pp. 2013-2024.

KẾT QUẢ TEST ĐI BỘ 6 PHÚT TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Phạm Thị Khuyên*, Phạm Văn Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nhập viện điều trị trong đợt cấp và nhận xét về test đi bộ 6 phút thực hiện trên người bệnh trong tiến trình phục hồi tình trạng cấp về lại trạng thái ổn định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên nhóm người bệnh COPD điều trị tại khoa Hô hấp-Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018, được tiến hành test đi bộ 6 phút trước và sau điều trị. **Kết quả và kết luận:** Trong số 32 đối tượng nghiên cứu có 28 (87,5%) bệnh nhân nam giới, nhóm bệnh nhân từ 71-80 tuổi chiếm 37,5%. Về triệu chứng đợt cấp, 90,6% bệnh nhân có gia tăng triệu chứng ho hay khạc đờm. Tất cả người bệnh được xếp ở giai đoạn II, III hay IV, và thuộc các kiểu hình B, C, hay D. Trước khi điều trị có 53,1% bệnh nhân không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết khi thực hiện test đi bộ 6 phút, quãng đường trung bình đạt được là $320,6 \pm 104,2$ mét trước điều trị. Sau điều trị còn 31,3% bệnh nhân không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết, quãng đường trung bình đạt được là $378,4 \pm 120,6$ mét. Sau điều trị, các chỉ số nhịp tim, bão hoà oxy máu ngoại vi cũng cải thiện cả trước và ngay sau khi tiến hành test đi bộ 6 phút. Test đi bộ 6 phút có thể sử dụng trong đánh giá sự phục hồi của tình trạng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về trạng thái ổn

định bên cạnh đánh giá thực thể về sự dung nạp gắng sức trên từng người bệnh.

Từ khoá: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, test đi bộ 6 phút

SUMMARY

DESCRIPTIVE STUDY OF 6-MINUTE WALKING TEST ON CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS HOSPITALIZED AND TREATED AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe on a group of patients hospitalized for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) the 6-minute walking test (6MWT) results recorded along with favorable progress to the stable state of patient group. **Subjects and methods:** Descriptive prospective study on a group of COPD patients hospitalized and treated at the Respiratory and Cardiology Department of Hai Phong University Hospital for acute exacerbation episodes in 2018, on those patients the 6MWT were carried out before and after medical treatment. **Results and conclusions:** Of 32 eligible subjects, 28 (87.5%) were male patients. The patients aged 71 to 80 years old accounted for 37.5%. As symptoms, 90.6% of patients had increased cough and/or expectoration. All patients were classified stage II, stage III or stage IV, and as B, C or D phenotypes. Before treatment, 53.1% of COPD patients did not achieve the theoretically estimated distance when performing the 6-minute walking test, the average distance achieved was 320.6 ± 104.2 meters before medical treatment. After treatment, there were 31.3% of patients

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.22

Ngày phản biện khoa học: 15.3.22

Ngày duyệt bài: 30.5.22

who did not achieve the theoretical distance when performing the 6-minute walking test, the average distance achieved was 378.4 ± 120.6 meters, the heart rate, peripheral blood oxygen saturation (SpO₂) also improved both before and right after the 6-minute walking test. The 6-minute walking test can be used to assess recovery of exacerbation episodes of chronic obstructive pulmonary diseases to their stable states in addition to the actual assessment of exercise tolerance individualized patients.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, 6-minute walking test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự hạn chế luồng không khí không hồi phục hoàn toàn. Sự hạn chế luồng khí này thường diễn biến từ từ và liên quan đến các yếu tố làm tăng tình trạng bệnh lý hay khởi phát các đợt cấp như khói thuốc lá, than, bụi, hoá chất. Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990 BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 6 và là nguyên nhân gây tàn phế đứng thứ 12 trên toàn thế giới. Trong năm 2000 khoảng 2,7 triệu người chết vì BPTNMT, một nửa trong số đó ở trong khu vực Tây Thái Bình Dương. Theo số liệu ước tính, tới năm 2020 tỷ lệ tử vong do COPD đứng thứ 3 trong các nguyên nhân gây tử vong và đứng thứ 5 trong các bệnh gây nên tàn phế trên toàn cầu [1].

Ở Việt Nam tình trạng bệnh lý COPD có xu hướng gia tăng và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Theo báo cáo của Đinh Ngọc Sỹ và cộng sự năm 2011, tỷ lệ COPD trong cộng đồng dân cư tuổi 40 trở lên tại Việt Nam là 4,2% trong đó nam là 7,1% và nữ là 1,9% [2].

Nghiên cứu của Kyle Enfield trên 815 bệnh nhân bị bệnh COPD mức độ nặng thấy rằng nghiệm pháp đi bộ 6 phút liên quan mật

thiết với các chỉ số tiên lượng bệnh [4]. Nghiên cứu của Dương Quý Sỹ năm 2015 cho thấy khoảng cách đi bộ 6 phút là một chỉ số độc lập liên quan tới mức độ nặng của bệnh COPD và có vai trò quan trọng trong đánh giá sự phục hồi các chỉ số trên thăm dò chức năng hô hấp [3]. Một nghiên cứu khác trên nhóm 237 bệnh nhân COPD đang phục hồi cũng xác định test đi bộ 6 phút liên quan tới thời gian sống thêm của bệnh nhân [5]. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện điều trị nội trú trong đợt diễn biến cấp (đợt cấp COPD) tại khoa Hô hấp-Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng (1) và nhận xét về test đi bộ 6 phút tiến hành trước và sau quá trình điều trị (2).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu tiến hành tại Khoa Hô hấp-Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ tháng 3/2018 đến tháng 9/2018. Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán COPD nhập viện điều trị tại khoa trong khoảng thời gian trên, có đủ các kết quả thăm dò và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán COPD sử dụng các tiêu chuẩn trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2017 gồm thông tin về tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ; các triệu chứng ho, khạc đờm mạn tính, khó thở; chỉ số Gaensler FEV₁/FVC dưới 70% trên thăm dò hô hấp kỹ sau test phục hồi phế quản.

Giai đoạn của bệnh được đánh giá dựa trên chỉ số FEV₁ xác định trong giai đoạn ổn định của bệnh. Kiểu hình của bệnh được phân loại căn cứ theo nguy cơ và mức biểu hiện triệu chứng của bệnh.

Bảng 1. Phân giai đoạn bệnh theo GOLD 2011

Giai đoạn	FEV1
GOLD 1	FEV1 $\geq$ 80%
GOLD 2	50% $\leq$ FEV1<80%
GOLD 3	30% $\leq$ FEV1<50%
GOLD 4	FEV1<30%

Bảng 2. Phân giai đoạn theo GOLD 2017

(C) ít triệu chứng nguy cơ cao	(D) nhiều triệu chứng nguy cơ cao
(A) ít triệu chứng nguy cơ thấp	(B) nhiều triệu chứng nguy cơ thấp
m-MRC 0-1 CAT<10	m-MRC $\geq$ 2 CAT $\geq$ 10

Test (nghiệm pháp) đi bộ 6 phút thực hiện theo khuyến cáo của Hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) được thực hiện trong hành lang có chiều dài 30 mét trong khu vực cận kề với Khoa Hô hấp-Tim mạch. Người bệnh được kiểm tra huyết áp, tình trạng tim mạch trước và sau khi tiến hành test. Các chỉ tiêu theo dõi gồm mức độ khó thở, độ mệt mỏi, SPO₂, nhịp tim (trước khi tiến hành và ngay sau

ngưng nghiệm pháp), khoảng cách đi bộ thực tế trên người bệnh sau thời gian 6 phút so với khoảng cách lý thuyết ước tính trên người bệnh [6]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 32 bệnh nhân phù hợp theo các tiêu chuẩn nghiên cứu có 28 bệnh nhân (87,5%) thuộc giới tính nam.

Bảng 3.1. Một số thông số nhân khẩu và nhân trắc học

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi 45-50	2	6,2
51-60	5	15,6
61-70	10	31,3
71-80	12	37,5
81-90	3	9,4
BMI <18,5	3	9,4
18,5-25	16	50
25-30	12	37,5
>30	1	3,1

Có 9,4% bệnh nhân COPD có chỉ số BMI dưới 18,5; 40,6% bệnh nhân có BMI trên 25. Nhóm trên 60 tuổi chiếm phần lớn trong nhóm đối tượng (78,2%).

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có triệu chứng	0	0
Có triệu chứng khó thở	19	59,4
Gia tăng triệu chứng ho khạc đờm	29	90,6
Có đau tức ngực	14	43,6
Sốt	3	9,4

Có 90,6% bệnh nhân COPD có biểu hiện triệu chứng ho khạc đờm tăng.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân COPD theo mức độ tắc nghẽn đường thở và kiểu hình

	Số lượng	Tỷ lệ %
Mức độ tắc nghẽn đường thở		
GOLD I	0	0
GOLD II	4	12,5
GOLD III	22	68,9
GOLD IV	6	18,6
Phân nhóm theo kiểu hình		
Nhóm A	0	0
Nhóm B	4	12,5
Nhóm C	20	62,5
Nhóm D	8	25

Nhận xét: có tới 68,9% ở giai đoạn III và 18,6% bệnh nhân COPD giai đoạn IV. Có tới 62,5% bệnh nhân nhóm C và 25 % bệnh nhân ở nhóm D.

Bảng 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện test đi bộ 6 phút trước điều trị

	Số lượng		Tỷ lệ (%)
Đạt khoảng cách ước tính	15		46,9
Không đạt khoảng cách ước tính	17		53,1
Không đạt khoảng cách ước tính	Nhóm C (%)	Nhóm D (%)	
	9 (52,9)	8 (47,1)	

Nhận xét: Có 17/32 bệnh nhân (53,1%) thực hiện test đi bộ 6 phút không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết. Bệnh nhân không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết là những người có kiểu hình COPD nhóm C và nhóm D.

Bảng 3.5: Quãng đường thực hiện được với test đi bộ 6 phút trước điều trị

Kết quả test đi bộ 6 phút	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đạt khoảng cách ước tính trước điều trị	17	53,1
Không đạt khoảng cách ước tính sau điều trị	10	31,3

Nhận xét: Trước điều trị, có 53,1% bệnh nhân COPD không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết. Sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 31,3%.

Bảng 3.6: Các thông số theo dõi khi thực hiện test đi bộ 6 phút trước khi điều trị

Thông số	Trước test	Ngay sau test
SpO2	93,4 ± 3,2	86,3±6,7
Nhịp tim	86± 3,8	103±8,4
Khoảng cách trung bình bệnh nhân đi được	320,6±140,2	

Bảng 3.7: Các thông số theo dõi khi thực hiện test đi bộ 6 phút sau điều trị

Thông số	Trước test	Sau test
SpO2	95,4 ± 3,8	89,2±5,5
Nhịp tim	74± 3,2	87±6,3
Khoảng cách trung bình bệnh nhân đi được	378, 4±120, 6	

Nhận xét: Có sự thay đổi SpO2 và tần số tim trung bình của bệnh nhân trước và sau khi thực hiện test thời điểm trước điều trị cũng như tại thời điểm sau điều trị với xu hướng cải thiện tại thời điểm sau điều trị. Có sự cải thiện về khoảng cách đi được trung bình trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm sau điều trị (378, 4±120,6 sau điều trị so với 320,6±140,2 mét trước điều trị).

Bảng 3.8: Triệu chứng trong thời gian test ở nhóm không đạt khoảng cách ước tính

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	(%)	n	(%)
Ho	2	11,8	1	10
Mệt	13	76,5	7	70
Khó thở nhiều	17	100	9	90
Đau ngực, tức ngực	11	64,7	8	80
Chóng mặt	3	17,6	0	0

Nhận xét: Trước điều trị, trên nhóm người bệnh không đạt được khoảng cách ước tính, 100% bệnh nhân có cảm giác khó thở nhiều khi thực hiện test đi bộ 6 phút. Các triệu chứng thường gặp khác là mệt, đau ngực hay tức ngực, chóng mặt với các tỷ lệ tương ứng là 76,5%; 64,7% và 17,6%. Sau điều trị, có 9/10 (90%) người bệnh không đạt được khoảng cách ước tính lý thuyết có triệu chứng khó thở nhiều và không có người bệnh có triệu chứng chóng mặt trong 10 trường hợp không đạt được khoảng cách ước tính.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 32 bệnh nhân COPD điều trị tại

khoa Hô hấp-Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, có 28 bệnh nhân (87,5%) là nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả như Đinh Ngọc Sỹ [2]. Sự chênh lệch này có thể liên quan tới tình trạng hút thuốc của nam giới tại Việt Nam. Về chỉ số BMI trên nhóm bệnh nhân COPD trong nghiên cứu này thấy một nửa số đối tượng (50%) có BMI trong khoảng từ 18,5-25. Có 40,6% bệnh nhân có BMI ở mức thừa cân hay béo phì. Theo nghiên cứu của Dương Quý Sỹ thì chỉ số BMI trung bình ở bệnh nhân COPD là 20,3 ± 4,6 [3] Độ tuổi trên 60 chiếm phần lớn các trường hợp 78,2%,

nghiên cứu của Phí Thị Nga tỷ lệ bệnh nhân COPD cao nhất ở tuổi 60-69 chiếm 46,5% [1]. Triệu chứng lâm sàng trên nhóm bệnh nhân COPD nghiên cứu tương đối phong phú trong đó 90,6% bệnh nhân có gia tăng các triệu chứng ho, khạc đờm (bảng 3.2). Thực thể gia tăng triệu chứng ho, khạc đờm là triệu chứng phổ biến và dễ nhận biết nhất định hướng cho chẩn đoán lâm sàng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Theo nghiên cứu của Phí Thị Nga, trong các đợt cấp COPD, triệu chứng chủ yếu là ho khạc đờm và khó thở [1].

Trên nhóm bệnh nhân COPD nghiên cứu thì có tới 18,6% bệnh nhân có chỉ số gensner dưới 30%. Có 22/32 bệnh nhân (68,9%) được xếp ở giai đoạn III. Về kiểu hình, có 20/32 bệnh nhân (62,5%) được xếp ở kiểu hình nhóm C và 8/32 bệnh nhân (25%) ở kiểu hình nhóm D (bảng 3.3). Đây là các kiểu hình có ảnh hưởng nhiều tới hoạt động hàng ngày của bệnh nhân cũng như có chi phí điều trị trung bình ở mức cao do các vấn đề liên quan tới tần suất xuất hiện các đợt cấp và mức biểu hiện cao các triệu chứng.

Trong số 32 bệnh nhân COPD điều trị tại khoa được thực hiện test đi bộ 6 phút thì có tới 53,1% bệnh nhân không đạt được khoảng cách ước tính lý thuyết khi thực hiện test đi bộ 6 phút tại thời điểm trước điều trị. Bệnh nhân không đạt được khoảng cách lý thuyết đều nằm trong nhóm bệnh nhân COPD thuộc kiểu hình C, D (bảng 3.4). Sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 31,3% (bảng 3.5). Có sự sụt giảm mức bão hoà oxy máu mao mạch trong quá trình thực hiện test đi bộ trước và sau điều trị với mức sụt giảm trung bình là 7 mmHg (trước điều trị) và 6 mmHg (sau điều trị) (bảng 3.6 và 3.7). Theo nghiên cứu của Dương Quý Sỹ thì mức dao động SpO2 trung bình trong thời gian thực hiện test đi bộ 6

phút là 6,8 mmHg [3]. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được khoảng cách ước tính khi thực hiện test đi bộ 6 phút tăng lên (từ 46,9% lên 68,7%). Sau điều trị, mức bão hoà oxy máu mao mạch (máu ngoại vi) được cải thiện cả trước và sau khi thực hiện test. Khoảng cách trung bình bệnh nhân đi được cũng được cải thiện sau điều trị ($378,4 \pm 120,6$ mét sau điều trị so với $320,6 \pm 140,2$ mét trước điều trị).

Triệu chứng phổ biến nhất trong thời gian thực hiện test đi bộ 6 phút trên nhóm bệnh nhân không đạt được khoảng cách ước tính lý thuyết là khó thở (100% bệnh nhân cảm thấy khó thở nhiều) (bảng 3.8). Có những nghiên cứu chỉ ra rằng kết quả của nghiệm pháp đi bộ 6 phút có mối tương quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh nhân, khoảng cách đi bộ càng dưới khoảng cách lý thuyết thì tiên lượng người bệnh càng nặng, nguy cơ và tỷ lệ tử vong càng cao. Nghiên cứu của MP Swathi Karanth trên 139 bệnh nhân COPD thấy rằng test đi bộ 6 phút có giá trị cao trong việc tiên lượng tử vong ở bệnh nhân COPD và là một chỉ số tiên lượng nguy cơ tử vong độc lập [7]. Ở bệnh nhân COPD hồi phục sau đợt cấp tính, Cilione và cộng sự nghiên cứu các yếu tố dự báo về sự thay đổi khả năng gắng sức sau khi người bệnh được điều trị nội trú phục hồi chức năng toàn diện [8]. Các tác giả nhận thấy giá trị cơ bản và sự thay đổi về kết quả của test đi bộ 6 phút và tình trạng oxy hóa máu động mạch có mối tương quan nhất quán. Nghiên cứu của Dương Quý Sỹ thấy khoảng cách đi bộ 6 phút tương quan với các thông số hô hấp ký như FEV1. Nếu FEV1 giảm thì khoảng cách đi bộ trong 6 phút của bệnh nhân cũng giảm theo và tương quan với tình trạng nặng của bệnh nhân, bệnh nhân nặng, khoảng cách đi bộ ngắn lại [3]. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng ghi nhận những bệnh nhân đi bộ

không đạt khoảng cách ước tính lý thuyết là những bệnh nhân COPD nặng nằm trong các nhóm C và D. Kết quả của test cải thiện khi đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được điều trị ổn định.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên nhóm 32 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (giai đoạn II, III, IV; kiểu hình B, C, D) được thực hiện test đi bộ 6 phút trước và sau quá trình điều trị cho thấy có sự sụt giảm bão hoà oxy máu ngoại vi, tăng tần số tim tạm thời trong quá trình thực hiện test; xu hướng cải thiện về tần số tim và bão hoà oxy máu ngoại vi, quãng đường đi được trong 6 phút theo diễn biến trở lại tình trạng ổn định tại thời điểm sau điều trị (cả các thông số trước thực hiện test và ngay sau thực hiện test). Test đi bộ 6 phút có thể sử dụng trong đánh giá sự phục hồi của tình trạng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về trạng thái ổn định bên cạnh đánh giá thực thể về sự dung nạp gắng sức trên người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phí Thị Nga (2015)** nghiên cứu hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. luận văn cao học
2. **Đinh Ngọc Sỹ và cs (2011):** Hội thảo khoa học hen – COPD toàn quốc tại Cần Thơ
3. **Dương Quý Sỹ, Lê Thị Bích Phượng, Hứa Huy Thông (2015).** Nghiên cứu mối tương quan giữa khoảng cách đi bộ 6 phút với các thông số thăm dò chức năng ở các bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – COPD.
4. **JDr. Kyle Enfield, MD, MS, Ms. Sally Gammon, MS, RN, Ms. Jennifer Floyd, MSPT, Ms. Cassandra Falt, RRT, Mr. James Patrie, MS, Dr. Thomas A. Platts-Mills, MD, PhD, Dr. Jonathon D. Truwit, MD, and Dr. Y. Michael Shim, MD(2010)** six-minute walk distance in patients with sever end-stage COPD association with dũival after inpatient pulmonary rehabilitationJ Cardiopulm Rehabil Prev. 2010 May–Jun; 30(3): 195–202.
5. **Esther Dajczman, RN MScA,1,2,3 Rima Wardini, MSc,1** Goulnar Kasymjanova, MD,2 David Préfontaine, PhD,1,3 Marc Alexander Baltzan, MD FRCP,1,3 and Norman Wolkove, MD FRCP1,2,3 (2015) Six minute walk distance is a predictor of survival in patients with chronic obstructive pulmonary disease undergoing pulmonary rehabilitation Can Respir J ; 22(4): 225–229.
6. **Enright PL1, Sherrill DL (1998)** Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. Am J Respir Crit Care Med. 158(5 Pt 1):1384-7.
7. **MP Swathi Karanth1, Nilkanth Tukaram Awad (2017).** Six Minute Walk Test: A Tool for Predicting Mortality in Chronic Pulmonary Diseases. Internal Medicine Section DOI : 10.7860/JCDR/2017/24707.9723.
8. **Zanini A1, Chetta A2, Gumiero F3, Della Patrona S3, Casale S3, Zampogna E3, Aiello M2, Spanevello A1 (2013)** Six-minute walking distance improvement after pulmonary rehabilitation is associated with baseline lung function in complex COPD patients: a retrospective study. Biomed Res Int 10.1155/2013/483162

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA NGUYÊN NHÂN GÂY SỐC PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Đinh Dương Tùng Anh*, Đinh Văn Thúc*, Phạm Văn Thúc*, Bùi Lê Vĩ Chinh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Sốc phản vệ (SPV) là phản ứng quá mẫn tức thì phát sinh khi có sự xâm nhập của dị nguyên vào cơ thể và vệ là tai biến dị ứng nghiêm trọng nhất dễ gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Để góp phần rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí SPV, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: mô tả một số đặc điểm của các nguyên nhân gây sốc phản vệ ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu với cỡ mẫu toàn bộ 54 trường hợp trẻ bị SPV trong các năm 2019 - 2020 tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** SPV gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi nhỏ hơn 12 tháng tuổi (70,4%). Tỷ lệ SPV ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ: 1,84/1. 7,4% trẻ có tiền sử dị ứng trước khi bị SPV. Phần lớn các ca SPV xảy ra trong quá trình trẻ điều trị nội trú tại BVTEHP (87%), xảy ra ở hầu hết các khoa, trong đó tỷ lệ SPV cao nhất tại khoa Sơ sinh (22,2%). Nguyên nhân gây SPV thường gặp nhất là thuốc kháng sinh (81,5%), với nhóm β -lactam chiếm tỷ lệ cao nhất (93,2%). Chỉ có 3,7% trẻ bị SPV do thức ăn. Đường vào của dị nguyên gây SPV thường gặp nhất là đường tiêm, truyền tĩnh mạch (81,5%). SPV thường gặp nhất trong

khoảng 0 - 5 phút từ khi tiếp xúc với dị nguyên (46,3%). Trong số 43 bệnh nhi bị SPV do thuốc kháng sinh, tỷ lệ trẻ xuất hiện SPV sau từ 1 - 5 liều chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%). **Kết luận:** Thuốc kháng sinh là nhóm nguyên nhân hàng đầu gây SPV ở trẻ em và cần được nâng cao cảnh giác và theo dõi khi sử dụng. Điều này cần đặc biệt chú trọng trên nhóm trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi, trong khoảng 5 phút đầu tiên sau tiêm, truyền và ngay cả khi trẻ đã được sử dụng nhiều liều kháng sinh trước đó.

Từ khóa: Sốc phản vệ, trẻ em, dị nguyên

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE CAUSES OF ANAPHYLAXIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Background and objectives: Anaphylaxis is an immediate hypersensitivity reaction arising from the entry of an allergen into the body and is the most serious allergic reaction that can be fatal if not treated. timely diagnosis and treatment. In order to contribute to learning experiences in the diagnosis and management of anaphylaxis, we conducted this research with the objective: to describe some characteristics of the causes of anaphylaxis in children at Hai Phong Children's Hospital in 2019 - 2020. **Subjects and research methods:** We conducted a descriptive study using retrospective data with a total sample size of 54 cases of children with anaphylaxis in 2019 - 2020 at Haiphong Children's Hospital (HCH). **Results:** Anaphylaxis was most common in the age group younger than 12 months (70.4%). The rate of anaphylaxis in boys was higher than in

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

girls with the male/female ratio: 1.84/1. 7.4% of children had a history of allergies prior to having anaphylaxis. The majority of cases occurred during inpatient treatment at HCH (87%), occurred in most departments, of which the highest rate of anaphylaxis was in the Neonatal Department (22.2%). The most common cause of anaphylaxis was antibiotics (81.5%), with the β -lactam group accounting for the highest rate (93.2%). Only 3.7% of children had foodborne anaphylaxis. The most common way of entering the allergen that causes SPV was IV or IVI (81.5%). Anaphylaxis was most common within 0 – 5 minutes of allergen exposure (46.3%). Among 43 children with antibiotic-associated SPV, the rate of children developing SPV after 1 to 5 doses accounted for the highest rate (76.7%).

Conclusion: Antibiotic is the leading cause of anaphylaxis in children and should be used with increased vigilance and monitoring. This needs special attention in the group of children under 12 months of age, in the first 5 minutes after the infusion, even when the child has been used a variety of antibiotics before.

Keywords: Anaphylaxis, children, allergens

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ (SPV) là phản ứng quá mẫn tức thì phát sinh khi có sự xâm nhập của dị nguyên vào cơ thể, có biểu hiện hạ huyết áp, trụy tim mạch, suy hô hấp cấp do tăng tính thấm thành mạch và co thắt cơ trơn phế quản. Sốc phản vệ có thể xảy ra trong vài giây đến vài phút hoặc vài giờ sau tiếp xúc với dị nguyên. Triệu chứng SPV xuất hiện càng sớm bệnh càng nặng và tỷ lệ tử vong càng cao. Sốc phản vệ là tai biến dị ứng nghiêm trọng nhất dễ gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [3].

Loại dị nguyên gây SPV thường gặp thay đổi tùy theo từng nghiên cứu nhưng hay gặp

nhất là thuốc hoặc hóa chất dùng trong chẩn đoán, điều trị, một số loại thực phẩm, hóa mỹ phẩm, nọc côn trùng đốt [4] [6]. Dị nguyên gây SPV có thể có những đường vào cơ thể khác nhau như: tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, tiêm dưới da, tiêm trong da, đường uống, xông, bôi ngoài da, nhỏ mắt... Các nguyên nhân gây ra sốc phản vệ thuộc loại gì và có đặc điểm như thế nào trong thực hành lâm sàng trên trẻ em thành phố Hải Phòng trong thời gian gần đây? Để góp phần rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: mô tả một số đặc điểm của các nguyên nhân gây sốc phản vệ ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán là sốc phản vệ, điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2020.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: các trẻ có biểu hiện sốc phản vệ kèm với bất kỳ sốc do nguyên nhân khác. Tổng cộng có 54 ca bệnh được đưa vào nghiên cứu này.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Một số đặc điểm chung của trẻ bị SPV: đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới; tiền sử dùng thuốc, tiền sử bệnh tật, tiền sử gia đình.

Một số đặc điểm của các nguyên nhân gây SPV: loại dị nguyên, đường vào của dị nguyên, thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến khi có biểu hiện SPV, số liệu thuốc kháng sinh trẻ đã được dùng trước khi xảy ra SPV.

2.2.4. Xử lý số liệu: nhập liệu, làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê IBM® SPSS® Statistics V22.0.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: đề tài được Hội đồng Y đức – trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và được Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 0.1. Một số đặc điểm chung của trẻ bị sốc phản vệ

Đặc điểm		Số bệnh nhi (n=54)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 12 tháng tuổi	38	70,4
	1 – < 5 tuổi	13	24,1
	5 tuổi – 15 tuổi	3	5,5
Giới	Nam	35	64,8
	Nữ	19	35,2
Năm	2019	17	31,5
	2020	37	68,5
Địa dư	Nội thành	18	33,3
	Ngoại thành	36	66,7
Tiền sử dị ứng bản thân	Có tiền sử dị ứng	4	7,4
	Không có tiền sử dị ứng	50	92,6
Tiền sử dị ứng gia đình	Có tiền sử dị ứng	3	5,6
	Không có tiền sử dị ứng	51	94,4

Nhận xét: SPV gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi nhỏ hơn 12 tháng tuổi (70,4%) và độ tuổi trung bình của nhóm trẻ bị SPV trong nghiên cứu này là 1,22 tuổi. Bệnh nhi nhỏ tuổi nhất là 10 ngày tuổi, lớn nhất là 11 tuổi. Tỉ lệ SPV ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỉ lệ nam/nữ: 1,84/1. Chỉ có 4/54 (7,4%) trẻ có tiền sử dị ứng trước khi bị SPV. Về tiền sử gia đình, có 5,6% số bệnh nhi có tiền sử dị ứng.

Bảng 0.2. Địa điểm xảy ra sốc phản vệ

Địa điểm		Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)	Tỉ lệ chung (%)
Tại gia đình		3	5,6	5,6
Tại cơ sở y tế trước khi đến BVTE		4	7,4	7,4
Tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng	Khoa Điều trị tự nguyện	15	27,8	87,0
	Khoa Sơ sinh	12	22,2	
	Khoa Hô hấp	5	9,3	

	Khoa Tim mạch – Lồng ngực	5	9,3	
	Khoa Ngoại	5	9,3	
	Khoa Truyền nhiễm	2	3,7	
	Khoa Tiêu hóa	1	1,9	
	Khoa Thần kinh – Tâm bệnh	1	1,9	
	Khoa Thận – Máu – Nội tiết	1	1,9	
Tổng		54	100	100

Nhận xét: Phần lớn các ca SPV trong nghiên cứu này xảy ra trong quá trình trẻ điều trị nội trú tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (87%). SPV xảy ra ở hầu hết các khoa, cần lưu ý rằng trong đó khoa Sơ sinh là một trong các khoa hay gặp bệnh nhân sốc phản vệ nhất, chiếm tới 22,2%. Có 4 trường hợp SPV xảy ra ở cơ sở y tế trước khi đến BVTE (9,3%), trong số đó có 01 trường hợp SPV sau tiêm vaccin.

Bảng 0.3. Nguyên nhân và đường vào của dị nguyên gây sốc phản vệ ở trẻ em

Nguyên nhân gây sốc phản vệ			Số bệnh nhi (n=54)	Tỉ lệ (%)
Dị ứng	Kháng sinh	cefoperazone	12	22,2
		ceftazidime	10	18,5
		ceftriaxone	8	14,8
		meropenem	5	9,3
		cefotaxime	3	5,6
		ampicilin/sulbactam	3	5,6
		vancomycin	2	3,7
		gentamycin	1	1,8
	Ringer Lactate		3	5,6
	Immunoglobulin		3	5,6
	Thức ăn		2	3,7
	Ong đốt		1	1,8
	Vaccin		1	1,8
Đường vào của dị nguyên	Đường tiêm, truyền tĩnh mạch		44	81,5
	Tiêm bắp		7	13
	Đường tiêu hóa		2	3,7
	Côn trùng đốt		1	1,8

Nhận xét: Nguyên nhân gây SPV thường gặp nhất trong nghiên cứu này là thuốc kháng sinh (81,5%). Trong số các loại thuốc kháng sinh gây SPV, các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam chiếm tỉ lệ cao nhất (93,2%). Chỉ có 3,7% trẻ bị SPV do thức ăn. Đường vào của dị nguyên gây SPV thường gặp nhất là đường tiêm, truyền tĩnh mạch và đường tiêm bắp.

Bảng 0.4. Thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu

Thời gian (phút)	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)
0 – 5	25	46,3
6 – 15	4	7,4
16 – 30	7	12,9
31 – 120	11	20,5
>120	7	12,9
Trung vị (max, min)	15 phút (180 phút, 1 phút)	

Nhận xét: Thời gian từ lúc trẻ bắt đầu tiếp xúc với dị nguyên cho đến khi có triệu chứng của SPV thường gặp nhất là trong khoảng 0 – 5 phút (46,3%). Tỉ lệ trẻ có thời gian tiếp xúc trước SPV kéo dài hơn 30 phút cũng chiếm một tỉ lệ khá cao (33,4%).

Bảng 0.5. Số liều kháng sinh đã dùng trước khi xảy ra sốc phản vệ

Số liều kháng sinh đã sử dụng	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)
1 – 5 liều	33	76,7
6 – 10 liều	4	9,3
11 – 15 liều	3	7,0
> 15 liều	3	7,0
$\bar{X} \pm SD$	4,09 $\pm$ 4,9 (liều)	

Nhận xét: Trong số 43 bệnh nhi bị sốc phản vệ do thuốc kháng sinh, tỉ lệ trẻ xuất hiện SPV sau từ 1 – 5 liều chiếm tỉ lệ cao nhất (76,7%), ít hơn đó là 6 – 10 liều (9,3%). Số liều dùng kháng sinh lớn nhất trẻ được sử dụng trước khi xảy ra SPV là 22 liều.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của trẻ bị sốc phản vệ

Ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới, sốc phản vệ do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, có thể xảy ra ở mọi đối tượng, biểu hiện dưới nhiều hình thái lâm sàng khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng tăng qua 2 năm, từ 17 trẻ bị SPV trong năm 2019 tăng lên 37 trẻ bị SPV năm 2020. Theo Michelson KA và cộng sự (2016), tỉ lệ sốc phản vệ nhập viện tăng từ 5,7/10 000 lên 11,7/10 000 trẻ nhập khoa cấp cứu (từ năm 2009 đến 2013) [2].

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân SPV, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ SPV ở trẻ nam (64,8%) cao hơn trẻ nữ (35,2%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu sốc phản vệ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 1 của Nguyễn Xuân Quốc và cộng sự (58,1% nam và 49,1% nữ) [5]. Về độ tuổi bị SPV, các tác giả đều cho rằng bất kì trẻ ở lứa tuổi nào đều có thể bị sốc phản vệ, ngay từ những ngày đầu sau sinh, tuy nhiên trẻ càng nhỏ tuổi, việc chẩn đoán càng khó khăn, dễ nhầm lẫn hoặc đồng bệnh cảnh với các bệnh về rối loạn chuyển hóa, nhiễm khuẩn huyết sơ sinh,... Trong nghiên cứu này, tỉ lệ SPV cao nhất ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi (70,4%). Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 10 ngày tuổi, bệnh nhi lớn tuổi nhất là

11 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jiang cho thấy SPV thường gặp nhất ở độ tuổi 0 – 4 tuổi [1].

Trong 54 trẻ bị SPV ở nghiên cứu này, trẻ có tiền sử dị ứng trước đó chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ: 7,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu sốc phản vệ của Nguyễn Xuân Quốc và cộng sự năm 2016 cho thấy chỉ có một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân SPV có tiền sử dị ứng trước đó (10,5%) [5]. Sự khác biệt giữa trẻ có tiền sử và không có tiền sử dị ứng này có thể được giải thích do ở trẻ nhỏ, việc khai thác tiền sử dị ứng khó khăn hơn, cũng như do lứa tuổi trẻ nhỏ nên việc tiếp xúc với dị nguyên và phát hiện biểu hiện dị ứng cũng ít gặp hơn so với những trẻ lớn tuổi hơn. Trong thực tế, nếu biết được tiền sử dị ứng của bệnh nhân, sẽ có ý nghĩa dự phòng các phản ứng dị ứng cấp tính và đặc biệt dự phòng SPV ở một tỉ lệ nhất định, nhất là đối với những trường hợp bệnh nhân dị ứng nhiều loại dị nguyên.

4.2. Một số đặc điểm của các nguyên nhân gây sốc phản vệ ở trẻ em

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SPV ở trẻ em Hải Phòng chủ yếu gặp trong môi trường cơ sở y tế, chỉ có 3 trường hợp SPV xảy ra tại nhà của trẻ. Trong các khoa tại BVTEHP có xảy ra SPV, có thể nhận thấy hai vấn đề nổi bật. Thứ nhất, SPV thường gặp nhất tại nhóm các khoa có nhu cầu sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị (như khoa Tỵ nguyên, Sơ sinh, Hô hấp, Tim mạch – Lồng ngực, Ngoại và khoa Truyền nhiễm) so với nhóm các khoa có nhu cầu sử dụng kháng sinh thấp hơn (khoa Tiêu hóa, khoa Thần kinh – Tâm bệnh và khoa Thận – Máu – Nội tiết). Thứ hai, cần lưu ý tỷ lệ SPV gặp tại khoa Sơ sinh là khá cao (22,1%). Điều

này chứng tỏ mặc dù ở trẻ sơ sinh, hệ thống miễn dịch chưa thực sự phát triển toàn diện nhưng cũng đã có thể gây ra đáp ứng với dị nguyên gây SPV.

Trong nhiều nghiên cứu trước đây về nguyên nhân sốc phản vệ ở trẻ em thì thực phẩm là nguyên nhân phổ biến hơn so với nhóm nguyên nhân là thuốc, côn trùng, Tuy nhiên, nguyên nhân gây sốc phản vệ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các loại thuốc, trong đó kháng sinh là nguyên nhân chính (81,5%). Các loại kháng sinh hay gặp ở các trẻ bị SPV là β -lactam (chiếm 92,8%), 2 nhóm ít gặp hơn là vancomycin (chiếm 4,8%), aminoglucosid (chiếm 2,4%). Kết quả này của chúng tôi có điểm tương đồng với kết quả nghiên cứu gần đây của Nguyễn Văn Đoàn. Các kháng sinh nhóm β -lactam có chứa vòng β -lactam với cấu trúc không ổn định, dễ dàng được mở ra cho phép nhóm carbonyl trở thành dạng amide liên kết với nhóm amino của các đuôi lysin trong cấu trúc phân tử protein của cơ thể để trở thành dị nguyên có tính chất kháng nguyên [7]. Trong nhóm kháng sinh β -lactam, các thuốc thuộc nhóm cephalosporin thế hệ ba như: cefoperazone (23,2%), ceftazidime (23,2%), ceftriaxone (18,6%) là 3 loại kháng sinh gây SPV nhiều nhất. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Thức trước đây cho thấy penicillin là kháng sinh gây SPV hay gặp nhất (79,17%) [7]. Một trong những nguyên nhân của tình trạng này có thể do ngày nay tỉ lệ trẻ được sử dụng cephalosporin phổ biến hơn nhóm penicillin. Theo một nghiên cứu đa quốc gia, sự kết hợp của penicillin với một chất ức chế β -lactamase là loại kháng sinh được chỉ định

thường xuyên nhất trong khảo sát này, nhất là tại các nước khu vực Bắc Âu và Tây Âu (và đặc biệt là ở các bệnh viện tại Bỉ). Các loại cephalosporin thế hệ thứ ba, chủ yếu là ceftriaxone, là loại thuốc được chỉ định phổ biến nhất ở Châu Á, Châu Mỹ Latinh, và các nước thuộc khu vực phía nam và đông Châu Âu cho cả bệnh nhiễm trùng cộng đồng và nhiễm trùng liên quan đến chăm sóc [8]. Ngoài ra, chúng tôi đã cố gắng mô tả những đặc điểm của các nguyên nhân gây SPV ở trẻ em tại BVTEHP, tuy nhiên cỡ mẫu 54 ca bệnh trong hai năm nghiên cứu còn khá nhỏ và điều này ảnh hưởng tới độ tin cậy của một số điểm kết luận rút ra từ nghiên cứu này. Chúng tôi cũng xin kiến nghị cần tiến hành thêm các nghiên cứu khác về SPV trên quy mô cỡ mẫu lớn hơn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy những trường hợp sốc phản vệ có đường dùng tĩnh mạch (chiếm 81,5%, nguyên nhân chủ yếu là do thuốc) gặp nhiều hơn những đường vào dị nguyên khác. Kết quả này có nét tương đồng với kết quả của Nguyễn Anh Tuấn (2016) tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy dị nguyên gây phản vệ qua đường tĩnh mạch chiếm tỉ lệ cao nhất (61,3%).

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn, diễn ra cấp tính sau khi tiếp xúc với dị nguyên, diễn biến nhanh chóng trong vài phút đầu, thậm chí sau hàng giờ và cũng có trường hợp vài ngày. Trong nghiên cứu trên 54 bệnh nhân SPV này, thời gian xuất hiện sốc phản vệ trong 0 – 30 phút chiếm đa số (chiếm 66,6%), đặc biệt trong 5 phút đầu tiên tiếp xúc với dị nguyên (chiếm 46,3%) (trung vị: 15 phút). Điều này chỉ ra rằng, sốc phản vệ có thể xảy ra sớm ngay sau tiếp xúc với dị nguyên,

nhưng cũng có thể xảy ra muộn sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, thời điểm xuất hiện sốc phản vệ sau lần đầu dùng thuốc cũng rất thay đổi, trong đó thời điểm xuất hiện SPV sau 1-5 liều thuốc chiếm phần lớn (76,7%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quốc tại Bệnh viện Nhi đồng I (thời điểm xuất hiện SPV sau 1-5 liều thuốc chiếm 54,3%), với số liều sử dụng kháng sinh tăng lên thì tỉ lệ gặp SPV cũng giảm dần, nhưng cũng có thể xuất hiện sau 22 liều kháng sinh [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 trường hợp trẻ bị SPV trong các năm 2019 – 2020 tại BVTEHP, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: SPV gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi nhỏ hơn 12 tháng tuổi (70,4%). Tỉ lệ SPV ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỉ lệ nam/nữ: 1,84/1. Chỉ có 7,4% trẻ có tiền sử dị ứng trước khi bị SPV. Phần lớn các ca SPV xảy ra trong quá trình trẻ điều trị nội trú tại BVTEHP (87%). SPV xảy ra ở hầu hết các khoa, cần lưu ý rằng trong đó khoa Sơ sinh là một trong các khoa hay gặp bệnh nhân sốc phản vệ nhất, chiếm tới 22,2%. Nguyên nhân gây SPV thường gặp nhất là thuốc kháng sinh (81,5%). Trong số đó, các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam chiếm tỉ lệ cao nhất (93,2%). Chỉ có 3,7% trẻ bị SPV do thức ăn. Đường vào của dị nguyên gây SPV thường gặp nhất là đường tiêm, truyền tĩnh mạch (81,5%). Thời gian từ lúc trẻ bắt đầu tiếp xúc với dị nguyên cho đến khi có triệu chứng của SPV thường gặp nhất là trong khoảng 0 – 5 phút (46,3%). Trong số 43 bệnh nhi bị sốc phản vệ do thuốc kháng

sinh, tỉ lệ trẻ xuất hiện SPV sau từ 1 – 5 liều chiếm tỉ lệ cao nhất (76,7%).

VI. KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi kiến nghị cần nâng cao ý thức cảnh giác và theo dõi SPV khi điều trị thuốc, đặc biệt là thuốc kháng sinh cho trẻ em. Điều này cần đặc biệt chú trọng trên nhóm trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi, trong khoảng 5 phút đầu tiên sau tiêm, truyền và ngay cả khi trẻ đã được sử dụng nhiều liều kháng sinh trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang, N., W. Xu and L. Xiang (2021). "Age-related differences in characteristics of anaphylaxis in Chinese children from infancy to adolescence." *World Allergy Organization Journal* **14**(11): 100605.
2. Michelson, K. A., M. C. Monuteaux and M. I. Neuman (2016). "Variation and Trends in Anaphylaxis Care in United States Children's Hospitals." *Acad Emerg Med* **23**(5): 623-627.
3. Nakamura, T. and T. Murata (2018). "Regulation of vascular permeability in anaphylaxis." *British journal of pharmacology* **175**(13): 2538-2542.
4. Nguyen, K. D., H. A. Nguyen, D. H. Vu, T. T. Le, H. A. Nguyen, Jr., B. V. Dang, T. N. Nguyen, D. H. Nguyen, T. B. Nguyen, J. L. Montastruc and H. Bagheri (2019). "Drug-Induced Anaphylaxis in a Vietnamese Pharmacovigilance Database: Trends and Specific Signals from a Disproportionality Analysis." *Drug Saf* **42**(5): 671-682.
5. Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang, Tăng Chí Thượng (2016). "Đặc điểm điều trị bệnh nhi bị sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi đồng 1." *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh phụ bản tập* **20**(2): 22 - 28.
6. Pouessel , G. and P. J. Turner (2018). "Food-induced fatal anaphylaxis: From epidemiological data to general prevention strategies." **48**(12): 1584-1593.
7. Phạm Văn Thức (2011). *Dị ứng thuốc*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
8. Versporten , A., P. Zarb, I. Caniaux, M. F. Gros, N. Drapier, M. Miller, V. Jarlier, D. Nathwani and H. Goossens (2018). "Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey." *Lancet Glob Health* **6**(6): e619-e629.

Kiến thức, thái độ xử trí của nhân viên y tế với phản vệ do thuốc tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021

Phạm Thị Khuyên¹, Nguyễn Quang Thanh¹, Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đề tài nghiên cứu có mục tiêu mô tả kiến thức và đánh giá thái độ của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Đại học Y Hải Phòng về phản vệ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả khảo sát trên 75 nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng, tiến hành trong thời gian từ tháng 1 tới tháng 10/2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Kết quả và kết luận:** Khảo sát về kiến thức của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Đại học Y Hải Phòng về phản vệ thấy 78,7% nhân viên y tế trả lời đúng về kiến thức cơ bản liên quan tới phản vệ, bao gồm các kiến thức liên quan tới dự phòng phản vệ. Về thái độ xử trí phản vệ, có 76% nhân viên y tế trả lời đúng về thái độ xử trí phản vệ trong đó 100% nhân viên y tế có thái độ đúng khi phát hiện phản vệ (xử trí tại chỗ và gọi hỗ trợ cấp cứu), 69,3% nhân viên y tế có thái độ đúng về theo dõi sau xử trí bước đầu thành công.

Từ khóa: Phản vệ, kiến thức, thái độ xử trí, nhân viên y tế

SUMMARY

MEDICAL STAFF KNOWLEDGE OF AND THEIR RESPONSE TOWARD DRUG ANAPHYLAXIS AT HAIPHONG UNIVERSITY HOSPITAL IN 2021

Objectives: This study is to describe the knowledge of medical staff of, and to assess their

response or behaviors toward anaphylaxis.

Subjects and methods: Descriptive survey conducted from January to October 2021, on 75 medical staff in clinical departments of Haiphong University Hospital. **Results and conclusions:** The study found that 78.7% of medical staff answered correctly about basic knowledge related to anaphylaxis, including that relating to anaphylaxis prevention. Regarding the behaviors or handling attitude toward anaphylaxis, 76% of medical staff answered correctly about the overall attitude to anaphylaxis, in which 100% of medical staff had right handling attitude when recognizing anaphylaxis (prompt on-site treatment and emergency call for assistance), 69.3% of medical staff have the right behaviors with monitoring after successful initial responses.

Keywords: Anaphylaxis, knowledge, handling attitude, medical staff

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên từ nhiều nguồn, trong đó thuốc và thực phẩm là các nguồn dị nguyên phổ biến gây phản vệ, gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng đe dọa sinh mạng và có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng [7]. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn do tính chất gây nguy hiểm của nó cũng như vì số trường hợp phản vệ có xu hướng gia tăng [4]. Việc xử trí phản vệ yêu cầu hết sức khẩn trương và nhanh chóng. Nghiên cứu của Bộ môn Dị ứng Trường Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2000-2003 cho thấy tỷ lệ dị ứng thuốc

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.22

Ngày phản biện khoa học: 15.3.22

Ngày duyệt bài: 30.5.22

chung của cả nước là 7,84%. Trong số các thuốc thường gặp gây dị ứng, các trường hợp dị ứng với kháng sinh chiếm 53,79%.

Năm 1958, Tổ chức Y tế Thế giới nghiên cứu tình hình dị ứng penicillin trên một số lượng lớn người bệnh dùng thuốc này (625 nghìn người) cho thấy tỷ lệ tử vong do phản vệ là 1/70 nghìn. Năm 1966 cũng theo Tổ chức này cho biết tỷ lệ phản vệ do thuốc ở châu Mỹ là 10%, ở châu Âu là 1%. Busse W.W cho biết bệnh nhân điều trị nội trú ở Thụy Sĩ, có tỷ lệ dị ứng do thuốc là 17%. Theo Escolane F và cộng sự, tỷ lệ dị ứng thuốc ở Anh là 5% các trường hợp đến khám và với các trường hợp điều trị tại bệnh viện tỷ lệ này là 10-20%, nguyên nhân gây tử vong do thuốc là 0,1% ở khoa nội và 0,01% ở khoa ngoại. Charpin J. (1991) cho biết trong một nghiên cứu ở một số bệnh viện của Pháp, dị ứng do thuốc chiếm 14,7% các trường hợp vào viện điều trị nội trú. Về sự nhận biết phản vệ, 89-94% bác sĩ 65-72% điều dưỡng có thể nhận ra hay nghĩ đến trước các trường hợp phản vệ [5].

Do nhiều lý do khác nhau, thay đổi về nhận thức và thái độ thực hành đối với phản vệ tại Việt Nam diễn ra chậm hơn so với thế giới gần 2 thập niên. Năm 2017 Bộ Y tế Ban hành Thông tư 51 Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Việc phát hiện sớm và xử trí đúng những trường hợp phản vệ xảy ra trong bệnh viện sẽ làm giảm nguy cơ tử vong cho bệnh nhân [7]. Phản vệ do thuốc (bao gồm cả các sinh phẩm như vaccine) nếu

không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây ra tử vong cho bệnh nhân, ngay cả khi xảy ra trong bệnh viện. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả kiến thức đồng thời đánh giá thái độ xử trí của nhân viên y tế các khoa lâm sàng của bệnh viện Đại học Y Hải Phòng về phản vệ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu khảo sát qua phỏng vấn trực tiếp 75 nhân viên y tế là bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên hoạt động chuyên môn tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1 tới tháng 10/2021. Các nội dung kiến thức liên quan tới định nghĩa, phân loại mức độ, thái độ xử trí trong các tình huống cụ thể, dự phòng phản vệ được lấy chuẩn theo thông tư 51 (Thông tư 51/TT-BYT) của Bộ Y tế ban hành năm 2017 với trọng tâm hướng vào các nội dung then chốt, có ý nghĩa quyết định cho việc nhận ra và chẩn đoán nhanh chóng, xử lý đúng các tình huống thường gặp trong thực tế. Cụ thể, kiến thức chung về phản vệ được khảo sát gồm các nội hàm của khái niệm phản vệ, các mức độ phản vệ, biểu hiện của phản vệ, đường dùng gây phản vệ, thời gian xuất hiện của phản vệ. Các kiến thức liên quan đến dự phòng phản vệ gồm kiến thức về khai thác tiền sử dị ứng, các trường hợp phải thử test trước khi tiêm thuốc, chi tiết kỹ thuật liên quan tới thử test và ý nghĩa của các test sử dụng, hộp dự phòng phản vệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố nhóm đối tượng nghiên cứu theo chức danh nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Bác sĩ	24	32
Điều dưỡng	47	62,7
Kỹ thuật viên	4	5,3

Trong tổng số 75 nhân viên y tế tham gia nghiên cứu, có 47/75 đối tượng (62,7%) là điều dưỡng ở các khoa lâm sàng.

Bảng 2: Phân bố nhân viên y tế theo số năm công tác

Thâm niên công tác (năm)	0-5	5-10	10-15	15-20	>20
Số lượng	20	36	17	2	0
Tỷ lệ (%)	26,7	48	22,7	2,6	0

Các đối tượng khác gồm bác sĩ và kỹ thuật viên với tỷ lệ lần lượt là 32% và 5,3%. Có 74,7% (gần 3/4) tổng số nhân viên y tế tham gia khảo sát có thâm niên công tác từ dưới 1 năm tới 10 năm trong đó số người có thâm niên công tác từ 5 tới 10 năm chiếm 48% tổng số nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3: Phân bố nhân viên y tế theo các khối lâm sàng

Chuyên khoa	Khối Nội	Khối Ngoại sản	Chuyên khoa (CK) khác
Số lượng	33	15	27
Tỷ lệ (%)	44	20	36

Gần một nửa (44%) nhóm đối tượng nghiên cứu là những nhân viên y tế làm việc trong các khoa lâm sàng thuộc khối Nội.

Bảng 4: Kiến thức của nhân viên y tế về phản vệ

Kiến thức đúng về phản vệ	Khối nội Số lượng (%)	Khối ngoại Số lượng (%)	CK khác Số lượng (%)
Nội hàm khái niệm phản vệ	28 (96,9)	10 (66,7)	24 (88,9)
Mức độ phản vệ	29 (87,9)	10 (66,7)	21 (77,8)
Đường dùng gây phản vệ	32 (97)	11 (73,3)	24 (88,9)
Biểu hiện của phản vệ	30 (90,9)	13 (86,7)	21 (77,8)
Thời gian xuất hiện	31 (93,9)	14 (93,3)	23 (85,2)
Trả lời đúng hết các nội dung	28 (84,8)	10 (66,7)	21 (77,8)

Kết quả trình bày trong bảng 1 cho thấy 62/75 (82,7%) nhân viên y tế hiểu đúng về các nội hàm khái niệm của phản vệ. Tỷ lệ này trong các nhóm nhân viên y tế thuộc các khối Nội, Ngoại và các chuyên khoa khác tương ứng là 96,9%, 66,7%, 77,8%. Ở nội dung tổng hợp tất cả các nội dung cơ bản trong nội hàm phản vệ có 59/75 (78,7%) nhân viên y tế trả lời đúng ở tất cả các nội dung cơ bản về phản vệ. Tỷ lệ này trong các

nhóm nhân viên y tế thuộc các khối Nội, Ngoại và các chuyên khoa khác tương ứng là 84,8%, 66,7%, 77,8%. Các nội dung kiến thức khác liên quan tới nội hàm phản vệ như mức độ (phân độ) phản vệ, đường dùng gây phản vệ, biểu hiện của phản vệ, thời gian xuất hiện và tổng thể tất cả các nội dung chung cho toàn bộ nhóm nghiên cứu và các kết quả của các nhóm nhân viên y tế trong từng khu vực được trình bày trong bảng 4.

Bảng 5: Kiến thức chung của nhân viên y tế về dự phòng phản vệ

Kiến thức dự phòng phản vệ	Khối Nội (%)	Khối Ngoại (%)	CK khác (%)
Khai thác tiền sử dị ứng cá nhân	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Khai thác tiền sử dị ứng của gia đình	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Các trường hợp phải thử test	25 (75,8)	9 (60)	18 (66,7)
Thời gian đọc test lấy da	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Cách đọc kết quả test lấy da	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Thành phần hộp dự phòng phản vệ	24 (72,7)	9 (60)	19 (70,4)
Đúng 7 câu trả lời	24 (72,7)	9 (60)	18 (66,7)

Về kiến thức của nhân viên y tế liên quan tới dự phòng phản vệ, có 51/75 (68%) cán bộ y tế trả lời đúng cả 7/7 câu hỏi. Tỷ lệ này trong các nhóm nhân viên y tế thuộc các khối Nội, Ngoại và các chuyên khoa khác tương ứng là 72,7%, 60% và 66,7%.

Bảng 6: Thái độ xử trí của nhân viên y tế trước các tình huống phản vệ

Khi xảy ra phản vệ	Khối Nội (%)	Khối Ngoại (%)	CK khác (%)
Phát hiện dấu hiệu của phản vệ	32 (97)	12 (80)	22 (81,5)
Xử trí tại chỗ	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Gọi hỗ trợ cấp cứu	33 (100)	15 (100)	27 (100)
Cấp cứu phản vệ nặng	30 (90,9)	11 (60)	21 (66,7)
Đúng hết cả 4 câu	28 (84,8)	8 (73,3)	21 (66,7)

Về thái độ xử trí của nhân viên y tế trước các tình huống phản vệ, kết quả đánh giá với các thực hành phát hiện các dấu hiệu của phản vệ, nguyên tắc xử trí, hành động cấp cứu các trường hợp phản vệ nặng được trình bày trong bảng 6. Có thể nhận thấy tỷ lệ đạt cao đối với các nội dung thành phần song kết quả tổng hợp chung cho các nội dung vẫn còn một tỷ lệ đáng kể nhân viên y tế thuộc khối Nội và khối Ngoại chưa có thái độ xử trí đúng trước các tình huống phản vệ (lần lượt là 15,2%, 26,7%), đặc biệt với nhóm nhân viên tại một số chuyên khoa khác (33,3%).

Bảng 7: Thái độ của nhân viên y tế về theo dõi phản vệ sau xử trí

Theo dõi sau xử trí phản vệ	Khối Nội (%)	Khối Ngoại (%)	CK khác (%)
Thời gian theo dõi phản vệ	32 (97)	12 (80)	26 (96,2)
Các chỉ tiêu cần theo dõi	32 (97)	11 (73,3)	20 (74,1)
Nhận biết các trường hợp diễn biến nặng	28 (84,8)	12 (80)	19 (70,4)
Đúng cả 3 câu	27 (81,8)	8 (53,3)	17 (63)

Đánh giá về thái độ thực hành của nhân viên y tế liên quan tới theo dõi phản vệ sau xử trí ban đầu, có 52/75 (69,3%) nhân viên y

tế có thái độ thực hành đúng trên cả 3 nội dung thành phần. Tỷ lệ này có sự chênh lệch tương đối rộng giữa 3 nhóm nhân viên y tế

hoạt động chuyên môn tại khối Nội, khối Ngoại và các chuyên khoa khác (với các tỷ lệ tương ứng là 81,8%, 53,3% và 63%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75 nhân viên y tế trong đó chủ yếu là điều dưỡng chiếm 62,7%, Bác sĩ chiếm 32%. Đa số nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng có tuổi nghề trẻ, thâm niên công tác từ 5-10 năm chiếm nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 48%. Nhân viên y tế có thâm niên công tác 15-20 năm chiếm 2,6%. Đối tượng nghiên cứu các khoa lâm sàng chia làm 3 khối trong đó có 44% đối tượng nghiên cứu thuộc khối Nội, 20% thuộc khối Ngoại và 36% thuộc khối Chuyên khoa lẻ.

Về kiến thức chung của nhân viên y tế về phản vệ thì khái niệm về phản vệ trả lời đúng ở khối Nội chiếm 96,9%, khối Ngoại chiếm 66,7% và chuyên khoa lẻ 88,9% (bảng 1 – bảng 3). Về kiến thức của nhân viên y tế về phản vệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt giữa các khoa lâm sàng trong từng lĩnh vực. Với đánh giá mức độ phản vệ thì có 87,9% nhân viên y tế ở khối nội có kiến thức đúng và 66,7% nhân viên y tế khối ngoại trả lời đúng. Về những đường dùng thuốc có thể gây ra phản vệ thì có 97% nhân viên y tế khối nội trả lời đúng trong khi đó khối ngoại là 73,3% và chuyên khoa lẻ 88,9%. Những biểu hiện của phản ứng phản vệ thì có 90,9% nhân viên y tế khối Nội trả lời đúng và 93,3% nhân viên y tế ở khối Ngoại trả lời đúng. Có 84,8% nhân viên y tế khối Nội, 66,6% nhân viên y tế khối Ngoại và 77,8% trả lời đúng các câu hỏi về khái niệm, mức độ phản vệ, thời gian xuất hiện sau tiếp xúc với dị nguyên

Về kiến thức dự phòng phản vệ của nhân viên y tế thì có 72,2% nhân viên y tế khối

Nội trả lời đúng, 60% nhân viên y tế khối ngoại trả lời đúng, 66,7% nhân viên y tế chuyên khoa lẻ trả lời đúng. Trong đó 100% nhân viên y tế các khoa lâm sàng đều trả lời đúng về cách khai thác tiền sử dị ứng của bệnh nhân, tiền sử dị ứng của gia đình, thời gian và cách đọc test lấy da. Tuy nhiên các trường hợp cần thử test lấy da trước khi dùng thuốc thì có sự khác biệt giữa các khoa như 75,8% trả lời đúng ở khối Nội, 60% trả lời đúng ở khối Ngoại và 66,7% trả lời đúng ở khối Chuyên khoa lẻ. có nhiều những trường hợp nhân viên y tế cho rằng cần phải thử test kháng sinh đối với tất cả các trường hợp dùng thuốc kháng sinh. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Là tỷ lệ SV trả lời đúng có thể đạt tối đa ở các nội dung (cách khai thác tiền sử dị ứng, thiết bị y tế và thuốc tối thiểu để cấp cứu phản vệ, cách để thử phản ứng thuốc, thành phần hộp cấp cứu phản vệ), các nội dung khác như trường hợp phải thử test trước khi sử dụng thuốc đạt 95,45%; nguyên tắc phòng và chống phản vệ ở cơ sở y tế đạt 88,18%. Tuy nhiên, vẫn có một số nội dung sinh viên trả lời sai nhiều như: thời gian đọc kết quả thử test (chỉ đạt 63,63%); cách nhận định kết quả dương tính khi thử test (đạt 65,45%) [1] có sự khác biệt khá lớn giữa sinh viên và nhân viên y tế là do nhân viên y tế đã được thực hành hàng ngày tại bệnh viện. về thành phần hộp dự phòng phản vệ thì 100% nhân viên y tế đều biết gồm những thuốc thành phần trong hộp dự phòng phản vệ nhưng có nhiều nhân viên y tế không nhớ rõ số lượng thuốc cũng như thành phần khác đi kèm như kim lấy thuốc, dây garo, bơm tiêm. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân về kiến thức của điều dưỡng tại bệnh viện Bắc Thăng Long cho thấy kết quả nghiên cứu có 91,2% Điều dưỡng cho rằng cần khai thác tiền sử dị ứng

thuốc, 98,5% có kiến thức về danh mục các thuốc trong hộp chống sốc [5].

Về xử trí phản vệ trên bệnh nhân thì có 84,4% nhân viên y tế khối Nội trả lời đúng, 73,3% nhân viên y tế khối Ngoại trả lời đúng, 66,7% trả lời đúng và 66,7% nhân viên y tế khối Chuyên khoa lẻ trả lời đúng trong đó 100% nhân viên y tế các khoa Lâm sàng đều trả lời đúng là trong cấp cứu phản vệ xử trí thuốc Adrenalin rồi gọi hỗ trợ cấp cứu. Tuy nhiên với những trường hợp cấp cứu phản vệ nặng độ 4 thì có 90,9% nhân viên y tế khối Nội trả lời đúng và 66,7% nhân viên y tế khối chuyên khoa lẻ trả lời đúng và 60% nhân viên y tế khối Ngoại trả lời đúng.

Về theo các chỉ tiêu và thời gian theo dõi bệnh nhân sau phản vệ thì có 81,8% nhân viên y tế khối Nội trả lời đúng, 53,3% nhân viên y tế khối Ngoại trả lời đúng, 63% nhân viên y tế khối chuyên khoa lẻ trong đó các chỉ tiêu theo dõi sau xử trí phản vệ thì 97% nhân viên y tế khối Nội trả lời đúng và 73,3% nhân viên y tế khối Ngoại trả lời đúng. Nhận biết triệu chứng diễn biến nặng thì có 80% nhân viên y tế trả lời đúng ở khối Ngoại và 84,8% nhân viên y tế trả lời đúng ở khối Nội.

Nhìn chung về kiến thức chung về phản vệ, xử trí phản vệ và theo dõi của nhân viên y tế các khoa lâm sàng tương đối tốt. Một phần trong đó là do những lần tập huấn liên tục của bệnh viện Đại học y cho các y bác sỹ, điều dưỡng về thông tư 51/BYT ban hành năm 2017. Những quy định bắt buộc về khai thác tiền sử dị ứng đối với những bệnh nhân vào viện. Đặc biệt là Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng tham gia công tác viêm phòng vắc xin covid 19 mở rộng cho nhân dân, nhân viên y tế tham gia công tác tiêm phòng được tập huấn kỹ, thường xuyên nên khả năng nhận biết và xử trí phản vệ được thành thạo.

Tuy nhiên kiến thức của nhân viên y tế về phản vệ là chưa đồng đều nhau, đặc biệt là những trường hợp phản vệ nặng, nên cần có những buổi tập huấn về phản vệ diễn ra thường xuyên nhằm tập huấn cho cán bộ nhân viên y tế để xử trí tốt phản vệ.

V. KẾT LUẬN

Về kiến thức của nhân viên y tế các khoa lâm sàng của bệnh viện Đại học Y Hải Phòng về phản vệ thì có 78,7% nhân viên y tế trả lời đúng trong đó 84,8% nhân viên y tế khối Nội, 66,7% khối Ngoại và 77,8% khối Chuyên khoa lẻ. có 68% nhân viên y tế trả lời đúng kiến thức về dự phòng phản vệ.

Về thái độ xử trí phản vệ, có 76% nhân viên y tế trả lời đúng về xử trí phản vệ. trong đó 100% nhân viên y tế có thái độ đúng khi phát hiện phản vệ: xử trí tại chỗ và gọi hỗ trợ cấp cứu. có 69,3% nhân viên y tế có thái độ đúng về theo dõi sau tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Là** (2019) kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học chính quy khóa 10 trường đại học điều dưỡng Nam Định
2. **Nguyễn Thị Thùy Linh** (2014) Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở bệnh viện Bạch Mai.
3. **Phạm Văn Thắng** (2010) Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ do thuốc ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương.
4. **Tạ Thị Anh Thơ** (2010) Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc chăm sóc và xử trí bệnh nhân sốc phản vệ tại các khoa lâm sàng bệnh viện K.
5. **Nguyễn Thanh Vân** (2013) Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của điều dưỡng bệnh viện bắc Thăng Long năm 2013.
6. **Ibrahim I., Chew B.L., Zaw W.** (2014), "Knowledge of anaphylaxis among Emergency Department staff", Asia Pac Allergy
7. **Bộ Y tế:** Thông tư 51/2017/TT-BYT, ban hành ngày 29/12/2017.

THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA *H. INFLUENZAE* VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO *H. INFLUENZAE* TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG 2019 - 2020

Đinh Dương Tùng Anh*, Nguyễn Khánh Ly*,
Hoàng Ngọc Anh*, Trần Thị Thanh Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kháng kháng sinh của *H. influenzae* (HI) và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) do HI tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 340 trường hợp trẻ VPCĐ có kết quả cấy dịch tỵ hầu mọc HI tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** VPCĐ do HI ở trẻ em chiếm tỷ lệ 25,6% số trường hợp VPCĐ do vi khuẩn, chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi. Hầu hết các chủng HI còn nhạy cảm với meropenem, piperacillin/tazobactam và ciprofloxacin. Một tỷ lệ lớn các chủng HI đã đề kháng với các kháng sinh như cefuroxim, azithromycin và cotrimoxazol. Các phác đồ kháng sinh đầu tay trong điều trị VPCĐ do HI là kết hợp giữa kháng sinh nhóm β -lactam thế hệ 3 với aminosid hoặc kết hợp amoxicillin/ampicillin với acid clavulanic cho đáp ứng lâm sàng tốt trên 80,3% các ca bệnh. Tỷ lệ điều trị khỏi VPCĐ do HI là 99,1%. **Kết luận:** Kết quả trên phần nào phản ánh hiện trạng đáng báo động về kháng thuốc của HI gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Hải Phòng.

Từ khóa: viêm phổi, trẻ em, kháng kháng sinh, *H. influenzae*

SUMMARY

THE STATUS OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF *H. INFLUENZAE* AND THE TREATMENT RESULTS OF COMMUNITY PNEUMONIA CAUSED BY *H. INFLUENZAE* AT HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL 2019 - 2020

Objectives: To describe the current situation of in vitro antibiotic resistance of *H. influenzae* (HI) and the results of treatment of community-acquired pneumonia (CAP) caused by HI at Hai Phong Children's Hospital in 2019 - 2020. **Subjects and research methods:** Retrospectively describe 340 cases of children with CAP with nasopharyngeal swabs culture showing HI at Hai Phong Children's Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** CAP caused by HI in children accounted for 25.6% of cases of bacterial CAP, mainly in children under 1 year of age. Most strains of HI were still susceptible to meropenem, piperacillin/tazobactam and ciprofloxacin. A large proportion of HI strains were resistant to antibiotics such as cefuroxim, azithromycin and cotrimoxazol. The first-line antibiotic regimens in the treatment of CAP caused by HI were the combination of 3rd generation β -lactam antibiotics with aminosides or the combination of amoxicillin/ampicillin with clavulanic acid for a good clinical response in over 80.3% of cases.

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

The cure rate of CAP due to HI was 99.1%.

Conclusion: The above results partly reflect the alarming situation of drug resistance of CAP-causing HI among children in Hai Phong.

Keywords: pneumonia, children, antibiotic resistance, *H. influenzae*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em. Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm tỷ lệ tử vong do viêm phổi chiếm gần 1/5 số trẻ tử vong trên toàn thế giới. Ở châu Âu, tỷ lệ viêm phổi chiếm từ 30-40/1000 trẻ/năm [1]. Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là những trường hợp trẻ mắc bệnh viêm phổi trong cộng đồng hoặc sau khi vào viện dưới 48 tiếng. Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em rất đa dạng: virus, vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng. Gần đây, trong nghiên cứu đa trung tâm GABRIEL tiến hành tại 8 quốc gia đang phát triển trên 888 ca VPCĐ ở trẻ em dưới 5 tuổi phát hiện *S. pneumoniae* (68,2%), *S. aureus* (12,1%) và *H. influenzae* (5,3%) là những căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Văn Đếm gần đây đã phát hiện các vi khuẩn thường gặp gây VPCĐ ở trẻ dưới 5 tuổi là: *H. influenzae* chiếm tỷ lệ cao nhất (22,5%), *S. pneumoniae* (11,3%) và *M. catarrhalis* (8,7%) trong tổng số ca bệnh [2].

Vi khuẩn *H. Influenzae* (HI) là một trong những nguyên nhân gây viêm phổi phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ. Các nghiên cứu trước đây cho thấy HI còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng gần đây cho thấy nhiều loại kháng sinh không còn hiệu quả trong điều trị viêm phổi do HI. Tại khoa Hô hấp, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng hàng năm tiếp nhận điều trị trên 3000 bệnh nhân VPCĐ, trong đó có trên 1600 bệnh nhân có chỉ định làm xét nghiệm

nuôi cấy dịch tỵ hầu xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Đặc biệt, tới nay chưa có báo cáo về tỉ lệ viêm phổi ở trẻ em do HI và tính kháng kháng sinh của HI. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu:

1. Mô tả đặc tính kháng kháng sinh in vitro của *H. influenzae* gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2020.

2. Nhận xét kết quả điều trị các trường hợp viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn *H. influenzae* nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trường hợp bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng và có kết quả cấy dịch tỵ hầu (tiến hành tại thời điểm trẻ nhập viện) mắc HI đã điều trị tại khoa Hô hấp – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/12/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

- Các hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn của WHO 2013 [5]: bao gồm các triệu chứng như: trẻ có ho, có tần số thở nhanh theo tuổi hoặc khó thở, nghe phổi thấy ran ẩm to nhỏ hạt, có thể kèm ran rít, ngáy. Ngoài ra, hình ảnh X- quang tim phổi thấy đám mờ to nhỏ rải rác hai trường phổi, tập trung vùng rốn phổi, cạnh tim hai bên, có thể tập trung một thùy hoặc một phân thùy phổi. Trẻ được làm xét nghiệm nuôi cấy dịch tỵ hầu ngay tại thời điểm nhập khoa Hô hấp – BVTEHP cho kết quả mắc HI và được làm kháng sinh đồ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hồ sơ bệnh án của các trẻ viêm phổi mắc các bệnh trầm trọng kèm theo như bệnh

gan, thận, bệnh máu và các dị tật bẩm sinh nặng.

- Các hồ sơ bệnh án của các trẻ đã được điều trị bằng các thuốc có tác dụng lên hệ miễn dịch trước khi vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: gồm toàn bộ số hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân

đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em do H.I

Chỉ tiêu	Đặc tính	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Mean: 15,6 ± 4,3 tháng, min: 1 tháng, max: 12 tuổi)	1 tháng – <1 tuổi	231	67,9
	1 tuổi – <5 tuổi	103	30,3
	>5 tuổi	6	1,8
Giới	Nam	195	57,4
	Nữ	145	42,6
Địa dư	Nông thôn	168	49,4
	Thành thị	172	50,6

Nhận xét: Các ca bệnh VPCĐ do HI hay gặp nhất ở nhóm trẻ từ 1 tháng – <1 tuổi, thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ (tỉ lệ nam/nữ: 1,34/1) với tỉ lệ tương đương nhau giữa vùng nông thôn và thành thị.

3.2. Sự nhạy cảm với các loại kháng sinh của vi khuẩn HI

Trong nghiên cứu này, có 1328 trẻ mắc VPCĐ đã được lấy mẫu dịch tỵ hầu ngay tại

thời điểm nhập viện để làm xét nghiệm nuôi cấy dịch tỵ hầu (hay vi khuẩn nuôi cấy định danh). Kết quả có 340 trường hợp (25,6%) mọc vi khuẩn HI. Các trường hợp này đã được làm xét nghiệm vi khuẩn kháng thuốc định tính (hay kháng sinh đồ). Tỷ lệ chủng HI phân lập được có tính đa kháng (đề kháng từ 2 loại kháng sinh trở lên) trong nghiên cứu này chiếm 275/340 số ca bệnh (80,9%).

Bảng 2: Tính nhạy cảm kháng sinh của H.influenzae gây VPCĐ ở trẻ em

Kháng sinh	Số xét nghiệm	Mức độ					
		Nhạy cảm (S)		Trung gian (I)		Kháng (R)	
		n	%	n	%	n	%
Amoxicillin/acid clavulanic	330	133	40,3	1	0,3	196	59,4
Cefuroxim	338	17	5	2	0,6	319	94,4
Ceftazidim	335	230	68,7	3	0,9	102	30,4
Cefotaxim	339	250	73,7	4	1,2	85	25,1

Ceftriaxone	339	251	74	4	1,2	84	24,8
Cefepim	328	191	58,2	1	0,3	136	41,5
Azithromycin	252	36	14,3	0	0	216	85,7
Ciprofloxacin	280	258	92,1	3	1,1	19	6,8
Cotrimoxazol	314	7	2,2	11	3,5	296	94,3
Imipenem	263	217	82,5	2	0,8	44	16,7
Meropenem	335	321	95,8	2	0<6	12	3,6
Ampicilin/Sulbactam	328	145	44,2	0	0	183	55,8
Piperacillin/Tazobactam	313	290	92,7	1	0,3	22	7

Nhận xét: Vi khuẩn HI còn nhạy cảm cao với các kháng sinh như meropenem, piperacillin/tazobactam, Ciprofloxacin. HI chỉ còn nhạy cảm ở mức độ tương đối đối với một số kháng sinh thuộc nhóm Cefalosporins như cefotaxim, ceftriaxone, ceftazidim. Có một tỷ lệ rất cao các chủng HI đã phân lập được cho thấy đề kháng với các loại kháng sinh đường uống như cefuroxim và cotrimoxazol.

Bảng 3. Kháng sinh ban đầu sử dụng trong điều trị viêm phổi cộng đồng do HI

Nhóm thuốc	Kháng sinh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Penicillin	Amoxicillin hoặc Ampicillin/acid clavulanic	52	15,3
Cephalosporins thế hệ 3	Cefotaxim	62	18,2
	Ceftazidim	73	21,5
	Ceftriaxone	60	17,6
	Cefoperazone	81	23,8
Cephalosporins thế hệ 4	Cefepim	8	2,4
Cephalosporins thế hệ 2	Cefuroxim	2	0,6
Quinolon	Levofloxacin	1	0,3
Carbapenem	Meropenem	1	0,3
Tổng		340	100

Nhận xét: Loại kháng sinh đầu tay được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị VPCĐ nghi do HI trong nghiên cứu này là các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam như các Cephalosporin thế hệ 3 (81,1%) và amoxicillin/acid clavulanic (15,3%).

Bảng 4. Số lần đổi kháng sinh trong quá trình điều trị viêm phổi cộng đồng do HI

Số lần đổi kháng sinh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không đổi	273	80,3
Đổi kháng sinh 1 lần	58	17,1
Đổi kháng sinh 2 lần	7	2,1
Đổi kháng sinh 3 lần	2	0,6
Tổng	340	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đáp ứng tốt điều trị và không cần đổi kháng sinh (80.3%). Một tỷ lệ nhỏ số ca bệnh cần đổi kháng sinh từ 2 lần trở lên.

Bảng 5. Kết quả điều trị VPCĐ do HI

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	337	99,1
Chuyển viện	3	0,9
Tổng	340	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều được điều trị khỏi, vẫn có một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân tiến triển nặng cần chuyển tuyến trên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm viêm phổi cộng đồng do *H. influenzae* ở trẻ em tại Hải Phòng

Nhóm tuổi từ 1 tháng – 1 tuổi mắc VPCĐ do HI trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao nhất (67,9%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của nghiên cứu của Trần Thanh Tú và Ngô Thị Phương Nga (66,7%) [3]. Một nghiên cứu dịch tễ học viêm phổi do HI ở Kalanta (Malaysia) có 89% trẻ dưới 2 tuổi. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ nam/ trẻ nữ là 1,34/1. Các nghiên cứu trong y văn đều nhận thấy trong nhiễm trùng hô hấp nói chung, tỷ lệ trẻ trai có xu hướng cao hơn trẻ gái [4]. Tỷ lệ giới tính của trẻ trong nghiên cứu này khá tương đồng với thực trạng mất cân bằng giới tính khi sinh tại nước ta hiện nay.

4.2. Sự nhạy cảm với các loại kháng sinh của vi khuẩn *H. influenzae*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn mọc HI từ mẫu bệnh phẩm dịch tỵ hầu của trẻ bị VPCĐ là 25,6%. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự (2015) tại bệnh viện Nhi Trung ương là 25,7% [5] nhưng thấp hơn tỉ lệ HI gây VPCĐ ở trẻ em tại khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai (48,7%) [27]. Nghiên cứu của Chochua khi xác định căn nguyên vi khuẩn bằng PCR đa môi (5 vi khuẩn: *S.*

pneumoniae, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus* và *N. meningitidis*) trên 1028 trẻ từ 2 tháng đến 10 tuổi tại Tanzania có biểu hiện nhiễm trùng hô hấp, tỉ lệ phát hiện được vi khuẩn HI rất cao (83,7%) [3]. Điều này cho thấy tỉ lệ viêm phổi do *H.influenzae* là rất khác nhau ở từng địa phương, đồng thời gợi ý độ nhạy cao hơn của phương pháp chẩn đoán vi sinh bằng PCR so với biện pháp nuôi cấy định danh vi khuẩn thông thường.

Có sự thay đổi khá lớn về tỉ lệ kháng kháng sinh của HI tại các vùng lãnh thổ và các thời điểm khác nhau. Nếu so sánh theo thời gian qua các kết quả trên, ta có thể nhận thấy từ những năm 2000 đến năm nay, tỷ lệ đề kháng cao và ngày càng gia tăng của HI với một số loại kháng sinh. Tỷ lệ HI kháng cefuroxim (từ 8,7% năm 2000 [6] lên 57,4% năm 2012 [7] đến 94,5% năm 2017 [4] và 94,4% trong nghiên cứu này. Tỷ lệ HI kháng azithromycin tăng mạnh từ 7,4% năm 2012 [7] lên 25,7% năm 2017 [4] và lên tới 85,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ HI kháng imipenem từ 0% năm 2012 [7] lên 9,59% năm 2017 [4] và đến 16,7% trong nghiên cứu này. Ngoài ra, cần lưu ý rằng có tới 80,9% các chủng HI phân lập được là chủng đa kháng. Điều này phần nào phản ánh hiện trạng đáng báo động trong quản lý sử dụng kháng sinh cho trẻ em tại Hải Phòng.

4.3. Điều trị

Kháng sinh ban đầu sử dụng trong điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chủ yếu là các kháng sinh nhóm β -Lactam như amoxicillin hoặc ampicillin, cefotaxime, ceftazidime, cefoperazone, ceftriaxone. Hai loại kháng sinh thường được phối hợp với nhau là Cephalosporin thế hệ III và Aminosid (amikacin). Đa số các bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt và không cần đổi kháng sinh. Tuy nhiên, vẫn còn 17,1% số bệnh nhân cần đổi kháng sinh 1 lần, 2,7% số ca bệnh cần đổi kháng sinh ≥ 2 lần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các kháng sinh được lựa chọn thay thế là meropenem, imipenem, phù hợp với kết quả phân tích kháng sinh đồ của các chủng HI đã phân lập được cho thấy tỉ lệ đề kháng với hai loại kháng sinh này hiện còn thấp (bảng 2). Hầu hết bệnh nhân đều được điều trị khỏi, chỉ có 0,9% bệnh nhân tiến triển nặng cần chuyển tuyến trên.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng do HI ở trẻ em tại BVTEHP chiếm tỷ lệ 25,6% tổng số trường hợp VPCĐ do vi khuẩn, chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi. Hầu hết các chủng HI còn nhạy cảm với Meropenem, Piperacillin – Tazobactam và Ciprofloxacin. Một tỷ lệ lớn các chủng HI đã đề kháng với kháng sinh như Cefuroxim, Azithromycin và Cotrimoxazol. Các phác đồ kháng sinh đầu tay có hiệu quả trong điều trị VPCĐ do HI là kết hợp giữa kháng sinh nhóm β -Lactam thế hệ 3 với kháng sinh nhóm aminosid hoặc kết hợp Amoxicillin/ Ampicillin với acid clavulanic. Tỷ lệ điều trị khỏi của VPCĐ do HI ở trẻ em Hải Phòng là 99,1%, còn 0,9% bệnh nhân tiến triển nặng cần chuyển tuyến trên.

Khuyến nghị

Cần tăng cường công tác giám sát mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn, nên thường xuyên thông báo và cập nhật đến các thầy thuốc để điều trị hiệu quả, tránh lạm dụng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bénet, T., et al.**, Microorganisms Associated With Pneumonia in Children <5 Years of Age in Developing and Emerging Countries: The GABRIEL Pneumonia Multicenter, Prospective, Case-Control Study. Clin Infect Dis, 2017. **65**(4): p. 604-612.
2. **Phạm Văn Đэм và Nguyễn Thành Nam**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn trên trẻ mắc viêm phổi tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Khoa học Y dược, 2020. **2**: p. 57-65.
3. **Chochua, S., et al.**, Increased Nasopharyngeal Density and Concurrent Carriage of Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, and Moraxella catarrhalis Are Associated with Pneumonia in Febrile Children. 2016. **11**(12): p. e0167725.
4. **Phạm Văn Hòa**, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do vi khuẩn Haemophilus influenzae ở trẻ em. 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Thị Hồng Hanh, Lê Thị Hoa và Nguyễn Duy Bộ**, Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của trẻ viêm phổi từ 1 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học thực hành, 2016. **11**(1207): p. 2-5.
6. **Đỗ Thị Thanh Xuân**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh viêm phổi do vi khuẩn kháng kháng sinh ở trẻ em. 2000, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Trần Thanh Tú và Nguyễn Thị Phương Nga**, Mức độ nhạy cảm kháng sinh và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi vi khuẩn Haemophilus influenzae ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2012. **80**(3A).

KHẢO SÁT CHIỀU CAO XƯƠNG KẼ RĂNG VÙNG RĂNG HÀM LỚN HÀM TRÊN VÀ KHOẢNG CÁCH TỪ CHÓP CHÂN RĂNG HÀM LỚN HÀM TRÊN ĐẾN SÀN XOANG TRÊN PHIM CT CONEBEAM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Phan Thi Thanh Giang*, Nguyễn Thị Phương Anh*, Phạm Thanh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khoảng cách từ chóp chân răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang hàm và chiều dài xương kẽ răng vùng răng hàm lớn hàm trên bằng phim Conebeam CT tại Bệnh viện Đại học y Hải Phòng. **Đối tượng:** 50 phim CT conebeam của các bệnh nhân đến khám tại khoa răng hàm mặt của Bệnh viện trường Đại học y Hải Phòng. Từ tháng 9/2019 đến tháng 3/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Chóp chân răng gần ngoài của cả 4 răng hàm lớn hàm trên gần sàn xoang nhất so với các chân còn lại của cùng một răng. Khoảng cách từ chóp chân gần ngoài đến sàn xoang của răng 16,17,26,27 lần lượt là 0.97 ± 2.39 ; -0.55 ± 2.17 ; 0.83 ± 2.32 ; -0.12 ± 1.89 (mm). Chóp của chân răng 6 xa sàn xoang hơn so với răng 7. Chiều cao xương kẽ răng vùng răng hàm lớn thứ nhất $<10\text{mm}$, chiếm 55,5%. Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy mối quan hệ giữa khoảng cách từ chóp răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang và chiều cao xương kẽ của các răng này có sự biến thiên giống nhau. Khoảng cách này ngắn thì chiều cao xương kẽ cũng ngắn, khoảng cách khoảng cách dài thì chiều cao xương kẽ cũng dài.

Từ khoá: xương vùng kẽ răng hàm lớn hàm trên, xoang hàm.

SUMMARY

SURVEY ON INTERDENTAL BONE HEIGHT IN THE MAXILLARY MOLARS AND ON DISTANCE FROM THESE ROOT TIPS TO THE FLOOR OF THE MAXILLARY SINUS ON CONEBEAM CT FILM AT HOSPITAL OF HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY IN 2020

Objective: To investigate the distance from the root tip of the maxillary molar to the floor of the maxillary sinus and the length of the interdental bone in the maxillary molar using Conebeam CT film at Hai Phong Medical University Hospital.

Subjects: 50 CT conebeam films of patients who came to the dental department - Hospital of Hai Phong Medical University. From September 2019 to March 2020

Methods: Cross-sectional descriptive study

Results and conclusions: The tips of the mesolateral root of all 4 maxillary molars is closest to the sinus floor compared with other root tips of the same tooth. The distance from the tip of the mesiolateral root to the sinus floor of the tooth 16,17,26,27 is: 0.97 ± 2.39 , respectively; -0.55 ± 2.17 ; 0.83 ± 2.32 ; -0.12 ± 1.89 (mm). The tip of root 16.26 is farther from the sinus floor than tooth 17.27.

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Phan Thi Thanh Giang

Email: pttgiang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.01.22

Ngày phản biện khoa học: 25.3.22

Ngày duyệt bài: 17.5.22

The interdental bone height of the first molar is <10mm. (55.5%). The results show that the relationship between the distance from the tip of the maxillary molars to the sinus floor and the interdental bone height of these teeth has the same variation. If this distance is short, the bone height is also short; if the distance is long, the bone height is also long.

Keywords: interdental bone of maxillary maxillary teeth, maxillary sinus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoang hàm (XH) là một xoang nằm trong hệ thống các xoang cạnh mũi, nằm trong thân xương hàm trên.

XH là một hốc lớn hình tháp 3 mặt có đỉnh hướng ra ngoài được tạo bởi mòm gò má, đáy ở trong được tạo bởi thành ngoài hốc mũi (vách ngăn mũi-xoang). Ba mặt (thành) của XH tương đối mỏng và tương ứng với mặt ổ mắt (thành trên) mặt trước (thành trước) và mặt gò má (thành sau). Mỗi xoang có 4 bờ: trên, dưới, trước, sau và 5 ngách: ngách dưới ổ mắt, ngách gò má, ngách huyết răng, ngách khẩu cái trên, ngách khẩu cái dưới.

XH bắt đầu phát triển từ tháng thứ 3 của thai kỳ, lúc đầu chỉ là một rãnh nhỏ thông với rãnh sàng. Rãnh nhỏ này phát triển song song với hệ thống răng và dần dần ăn sâu vào xương hàm trên. Lúc mới sinh, cấu trúc này chứa đầy dịch, trước 4-5 tháng tuổi XH vẫn chưa thấy được trên phim X-quang. Sự tăng trưởng của XH qua 2 giai đoạn: 0-3 tuổi và 7-13 tuổi. Ba năm đầu tiên sau sinh là giai đoạn mở rộng của xoang hàm, khi trẻ 4 tuổi bắt đầu thấy hình ảnh của xoang trên phim X-quang. Khi trẻ được 6 tuổi thì XH phát triển đầy đủ như xoang của người trưởng thành.

Trong quá trình phát triển của XH, có sự khí hóa quan trọng đến phần dưới khi răng vĩnh viễn mọc. Sự khí hóa có thể lan rộng đến mức xoang tiếp xúc với chân răng qua một lớp màng xương mỏng. Chính do sự khí hóa này nên nền xoang có thay đổi. Từ lúc mới sinh đến lúc 9 tuổi nền của XH nằm phía trên nền hốc mũi 4mm, từ 9 tuổi, nền XH nằm cùng bình diện với sàn hốc mũi, sau đó nền XH tiếp tục tụt xuống nằm thấp hơn sàn hốc mũi từ 1-5,5mm sau khi trẻ được 12 tuổi

Xương kẽ răng là vùng xương nằm giữa 2 răng, kéo dài từ mào xương ổ xuống hết phần xương ổ răng. Đối với hàm trên vùng răng sau thì xương kẽ răng kéo dài đến sàn xoang hàm hoặc sát với sàn xoang hàm

Bệnh lý xoang hàm liên quan đến Đường hô hấp, Dạ ứng và các cơ quan lân cận như Răng Hàm Mặt với các bệnh lý như: viêm quanh cuống răng, Minivis nắn chỉnh răng rơi vào lòng xoang, Vis implant rơi vào lòng xoang.

Phim CT Conebeam là một phần mềm chẩn đoán hình ảnh 3D đang được sử dụng rộng rãi để khảo sát toàn bộ cấu trúc của răng, xương và xoang hàm đồng thời giúp các nhà lâm sàng đo đạc được kích thước theo 3 chiều không gian của các cấu trúc trên.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu sau đây:

1. *Khảo sát khoảng cách từ chóp chân răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang hàm*
2. *Khảo sát chiều dài xương kẽ răng vùng răng hàm lớn hàm trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Phim CTCB của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học y Hải phòng từ tháng 9/2019 đến tháng 3/2020

2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

• Phim CTGB của bệnh nhân là người Việt Nam

- Tuổi : từ 13 tuổi trở lên
- Có đủ các răng sau hàm trên
- Không có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt, không có bệnh lý vùng hàm mặt, đặc biệt là các chấn thương và bệnh lý của vùng răng hàm trên

• Chưa có bệnh lý vùng cuống cũng như chưa phải điều trị nội nha vùng răng hàm lớn hàm trên.

• Chưa can thiệp chỉnh nha ở răng hàm trên

• Phim có hình ảnh xoang hàm, các răng hàm rõ ràng

• Các răng hàm lớn không trời (mọc thụ động) do mất răng đối diện ở hàm dưới

3. Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn

4. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

5. Cỡ mẫu: 50 phim CTGB

6. Địa điểm nghiên cứu: khoa RHM bệnh viện Đại học y Hải Phòng

7. Thời gian nghiên cứu: 9/2019-3/2020

8. Phần mềm đo: 3D imaging software

9. Thước đo: sử dụng thước đo trực tiếp trên phần mềm

10. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm spss 20.0

11. Cách đo

B1: trên mặt phẳng axial di chuyển chuột đến vùng răng hàm lớn hàm trên, điều chỉnh mặt phẳng sagittal vuông góc với mặt phẳng cắn và song song với đường nối tâm các răng hàm lớn

B2: mở mặt phẳng sagittal và tiến hành đo. Tìm vị trí chân răng gần xoang nhất của mỗi răng hàm lớn và đo khoảng cách từ chóp chân răng đến nền xoang

B3: di chuyển chuột tìm vị trí mỏ xương ổ để đo chiều dài xương ổ răng ở vùng kẽ răng 5,6 và kẽ răng 6,7

B4: thoát ra khỏi mặt phẳng sagittal ,chuyển sang mặt phẳng coronal. Tiến hành đo khoảng cách từ chóp của chân răng gần xoang nhất của mỗi răng đến sàn xoang

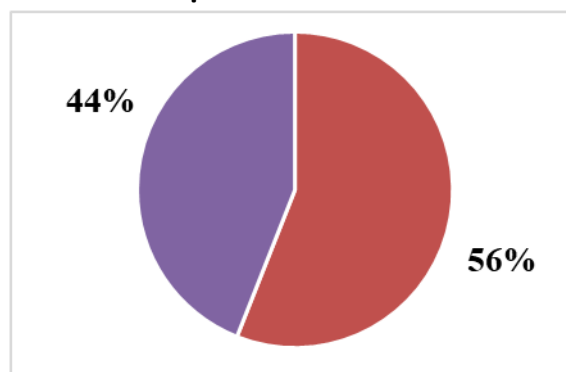
12. Cách khắc phục sai số:

• Sử dụng thống nhất 1 phần mềm để đọc phim x quang

• Người nghiên cứu trực tiếp thu thập thông tin

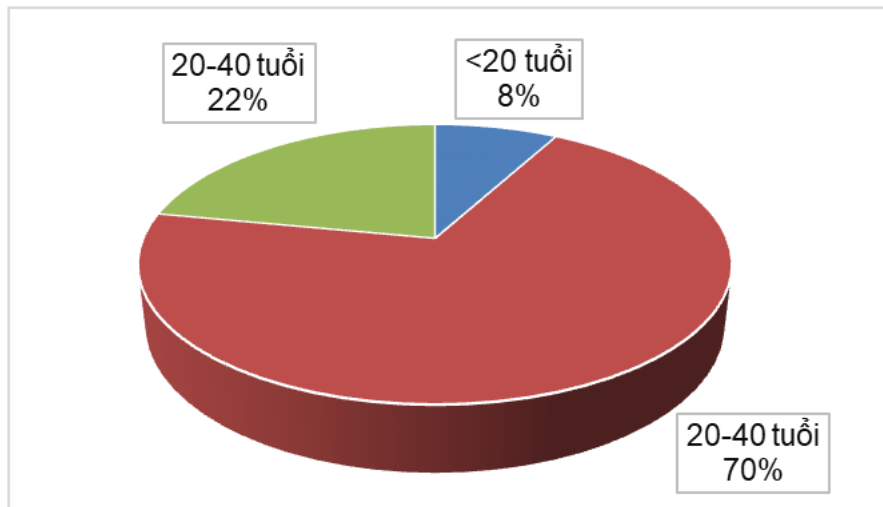
• Tiến hành đo mỗi vị trí 3 lần rồi cộng lại chia trung bình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN



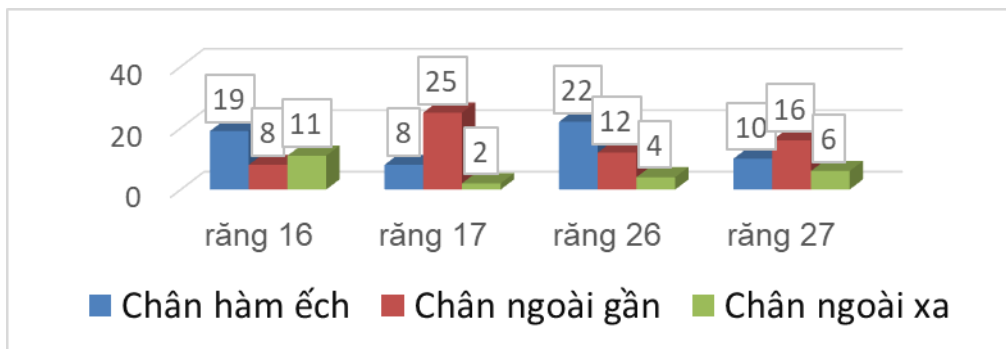
Biểu đồ 3.1: Phân bố mẫu theo giới

Nhận xét: trong số nghiên cứu có tỉ lệ nam chiếm 44%, nữ chiếm 56%



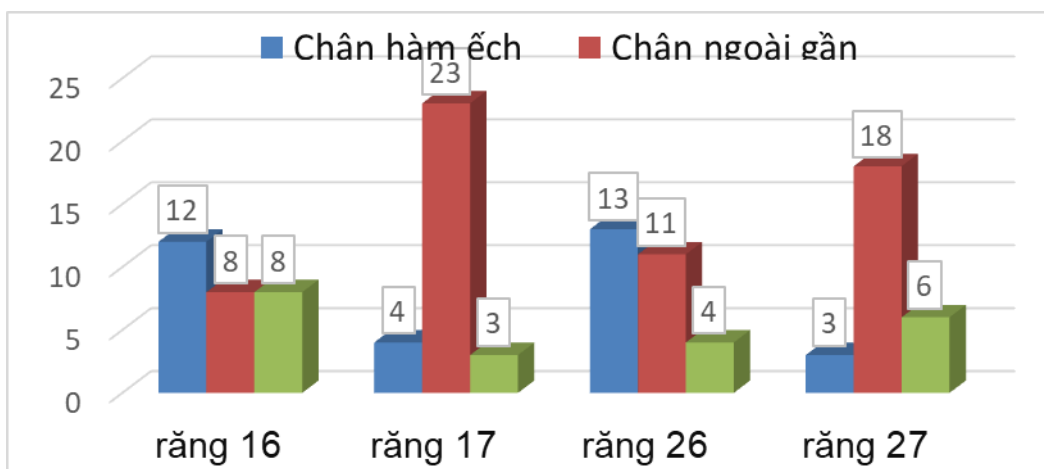
Biểu đồ 3.2: Phân bố mẫu theo lứa tuổi

Nhận xét: trong các nhóm tuổi thì nhóm tuổi từ 20- 40 tuổi chiếm số lượng đông nhất 70%.

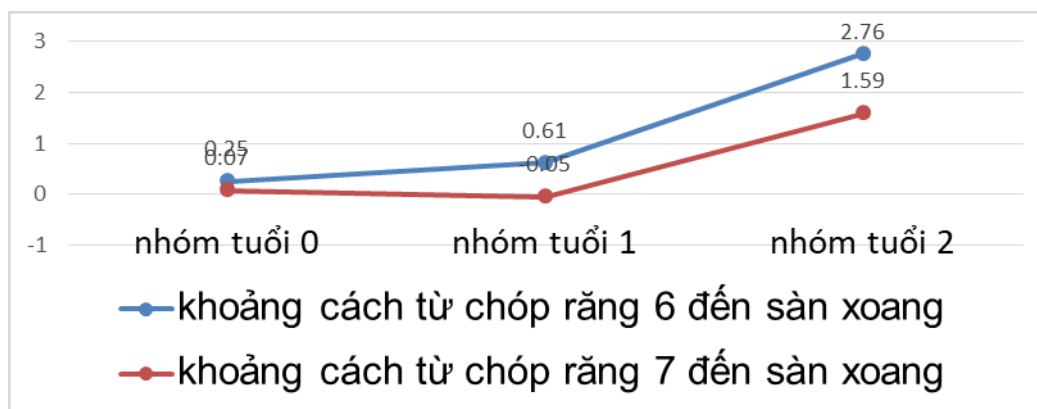


Biểu đồ 3.3: Phân loại chân răng gần xoang nhất trên mặt phẳng sagital

Nhận xét: Chân hàm ếch của răng 6 và chân ngoài gần của răng 7 gần sàn xoang nhất so với các chân còn lại.

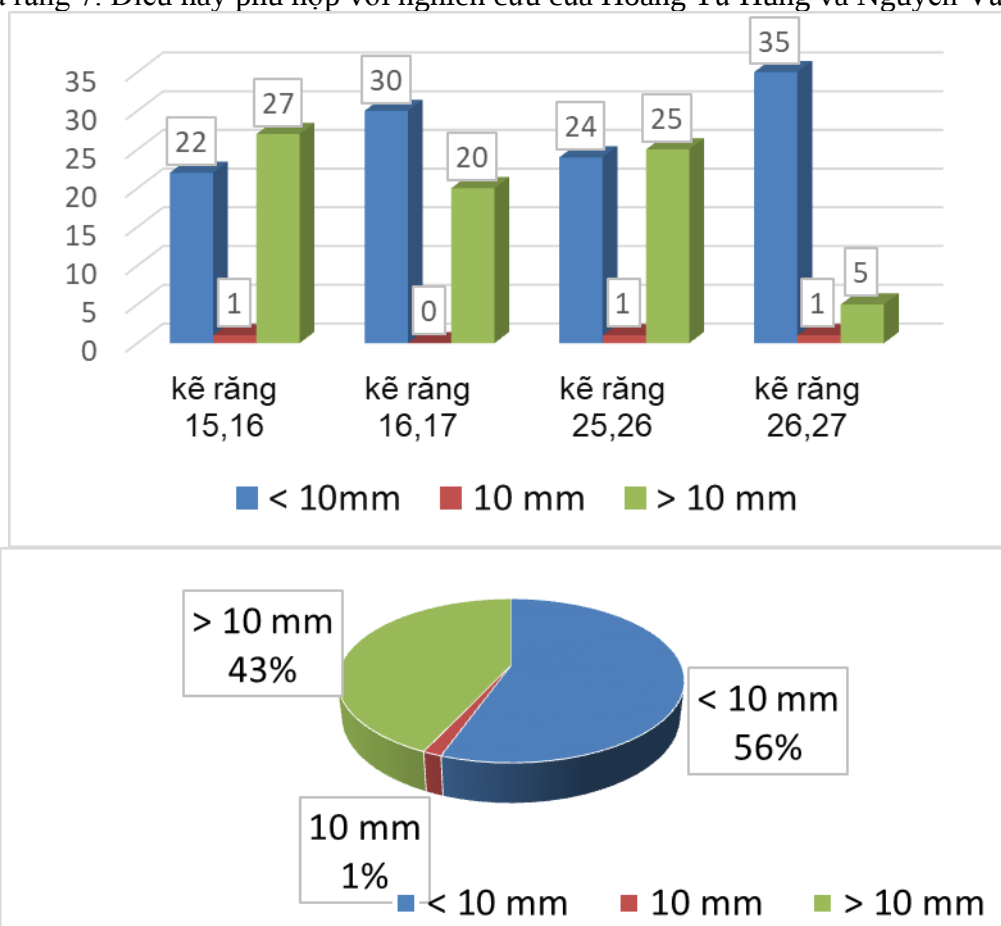


Biểu đồ 3.4: Phân loại chân răng gần xoang trên mặt phẳng coronal



Biểu đồ 3.5: Khoảng cách từ chóp răng 6,7 đến sàn xoang theo nhóm tuổi

Nhận xét: Đối với răng 6 thì khoảng cách từ chóp chân ngoài xa của nhóm tuổi 0 và từ chóp chân ngoài gần của nhóm tuổi 1,2 là ngắn nhất. Đối với răng 7 thì khoảng cách từ chóp chân ngoài gần của tất cả các nhóm tuổi là ngắn nhất. Khoảng cách trung bình từ chóp các chân răng của các răng tăng dần theo tuổi ngoại trừ chân hàm ếch của răng 6 và chân ngoài gần của răng 7. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Tử Hùng và Nguyễn Văn Cát.



Biểu đồ 3.6 và 3.7: Phân loại chiều cao kẽ răng so với 10mm

Nhận xét: Chiều cao từ mào xương ổ đến đáy xoang ở kẽ giữa răng 5 và răng 6 lớn hơn 10mm chiếm số lượng nhiều 52/100. Chiều cao từ mào xương ổ đến đáy xoang ở kẽ răng 6 và răng 7 nhỏ hơn 10mm chiếm số lượng

nhiều 65/100, ngược lại với kẽ răng 5,6. Nhìn tổng thể tất cả các kẽ răng thì chiều cao từ mào xương ổ đến đáy xoang trong trường hợp < 10mm chiếm số lượng nhiều 111/200 tương ứng 55.5%

Bảng 3.1: Phân loại chiều cao xương kẽ răng theo nhóm tuổi

Kẽ răng	Kẽ R 15,16			Kẽ R 16,17			Kẽ R 25,26			Kẽ R 26,27			Tổng
Phân loại	10mm	<10	>10	10mm	<10	>10	10mm	<10	>10	10	<10	>10	
<20tuổi	0	2	2	0	2	2	0	1	3	0	2	2	4
20-40 tuổi	1	17	17	0	22	13	0	20	15	0	26	9	35
>40 tuổi	0	3	8	0	6	5	1	3	7	1	7	3	11
Tổng	1	22	27	0	30	20	1	24	25	1	35	15	50

Nhận xét: Nhóm tuổi <20: không có sự khác biệt về chiều cao xương kẽ răng giữa nhóm < 10mm và nhóm > 10mm (nhóm còn lại)

Nhóm tuổi 20-40: không có sự khác biệt về chiều cao xương kẽ răng giữa nhóm < 10mm và nhóm > 10mm ở kẽ răng 15,16 và 25,26 nhưng lại có sự khác biệt ở kẽ răng 16,17 và kẽ răng 26,27. Chiều cao kẽ răng 26,27 và kẽ răng 16,17 < 10mm chiếm số lượng lớn hơn nhóm còn lại.

Nhóm tuổi >40: không có sự khác biệt về chiều cao xương kẽ răng giữa nhóm < 10mm và nhóm >10 mm ở kẽ răng 16,17 và kẽ răng 26,27 nhưng lại có sự khác biệt ở kẽ răng 15,16 và kẽ răng 25,26. Chiều cao kẽ răng 15,16 và kẽ răng 25,26 >10mm chiếm số lượng lớn hơn nhóm còn lại.

V. KẾT LUẬN

1. Khoảng cách từ chóp răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang trên 2 mặt phẳng sagital và coronal trên 50 phim CTCB của bệnh nhân đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện đại học y Hải Phòng

- Chóp chân răng gần ngoài của cả 4 răng hàm lớn hàm trên gần sàn xoang nhất so với các chân còn lại của cùng một răng. Khoảng cách từ chóp chân gần ngoài đến sàn xoang của răng 16,17,26,27 lần lượt là 0.97 ± 2.39 ; -0.55 ± 2.17 ; 0.83 ± 2.32 ; -0.12 ± 1.89 (mm).

- Chóp của chân răng 6 xa sàn xoang hơn so với răng 7. Khoảng cách của chóp răng 16,17,26,27 lần lượt là 1.11 ± 2.68 ; 0.21 ± 2.42 ; 1 ± 2.71 ; 0.44 ± 2.20 mm.

- Khoảng cách từ chóp chân răng của răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang ở nữ giới lớn hơn ở nam giới ở tất cả các chân răng.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khoảng cách từ chóp chân răng hàm lớn

hàm trên đến sàn xoang giữa bên trái và bên phải.

- Khoảng cách từ chóp chân răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang thì tăng dần theo nhóm tuổi.

2. Chiều cao xương kẽ răng vùng răng hàm lớn hàm trên đo trên mặt phẳng sagital của 50 phim CTCB của bệnh nhân đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện đại học y Hải Phòng

- Chiều cao xương kẽ răng vùng răng hàm lớn thứ nhất <10mm, với số lượng kẽ răng là 111, chiếm 55,5%.

- Chiều cao xương kẽ răng ở nữ giới lớn hơn nam giới.

- Chiều cao xương kẽ răng ở nhóm tuổi từ 21-40 tuổi <10mm ở kẽ răng 16,17 (22/35, chiếm 63%) và 26,27 (26/35, chiếm 74%) và >10mm ở kẽ răng 15,16 (8/11, chiếm 73%) và 25,26 (7/11, chiếm 64%) trong nhóm tuổi 41-60 tuổi.

- Chiều cao xương kẽ răng 15,16 và 25,26 trong nhóm tuổi 21-40 tuổi, và chiều cao xương kẽ răng 16,17 và 26,27 trong nhóm

tuổi 41-60 tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Từ các kết quả đã nêu trên cho thấy mối quan hệ tỷ lệ thuận giữa khoảng cách từ chóp răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang và chiều cao xương kẽ của các răng này. Khoảng cách này ngắn thì chiều cao xương kẽ cũng ngắn, và ngược lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tử Hùng** (2003), Giải phẫu răng, NXB Y học, trang 186, 187, 189, 190, 193, 195, 199
2. **Hoàng Tử Hùng** (2010), Mô phôi răng miệng, NXB Y học
3. **Trịnh Văn Minh** (1998). Giải phẫu đầu mặt cổ, Giải phẫu người tập 1, NXB Y Học, tr 402-510.
4. **Nguyễn Văn Cát** (1977). “Hình thành và phát triển răng”, Răng Hàm Mặt tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 73-89.
5. **Nguyễn Mạnh Hà** (2013), Phẫu thuật trong miệng - Tập 2, NXB GD, trang 57, 58, 59, 67, 69.

TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA E. COLI Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Ngô Anh Thế¹, Phạm Thị Thu Trang², Lại Thị Quỳnh¹,
Nguyễn Thị Hiếu¹, Hoàng Văn Phú¹, Nguyễn Văn Đẹp¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là tình trạng rối loạn chức năng đa cơ quan có thể đe dọa tính mạng, và là hậu quả của sự mất kiểm soát đáp ứng của cơ thể đối với căn nguyên nhiễm trùng. E.coli là một trong những tác nhân phổ biến nhất gây NKH, tuy nhiên tình trạng đa kháng kháng sinh của vi khuẩn E.coli sinh ESBL ngày càng gia tăng, ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe cộng đồng. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện ở các bệnh nhân NKH do E.coli tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2019. **Kết quả:** Ổ nhiễm khuẩn khởi điểm hay gặp nhất là hô hấp (36,36%), tiết niệu (29,55%) và tiêu hóa (27,07%). Tỷ lệ E.coli sinh ESBL là 54,8%. Tỷ lệ E.coli kháng Ampicilin và Cefotaxim là hơn 50%. Kháng Piperacilin-Tazobactam gặp ở 23,5%; Cefepim 22,2%; Amoxicilin-A.clavuninic bị kháng 42,1%; Ceftazidime là 34%. **Kết luận:** Ổ nhiễm trùng khởi điểm của nhiễm khuẩn huyết do E.coli là hô hấp, tiết niệu và tiêu hóa. Tỷ lệ chủng E.coli sinh ESBL và kháng thuốc cao gây khó khăn cho điều trị.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, Kháng kháng sinh, bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

SUMMARY

THE SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF E. COLI IN PATIENTS WITH SEPTICEMIA AT VIET TIEP HOSPITAL

Background: Sepsis is a potentially life-threatening multi-organ dysfunction, and is the result of an uncontrolled response to an infection. E.coli is one of the most common pathogens causing NKH, however, multi-antibiotic resistance of ESBL-producing E.coli is increasing, seriously affecting public health. **Subjects and method:** The study was carried out in patients with NKH caused by E.coli at Viet Tiep Friendship Hospital in Hai Phong from January 2019 to the end of December 2019. **Results:** The most common primary infection sites were respiratory (36.36%), urinary (29.55%) and gastrointestinal (27.07%). The rate of E.coli giving birth to ESBL was 54.8%. The rate of E.coli resistant to Ampicillin and Cefotaxime is more than 50%. Piperacillin-Tazobactam resistance was found in 23.5%; Cefepime 22.2%; Amoxicilin-A.clavuninic resistant 42.1%; Ceftazidime is 34%. **Conclusion:** The starting point of infection of E.coli bacteremia is respiratory, urinary and gastrointestinal. The high rate of E.coli strains producing ESBL and drug resistance makes treatment difficult.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Ngô Anh Thế

Email: anhthe07@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 15.6.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là tình trạng rối loạn chức năng đa cơ quan có thể đe dọa tính mạng, và là hậu quả của sự mất kiểm soát đáp ứng của cơ thể đối với căn nguyên nhiễm trùng [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, NKH vẫn đang là một trong những vấn đề nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng.

E.coli là một trong những tác nhân phổ biến nhất gây NKH, đặc biệt là tại các khoa hồi sức tích cực, tần suất NKH do E.coli có thể lên đến trên 30% [2],[3]. Hiện nay, tình trạng đa kháng kháng sinh của vi khuẩn E.coli sinh ESBL (Extend spectrum β Lactamase – men β Lactamase phổ rộng) đang là mối quan tâm hàng đầu trên toàn cầu trong chăm sóc sức khỏe ở cả trẻ em và người lớn [4],[5]. Kết quả nhiều nghiên cứu trong nước cho thấy có tới 87,4% số chủng E.coli được xác định là đa kháng thuốc, 100% đề kháng với Ampicilin; trên 60% với các Cephalosporin thế hệ 2, 3, 4; trên 70% với nhóm Quinolone và chỉ còn nhạy với Amikacin và Carbapenem [6],[7].

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, NKH do E.coli khá phổ biến và thường gặp rất nhiều khó khăn trong quá trình điều trị do tính chất kháng kháng sinh của vi khuẩn này. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trong nước về tính kháng sinh của E.coli trong thời gian gần đây tuy nhiên, dữ liệu kháng kháng sinh của E.coli tại Hải Phòng còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do E.coli tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng năm 2019*” với hai mục tiêu sau:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn*

huyết do E.coli tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

2. *Đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn E.coli ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả những bệnh nhân NKH được xác định do vi khuẩn E.coli và có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu nằm điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do E.coli theo tiêu chuẩn Sepsis 2016, có 2 mẫu máu cùng thời điểm mọc E.coli và được xét nghiệm kháng sinh đồ. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có một mẫu máu mọc E.coli hoặc tập nhiễm vi khuẩn khác.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Loại nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được chọn vào nghiên cứu này.

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

Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong thời gian nghiên cứu, có 62 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị NKH do E.coli thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Kết quả phân tích như sau:

Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm 45,2%, nữ giới chiếm 54,8%. Tuổi trung

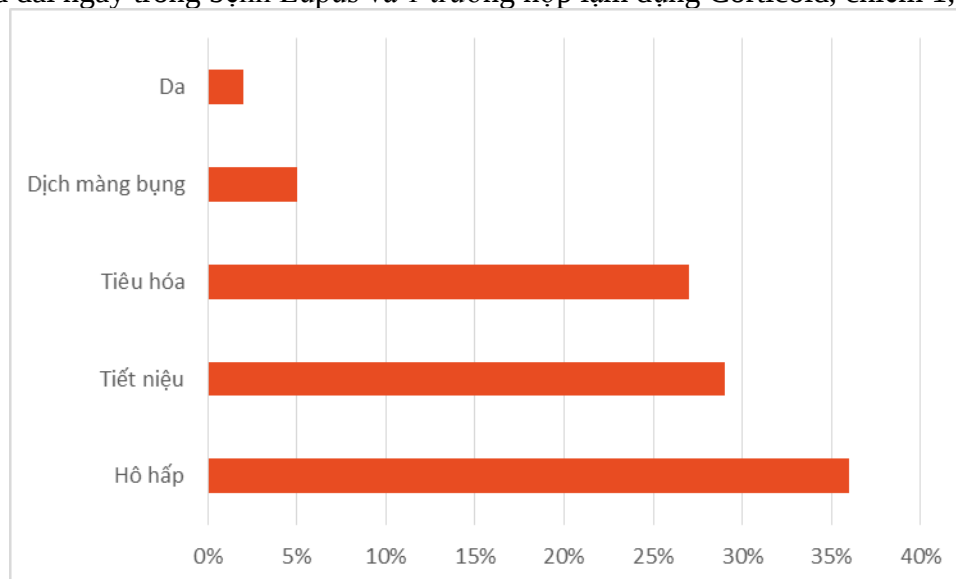
bình của đối tượng nghiên cứu là $69,03 \pm 15$ tuổi. phân bố rộng từ 22- 94 tuổi. Tỷ lệ mắc NKH do E.coli cao hơn ở người cao tuổi (>60 tuổi) với tỷ lệ 59%, hiếm gặp ở người có độ tuổi dưới 40 (2,6%).

Bảng 3.1: Tần suất xuất hiện bệnh lý nền (n = 62)

Bệnh lý nền	n	%
Tăng huyết áp	27	43,5
Đái tháo đường	16	25,8
Xơ gan	13	21
Tai biến mạch máu não	10	16,1
Sỏi mật	7	11,3
Suy thận	6	9,7
Suy tim	4	6,5
Sỏi thận	3	4,8
Lupus ban đỏ hệ thống	2	1,6
Nhồi máu cơ tim	2	1,6
COPD	2	1,6

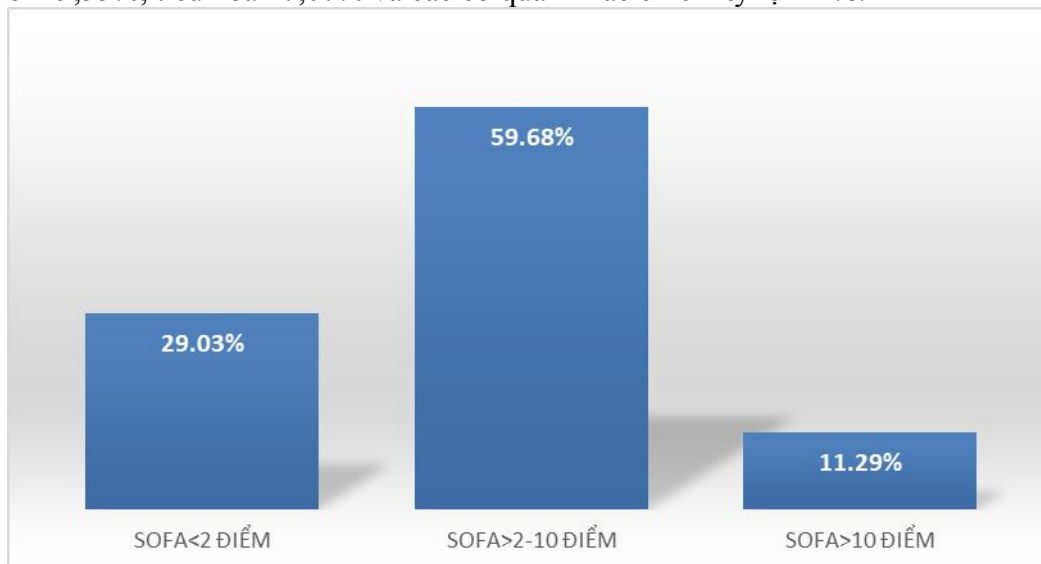
Nhận xét: Tăng huyết áp, đái tháo đường và xơ gan là 3 bệnh lý nền phổ biến nhất, chiếm tới hơn 50% tổng số các bệnh lý nền ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn E.coli.

Có tới 11,3% và 4,8% bệnh nhân có tiền sử sỏi mật, sỏi thận. Có 2 bệnh nhân điều trị bằng Corticoid dài ngày trong bệnh Lupus và 1 trường hợp lạm dụng Corticoid, chiếm 1,6%.



Hình 3.1: Ổ nhiễm khuẩn tiên phát của NKH do E.coli (n=62)

Nhận xét: Có tới 70,97% số bệnh nhân phát hiện được ổ nhiễm khuẩn ban đầu. Trong số đó, hô hấp là cơ quan nhiễm khuẩn ban đầu phổ biến nhất với tỷ lệ 36,36%, tiếp đến là tiết niệu với 29,55%, tiêu hóa 27,07% và các cơ quan khác chiếm tỷ lệ < 7%.



Hình 3. 2: Điểm SOFA ở bệnh nhân NKH do E.coli thời điểm nhập viện (n=62)

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện, có 1/3 số bệnh nhân có điểm SOFA dưới 2, còn lại đa số bệnh nhân có điểm SOFA trên 2, chiếm tỷ lệ 71,97%. Số bệnh nhân có điểm SOFA trên 10 có tỷ lệ 11,29%.

3.2. Tình trạng kháng kháng sinh của E.coli



Hình 3.3: Tỷ lệ sinh ESBL của chủng E.coli (n=62)

Nhận xét: Kết quả kháng sinh đồ cho thấy, tỷ lệ chủng E.coli sinh ESBL là 58,06%, chủng E.coli không sinh ESBL gặp ở 41,94% các trường hợp

Bảng 3.2: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh nhóm beta-lactam của E.coli

Kháng sinh	n	R (%)	I (%)	S (%)
Amoxicilin-A.Clavuninic	38	42,1	23,7	34,2
Ampicillin	41	82,9	0	17,1
Cefepime	45	22,2	0	87,8
Cefotaxime	58	62,1	1,7	36,2
Ceftazidime	50	34	4	62
Piperacillin-tazobactam	51	23,5	5,9	70,6
Ertepenem	41	2,4	2,4	95,1
Imipenem	52	11,5	0	88,5
Meropenem	55	10,9	0	89,1

Ghi chú: R: đề kháng; I: trung gian; S: nhạy cảm

Nhận xét: Các chủng E.coli phân lập được có mức độ đề kháng cao với các kháng sinh nhóm β -lactam: 82,9% số chủng kháng Ampicillin, 62,1% số chủng kháng cefotaxime, 34% số chủng E.coli kháng ceftazidim. Tỷ lệ đề kháng với cefepime- là 22,2%. Các kháng sinh kết hợp với hoạt chất kháng β -lactamase có tỷ lệ đề kháng tương đối cao, 42,1% số chủng đề kháng với Amoxcilin-A.clavuninic, 23,5% số chủng E.coli đề kháng piperacilin – tazobactam. Các kháng sinh phân nhóm penem còn khá nhạy cảm với E.coli, tỷ lệ kháng imipenem là 11,5%, meropenem là 10,9% và ertapenem là 2,4%.

Bảng 3.3: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh khác của E.coli

Kháng sinh	n	R (%)	I (%)	S (%)
Ciprofloxacin	50	60	0	40
Levofloxacin	11	54,5	9,1	36,4
Amikacin	51	1,6	0	98,4
Gentamycin	55	40	0	60
Tobramycin	14	21,4	0	78,6
Trimethoprim-Sulfamethoxazole	51	80,4	0	19,6

Ghi chú: R: đề kháng; I: trung gian; S: nhạy cảm

Nhận xét: Các nhóm kháng sinh khác tỷ lệ bị vi khuẩn kháng thuốc chiếm tỷ lệ cao > 50% như: Ciprofloxacin 60%, Levofloxacin 54,5% trên tổng số 11 mẫu xét nghiệm đo độ nhạy với E.coli, Trimethoprim-Sulfamethoxazole bị kháng 66,1%. Amikacin có độ nhạy cảm với E.coli lên tới 98,4%, Tobramycin nhạy 78,6%, giảm xuống còn 60% đối với Gentamycin.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $69,03 \pm 15$. Tuổi của bệnh nhân được nghiên cứu dao động từ 22-94 tuổi, và nhóm tuổi >60 đạt tỷ lệ là 59%. Sự suy giảm về miễn dịch, thay đổi nội tiết, mắc nhiều bệnh lý nền cùng sự tự chăm sóc bản thân kém hơn so với lứa tuổi khác, có thể đây là những yếu tố thuận lợi dẫn tới việc tỷ lệ gặp NKH cao ở nhóm tuổi này trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân đái tháo đường, đường huyết cao là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ổ nhiễm khuẩn ban đầu xác định được phổ biến nhất là hô hấp, tiêu hóa và tiết niệu. Kết quả này của chúng tôi tương đối phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo Nguyễn Huy Khánh, tỷ lệ phát hiện ổ nhiễm khuẩn ban đầu là 66,7%, trong đó tiêu hóa, tiết niệu và hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 42,5%, 27,5%, 25% [8]. Kết quả NC của Phạm Kiều Nguyệt Oanh tại BV Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ phát hiện ổ nhiễm khuẩn ban đầu là 72,2%, trong đó tiết niệu (33,5%), hô hấp (11,6%), tiêu hóa (10%) [9]. Việc xác định được ổ nhiễm khuẩn ban đầu có tầm quan trọng lớn, góp phần lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp. Tuy nhiên, có 1/3 các trường hợp không xác định được ổ nhiễm khuẩn ban đầu gây khó khăn cho công tác điều trị.

Chúng tôi ghi nhận tại thời điểm nhập viện, có 7 bệnh nhân có điểm SOFA trên 10, chiếm 11,3%. 6/7 số trường hợp này điều trị ngay tại đơn vị Hồi sức tích cực. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm SOFA trên 2 tại thời điểm nhập viện là 71,97%, dưới 2 là 29,03%. Điểm SOFA càng lớn tiên lượng bệnh nhân càng nặng, vì có nhiều cơ quan và mức độ

tổn thương cơ quan càng nhiều. Theo tác giả Nguyễn Kiều Nguyệt Oanh nghiên cứu NKH do E.coli và Klebsiella tại BV Bệnh Nhiệt đới TPHCM cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có điểm SOFA trên 10 điểm chiếm 8,1% [9].

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ E.coli sinh ESBL là 54,8%, nhóm vi khuẩn không sinh ESBL là 45,2%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Huy Khánh, tỷ lệ sinh ESBL của E.coli là 50,82% [8]. Tác giả Samba Adama Sangare ở Mali ghi nhận tỷ lệ E.coli sinh ESBL lên tới 64,5% [5]. Kết quả của chúng tôi cho thấy xu hướng gia tăng tỷ lệ E.coli sinh ESBL so với một số nghiên cứu trong nước như NC của tác giả Phạm Kiều Nguyệt Oanh (41,36%) [9]. Tương tự, kết quả nghiên cứu GARP-VN thực hiện tại 15 bệnh viện lớn trên toàn lãnh thổ Việt Nam cho thấy tỷ lệ E.coli sinh ESBL dao động từ 36% đến 57% [10]. Tình trạng sinh ESBL của không chỉ E.coli mà của các vi khuẩn Gram âm khác hiện nay đang là một thách thức đối với toàn nhân loại trong cuộc chiến chống nhiễm khuẩn.

Với nhóm β -Lactam, E.coli đề kháng với tỷ lệ khá cao. Tỷ lệ kháng ampicillin lên đến 82,9%. Sự kết hợp của amoxicillin và acid clavuninic có cải thiện tỷ lệ nhạy cảm khi có 42,1% số chủng kháng với kháng sinh này. Các cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, ceftazidim bị kháng với tỷ lệ lần lượt là 62,1% và 34%. Với cephalosporin thế hệ 4, tỷ lệ bị kháng chỉ 22,2% (cefepime), cho thấy E.coli vẫn còn khá nhạy cảm với thế hệ này. Tác giả Nguyễn Huy Khánh cũng nhận thấy rằng, 75% E.coli đề kháng với ampicillin, ceftazidim là 33,3%, cefotaxim 47,4% và từ đó đã kết luận hầu như ampicillin không còn tác dụng nhiều với E.coli, và thực tế lâm sàng cũng đã không còn dùng ampicillin để điều trị [8]. Xu

hướng ngày càng gia tăng tỷ lệ E.coli sinh ESBL và kháng với các kháng sinh nhóm β -lactam dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng, gây khó khăn cho công tác điều trị, gia tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do E.coli.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả của nghiên cứu này chúng tôi xin đưa ra một số kết luận sau: Ổ nhiễm khuẩn ban đầu phổ biến nhất là hô hấp (36,36%), tiết niệu (29,55%) và tiêu hóa (27,07%). Số bệnh nhân có điểm SOFA > 2 là 71,97% và 11,29% số bệnh nhân có điểm SOFA trên 10.

Tỷ lệ E.coli có sinh ESBL là 54,8%. E.coli kháng với nhiều loại kháng sinh nhóm β -lactam, trong đó Ampicilin và Cefotaxime bị kháng trên 50%, piperacilin-tazobactam bị kháng 23,5%; cefepime 22,2%; amoxicillin-a.clavuninic bị kháng 42,1%; ceftazidime là 34%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singer, M., C.S. Deutschman, C.W. Seymour, et al.,(2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*, 315(8): p. 801-10.
2. Dat, V.Q., H.N. Vu, H. Nguyen The, et al.,(2017). Bacterial bloodstream infections in a tertiary infectious diseases hospital in Northern Vietnam: aetiology, drug resistance, and treatment outcome. *BMC Infect Dis*, 17(1): p. 493.
3. Thuy, D.B., J. Campbell, L.T.H. Nhat, et al.,(2018). Hospital-acquired colonization and infections in a Vietnamese intensive care unit. *PLoS One*, 13(9): p. e0203600.
4. Malande, O.O., J. Nuttall, V. Pillay, et al.,(2019). A ten-year review of ESBL and non-ESBL *Escherichia coli* bloodstream infections among children at a tertiary referral hospital in South Africa. *PLoS One*, 14(9): p. e0222675.
5. Sangare, S.A., E. Rondinaud, N. Maataoui, et al.,(2017). Very high prevalence of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in bacteriemic patients hospitalized in teaching hospitals in Bamako, Mali. *PLoS One*, 12(2): p. e0172652.
6. Hoang, P.H., S.P. Awasthi, D.O.N. P, et al.,(2017). Antimicrobial resistance profiles and molecular characterization of *Escherichia coli* strains isolated from healthy adults in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Vet Med Sci*, 79(3): p. 479-485.
7. Chang, Y.T., G. Coombs, T. Ling, et al.,(2017). Epidemiology and trends in the antibiotic susceptibilities of Gram-negative bacilli isolated from patients with intra-abdominal infections in the Asia-Pacific region, 2010-2013. *Int J Antimicrob Agents*, 49(6): p. 734-739.
8. Khánh, N.H.,(2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và nhận xét kết quả điều trị NKH do E.coli tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2015.
9. Oanh, P.K.N.,(2013). Tình hình nhiễm trùng huyết do E.coli và *Klebsiella* tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới năm 2012-2013. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh.
10. Bộ Y tế Việt Nam, Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford tại Việt Nam (2010). Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009. p. 2.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN HẠ ĐƯỜNG MÁU Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2021

Đặng Văn Chức¹, Đinh Quang Trung³, Đặng Việt Linh¹,
Nguyễn Văn Giang¹, Phạm Thùy Dương², Nguyễn Văn Đẹp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân hạ đường máu ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng gồm 158 trẻ sơ sinh được chẩn đoán là hạ đường máu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận.** Lâm sàng: Triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu gồm: kích thích (1,9%), run giật (3,2%), co giật (3,2%), li bì/ngờ ngác (4,4%). Khóc bất thường (6,3%), cơn ngừng thở/tím (23,4%), thở rên (9,5%), thở nhanh (35,4%). Vã mồ hôi (17,1%), nhịp tim nhanh (6,9%), hạ nhiệt độ (33,5%), tím (28,5%). Cận lâm sàng: Nồng độ glucose trung bình khi vào viện rất thấp $1,8 \pm 0,7$ mmol/L, thấp ở nhóm sơ sinh < 2500g, và ở trẻ vào viện sau sinh 1 ngày. Nguyên nhân. Ở nhóm giảm dự trữ và sản xuất glucose: hàng đầu là đẻ non (54,4%), sau đó là trẻ nhẹ cân (46,2%), trẻ được cho ăn muộn (43,7%) và đói lâu không được truyền đường (36,7%). Nhóm cường Insulin thoáng qua: có 12 trẻ chiếm 7,6% trẻ là con mẹ đái tháo đường thai kỳ. Tăng tiêu thụ: lạnh (33,5%), nhiễm khuẩn (13,9%), khó thở (11,4%), ngạt lúc sinh (14,6%). Nguyên nhân khác: đa hồng cầu (12,9%), bất thường hệ thần kinh (1,9%), bệnh bẩm sinh (3,2%).

Từ khóa: Hạ đường máu, lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh viện Trẻ em, sơ sinh

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES, CAUSES OF NEONATAL HYPOGLYCEMIA AT HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021

Objectives. The study was done to describe clinical and paraclinical features, causes of neonatal hypoglycemia at Haiphong Children's hospital in 2021. **Subjects and methods.** The studied subjects included 158 newborns with hypoglycemia. **Results and conclusions.** Clinical features: Poor clinical and non-specific signs and symptoms included stimulation (1.9%), tonus (3.2%), convulsion (3.2%), lethargy/bewilder (4.4%), abnormal crying (6.3%), apnea/cyanosis (23.4%), grunt (9.5%), tachypnea (35.4%), sweating (17.1%), tachycardia (6.9%), hypothermia (33.5%), cyanosis (28.5%). Paraclinical features: Mean glucoseemia on admission was very low 1.8 ± 0.7 mmol/L mainly met in the group < 2500g, and in the group of one day old newborns. Causes of hypoglycemia. In the groups of decreased glucose storage and production: first rank was prematurity (54.4%), low birth weight (46.2%), late breastfeeding (43.7%), and long hunger not due to feed parenteral nutrition (36.7%). Transient hyperinsulinism: there were 12 babies (7.6%) whose mothers were gestational diabetes. Increase consumption: they were cold (33.5%), infection (13.9%), dyspnea (11.4%), perinatal asphyxia (14.6%). Other causes included polycythemia (12.9%), abnormal neurology

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Bệnh viện Công an tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

(1.9%), congenital diseases (3.2%).

Keywords: Hypoglycemia, clinics, laboratory findings, Haiphong children's hospital, Newborns.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ glucose máu (HGM) là một trong những vấn đề về chuyển hóa thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh, đặc biệt ở những trẻ sơ sinh có nguy cơ cao [Nikki]

Nên dùng thông thuật là HGM hoặc HDM

HGM để lại nhiều hậu quả cho trẻ sơ sinh nhất là tổn thương hệ thần kinh trung ương [taygen]. Phần lớn HGM ở trẻ sơ sinh là không triệu chứng, nếu có thường là những biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Tuy nhiên nếu bệnh được phát hiện sớm và điều trị kịp thời trẻ hồi phục nhanh và không để lại di chứng.

Theo Hassan và cộng sự là tỷ lệ HGM 17,2% [1]. Còn theo Johanna Stark và cộng sự tỷ lệ HGM sơ sinh là 27% [2]. Trẻ sơ sinh là một đối tượng nguy cơ cao, một trong nguy cơ đó là HGM. Trên lâm sàng tình trạng HDM thường bị bỏ qua chỉ đến khi xét nghiệm tình cờ mới phát hiện ra.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng gần đây được trang bị trang thiết bị y tế hiện đại giúp các bác sĩ phát hiện được nhiều tình trạng bệnh nhất là ở trẻ sơ sinh mà trước kia chưa có điều kiện phát hiện được. Đường huyết của trẻ sơ sinh là xét nghiệm hiện nay đã được làm thường qui, theo quan sát của chúng tôi, có khá nhiều trẻ sơ sinh bị HGM cho tới khi được làm xét nghiệm. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây HGM ở trẻ sơ sinh từ 1 tháng tới tháng 9 năm 2021 tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng” với mục tiêu như sau:

Mô tả Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

và nguyên nhân hạ glucose máu sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 01 tới tháng 09 năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là trẻ sơ sinh từ 0 - 28 ngày tuổi vào điều trị tại khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng vì các lý do khác nhau trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Trẻ sơ sinh $0 \leq 28$ ngày tuổi.
- Mẹ các cháu đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Được chẩn đoán HGM [2]:
- + Trẻ ≤ 3 ngày: $[Gm]_{TM} < 1,6 \text{ mmol/L}$
- + Trẻ > 3 ngày: $[Gm]_{TM} < 2,2 \text{ mmol/L}$ (bất kể tuổi thai, cân nặng của trẻ)
- Bệnh nhân ngoài độ tuổi nghiên cứu.
- Bố mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 tới tháng 09 năm 2021.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu gồm 158 sơ sinh được chẩn đoán HGM theo tiêu chuẩn. Các bệnh nhân được thu thập theo phương pháp tiện ích không xác suất có nghĩa là bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chúng tôi đề ra sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.4.3. Chỉ số biến số nghiên cứu

2.4.3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu. Gồm tuổi (ngày), giới, địa dư, cân khi sinh, tuổi thai

2.4.3.2. Đặc điểm lâm sàng

Gồm lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu (thần kinh, hô hấp, tim mạch, toàn trạng)

2.4.3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Glucose máu máu trung bình khi vào viện (theo ngày tuổi, theo cân nặng và theo tuổi thai)

2.4.3.4. Nguyên nhân hạ glucose máu

+ Do giảm dự trữ và sản xuất glucose (chậm phát triển trong buồng tử cung, do bẩm sinh không sử dụng được glucose, trẻ bị đói lâu không được truyền đường, bệnh giảm dự trữ glucose, đẻ non, nhẹ cân, cho ăn muộn)

+ Cường Insulin máu thoáng qua (con của mẹ đái tháo đường thai kỳ, hồng cầu bào thai, hội chứng Beckwith-Widemann, đặt nhầm động mạch rốn, tăng sản tế bào tiểu đảo, thay máu, chất làm tiêu mỡ mẹ, ngừng truyền đường đột ngột)

+ Bất thường nội tiết khác (suy toàn bộ tuyến yên, suy thượng thận, suy giáp)

+ Tăng tiêu thụ đường (Hạ nhiệt độ, nhiễm khuẩn, khó thở, ngạt lúc sinh)

+ Nguyên nhân khác (đa hồng cầu, bất thường hệ thần kinh, tim bẩm sinh)

2.4.4. Thu thập thông tin

Bệnh nhân được hỏi kỹ bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và sau đó làm xét nghiệm chẩn đoán hạ đường máu, xét nghiệm tìm 1 số nguyên nhân gây hạ đường máu ở trẻ sơ sinh.

Các xét nghiệm được thực hiện tại Trung tâm xét nghiệm Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2.4.5. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê xã hội học SPSS 22.0 để nhập và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 158 trẻ HGM, trong đó trẻ ≤ 1 ngày chiếm 58,9%, 2-3 ngày chiếm 24,1% và trên 3 ngày chiếm 17,1%. Trẻ trai chiếm 63,3%, 76,6% ở ngoại thành, cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g là 53,8% và dưới 2500 g chiếm 46,2%. Có 54,4% trẻ < 37 tuần, 45,6% ≥ 37 tuần.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ non	70	44,3
Suy hô hấp	25	15,8
Nhiễm khuẩn sơ sinh	23	14,6
Vàng da	15	9,5
Dị tật bẩm sinh	14	8,9
Hạ glucose máu	4	2,5
Khác (giảm vận động cánh tay, tràn dịch đa màng, nôn, tắc ruột, nhịp tim nhanh, tím)	7	4,4

Nhận xét. Trẻ non 70 trường hợp chiếm 44,3%, sau đó là suy hô hấp chiếm 15,8%, nhiễm khuẩn sơ sinh 23 ca chiếm 14,6%, vàng da 9,5% và 14 Dị tật bẩm sinh chiếm 8,9%, 4 ca hạ glucose máu chiếm 2,5% và các trường hợp khác 7 ca chiếm 4,4%.

Bảng 3.2. Triệu chứng hạ glucose máu không đặc hiệu

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thần kinh		
Kích thích	3	1,9
Run giật	5	3,2
Co giật	5	3,2
Li bì/ngờ ngác	7	4,4
Hô hấp		
Tiếng khóc bất thường	10	6,3
Cơn ngừng thở/tím	37	23,4
Thở rên	15	9,5
Thở nhanh	56	35,4
Tim mạch		
Vã mồ hôi	27	17,1
Nhịp tim nhanh	11	6,9
Toàn trạng		
Hạ nhiệt độ	53	33,5
Tím	45	28,5

Nhận xét. Triệu chứng kích thích 1,9%, rung giật (3,2%), co giật (3,2%), li bì ngờ ngác 4,4%; thở nhanh 35,4%, cơn ngừng thở/tím 23,4%, thở rên 9,5%, tiếng khóc bất thường 6,3%; vã mồ hôi 17,1%, tim nhanh 6,9%; hạ thân nhiệt 33,5%, tím 28,5%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Glucose máu trung bình theo nhóm tuổi so sánh 3 trung bình mà dùng t-test là không hợp lý. Cần kiểm tra lại phân phối chuẩn và so sánh rõ trung bình nào với trung bình nào? Kèm theo giá trị p cụ thể

Nhóm tuổi (ngày)	n	Trung bình (mmol/L)	độ lệch chuẩn	p
1 ngày	93	1,7*	0,7	0,019
2-3 ngày	38	1,9	0,6	
>3 ngày	27	2,1	0,6	
Tổng	158	1,8	0,7	

* One way - ANOVA được sử dụng để so sánh 3 số trung bình

Nhận xét. Glucose máu trung bình khi vào viện thấp nhất ở nhóm 1 ngày tuổi là $1,7 \pm 0,7$ mmol/L, cao nhất là ở nhóm trên 3 ngày tuổi là $1,8 \pm 0,6$ mmol/L. Glucose máu trung bình lúc vào là $1,8 \pm 0,7$ mmol/L. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Glucose máu trung bình theo cân nặng khi vào viện Ghi giá trị p cụ thể

Cân khi vào viện (g)	n	Trung bình (mmol/L)	độ lệch chuẩn	p
<2500 g	73	1,69*	0,6	0,008
≥ 2500 g	85	1,98	0,7	
Tổng	158	1,84	0,7	

* T-test được sử dụng để so sánh 2 số trung bình

Nhận xét. Glucose máu trung bình khi vào viện của nhóm bệnh nhân có cân nặng ≥ 2500 g là 1,98 mmol/L cao hơn glucose trung bình của nhóm bệnh nhân có cân nặng <2500g là 1,69 mmol/L. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Glucose máu trung bình theo tuổi thai xem lại phân phối chuẩn chưa để tính t-test, ghi giá trị p cụ thể, không ghi chung chung là <0,05

Tuổi thai (Tuần)	n	Trung bình (mmol/L)	độ lệch chuẩn	p
<37 tuần	86	1,67*	0,7	0,000
≥ 37 tuần	72	2,06	0,6	
Tổng	158	1,84	0,7	

* T-test được sử dụng để so sánh 2 số trung bình

Nhận xét. Glucose máu trung bình của nhóm bệnh nhân ≥ 37 tuần là 2,06 mmol/L cao hơn nồng độ glucose máu trung bình của nhóm bệnh nhân <37 tuần là 1,67 tuần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Nguyên nhân hạ glucose máu

Bảng 3.6. Giảm dự trữ và sản xuất glucose

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chậm phát triển trong buồng tử cung	2	2,8
Đói lâu mà không được truyền đường	58	36,7
Đẻ non	86	54,4
Nhẹ cân	73	46,2
Cho ăn muộn	69	43,7

Nhận xét. Có 2 trường hợp thai kém phát triển chiếm 2,8%, 86 đẻ non chiếm 54,4%, 73 nhẹ cân chiếm 46,2%, 58 không được truyền đường chiếm 36,7%. Không có trường hợp nào mắc bệnh giảm dự trữ đường, không dung nạp đường. Có 69 trường hợp cho ăn muộn sau 2 giờ sau sinh chiếm 43,7.

Bảng 3.7. Cường Insulin máu tạm thời nên dùng từ : Cường insulin máu tạm thời để phân biệt với bệnh cường insulin máu

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Con của mẹ đái tháo đường	12	7,6
Thay máu	1	0,06

Nhận xét. Có 12 trường hợp có mẹ mắc tiểu đường thai kỳ chiếm 7,6%, 1 trường hợp thay máu chiếm 0,06%.

Bảng 3.8. Tăng tiêu thụ đường

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạ thân nhiệt	53	33,5
Nhiễm khuẩn	22	13,9
Khó thở	18	11,4
Ngạt lúc sinh	23	14,6

Nhận xét. Có 53 bệnh nhân hạ nhiệt độ chiếm 33,5%, 22 chiếm 13,9% nhiễm khuẩn, 18 chiếm 11,4% suy hô hấp và 23 bệnh nhân chiếm 14,6% ngạt lúc sinh.

Bảng 3.9. Nguyên nhân khác Tác giả có chắc các nguyên nhân này gây hạ đường máu không?

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đa hồng cầu (n=93)	12	12,9
Bất thường hệ thần kinh trung ương	3	1,9
Bệnh tim bẩm sinh	5	3,2

Nhận xét. Có 12/93 bệnh nhân 1 ngày tuổi mắc đa hồng cầu chiếm 12,9%, 3 bệnh nhân có hệ thần kinh bất thường chiếm 1,9% và 5 bệnh nhân chiếm 3,2 có tim bẩm sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Thông tin đối tượng nghiên cứu cho thấy gần 60% bệnh nhân vào viện ngày đầu sau sinh, ngày thứ 2-3 là 24,1%, trên 3 ngày chiếm 17,1%, 63,3% bệnh nhân HGM là trẻ trai. Tỷ lệ trai/gái là 1,7 :1. Có 76,6% bệnh nhân nguồn gốc từ nông thôn, chỉ có 23,4% bệnh nhân từ thành thị. Có 46,2% bệnh nhân có cân nặng khi sinh <2500 g, 54,4% bệnh nhân có tuổi thai <37 tuần, 42,4%.

Số bệnh nhân vào trong 24 giờ đầu chiếm tỷ lệ cao 58,9% phù hợp với nhận xét của Nguyễn Mai Lan (năm 2013) là 69,9% [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Theo bảng 3.1, lý do vào viện gồm Đẻ non (70/158 chiếm 44,3%), Suy hô hấp (25/158 chiếm 15,8%), Nhiễm khuẩn sơ sinh (23/158 chiếm 14,6%), Vàng da (14/158 chiếm 9,5%), Dị tật bẩm sinh (14/158 chiếm 8,9%), Do HGM (4/158 chiếm 2,5%), Các nguyên nhân khác (7/158 chiếm 4,4%).

Chúng tôi cho rằng đây là lý do vào viện cũng có thể là bệnh nền của sơ sinh, có thể là nguyên nhân trực tiếp và gián tiếp dẫn đến HGM. Nhận xét của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Nguyễn Mai Lan [2].

Bảng 3.2 cho thấy triệu chứng thần kinh : Kích thích (3/158 chiếm 1,9%), Run giật (5/158 chiếm 3,2%), Co giật (3/158 chiếm

3,2%), Li bì/ngơ ngác (7/158 chiếm 4,4%)

Hô hấp : Tiếng khóc bất thường (10/158 chiếm 6,3%), Con ngừng thở/tím (37/158 chiếm 23,4%), Thở rên (15/158 chiếm 9,5%), Thở nhanh (56/158 chiếm 35,4%)

Tim mạch : Vã mồ hôi (27/158 chiếm 17,1%), Nhịp tim nhanh (11/158 chiếm 6,9%)

Toàn trạng

Hạ thân nhiệt (53/158 chiếm 33,5%), Tím (45/158 chiếm 28,5%)

Theo West BA và cộng sự [6] triệu chứng lâm sàng của HGM gồm các dấu hiệu thần kinh như kích thích, co cứng, giảm trương lực cơ, lơ mơ, thân nhiệt không ổn định, quấy khóc, nặng có thêm rung giật nhãn cầu, co giật, thay đổi tình trạng ý thức. Về hô hấp bệnh nhân có thể có thở nhanh, nặng biểu hiện tăng thông khí, cơn ngừng thở, tím tái. Về tim mạch có nhịp tim nhanh, vã mồ hôi. Biểu hiện tiêu hóa như ăn kém, nôn/chớ.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3-5 cho thấy đường huyết trung bình khi vào viện là $1,8 \pm 0,7$ mmol/L, cao nhất ở nhóm trên 3 ngày tuổi $2,1 \pm 0,6$ mmol/L, thấp ở nhóm 1 ngày tuổi $1,7 \pm 0,7$ mmol/L. Nhóm có cân nặng <2500 g có nồng độ glucose máu khi vào viện là $1,69 \pm 0,6$ mmol/L so với $1,98 \pm 0,7$ mmol/L của nhóm có cân nặng ≥ 2500 g, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tương tự chúng tôi thấy nồng độ glucose máu trung bình của nhóm <37 tuần là $1,67 \pm 0,7$ mmol/L thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ≥ 37 tuần là $2,06 \pm 0,6$ mmol/L.

Nhận xét của chúng tôi tương tự nhận xét của Nguyễn Mai Lan [5], Nikki A. Mitchell [1], Ruben Bromiker và cộng sự [6] nồng độ glucose máu của trẻ khi vào viện thấp, ở trẻ cân nặng thấp và tuổi thai thấp.

4.4. Một số nguyên nhân gây hạ glucose máu

Bảng 3.6-9 cho thấy nguyên nhân gây HGM như sau :

Trong nhóm giảm dự trữ chúng tôi gặp :

2 (2,8%) chậm phát triển trong bụng tử cung, 58 (36,7%) đói lâu không được truyền glucose, Đẻ non 86 (54,4%), Nhẹ cân 73 (46,2%), Cho ăn muộn 69 (43,7%)

Nhóm cường insulin thoáng qua:

Có 12 (7,6%) trường hợp con của mẹ đái tháo đường thai kỳ, 1 (0,06%) thay máu

Nhóm tăng tiêu thụ glucose :

Có 54 (33,5%) do lạnh, Nhiễm khuẩn 22 (13,9%), Khó thở 18 (11,4%), Apgar thấp khi sinh 23 (14,6%)

Nhóm nguyên nhân khác :

Đa hồng cầu 12 (12,9%), Tim bẩm sinh 5 (3,2%), Hệ thần kinh bất thường 3 (1,9%).

Chúng tôi không phát hiện được trường hợp nào bất thường về nội tiết. Có thể năng lực phát hiện bệnh này hiện nay tại bệnh viện chưa cho phép, các trường hợp HGM kéo dài chúng tôi đều phải chuyển lên tuyến trung ương. Đó có thể là lý do tại sao trong nhóm nguyên nhân này chúng tôi không có bệnh nhân.

Nhìn chung các nguyên nhân mà chúng tôi phát hiện được với tỷ lệ thấp hơn của Nguyễn Mai Lan [5], của West BA và Aitafo JE [7] lý do là vì tác giả nghiên cứu chỉ trên trẻ đẻ non còn chúng tôi nghiên cứu trên toàn bộ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

5.1. Lâm sàng

Triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu gồm kích thích (1,9%), run giật (3,2%), co giật (3,2%), li bì/ngơ ngác (4,4%), khóc bất thường (6,3%), cơn ngừng thở/tím (23,4%), thở rên (9,5%), thở nhanh (35,4%), vã mồ

hồi (17,1%), nhịp tim nhanh (6,9%), hạ nhiệt độ (33,5%), tím (28,5%).

5.2. Cận lâm sàng

Nồng độ glucose trung bình khi vào viện rất thấp $1,8 \pm 0,7$ mmol/L. thấp ở nhóm < 2500g, và ở trẻ vào viện sau sinh 1 ngày.

5.3. Nguyên nhân.

Ở nhóm giảm dự trữ và sản xuất glucose: hàng đầu là đẻ non (54,4%), sau đó là trẻ nhẹ cân (46,2%), cho ăn muộn (43,7%) và đói lâu không được truyền đường (36,7%).

Nhóm cường Insulin thoáng qua: có 12 trẻ chiếm 7,6% trẻ là con mẹ đái tháo đường thai kỳ.

Tăng tiêu thụ: lạnh (33,5%), nhiễm khuẩn (13,9%), khó thở (11,4%), ngạt lúc sinh (14,6%).

Nguyên nhân khác: đa hồng cầu (12,9%), bất thường hệ thần kinh (1,9%), bệnh bẩm sinh (3,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nikki A. Mitchell et al.** (2020), "Incidence and Risk Factors for Hypoglycemia During Fetal-to-Neonatal Transition in Premature Infants" *Front. Pediatr.*, 11 February 2020 | <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00034>.
2. **Taygen Edwards and Jane E. Harding** (2021), "Clinical aspects of natal hypoglycemia: A mini review", *Front. Pediatr.*, <https://doi.org/10.3389/fped.2020.562251>
3. **Hassan MK, Biswas R, and Perez** (2020), "Incidence and risk factors of neonatal hypoglycemia during 48 hours of life in Tertiary level hospital", *Faridpur Med. Coll. J.* 15(1): 12-15.
4. **Johanna Stark et al.** (2019), "Incidence of hypoglycemia in newborn infants identified as at risk", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, <http://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568985>.
5. **Nguyễn Mai Lan** (2013), Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến hạ đường máu ở trẻ đẻ non khi vào viện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2012, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú Bệnh viện, Trường đại học Y Dược Hải Phòng năm 2013.
6. **Ruben Bromiker et al.** (2019), "Early neonatal hypoglycemia: incidence of and risk factors. A cohort study using universal point of care screening", *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 32(5):786-792. doi: 10.1080/14767058.2017.1391781
7. **West BA and Aitafo JE** (2020), "Prevalence and Clinical Outcome of Inborn Neonates with Hypoglycaemia at the Point of Admission as seen in Rivers State University Teaching Hospital, Nigeria", *Perinatology and Child Health* 4 (2020): 137-148.

SỬ DỤNG THANG ĐO KẾT QUẢ GIẢM NHẸ TRONG CHĂM SÓC TOÀN DIỆN NGƯỜI SỐNG VỚI HIV TẠI THUY NGUYỄN, HẢI PHÒNG

Phạm Thị Vân Anh¹, Bùi Minh Khôi², Lê Khắc Tùng², Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này sử dụng thang đo VietPOS để mô tả nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) của người sống với HIV tại Thủy Nguyên, Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 48 bệnh nhân HIV đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Thủy Nguyên. Các bác sĩ và điều dưỡng phòng khám phỏng vấn bệnh nhân bằng thang đo kết quả giảm nhẹ cho người Việt Nam (Vietnamese Palliative Outcome Scale- VietPOS). **Kết quả:** Các triệu chứng thể chất thường gặp ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV là mệt mỏi (50%), ăn không ngon (31,3%), các vấn đề về miệng (29,2 %). Đau gặp ở 25% số bệnh nhân với 18,8% đau nhẹ và trung bình, 4,2% đau nặng và 2,1% đau rất nặng và đau khủng khiếp. Về tâm lý, gần 40% số bệnh nhân HIV lo lắng về bệnh tật và gần 30% số bệnh nhân cảm thấy buồn. Về xã hội, 41,6% bị kỳ thị, 75% lo lắng về tiền cho các nhu cầu cơ bản trong đó 27,5% lo lắng nhiều đến vô cùng. Về tinh thần, 6,3% bệnh nhân không cảm thấy bình yên chút nào, 29,2% thỉnh thoảng và 35,4% đôi khi cảm thấy bình yên. Về nhu cầu thông tin, đa số bệnh nhân nhận được nhiều thông tin cần thiết và đáp ứng được sự mong muốn (89,60%). Điểm trung

bình của các thành phần của thang đo VietPOS thể hiện các nhu cầu CSGN bao gồm lo lắng về tài chính (1,94 $\pm$ 1,40), hỗ trợ tình cảm (2,62 $\pm$ 1,85) và hỗ trợ về tinh thần (2,12 $\pm$ 1,31). **Kết luận:** VietPOS đánh giá được một cách toàn diện các lĩnh vực của CSGN theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới là thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần của người nhiễm HIV tại Thủy Nguyên. Người nhiễm HIV tại Thủy Nguyên có nhu cầu CSGN cao hơn trong các lĩnh vực về tâm lý, xã hội và tinh thần. **Kiến nghị:** Thang đo VietPOS nên được lồng ghép vào chăm sóc HIV toàn diện để đánh giá và theo dõi nhu cầu chăm sóc của người bệnh như đã được khuyến cáo bởi Bộ Y Tế Việt Nam. Bên cạnh các biện pháp điều trị làm thay đổi tiên lượng bệnh, các nhà chăm sóc sức khỏe cần đẩy mạnh hơn việc hỗ trợ tâm lý, xã hội, tinh thần cho người sống chung với HIV.

Từ khoá: Chăm sóc giảm nhẹ, người sống chung với HIV, thang đo kết quả giảm nhẹ cho người Việt Nam.

SUMMARY

USE OF PALLIATIVE OUTCOME SCALE IN COMPREHENSIVE CARE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV IN THUY NGUYEN, HAI PHONG

Objective: This study used Vietnamese Palliative Outcome Scale (VietPOS) to characterize the palliative care needs of people living with HIV (PLWH) in Thuy Nguyen, Hai Phong. **Subject and methods:** We implemented a descriptive cross-sectional study including 48 PLWH who were taking antiretroviral therapy at Thuy Nguyen outpatient clinic. The clinic's

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa Khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh

Email: ptvananh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022

doctors and nurses interviewed the patients with VietPOS. **Results:** The most prevalent physical symptoms of the participants were fatigue (50%), loss of appetite (33.30%) and mouth problems (29.20%). Pain was reported in 25% of the participants; 18.8% reported mild-moderate pain, 4.20% reported severe pain, and 2.1% reported overwhelming pain. About psychological aspects, 40% of the participants worried about their illness, 30% felt sad. About social aspects, 41.60% of the participants experienced stigma, 75% worried about money for the basic needs. About spiritual aspects, 6.3% of participants did not feel at peace at all, 29.20% of participants occasionally felt at peace, and 35.4% of participants sometimes felt at peace. Majority of patients received full information or as much as they wanted (89.60%). The mean scores of items in VietPOS demonstrated palliative care needs including worry about money for basic needs (1.94 ± 1.40), emotional supports (2.62 ± 1.85), and spiritual support (2.12 ± 1.31). **Conclusions:** VietPOS assessed comprehensively all domains of palliative care including physical, psychosocial, and spiritual aspects as defined by World Health Organization for PLWH in Thuy Nguyen. PLWH in Thuy Nguyen had unmet psychosocial and spiritual needs of palliative care. **Recommendations:** VietPOS should be integrated in comprehensive HIV management to assess and monitor the care needs of PLWH as recommended by Ministry of Health of Vietnam. In addition to disease-modifying treatments, healthcare providers should promote psychosocial and spiritual supports for PLWH.

Key words: Palliative care, people living with HIV, VietPOS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất chấp những thành công trong liệu pháp điều trị thuốc kháng vi rút, người nhiễm

HIV trên toàn cầu và tại Việt Nam đang phải chịu đựng nhiều đau khổ về thể chất và tâm lý. Ước tính của Hội đồng Lancet Theo ước tính của Hội Đồng Lancet về gánh nặng toàn cầu về đau khổ liên quan đến HIV, trong năm 2015 đã có 16.821.559 người nhiễm HIV cần CSGN, trong đó có 15.761.933 người còn sống và 1.059.626 người đã tử vong [1].

Trước những đau khổ mà người nhiễm HIV đang phải chịu đựng như trên, Tổ chức Y tế Thế giới khẳng định rằng CSGN (đánh giá và kiểm soát các vấn đề về thể chất, tâm lý, tinh thần và xã hội ở một bệnh giới hạn sự sống) là một phần thiết yếu của quản lý lâm sàng HIV và nên được thực hiện từ lúc được chẩn đoán cho đến khi người bệnh qua đời [2]. Tại Việt Nam, CSGN cho người sống với HIV đã được quan tâm và đưa lên tầm chiến lược quốc gia. Hướng dẫn quốc gia đầu tiên về CSGN năm 2006 dành cho hai đối tượng chính là người bệnh ung thư và AIDS[3]. Đặc biệt, trong hướng dẫn chăm sóc và điều trị HIV của Bộ Y Tế ngày 31/12/2021 cũng đã bổ sung thêm 1 chương về CSGN [4]. Mặc dù vậy, hiện vẫn còn thiếu những bằng chứng về hiệu quả của CSGN cho người nhiễm HIV. Điều này là do sự thiếu hụt công cụ đo lường kết quả CSGN. Nghiên cứu này thử nghiệm việc sử dụng thang đo VietPOS trong đánh giá ban đầu nhu cầu CSGN cho người sống với HIV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa Khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng. Thang đo VietPOS đã được Bộ Y Tế khuyến cáo sử dụng trong CSGN cho những người mắc bệnh hiểm nghèo tại Việt Nam trong đó có người nhiễm HIV [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: người nhiễm HIV, trên 18 tuổi, đang điều trị thuốc kháng vi rút tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Thủy Nguyên, Hải Phòng. Tiêu chuẩn loại trừ: rối loạn nhận thức hoặc không đủ sức khỏe thể chất để trả lời bộ câu hỏi

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2021 đến tháng 11/2021

2.4. Cơ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 48 người sống với HIV và sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.5. Thu thập và xử lý số liệu

Những người bệnh HIV được các bác sĩ và điều dưỡng của phòng khám ngoại trú phỏng vấn bằng thang đo VietPOS. Thang đo gồm 10 câu hỏi về những gì mà người bệnh trải qua trong vòng 3 ngày trước đó: đau, các triệu chứng khác, lo lắng, buồn, bị kỳ thị, hỗ trợ tình cảm, lo lắng về chi tiêu, sự bình yên, thông tin và vấn đề quan tâm nhất. Các câu trả lời được đánh dấu trên thang đo Likert 6 điểm từ 0 đến 5. Trong thang Likert này, điểm số của đau, các triệu chứng khác ngoài đau, buồn, lo lắng, bị kỳ thị, lo lắng về tài chính càng cao thì các vấn đề này càng trầm trọng. Ngược lại, điểm số của hỗ trợ tình cảm, bình yên, thông tin càng cao thì việc hỗ trợ, cảm giác bình yên hay nhận được thông tin càng tốt. Số liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm IBM Statistical Package (SPSS) phiên bản 22.0. Các phân tích mô tả

được sử dụng cho các dữ liệu mô tả đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm bệnh tật của đối tượng nghiên cứu. Các câu trả lời của người bệnh trong thang đo VietPOS được tính thành tỷ lệ. Điểm trung bình và độ lệch chuẩn của mỗi thành phần trong VietPOS cũng được tính toán.

2.6. Các vấn đề về y đức

Người nhiễm HIV được tiếp cận, giới thiệu về nghiên cứu và chỉ được phỏng vấn khi đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh được giữ bảo mật. Nghiên cứu được Hội Đồng Đạo Đức của Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng và Bệnh Viện Đa Khoa Thủy Nguyên chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là 41,9 tuổi. Đa số người tham gia nghiên cứu là nam (83,30%), sống ở nông thôn (89,60%), có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên (70,90%), 22,90% có thu nhập bình quân trong 1 tháng trên mức nghèo đói của Việt Nam vào năm 2021; 47,9% đã kết hôn. Liên quan đến tình trạng sức khỏe, 75,00% người tham gia nghiên cứu có tình trạng hoạt động khỏe mạnh hoàn toàn; 83,30% ở giai đoạn lâm sàng 1, tải lượng CD4 trung bình là $557,10 \pm 254,50$. Có 77,10% người tham gia nghiên cứu đã tiết lộ tình trạng HIV và 25,00% hiện đang được điều trị duy trì bằng methadone.

Bảng 1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu (n=48)

Đặc điểm		Số lượng (%)
Giới	Nam	40 (83,30)
	Nữ	8 (16,70)
Nơi sống	Nông thôn	43 (89,60)
	Thành thị	5 (10,40)
Học vấn	Mù chữ	3 (6,30)
	Tiểu học	11 (22,90)
	Trung học cơ sở	20 (41,70)
	Trung học phổ thông	11 (22,90)
	Đại học/cao đẳng	3 (6,30)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	19 (39,50)
	Kết hôn	23 (47,90)
	Sống chung với bạn tình	1 (2,10)
	Ly thân/Ly hôn/Góa	5 (10,50)
Thu nhập trung bình hàng tháng	Dưới 1,5 triệu đồng	11 (22,90)
	1,5-2,5 triệu đồng	1 (2,10)
	>=2,5 -3,5 triệu đồng	5 (10,40)
	>=3,5 triệu đồng	31 (64,60)
Tình trạng hoạt động (ECOG)	Khoẻ mạnh hoàn toàn	36 (75,00)
	Đi lại được, có thể làm việc nhẹ	12 (25,00)
Giai đoạn lâm sàng theo TCYTTG	Giai đoạn 1	40 (83,30)
	Giai đoạn 2	3 (6,30)
	Giai đoạn 3	2 (4,20)
	Giai đoạn 4	3 (6,30)
Đã tiết lộ tình trạng HIV		37 (77,10)
Điều trị methadone		12 (25,00)
Số lượng tế bào CD4 gần nhất (mean±SD)		557,10±254,50
Tuổi (mean±SD)		41,90±9,30

3.2. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh nhiễm HIV**Bảng 2. Tỷ lệ phần trăm của thành phần trong thang đo VietPOS**

Các thành phần của VietPOS	Thang điểm VietPOS n (%)			
	0 điểm	1-2 điểm	3 điểm	4- 5 điểm
Đau	36 (75,00)	9 (18,80)	2 (4,20)	1 (2,10)
Mệt mỏi	24 (50,00)	22 (45,80)	2 (4,20)	
Vấn đề ở miệng	34 (70,80)	13 (27,10)	1 (2,10)	
Khó thở	47 (97,90)	1 (2,10)		

Buồn nôn, nôn	45 (93,80)	3 (6,30)		
Ăn không ngon	32 (66,70)	15 (31,30)		1 (2,10)
Triệu chứng khác	40 (83,30)	7 (14,60)		1 (2,10)
Lo lắng về bệnh tật	29 (60,40)	14 (29,10)	3 (10,40)	
Buồn	35 (72,90)	9 (18,80)	3 (6,30)	1 (2,10)
Bị kỳ thị	28 (58,30)	16 (33,30)	4 (8,30)	
Lo lắng về tài chính	12 (25,00)	18 (28,50)	12 (25,00)	6 (12,50)
Hỗ trợ tình cảm	14 (29,20)	9 (18,80)	10 (20,80)	15 (31,30)
Bình yên	3 (6,30)	14 (29,20)	17 (35,40)	14 (29,20)
Thông tin	1 (2,10)	4 (8,40)	19 (39,60)	24 (50,00)

Các triệu chứng về thể chất phổ biến ở người nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa Thủy Nguyên là mệt mỏi (45,80% ở mức độ nhẹ và trung bình, 4,20% ở mức độ nặng) và ăn không ngon (31,30% ở mức độ nhẹ và trung bình), các vấn đề về miệng (27,10 % ở mức độ nhẹ và trung bình, 2,10% ở mức độ nặng). Đau gặp ở 25,00% số người bệnh với 18,80% đau nhẹ và trung bình, 4,20% đau nặng và 2,10 % đau rất nặng và đau khủng khiếp. Về tâm lý, xấp xỉ 40,00% số người bệnh HIV lo lắng về bệnh

tật và gần 30,00% số bệnh nhân cảm thấy buồn, 41,60 % bị kỳ thị. Tỷ lệ lo lắng về tài chính cho các nhu cầu cơ bản của cuộc sống là 75,00% trong đó 27,50% lo lắng nhiều đến vô cùng lo lắng. Về tinh thần, 6,30% bệnh nhân không cảm thấy bình yên chút nào, 29,20% thỉnh thoảng và 35,40% đôi khi cảm thấy bình yên. Về nhu cầu thông tin, đa số người bệnh nhận được nhiều thông tin cần thiết và đáp ứng được sự mong muốn, chỉ có 2,10% không có được thông tin gì và 8,40% thông báo nhận được rất ít thông tin.

Bảng 3. Điểm trung bình của các thành phần trong thang đo VietPOS

Các thành phần trong thang đo VietPOS	mean±SD
Đau	0,58 ± 1,12
Mệt mỏi	0,79 ± 0,92
Vấn đề ở miệng	0,42 ± 0,74
Ăn không ngon	0,54 ± 0,90
Lo lắng	0,81 ± 1,10
Buồn	0,58 ± 1,07
Kỳ thị	0,81 ± 1,06
Lo lắng về tài chính	1,94 ± 1,40
Hỗ trợ tình cảm	2,62 ± 1,85
Bình yên	2,12 ± 1,31
Thông tin	1,46 ± 1,09

Điểm trung bình của đau là $0,58 \pm 1,12$, mệt mỏi là $0,79 \pm 0,92$, các vấn đề ở miệng $0,42 \pm 0,74$, ăn không ngon $0,54 \pm 1,09$. Điểm đau của các triệu chứng tâm lý là: lo lắng ($0,81 \pm 1,10$), buồn $0,58 \pm 1,12$. Điểm trung bình của các vấn đề về xã hội là: bị kỳ thị ($0,81 \pm 1,06$), lo lắng về tài chính ($1,94 \pm 1,40$), hỗ trợ tình cảm ($2,62 \pm 1,85$). Về tinh thần, điểm trung bình của cảm giác bình yên là $2,12 \pm 1,31$. Điểm trung bình về thông tin nhận được là $1,46 \pm 1,09$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, 50% người sống với HIV thông báo có mệt mỏi. Đây cũng chính là triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của Lê Đại Dương và Phạm Thị Vân Anh trên 567 bệnh nhân HIV tại miền Bắc và miền Nam với tỷ lệ 40,4% [6]. Tỷ lệ đau, lo lắng và buồn ở nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Lê Đại Dương và Phạm Thị Vân Anh [6]. Đặc biệt, thang đo VietPOS cho thấy phần lớn người nhiễm HIV (75%) lo lắng về tài chính cho các nhu cầu cơ bản như điều trị, thức ăn, tiền học phí, đi lại, thuê nhà với điểm trung bình là $1,94 \pm 1,40$. Điều này nhấn mạnh việc hỗ trợ xã hội cho người sống với HIV cần phải được quan tâm hơn nữa. Điểm số trung bình của các thành phần trong thang đo VietPOS trong nghiên cứu này thấp hơn một nghiên cứu ở châu Phi trên các lĩnh vực về đau ($0,58 \pm 1,12$ so với $3,22 \pm 1,30$), lo lắng về bệnh tật ($0,81 \pm 1,10$ so với $2,92 \pm 1,44$) [7]. Như vậy, người sống với HIV ở Thuỷ Nguyên ít đau hơn và ít lo lắng về bệnh tật hơn người sống với HIV ở châu Phi. Tuy

nhien, điểm số trung bình của hỗ trợ tình cảm từ gia đình và bạn bè của người nhiễm HIV tại Thuỷ Nguyên cao hơn của châu Phi ($2,62 \pm 1,85$ so với $1,18 \pm 1,57$), thể hiện nhu cầu cần được hỗ trợ tình cảm nhiều hơn. Mặc dù phải chịu đựng ảnh hưởng của nhiều triệu chứng nặng và lo lắng về bệnh nhiều hơn nhưng người sống với HIV ở châu Phi lại có thể chia sẻ được cảm xúc của mình với gia đình và bạn bè nhiều hơn [7]. Điểm trung bình về cảm giác bình yên ở 2 nghiên cứu gần tương đương nhau ($2,12 \pm 1,31$ so với $2,34 \pm 1,48$) [7]. Thang đo kết quả giảm nhẹ còn được dùng để đánh giá hiệu quả của CSGN [8].

V. KẾT LUẬN

VietPOS đánh giá được một cách toàn diện các lĩnh vực của CSGN là thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần theo định nghĩa CSGN của Tổ chức Y tế Thế giới. Qua việc sử dụng thang đo, nhu cầu cần CSGN của người nhiễm HIV ở Thuỷ Nguyên được thể hiện rõ, đặc biệt trên các lĩnh vực về tâm lý, xã hội và tinh thần.

VI. KIẾN NGHỊ

Thang đo VietPOS có thể được sử dụng như một phần của hồ sơ theo dõi tiến triển của tình trạng sức khoẻ của người bệnh HIV qua thời gian. Kết quả đánh giá trong các lần thăm khám là những bằng chứng cho việc xây dựng các chiến lược, chính sách phù hợp như đào tạo nhân lực về CSGN. Điều đó sẽ đảm bảo việc chăm sóc lấy người bệnh là trung tâm, giảm bớt và dự phòng những đau

khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người sống với HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knaul, F.M., et al.**, Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 2018. 391(10128): p. 1391-1454.
2. **World Health Organization**. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2021 [cited 2021 15 August].
3. **Bộ Y Tế**, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS. 2006, Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học.
4. **Bộ Y Tế**, Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV, in Hướng dẫn Điều Trị và Chăm Sóc HIV. 2021, Bộ Y Tế. p. 91-95.
5. **Bộ Y Tế**, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
6. **Duong Le Dai, Thi Van Anh Pham, Thi Thanh Huyen Bui, The Ngoc Ha Than, Van Thuc Pham, Ngoc Khue Luong, Richard Harding & Eric L. Krakauer**. Symptom prevalence, burden and correlates among people living with HIV in Vietnam: a two-centre self-report study, *AIDS Care*, 2021.DOI: 10.1080/09540121.2021.1922577
7. **Lentsoane, P., P., Meyer, J.C., Schellack, N., Cameron, D.A.**, Challenges in the provision of palliative care at resource-limited South African hospice settings. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 2014 September (Supplement 1:2), 420-432.
8. **Lowther K, Selman L, Simms V, Gikaara N, Ahmed A, Ali Z, Kariuki H, Sherr L, Higginson IJ, Harding R.**, Nurse-led palliative care for HIV-positive patients taking antiretroviral therapy in Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2015 Aug;2(8): e328-34. doi: 10.1016/S2352-3018(15)00111-3. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26423375.

TỶ LỆ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CÔNG AN, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2021

Ngô Thị Mai Lan***, Đặng Văn Chức*,
Cao Anh Vũ***, Nguyễn Thị Ngọc**, Nguyễn Văn Đẹp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 đạt mục tiêu điều trị tại bệnh viện Công an Hải Phòng năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là 281 bệnh nhân đái tháo đường type 2 và thực hiện bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Hơn một nửa số bệnh nhân đái tháo đường type 2 đạt mục tiêu điều trị (52,7%). Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị cao hơn ở bệnh nhân nam, cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi và thấp nhất ở nhóm 70-79 tuổi. Bệnh nhân ở thành phố được đạt mục tiêu tốt hơn. Bệnh nhân được quản lý tốt nhất khi thời gian mắc bệnh 6-10 năm, BMI gần hay bình thường. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường đạt mục tiêu điều trị chưa cao, cần nghiên cứu để tìm yếu tố liên quan đến không đạt mục tiêu điều trị của bệnh nhân để đưa ra các giải pháp can thiệp phù hợp.

Từ khóa. Chỉ số khối cơ thể, Đái tháo đường type 2, tỷ lệ kiểm soát

SUMMARY

THE RATE OF DIABETES TYPE 2 CONTROL IN PATIENTS AT HAI PHONG POLICE HOSPITAL IN 2021

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

** Trường cao đẳng Y Hải Phòng

***Bệnh viện Công an Tp. Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022

Objective. The study was done to describe the rate of controlled diabetes type 2 patients at Haiphong Police Hospital in 2021. **Subjects and methods.** Subjects included 281 met the inclusion criteria for the study and the methods were a cross-sectional study. **Results.** More than half of patients were controlled (52.7%). More males were controlled than females, the highest rate was controlled in the 40-49 years old group and the lowest rate in the 70-79 years old group. More patients in urban area were controlled than patients in rural area. Patients with the diabetes type 2 for 6-10 years and normal BMI index were controlled the most. **Conclusions.** The rate of patients with diabetes type 2 un-control were not really high, it need to do further study to find out risk factors to reduce the diabetes uncontrol.

Keyword. Body Mass Index, Diabetes type 2, Rate of diabetes type 2 control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hoá glucid mạn tính, mang tính xã hội trên thế giới cũng như Việt Nam. Theo Moien Abdul Basith Khan và cộng sự [1] vào năm 2017 có khoảng 462 triệu người mắc bệnh tương đương 6,28% dân số thế giới (4,4% tuổi 15-49 years, 15% tuổi 50-69, và 22% tuổi từ trên 70) hay tỷ lệ 6059 ca/100,000 người. Có hơn 1 triệu người chết hàng năm chỉ do ĐTĐ, xếp hàng thứ 9 trong các trường hợp tử vong.

Hiện nay nhiều biện pháp được nêu ra nhằm giảm thiểu tỷ lệ biến chứng và tử vong

của bệnh ĐTĐ; Một trong các vấn đề được đặt ra và đôi khi trở thành thách thức là: Làm thế nào kiểm soát có hiệu quả bệnh nhân ĐTĐ ngoại trú để có thể ngăn chặn sự tiến triển của các biến chứng mạn tính?

Kiểm soát bệnh nhân ĐTĐ có kiểm soát bao gồm: Không chế tốt đồng thời cả glucose máu, HbA1c và các yếu tố nguy cơ thường gặp như: huyết áp, lipid máu, cân nặng, lối sống...

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa kiểm soát glucose máu và giảm tần suất biến chứng của bệnh ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) cho thấy kiểm soát glucose máu chặt chẽ đã giảm tần suất các biến chứng ở bệnh nhân ĐTĐ xuống 3- 4 lần [2].

Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng là một cơ sở y tế thực hiện công tác khám chữa bệnh cho Công an thành phố, trong đó có quản lý bệnh nhân ĐTĐ type 2. Bệnh nhân không phải chỉ là cán bộ chiến sỹ làm việc trong ngành công an mà còn là nhân dân của thành phố Hải Phòng. Hàng năm Bệnh viện đã tiếp nhận hàng trăm bệnh nhân ĐTĐ type 2 đến khám và được quản lý điều trị. Tuy vậy cho đến nay chưa có nghiên cứu về thực trạng, yếu tố liên quan đến quản lý ĐTĐ type 2 tại đây. Kết quả nghiên cứu có thể giúp lãnh đạo bệnh viện có giải pháp để kiểm soát tốt hơn bệnh nhân ĐTĐ type 2. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu:

Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ĐTĐ type 2 ≥ 40 tuổi, không có thai được quản lý điều trị tại Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng năm 2021.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

** Bệnh nhân đái tháo đường type 2: có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau đây [4]:

- Mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl).

- Mức glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống.

- Có các triệu chứng của đái tháo đường (lâm sàng); mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl).

** Tiêu chuẩn kiểm soát đái tháo đường type 2.

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2020 :

- HbA1c $< 7\%$ (53 mmol/mol)

- Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn 80-139 mg/dL (4,4-7,2 mmol/L) hoặc Đỉnh Glucose huyết tương mao mạch sau 1-2 giờ < 180 mg/dL (9,0 mmol/L).

- Huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg.

- Không có bệnh kèm theo hoặc không có biến chứng

- Nằm trong độ tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, có năng lực nghe trả lời các câu hỏi của nhà nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có biến chứng thần kinh, tim mạch mất khả năng giao tiếp, hợp tác khi nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng.

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 phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ 281 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đủ tiêu chuẩn lựa chọn đang được quản lý điều trị tại bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng năm 2021.

2.2.3. Các chỉ số và biến số theo mục tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

- Tuổi : 40 – 49, 50 - 59, 60 – 69, 70- 79, ≥ 80 tuổi

- Giới : Nam, nữ

- Địa dư : thành thị, nông thôn và địa dư khác

2.2.3.2. Tỷ lệ kiểm soát đái tháo đường type 2

- Tỷ lệ kiểm soát chung: Số bệnh nhân được kiểm soát /số bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ kiểm soát theo tuổi: Số bệnh nhân được kiểm soát theo tuổi /tổng số bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ kiểm soát theo giới: Số bệnh nhân được kiểm soát theo giới /tổng số bệnh nhân nghiên cứu nam hoặc nữ

- Tỷ lệ theo địa dư: Số bệnh nhân theo địa dư được kiểm soát /tổng số bệnh nhân nghiên cứu theo địa dư

- Tỷ lệ theo BMI: Số bệnh nhân được kiểm soát theo tình trạng BMI/tổng số bệnh nhân theo tình trạng BMI

- Thời gian mắc bệnh: Số bệnh nhân được kiểm soát theo thời gian mắc bệnh/tổng số bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

- Khám bệnh toàn diện, làm xét nghiệm cần thiết tham khảo hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu để xác định đái tháo đường type 2 có được kiểm soát hay không.

- Tiêu chuẩn bệnh ĐTĐ type 2 được kiểm soát theo quyết định Số: 5481/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2 ngày 31 tháng 11 năm 2020 [4]:

Bảng 2.1: Mục tiêu kiểm soát/điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ ở người trưởng thành, không có thai

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1C	<7%
Glucose máu lúc đói	4,4-7,2 mmol/l
Huyết áp	< 140/90mmHg
Bệnh kèm theo/biến chứng	Không có hoặc thuyên giảm

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Kiểm tra lại toàn bộ phiếu điều tra thu thập được, loại trừ các phiếu điền không đầy đủ.

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 khi bình phương, sự khác

biệt khi $p < 0,05$.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nội dung đã được Hội đồng thông quan đề cương của Trường đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không làm tổn hại đến sức khỏe của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong số 281 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm 72,2% và nữ chiếm 27,8%. Nhóm 40-49 tuổi chiếm 3,6%, 50-59 chiếm 16,7%, nhóm 60-69 chiếm 64,8%, nhóm 70-79 tuổi chiếm 12,1%, và nhóm từ 80 tuổi trở

lên chiếm 2,8%. Tuổi trung bình là $63,45 \pm 7,64$ tuổi. Bệnh nhân nghiên cứu từ nội thành là 93,2% cao hơn đối tượng nghiên cứu từ ngoại thành rất nhiều 6,8%.

3.2. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 được kiểm soát

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 được kiểm soát

Kiểm soát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Được kiểm soát	148	52,7
Chưa được kiểm soát	133	47,3
Tổng	281	100,0

Nhận xét. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát là 52,7% và chưa được kiểm soát là 47,3%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát theo giới

Giới	Số bệnh nhân nghiên cứu (n)	Số BN được kiểm soát (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nữ	78	30	38,5	0,003
Nam	203	118	58,1	
Tổng	148	133	52,7	

Nhận xét. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường được kiểm soát ở nam là 58,1% cao hơn ở nữ là 38,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đái tháo đường theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân nghiên cứu (n)	Số BN được kiểm soát (n)	Tỷ lệ (%)	p
40-49	10	6	60,0	0,977
50 – 59	47	26	55,3	
60 – 69	182	96	52,7	
70-79	34	16	47,1	
≥ 80	8	4	50,0	
Tổng	281	148	52,7	

Nhận xét. Theo nhóm tuổi, tỷ lệ gặp cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi là 60,0%, sau đó là nhóm 50-59 tuổi 55,3%, nhóm 60-69 chiếm 52,7%, nhóm trên hoặc bằng 80 tuổi chiếm 5% và nhóm 70-79 chiếm 47,1%. Không có sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nhóm tuổi về kiểm soát ĐTD type 2 với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát theo địa dư

Địa dư	Số bệnh nhân nghiên cứu (n)	Số BN được kiểm soát (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nông thôn	19	9	47,4	0,632
Thành phố	262	139	53,1	
Tổng	148	133	52,7	

Nhận xét. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát ở thành phố là 53,1% cao hơn ở vùng nông thôn là 47,4%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân nghiên cứu (n)	Số BN được kiểm soát (n)	Tỷ lệ (%)	p
1-5 năm	76	37	48,7	0,477
6-10 năm	103	59	57,3	
>10 năm	102	52	51,0	
Tổng	281	148	52,7	

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 6-10 năm có tỷ lệ được kiểm soát cao nhất là 57,3%, sau đó là nhóm trên 10 năm là 51,0% và thấp nhất là nhóm mắc bệnh 1-5 năm là 48,7%. Tổng quan không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát bệnh theo thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát theo BMI của bệnh nhân

BMI	Số bệnh nhân nghiên cứu (n)	Số BN được kiểm soát (n)	Tỷ lệ (%)	p
Gầy/bình thường	119	75	63,0	0,003
Thừa cân/Béo phì	162	73	45,1	
Tổng	281	148	52,7	

Nhận xét. Tỷ lệ kiểm soát ở nhóm bệnh nhân thừa cân/béo phì là 45,1% thấp hơn nhóm bệnh nhân gầy và bình thường là 63,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu được 281 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm 72,2% (Mục 3.1).

Chúng tôi gặp bệnh nhân từ 40-49 chiếm 3,6%, 50-59 16,7%, 60-69 chiếm 64,8%, 70-79 chiếm 12,1% và từ trên 80 tuổi chiếm

2,8%. Trong số này có 93,2% bệnh nhân đến từ nội thành.

Nhận xét của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Phí Quang Hòa [6] cho thấy trong số 550 bệnh nhân, bệnh nhân nam là 52,2% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ là 47,8%, nhóm tuổi 40-49 có tỷ lệ thấp nhất 4,2%, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 40 tuổi. Nhóm bệnh nhân 60-69 có tỷ lệ cao nhất là 41,3%.

4.2. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 được kiểm soát

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ2 tại bệnh viện Công an Hải Phòng năm 2021 được kiểm soát là 52,7%.

Kết quả này cao hơn của Phí Quang Hòa [6] tại Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên là 41,5%, cao hơn của Hoàng Ngọc Lân [8] ở bệnh viện thị trấn Chí Linh tỉnh Hải Dương năm 2014 là 16,9%. Sự khác nhau ở đây có thể là do qui mô bệnh viện khác nhau, có thể do phương tiện xét nghiệm, thuốc điều trị, trình độ của các nhà chuyên môn ở bệnh viện khác nhau. Một lý do khác có thể là thời điểm nghiên cứu đã cách xa nhau. Có thể hiện nay các tiến bộ về kiểm soát bệnh nhân ĐTĐ type 2 đã thay đổi do vậy làm cho tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát cũng tăng lên nhất là ở các bệnh viện lớn hàng đầu của các tỉnh.

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ ĐTĐ type 2 được kiểm soát ở nam là 52,7% cao hơn ở nữ là 38,5% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$). Kết quả của Phí Quang Hòa cho thấy tỷ lệ ở nữ cao hơn nam (42,2% so với 40,8%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả cho rằng phụ nữ có thể tôn trọng chế độ ăn, chế độ điều trị và tập thể lực tốt hơn nam nên tỷ lệ được kiểm soát tốt hơn. Tuy nhiên trong nghiên cứu này kết quả chưa thực sự chứng minh được liệu phụ nữ có tỷ lệ kiểm soát cao hơn có ý nghĩa thống kê hay không so với nam giới.

Jahangiri-Noudeh Y và CS [9] nghiên cứu xu hướng biến chứng tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ và không ĐTĐ ở 6181 người trong đó 2622 là nam và 3559 là nữ giai đoạn 1999-

2011. Trong số này có 1045 bệnh nhân ĐTĐ type 2 và 5136 trường hợp không ĐTĐ. Tác giả nhận thấy phụ nữ mắc ĐTĐ kiểm soát HA, nồng độ LDL-C, mức độ béo toàn thân hay béo trung tâm tốt hơn nhóm nghiên cứu không mắc bệnh ĐTĐ mặc dù 60% số họ có THA, 64% tăng LDL-C đến cuối nghiên cứu. Trong khi đó nam giới mắc ĐTĐ kiểm soát LDL-C, béo toàn thân hay trung tâm tốt hơn so nhóm nghiên cứu không mắc ĐTĐ nhưng còn 24% hút thuốc, 63% THA và 60% có LDL-C cao. Kết quả này cho thấy lối sống sử dụng thuốc lá, bia rượu ở nam giới làm cho họ gặp khó khăn nhiều trong kiểm soát ĐTĐ so với phụ nữ.

Bảng 3.4 cho thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ kiểm soát ĐTĐ type 2 theo lứa tuổi. Tỷ lệ được kiểm soát cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi (60%), sau đó là nhóm 50-59 tuổi (55,3%), và thấp nhất ở nhóm 70-79 tuổi 47,1%.

Nghiên cứu của Phí Quang Hòa tại Hưng Yên cho thấy tỷ lệ ĐTĐ type 2 được kiểm soát cao nhất ở nhóm bệnh nhân 36-49 tuổi là 56,5% còn ở các nhóm tuổi khác tỷ lệ đạt được là từ 40,1-41,7%. Tuy nhiên sự khác nhau về kiểm soát ĐTĐ type 2 theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê [6].

Nghiên cứu của Đoàn Ngọc Quý [5] ở Yên Mô, Ninh Bình lại thấy nhóm tuổi lớn hơn hay bằng 70 tuổi kiểm soát được đường máu lúc đói cao nhất là 74,6%, các nhóm tuổi khác đạt từ 57,6% đến 65,2%. Sự khác nhau theo nhóm tuổi về kiểm soát đường máu có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$.

Kết quả này cho thấy người bệnh được kiểm soát của chúng tôi còn trẻ trong khi của tác giả lại già. Kết quả có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm trẻ có 6/10 được kiểm soát còn của tác giả nhóm tuổi trên và bằng 70 có 16/34 được kiểm soát đường huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn xét nhiều tiêu chí để được kiểm soát trong khi đó tác giả chỉ xem xét 1 tiêu chí là đường máu khi đói.

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ được kiểm soát ở thành phố là 53,1% cao hơn ở nông thôn là 47,4% tuy nhiên không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p > 0,632$. Kết quả này có thể do ảnh hưởng số bệnh nhân ở vùng nông thôn thấp 19 bệnh nhân so với 262 ở nội thành.

Bảng 3.6 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát bệnh theo thời gian mắc bệnh. Tỷ lệ ở nhóm 1-5 năm là 48,7%, ở nhóm 6-10 năm là 57,3%, nhóm trên 10 năm là 51,0% ($p = 0,477$).

Các tác giả trong ngoài nước cũng quan tâm đến thời gian mắc bệnh liên quan đến được kiểm soát của bệnh nhân ĐTĐ type 2 hay không. Theo Phí Quang Hòa [6] tỷ lệ kiểm soát ở nhóm mắc bệnh 1-5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất và nhóm từ trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,5%. Tại sao bệnh nhân có thời gian mắc bệnh 1-5 năm có tỷ lệ được kiểm soát có tỷ lệ thấp nhất và nhóm trên 10 năm có tỷ lệ được kiểm soát có tỷ lệ cao nhất?

Thời gian mắc bệnh kéo dài giúp cho người bệnh không những sống sót mà còn ý thức về biện pháp phòng bệnh. Tuy nhiên

tiền lượng phụ thuộc vào liệu bệnh nhân đã có biến chứng hay chưa, tuổi, thời gian mắc bệnh, lối sống... Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân mắc bệnh trên 6-10 thì tỷ lệ được kiểm soát là cao nhất 57,3% so với bệnh nhân mắc bệnh 1-5 năm tỷ lệ chỉ đạt 48,7%.

Bảng 3.7 cho thấy nhóm bệnh nhân có BMI bình thường hay gầy có tỷ lệ kiểm soát bệnh 63% so với nhóm thừa cân/béo phì là 45,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

Tỷ lệ bệnh nhân có BMI thấp và bình thường được quản lý của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Phí Quang Hòa [6] ở Hưng Yên là 76,1%.

Theo Nguyễn Thanh Bình [3] thừa cân-béo phì phát triển song hành với tốc độ tăng trưởng kinh tế, thay đổi cơ cấu xã hội kéo theo sự thay đổi về lối sống hiện đại hoá, công nghiệp hoá. Tỷ lệ BMI tăng ≥ 23 thể hiện con người ta thừa cân và béo phì không kiểm soát được đường máu do tình trạng giảm nhạy cảm của Insulin dẫn đến ĐTĐ type 2. Rõ ràng người bình thường mắc ĐTĐ thì khả năng kiểm soát tốt hơn 2 thái cực còn lại là gầy và béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi.

Patel M và CS [7] nhận thấy BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ rất phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 và cũng là yếu tố tiên lượng liệu bệnh nhân đã có biến chứng THA hay chưa.

V. KẾT LUẬN

Có 52,7% bệnh nhân được kiểm soát trong đó tỷ lệ được kiểm soát ở cao ở bệnh

nhân nam, bệnh được kiểm soát cao nhất ở tuổi 40-49 và thấp nhất ở bệnh nhân 70-79 tuổi. Bệnh nhân ở thành phố được kiểm soát tốt hơn. Bệnh nhân được quản lý tốt nhất khi thời gian mắc bệnh 6-10 năm, BMI gần hay bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moien Abdul Basith Khan et al (2020)** “Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends”, J Epidemiol Glob Health.10(1):107-111. doi: 10.2991/jegh.k.191028.001.
2. **Umegaki H et al (2012)**, “Risk factors associated with cognitive decline in the elderly with type 2 diabetes: baseline data analysis of the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial”, Geriatr Gerontol Int, Suppl 1: 103-9, doi: 10.1111/J.1447-0594.2011.00817. x.
3. **Nguyễn Thanh Bình (2017)**, “Thực trạng và quản lý điều trị bệnh nhân đái tháo đường týp II tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2016”, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp 2, chuyên ngành quản lý Y tế, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Bộ Y tế (2020)**, Về việc sửa đổi, bổ sung một số nội dung của “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2” được ban hành tại Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Truy cập ngày 30/2/2021 <http://benhviendakhoanhuthanh.vn/web/trang-chu/hoat-dong-chuyen-mon/tai-lieu-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2-theo-qd-5481-qd-byt-nagyf-30-12-2020.html>
5. **Đoàn Ngọc Quý (2018)**, “Thực trạng quản lý và điều trị người bệnh đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện đa khoa huyện Yên Mô, Ninh Bình năm 2017”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2, chuyên ngành quản lý y tế. Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Phí Quang Hòa (2018)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiểm soát đái tháo đường type 2 ở bệnh nhân điều trị tại phòng khám Đa khoa bệnh viện tỉnh Hưng Yên năm 2018, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y tế công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Patel M et al (2011)**, “A hospital – based observational study of type 2 diabetic subjects from Gujarat, India”, J Health Popul Nutr, 29(3):265-72.
8. **Hoàng Ngọc Lâm (2014)**, “Thực trạng quản lý đái tháo đường týp 2 và một số yếu tố liên quan tại phòng khám bệnh viện đa khoa Chí Linh tỉnh Hải Dương năm 2013”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2, chuyên ngành quản lý Y tế, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
9. **Jahangiri-Noudel Y et al (2014)**, “Trend in cardiovascular disease risk factors in people with or without diabetes mellitus: a middle Eastern cohort study”, PLoS one, 2;9(12):e112639.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG CỦA XUẤT HUYẾT NÃO MÀNG NÃO SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2018-2019

Vũ Sỹ Khang¹, Đặng Văn Chúc¹, Đỗ Thị Vân Trang¹, Vũ Minh Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan với tử vong do xuất huyết não màng não ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng gồm 51 sơ sinh mắc xuất huyết não màng não. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả và kết luận.** Tỷ lệ tử vong của XHNMN ở đối tượng nghiên cứu là 29,4%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong có ý nghĩa thống kê gồm: đẻ non, cân nặng khi sinh (< 2500g), tuổi mắc bệnh (<7 ngày), ngạt sau đẻ, trẻ suy hô hấp nặng, mắc bệnh màng trong kết hợp, hạ thân nhiệt, hạ đường máu, hạ natri máu, pH máu dưới 7,35. Tử vong XHNMN khá cao nhất là ở sơ sinh có yếu tố nguy cơ đẻ cân nặng thấp, suy hô hấp, hạ Glucose máu, hạ thân nhiệt và pH máu dưới 7,35.

Từ khóa. Xuất huyết não màng não, yếu tố liên quan, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

SUMMARY

SOME RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE DEATH OF NEONATES WITH INTRACRANIAL HEMORRHAGE AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2018-2019

¹Trường đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sỹ Khang

E mail: vskhang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.6.2022

Objective. The study was done to describe the relationship of intracranial hemorrhage and some risk factors in neonates at Haiphong Children Hospital in 2018-2019. **Subjects and Method.** Subjects included 51 neonates with intracranial hemorrhage. The method was a descriptive study. **Results and Conclusions.** The mortality rate was 29.4%. The risk factors that were significantly associated with intracranial hemorrhage were preterm, birth weight less than 2500g, age at disease less than 7 days, asphyxia, severe respiratory failure, hypothermia, hypoglycemia, hyponatremia, and pH less than 7.35. The mortality rate of intracranial hemorrhage in newborns was relatively high particularly in those with low birth weight, respiratory failure, hypoglycemia, hypothermia, and pH less than 7.35.

Keywords. Intracranial hemorrhage, risk factors, Hai Phong Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não màng não (XHNMN) là bệnh khá thường gặp ở trẻ sơ sinh, có tỷ lệ tử vong (TLTV) cao, để lại nhiều di chứng về tinh thần và vận động cho những trẻ được cứu sống. Haroon A (2014) nghiên cứu trên 24742 trẻ sơ sinh có tuổi thai 26 – 35 tuần cho thấy tỷ lệ XHNMN là 22,1/1000 trẻ sinh sống [1]. Nghiên cứu của Radic JA (2015) trên 1334 trẻ đẻ non có tuổi thai từ 20 tuần đến dưới 30 tuần thấy tỷ lệ XHNMN là 31% và trong đó XH độ III, IV chiếm 11% [2]. Theo Handley SC và cộng sự (2018) trong số 44028 trẻ sơ sinh có 3371 trẻ (7,7%) mắc

XHNMN nặng [3]. Di chứng thần kinh có thể gặp ở trẻ XHNMN bao gồm: não úng thủy, bại não, teo não, động kinh, chậm phát triển tinh thần vận động.

Tỷ lệ tử vong do XHNMN ở trẻ sơ sinh còn khá cao. Vậy XHNMN ở trẻ sơ sinh liên quan đến yếu tố nào còn ít được quan tâm nghiên cứu. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến tử vong của xuất huyết não màng não ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 51 sơ sinh được chẩn đoán và điều trị XHNMN tại đơn nguyên Sơ sinh – khoa Hồi sức cấp cứu và khoa Sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2018 đến 30/09/2019. Tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân như sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Trẻ sơ sinh: 0 – 28 ngày tuổi.
 - + Tiêu chuẩn vàng: (ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn)
 - Chụp cắt lớp vi tính thấy có ổ XH; tụ máu ở não, màng não.
 - Siêu âm qua thóp thấy có ổ XH; tụ máu ở não, màng não.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Các trẻ mà bố, mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu.
 - + Trẻ không có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán XHNMN.
 - + Trẻ ngoài sơ sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu và tiền cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện không xác suất, lấy toàn bộ trẻ có đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu, trên thực tế chúng tôi thu được 51 bệnh nhân (30 bệnh nhân hồi cứu, 21 bệnh nhân tiền cứu).

2.2.3. Chỉ số và biến số theo mục tiêu nghiên cứu

- Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu:

Tuổi, tuổi thai, giới, p lúc sinh, cách thức sinh, thời gian chuyển dạ, ngôi thai, đẻ ngạt

- Liên quan tử vong với một số yếu tố liên quan:

- + Tuổi thai, tuổi mắc bệnh, cân nặng khi sinh, giới tính, phương pháp sinh
- + Đẻ ngạt, hạ thân nhiệt khi vào viện, SHH độ III, bệnh màng trong, pH máu
- + Hạ natri máu, hạ đường máu

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Hỏi bệnh sử, giấy chuyển viện, khám bệnh toàn diện, nghiên cứu các xét nghiệm đối với bệnh nhân tiền cứu và nghiên cứu kỹ bệnh án đối với bệnh nhân hồi cứu để lấy thông tin cần thiết vào bệnh án đã thiết kế từ trước.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê xã hội học SPSS 23.0 để nhập và xử lý số liệu:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

3.2. Liên quan tử vong với một số yếu tố liên quan

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tử vong của xuất huyết não màng não ở trẻ sơ sinh

Trong số 51 bệnh nhân xuất huyết não màng não có 15 trường hợp tử vong. Sau đây là 1 số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tử vong của sơ sinh XHNMN.

Bảng 3.1. Liên quan với tuổi thai

YTLQ \ Tuổi vong	Tuổi vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
<37 tuần	11	47,8	12	52,2	23	5,5
≥ 37 tuần	4	14,3	24	85,7	28	1,44 -20,96
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Những trẻ đẻ non XHNMN có nguy cơ tử vong cao gấp 5,5 lần so với trẻ đủ tháng với 95%CI từ 1,44 đến 20,96 và $p<0,05$.

Bảng 3.2. Liên quan với cân nặng khi sinh

YTLQ \ Tuổi vong	Tuổi vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
<2500g	11	45,8	13	54,2	24	4,86
≥ 2500g	4	14,8	23	85,2	27	1,28 -18,42
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân có cân nặng lúc sinh dưới 2500g thì nguy cơ tử vong tăng lên 4,86 lần so với những trẻ có cân nặng từ 2500g trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3.3. Liên quan với tuổi mắc bệnh

YTLQ \ Tuổi vong	Tuổi vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
<7 ngày	14	38,9	22	61,1	36	8,91
≥ 7 ngày	1	6,7	14	93,3	15	1,05 -75,46
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Những trẻ xuất huyết sớm trước 7 ngày thì nguy cơ tử vong cao gấp 8,91 lần so với trẻ xuất huyết não màng não muộn từ 7 ngày trở lên với 95%CI từ 1,05 đến 75,46 và $p<0,05$.

Bảng 3.4. Liên quan với đẻ ngạt

YTLQ \ Tuổi vong	Tuổi vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Đẻ ngạt	4	66,7	2	33,3	6	6,18
Không	11	24,4	34	75,6	45	1,01 -38,48
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Những trẻ sinh ngạt nguy cơ tử vong cao gấp 6,18 lần so với trẻ không có tiền sử đẻ ngạt với 95%CI từ 1,01 đến 38,48 và $p<0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan với hạ thân nhiệt

YTLQ \ Tử vong	Tử vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Hạ thân nhiệt	8	80	2	20	10	19,429
Không hạ thân nhiệt	7	17,1	34	82,9	41	3,376 - 111,809
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Trẻ XHNMN có hạ thân nhiệt khi vào viện có nguy cơ tử vong cao gấp 19,429 lần trẻ không hạ thân nhiệt với 95%CI từ 3,376 - 111,809, $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan với suy hô hấp nặng

YTLQ \ Tử vong	Tử vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Suy hô hấp nặng	14	43,8	18	56,3	32	14,0
Không	1	5,3	18	94,7	19	1,66 - 117,97
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân XHNMN có suy hô hấp nặng nguy cơ tử vong cao gấp 14 lần so với bệnh nhân bị suy hô hấp nặng với 95%CI từ 1,66 đến 117,97 và $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Liên quan với hạ glucose máu

YTLQ \ Tử vong	Tử vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Hạ glucose máu	7	50,0	7	50,0	14	3,62
Không	8	21,6	29	78,4	37	1,01 - 13,4
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Bệnh nhân bị hạ glucose máu thì nguy cơ tử vong tăng lên gấp 3,62 lần so với bệnh nhân không bị hạ glucose máu với 95%CI từ 1,01 đến 13,4 và $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Liên quan pH máu với tử vong

YTLQ \ Tử vong	Tử vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
pH < 7,35	13	41,9	18	58,1	31	6,5
pH ≥ 7,35	2	10,0	18	90,0	20	1,28 - 33,03
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	<0,05

Nhận xét: Bệnh nhân có pH máu dưới 7,35 thì nguy cơ tử vong tăng lên gấp 6,5 lần so với bệnh nhân XHNMN có pH máu ≥ 7,35 với 95%CI từ 1,28 đến 33,03 và $p < 0,05$.

Bảng 3.9. Liên quan hạ natri máu với tử vong

YTLQ \ Tử vong	Tử vong		Sống		Tổng	OR 95%CI, p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Hạ natri máu	10	62,5	16	37,5	16	10,0 2,5-39,98 <0,05
Không	5	14,3	30	85,7	35	
Tổng	15	29,4	36	70,6	51	

Nhận xét: Bệnh nhân bị hạ natri máu thì nguy cơ tử vong tăng lên 10 lần so với bệnh nhân không có hạ natri máu với 95CI từ 2,5 đến 39,98 và $p < 0,05$.

Ngoài ra còn 2 yếu tố là giới (OR=0,95, 95%CI 0,28-3,27; $p > 0,05$) và phương pháp sinh (OR=0,83, 95%CI 0,21-3,18, $p > 0,05$) liên quan không có ý nghĩa thống kê với tử vong của sơ sinh XHNMN.

IV. BÀN LUẬN

- Liên quan giữa tuổi thai với tử vong

Bảng 3.1 thể hiện mối liên quan giữa tuổi thai với tử vong của bệnh nhân XHNMN, cho thấy trẻ đẻ non có nguy cơ tử vong cao gấp 5,5 lần trẻ đủ tháng ($p < 0,05$; 95%CI: 1,44 - 20,96). Kết quả tương đương Vũ Thị Thu Nga khi phân tích bằng phương pháp đơn biến thấy trẻ mắc XHNMN có tuổi thai dưới 31 tuần có nguy cơ tử vong cao hơn 2 lần so với trẻ ≥ 31 tuần (OR = 2,36, 95%CI: 1,14 - 4,87, $p = 0,031$) và phân tích bằng mô hình hồi qui logistic đa biến nguy cơ tử vong của trẻ đẻ non mắc XHNMN có tuổi thai dưới 31 tuần tăng lên tới 4,7 lần so với trẻ ≥ 31 tuần với 95%CI: 1,47 -15,48, $p = 0,009$ [4]. Ở trẻ đẻ non do sự tồn tại của vùng mầm rất nhạy cảm với tình trạng thiếu oxy và rối loạn huyết động gây nên XHNMN, bên cạnh đó các mạch máu não có tính thấm cao và

thiếu các men chuyển hoá nên càng dễ bị tổn thương và nặng.

- Liên quan cân nặng với tử vong

Trẻ có cân nặng lúc đẻ thấp (<2500g) gồm cả trẻ đẻ non và suy dinh dưỡng bào thai. Trẻ sinh càng thấp cân tỷ lệ tử vong càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 2500g nguy cơ tử vong cao gấp 4,86 lần trẻ có cân nặng từ 2500g trở lên ($p < 0,05$; 95%CI: 1,28 - 18,42) (bảng 3.2). Kết quả này cũng tương tự với kết quả một số tác giả khác. Theo Dương Văn Đoàn cân nặng của trẻ tăng lên 461g thì nguy cơ tử vong giảm đi 6,9 lần [5]. Trẻ có cân nặng thấp mạch máu não chưa bền vững, thiếu Oxi, tăng áp trong não...đều dẫn đến XHNMN.

- Liên quan tuổi mắc bệnh với tử vong

Bảng 3.3 là liên quan giữa tuổi mắc bệnh và tử vong của bệnh nhân XHNMN, cho thấy những trẻ xuất huyết sớm trước 7 ngày thì nguy cơ tử vong cao gấp 8,91 lần so với trẻ xuất huyết não màng não từ 7 ngày trở lên với 95%CI từ 1,05 đến 75,46 và $p < 0,05$. Kết quả này tương tự kết quả của Dương Văn Đoàn trẻ XHNMN sớm tỷ lệ tử vong cao hơn trẻ XHNMN muộn ($p < 0,05$) [5]. Tuổi mắc bệnh gián tiếp phản ánh phần nào nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây bệnh, cũng

như mức độ trầm trọng của bệnh. XHNMN ở trẻ sơ sinh xảy ra trong tuần đầu sau đẻ liên quan chủ yếu tới tình trạng thiếu oxy và sang chấn sản khoa, XHNMN muộn chủ yếu do rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải.

- Liên quan ngạt sau sinh với tử vong

Ngạt sau sinh là yếu tố gây XHNMN ở trẻ sơ sinh đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Theo Al Yazidi G và cộng sự khi trẻ bị ngạt ngoài tình trạng nhiễm toan làm tổn thương thần kinh, trẻ lại có huyết động không ổn định, rối loạn nội môi, lưu lượng máu lên não bị dao động mạnh là cơ hội dẫn đến XHNMN nặng. Bệnh càng nặng hơn nếu trẻ có rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ toàn thân hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn khác [6]. Kết quả của chúng tôi, trẻ ngạt sau sinh chiếm 11,8% (bảng 3.4). Trẻ đẻ ngạt nguy cơ tử vong cao gấp 6,18 lần so với trẻ không có tiền sử đẻ ngạt với 95%CI từ 1,01 đến 38,48 và $p < 0,05$. Kết quả này khác với kết quả trong nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga, tác giả thấy ngạt sau sinh chưa phải là các yếu tố nguy cơ liên quan tới tử vong ở bệnh nhân XHNMN ($p > 0,05$) [4].

- Liên quan suy hô hấp nặng với tử vong

Hỗ trợ thông khí nhân tạo như thở máy, CPAP, HFO làm tăng nguy cơ XHNMN đã được chứng minh trong rất nhiều nghiên cứu. Helwich E nhận thấy nhóm trẻ sơ sinh phải thở máy tỷ lệ mắc XHNMN cao hơn đáng kể so với trẻ không phải thở máy (54,8% so với 29,4%, $p < 0,001$). Ngoài ra nếu thở máy kéo dài trên bảy ngày tỷ lệ XHNMN và tử vong tăng lên đáng kể so với nhóm thở máy dưới 7

ngày và không cần thở máy [7]. Những bệnh nhân có suy hô hấp nặng nguy cơ tử vong cao gấp 14 lần so với những bệnh nhân không suy hô hấp nặng (95%CI từ 1,66 đến 117,97, $p < 0,05$) (bảng 3.6).

- Liên quan hạ thân nhiệt với tử vong

Ở trẻ sơ sinh đặc biệt trẻ đẻ non lớp mỡ cách nhiệt mỏng, dự trữ mỡ nâu ít, trong khi đó diện tích da/trọng lượng cơ thể lớn nên dễ bị hạ thân nhiệt. Khi đó gây phóng thích Norepinephrine làm co mạch dẫn đến thiếu máu tạng, tăng tiêu thụ năng lượng, oxy và glucose gây cạn kiệt dự trữ glycogen, toan chuyển hóa do giải phóng acid béo tự do và lactat, gây ra và làm nặng hơn tổn thương não ở trẻ. Qua phân tích bảng 3.5, những trẻ XHNMN có hạ thân nhiệt khi vào viện có nguy cơ tử vong cao gấp 19,43 lần trẻ không hạ thân nhiệt với 95%CI từ 3,376 đến 111,809, $p < 0,05$. Vũ Thị Thu Nga nhận thấy trẻ XHNMN hạ thân nhiệt khi vào viện nguy cơ tử vong tăng cao gấp 9,22 lần [4].

- Liên quan hạ glucose máu với tử vong

Bảng 3.7 cho thấy những bệnh nhân bị hạ glucose máu có nguy cơ tử vong tăng lên gấp 3,62 lần so với bệnh nhân không bị hạ glucose máu. Chuyển hóa và hoạt động của não phụ thuộc vào việc cung cấp glucose trong máu, cung cấp cho phần lớn nhu cầu năng lượng của não. Glucose máu cao hay thấp đều gây rối loạn chuyển hóa sẽ làm thay đổi bất thường lưu lượng máu lên não. Hạ glucose máu kéo dài dẫn đến tổn thương não đặc biệt thùy chẩm, mù vỏ não tăng nguy cơ tử vong cũng như di chứng thần kinh lâu dài cho trẻ như động kinh, mất thị lực và chậm

phát triển tâm thần, vận động. Nghiên cứu của Gu M.H cho thấy hình ảnh bất thường trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não gặp ở 54,54% (36/66) trẻ sơ sinh hạ glucose huyết, trong đó tổn thương phổ biến nhất nằm ở thùy đỉnh và chẩm của não [8]. Một số tác giả cũng nhận thấy hạ glucose máu là một trong các yếu tố tiên lượng tử vong ở trẻ sơ sinh. Trong nghiên cứu của Dương Văn Đoàn nhóm trẻ có hạ glucose máu nguy cơ tử vong cao gấp 2,14 lần nhóm trẻ có glucose máu bình thường ($p < 0,05$) [5].

- Liên quan pH máu và tử vong

pH máu cũng là một biến số mà chúng tôi khảo sát vì đây là một chỉ số quan trọng liên quan đến các quá trình chuyển hóa trong cơ thể. Sự duy trì pH máu động mạch trong giới hạn bình thường để đảm bảo cho các tế bào trong cơ thể hoạt động là rất quan trọng. pH máu toan làm thay đổi bất thường lưu lượng máu lên não hay suy yếu sự tự điều chỉnh mạch máu não của trẻ. Qua phân tích bảng 3.8, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có pH máu dưới 7,35 nguy cơ tử vong tăng lên gấp 6,5 lần so với bệnh nhân XHNMN có pH $\geq 7,35$. Kết quả này tương tự với kết quả của các tác giả khác. Vũ Thị Thu Nga khi phân tích đơn biến và đa biến đều nhận thấy trẻ XHNMN có pH máu động mạch giảm $\leq 7,1$ có nguy cơ tử vong cao gấp 4,2 lần so với nhóm sống ($p < 0,05$) [4]. Tác giả Dương Văn Đoàn phân tích tìm mối liên hệ giữa pH máu và tử vong ở trẻ để non thấy rằng khi giá trị pH máu giảm đi 0.13 thì nguy cơ tử vong tăng lên 3,15 lần. Nhóm trẻ có pH $< 7,0$ có nguy cơ tử vong cao gấp 3.4 lần nhóm có pH

$> 7,0$ ($p < 0,05$) [5].

- Liên quan hạ natri máu với tử vong

Nghiên cứu về hạ natri máu trong các bệnh lý thần kinh ngày càng được nhiều tác giả quan tâm. Ion natri là cation chủ yếu của dịch ngoại bào, sự ổn định nội môi của nó là sự sống đối với chức năng sinh lý của tế bào. Hạ natri máu là tình trạng rối loạn điện giải hay gặp trên những bệnh nhân có tổn thương não và đi kèm với 1 tỷ lệ tử vong cao đáng kể. Nguyên nhân của hạ natri máu có thể là do hội chứng bài tiết hormon ADH không thích hợp (SIADH) hoặc mất muối não (CWS). Rối loạn chức năng thần kinh là biểu hiện chính của hạ natri máu, điều này có thể làm tăng thêm tình trạng nặng của bệnh, đặc biệt đối với những trường hợp đang bị tổn thương não như XHNMN, viêm não màng não. Theo kết quả của chúng tôi bảng 3.9, bệnh nhân bị hạ natri máu có nguy cơ tử vong cao gấp 10 lần bệnh nhân không hạ natri máu. Kuramatsu JB và cộng sự nghiên cứu trên 464 bệnh nhân XHNMN nhập viện thấy tỷ lệ hạ natri máu là 15,6%. Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện ở nhóm bệnh nhân hạ natri máu tăng gấp đôi so với so với bệnh nhân không bị hạ natri máu (40,9% với 21,1%). Các phân tích đa biến xác định hạ natri máu là một yếu tố tiên đoán độc lập về tỷ lệ tử vong tại bệnh viện ($OR = 2,2$; 95%CI:1,05 - 4,62; $p = 0,037$) [9].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tử vong của XHNMN ở đối tượng nghiên cứu là 29,4%.

- Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong có ý nghĩa thống kê gồm: đẻ non, cân nặng khi sinh ($< 2500\text{g}$), tuổi mắc bệnh (< 7 ngày), ngạt sau đẻ, trẻ suy hô hấp nặng, mắc bệnh màng trong kết hợp, hạ thân nhiệt, hạ đường máu, hạ natri máu, pH máu dưới 7,35.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haroon A, Maheen H, Salat M S, Dileep D, et al, (2014)**, "Risk factors for intraventricular haemorrhage in preterm infants from a tertiary care hospital of Karachi, Pakistan", *J Pak Med Assoc*, 64 (10), pp. 1146-1150.
2. **Radic J A, Vincer M, McNeely P D, (2015)**, "Temporal trends of intraventricular hemorrhage of prematurity in Nova Scotia from 1993 to 2012", *J Neurosurg Pediatr*, 15 (6), pp. 573-579.
3. **Handley S C, Passarella M, Lee H C, Lorch S A, (2018)**, "Incidence Trends and Risk Factor Variation in Severe Intraventricular Hemorrhage across a Population Based Cohort", *J Pediatr*, 200, pp. 24-29.
4. **Vũ Thị Thu Nga, (2008)**, "Một số yếu tố nguy cơ mắc xuất huyết não, màng não của trẻ đẻ non tại Bệnh viện Nhi trung ương", Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học y Hà Nội, tr. 63-82.
5. **Dương Văn Đoàn, (2015)**, "Đánh giá giá trị tiên đoán tử vong của thang điểm CRIB và một số yếu tố liên quan ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 2014-2015", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, tr. 45-125.
6. **Al Yazidi G, Srouf M, Wintermark P, (2014)**, "Risk factors for intraventricular hemorrhage in term asphyxiated newborns treated with hypothermia", *Pediatr Neurol*, 50 (6), pp. 630-635.
7. **Helwich E, Rutkowska M, Bokinić R, Gulczynska E, et al, (2017)**, "Intraventricular hemorrhage in premature infants with Respiratory Distress Syndrome treated with surfactant: incidence and risk factors in the prospective cohort study", *Dev Period Med*, 21 (4), pp. 328-335.
8. **Gu M H, Amanda F, Yuan T M, (2019)**, "Brain Injury in Neonatal Hypoglycemia: A Hospital-Based Cohort Study", *Clin Med Insights Pediatr*, 13.
9. **Kuramatsu J B, Bobinger T, Volbers B, Staykov D, et al, (2014)**, "Hyponatremia is an independent predictor of in-hospital mortality in spontaneous intracerebral hemorrhage", *Stroke*, 45 (5), pp. 1285-1291.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020 – 2021

Trần Thị Hải Yến*, Đinh Dương Tùng Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Rối loạn nhịp tim là bệnh lý có thể gặp ở nhiều chuyên khoa. Ở trẻ em, rối loạn nhịp tim thường nhẹ và thoáng qua nhưng cũng có trường hợp rối loạn nhịp tim có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời. Hiện chưa có một đánh giá nào về hiệu quả của phương pháp này cũng như đặc điểm của rối loạn nhịp tim ở trẻ em tại BVTEHP. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trẻ được đeo Holter điện tâm đồ 24 giờ tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2021 và nhận xét kết quả của Holter điện tâm đồ 24 giờ ở nhóm trẻ em trên.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 250 trẻ em có chỉ định đeo Holter điện tâm đồ 24 giờ tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021.

Kết quả: Trong đó 80,8% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có ít nhất một dấu hiệu nghi ngờ có rối loạn nhịp tim: đau ngực, khó thở, hồi hộp trống ngực, con ngất. Đa số bệnh nhân có tiền sử gia đình bình thường và bản thân không có tiền sử bệnh tim mạch. Phần lớn bệnh nhân có nồng độ Troponin T, Magie, Kali huyết thanh và

kết quả siêu âm tim bình thường. Có 44% các trường hợp được đeo Holter điện tâm đồ 24 giờ được phát hiện các rối loạn nhịp tim, bao gồm: nhịp nhĩ ổ (20,8%), block nhĩ thất (13,2%), ngoại tâm thu nhĩ (10%), nhịp xoang không đều (6,8%), nhịp chậm xoang (4%), nhịp nhanh xoang (2,4%), hội chứng Wolf – Parkinson – White (1,2%), ngoại tâm thu thất (12,4%), block nhánh (4,8%), nhịp nhanh thất (2,4%).

Kết luận: Cần tập trung phát hiện các triệu chứng như: đau ngực, khó thở, hồi hộp trống ngực ở trẻ nghi ngờ có rối loạn nhịp tim. Holter điện tâm đồ 24 giờ là một biện pháp hiệu quả giúp chẩn đoán rối loạn nhịp tim ở trẻ em

Từ khóa: rối loạn nhịp tim, Holter điện tâm đồ 24 giờ, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ARRHYTHMIAS ON 24-HOUR HOLTER AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Background and objectives: Cardiac arrhythmia is a disease that can be encountered in many specialties. In children, arrhythmias are usually mild and transient, but there are cases of arrhythmias that can lead to death if not detected and intervened in time. Currently, there is no evaluation of the effectiveness of this method as well as the characteristics of arrhythmias in children at BVTEHP. We conducted this study with two objectives: to describe the clinical and subclinical characteristics of children wearing 24-hour electrocardiogram Holter at Hai Phong Children's Hospital from March 2020 to March 2021 and comment on the results of Holter 24-

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Hải Yến

Email: tthyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 15.6.2022

hour electrocardiogram in the above group of children.

Subjects and methods: We conducted a retrospective study on 250 children who were indicated to wear a 24-hour electrocardiogram Holter at Hai Phong Children's Hospital from March 2020 to March 2021.

Results: 80.8% of patients in the study group had at least one sign of suspected arrhythmia: chest pain, shortness of breath, palpitations, syncope. The majority of patients had a normal family history and no personal history of cardiovascular disease. The majority of patients had normal serum troponin T, magnesium, and potassium levels and echocardiographic results. Arrhythmias were detected in 44% cases of wearing Holter 24-hour electrocardiogram, included: focal atrial rhythm (20.8%), block atrioventricular (13.2%), atrial extrasystoles (10%), irregular sinus rhythm (6.8%), sinus bradycardia (4%), sinus tachycardia (2.4%), Wolf syndrome – Parkinson – White (1.2%), ventricular extrasystoles (12.4%), bundle branch block (4.8%), ventricular tachycardia (2.4%).

Conclusion: It is necessary to focus on detecting symptoms such as chest pain, shortness of breath, palpitations in children with suspected cardiac arrhythmia. Holter 24-hour electrocardiogram is an effective measure to help diagnose arrhythmia in children

Key words: Cardiac arrhythmia, 24 hours Holter electrocardiography, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là một triệu chứng bệnh lý hay gặp trong tất cả các chuyên khoa, đặc biệt là chuyên khoa tim mạch. Những rối loạn nhịp tim có thể gặp trên các bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch, rối loạn chuyển hóa, và ngay cả trên những cá thể khỏe mạnh.

Rối loạn nhịp tim ít xảy ra ở trẻ em, chỉ khoảng 5% số trẻ em nhập khoa cấp cứu do rối loạn nhịp tim có triệu chứng [1]. Các triệu chứng của rối loạn nhịp tim ở trẻ em thường nhẹ, thoáng qua, chủ yếu là mệt, hồi hộp trống ngực, ngất. Tuy nhiên cũng có những trường hợp bệnh tiến triển nặng dẫn tới ngừng tim [34]. Holter điện tâm đồ 24 giờ hiện là một trong những kỹ thuật được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng để phát hiện kịp thời của rối loạn nhịp tim tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) trong những năm gần đây. Tuy vậy, hiện chưa có một đánh giá nào về hiệu quả của phương pháp này cũng như đặc điểm của rối loạn nhịp tim ở trẻ em tại BVTEHP. Để góp phần giúp việc chẩn đoán sớm rối loạn nhịp tim ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trẻ được đeo Holter điện tâm đồ 24 giờ tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2021.*

2. *Nhận xét kết quả của Holter điện tâm đồ 24 giờ ở nhóm trẻ em trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 250 bệnh nhân được chỉ định đeo Holter điện tâm đồ tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 3/2020 – 3/2021. Chỉ định đeo holter điện tâm đồ 24 giờ theo khuyến cáo của AHA – 1999 bao gồm [2]:

+ Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ rối loạn nhịp tim: có cơn ngất, mệt mỏi, chóng mặt, đau ngực, hồi hộp trống ngực hoặc nhịp tim nhanh/ chậm/ không đều ghi nhận bởi bác sỹ khám lâm sàng.

+ Bệnh nhân tiền sử bệnh lý tim bẩm sinh đã phẫu thuật hoặc chưa tái khám định kỳ

phát hiện rối loạn nhịp tim ghi nhận trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo thường quy.

+ Bệnh nhân có tiền sử rối loạn nhịp tim tái khám định kỳ.

+ Bệnh cơ tim phì đại hoặc bệnh cơ tim giãn.

+ Bệnh nhân kiểm tra sức khỏe phát hiện có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo thường quy.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bản ghi điện tâm đồ không thể phân tích được vì lý do kỹ thuật hoặc bản ghi thứ hai trở lên trên cùng bệnh nhân để theo dõi hiệu quả của các phương pháp điều trị rối loạn nhịp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

Các chỉ số và biến số nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, tiền sử bản thân và gia đình các chỉ số sinh hóa Troponin T, Magie, Kali và kết quả siêu âm tim của nhóm trẻ có chỉ định đeo Holter điện tâm đồ; kết quả rối loạn nhịp tim phát hiện được qua Holter điện tâm đồ.

Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 250 trẻ, gồm 59,8% trẻ nam và 40,2% trẻ nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $7,6 \pm 3,4$ tuổi, có 2,5% trẻ < 6 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	149	59,8
	Nữ	101	40,2
Tuổi (trung bình 7.6 ± 3.4 tuổi)	Nhỏ hơn 6 tháng	6	2.5
	Từ 6 tháng – 2 tuổi	8	3.2
	Từ 2 – 5 tuổi	59	23.5
	Từ 6 – 15 tuổi	199	70.8

Có 80,8% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có ít nhất một triệu chứng cơ năng nghi ngờ có rối loạn nhịp tim là: đau ngực, khó thở, hồi hộp trống ngực và ngất. Trong đó, đau ngực có tỉ lệ xuất hiện cao nhất chiếm 66.0%, tiếp theo đó là khó thở chiếm 22.8%, hồi hộp trống ngực chiếm 8.4%, ngất là triệu chứng hiếm gặp chỉ chiếm 3.6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có ý lệ bệnh nhân đau ngực cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Hegazy R.A khi khảo sát trên 1319 trẻ có rối loạn nhịp tim (từ 5 ngày tuổi – 16 tuổi) thì chỉ có 29.8% bệnh nhân có triệu chứng

đau ngực [3]. Tuy nhiên nghiên cứu của Phạm Bích Hương về vai trò của Holter điện tâm đồ trên 46 bệnh nhân là người trưởng thành tại viện tim mạch quốc gia cho kết quả hồi hộp trống ngực có tỉ lệ cao nhất chiếm 73.9%, tức ngực – khó thở chiếm 58.7%. Đối với đối tượng trẻ em, khó có thể tự phân biệt được triệu chứng cơ năng đau ngực và hồi hộp trống ngực, và khi thấy khó chịu thì trẻ em thường trả lời là đau ngực hơn. Tỉ lệ bệnh nhân ngất trong nghiên cứu của Phạm Bích Hương cũng là triệu chứng có tỉ lệ thấp nhất chiếm 6.5% tương đương với nghiên cứu của

chúng tôi [4]. Trong khi, nghiên cứu của Hegazy R.A chiếm 17.8% cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi [3].

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Có triệu chứng cơ năng	Đau ngực	165	66.0
	Khó thở	57	22.8
	Hồi hộp trống ngực	21	8.4
	Mệt mỏi	19	7.6
	Cơn ngất	9	3.6
Không có triệu chứng cơ năng (bác sĩ phát hiện)		48	19.1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,2% trẻ không có tiền sử liên quan đến bệnh lý tim mạch, 8,7% trẻ có tiền sử bệnh tim bẩm sinh; 7,6% trẻ đã có tiền sử rối loạn nhịp tim trước đó, 1/ 250 trẻ (tỷ lệ 0,5%) có tiền sử bệnh Kawasaki, không trường hợp nào có tiền sử bệnh cơ tim. Nghiên cứu của tác giả Lê Mỹ Hạnh tại bệnh nhi Trung Ương trên 628 trẻ cũng cho thấy có 10,2% số trẻ có rối loạn nhịp tim sau mổ tim bẩm sinh [5].

Trong bệnh lý tim mạch nói chung và rối loạn nhịp tim nói riêng thì các bệnh nhân có tiền sử gia đình liên quan đến bệnh lý tim mạch sẽ có nguy cơ cao mắc cũng sẽ mắc các

bệnh lý tim mạch. Trong nghiên cứu của Emery CF và cộng sự về giới tính và tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch ảnh hưởng đến sự thay đổi nhịp tim khi căng thẳng ở người lớn khỏe mạnh đã chỉ ra rằng những người có tiền sử gia đình liên quan đến bệnh lý tim mạch thường có biểu hiện rối loạn nhịp tim với tỉ lệ cao hơn [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 250 trẻ thu được kết quả có 96,8% trẻ không có tiền sử gia đình liên quan đến bệnh lý rối loạn nhịp tim và chỉ có 3,2% trẻ có tiền sử gia đình liên quan đến bệnh lý rối loạn nhịp tim.

Bảng 3: Tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến bệnh lý tim mạch của nhóm nghiên cứu

Tiền sử			Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bản thân	Có bệnh lý tim mạch	Tim bẩm sinh	22	8.7
		Rối loạn nhịp tim	19	7.6
		Kawasaki	1	0.5
		Viêm cơ tim	0	0
	Chưa phát hiện bệnh lý tim mạch		208	83,2
Tiền sử gia đình	Có liên quan bệnh lý rối loạn nhịp tim.		242	96.8
	Không có liên quan bệnh lý rối loạn nhịp tim.		8	3.2

Trong nhóm nghiên cứu, đa số trẻ có chỉ số Troponin T và CK bình thường, chỉ có 2,4% trẻ có tăng Troponin và 4,8% trẻ có tăng CPK. Nghiên cứu của tác giả Dionne A và cộng sự chỉ ra rằng tăng nồng độ Troponin T là một yếu tố dự báo cho bệnh lý tim mạch và có sự bất thường trên điện tâm đồ. Magie đóng vai trò thiết yếu trong chức năng bình thường của tim. Nồng độ Magie thấp liên quan đến rối loạn nhịp tim và đột

tử. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3/250 (tỷ lệ 1,2%) bệnh nhân có nồng độ Magie huyết thanh giảm. Kali đóng vai trò quan trọng trong dẫn truyền của tim, sự thay đổi nồng độ Kali huyết thanh cao hoặc thấp đều dẫn đến những rối loạn nhịp tim nghiêm trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 0,8% bệnh nhân có tăng Kali máu và 3,6% bệnh nhân có giảm Kali máu (7).

Bảng 4: Các chỉ số xét nghiệm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các chỉ số xét nghiệm		Số bệnh nhân (n = 250)	Tỷ lệ (%)
Troponin T	Tăng	6	2,4
Magie	Giảm	3	1,2
Kali	Tăng	2	0,8
	Giảm	9	3,6

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân không có bất thường cấu trúc tim, Tỷ lệ có bất thường cấu trúc tim ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp tim là 19,7% và nhóm không có rối loạn nhịp tim là 18,5%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5: Kết quả siêu âm tim của nhóm nghiên cứu

	Có rối loạn nhịp tim		Không có rối loạn nhịp tim	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm tim bình thường	88	81	114	80
Siêu âm tim có bất thường	20	18,5	28	19,7
p	0,9			

3.2. Các rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ

Chúng tôi ghi nhận có 110/250 trẻ có rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ chiếm tỷ lệ 44%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân chỉ có rối loạn nhịp trên thất là 38,8%; tỷ lệ bệnh nhân chỉ có rối loạn nhịp thất là 12,8% và có 5,2% bệnh nhân có phối hợp cả hai loại rối loạn nhịp. Tỷ lệ bệnh nhân có nhịp nhĩ ở

chiếm tỷ lệ cao nhất với 20,8%. Các rối loạn nhịp trên thất khác (block nhĩ thất, ngoại tâm thu nhĩ, nhịp xoang không đều, nhịp chậm xoang, nhịp nhanh xoang và hội chứng Wolff – Parkinson – White chiếm tỷ lệ từ 1,2% - 13,2%. Các rối loạn nhịp thất ít gặp hơn, tỷ lệ bệnh nhân có ngoại tâm thu thất là 12,4% và chỉ có 2% bệnh nhân có cơn nhanh thất. So sánh với nghiên cứu của tác giả Sekar RP

thực hiện tại Ấn Độ, tỷ lệ nhịp tim nhanh trên thất gặp ở 82% ở trẻ nhũ nhi, và giảm dần khi trẻ lớn hơn, chỉ còn chiếm 65% ở nhóm tuổi 1 – 5 tuổi, chiếm 56% các rối loạn nhịp tim ở nhóm tuổi 6 – 10 tuổi. Nhịp tim nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất chỉ chiếm 4% các rối loạn nhịp tim ở lứa tuổi sơ sinh nhưng chiếm 23% ở nhóm tuổi 1- 5 tuổi và 34% ở nhóm tuổi 6 – 10 tuổi; phần lớn rối loạn nhịp này không thể hết tự nhiên mà yêu cầu triệt đốt bằng tần số sinh lý (Radio frequency – RF). Rối loạn nhịp nhanh nhĩ có thể gặp 10 – 15% ở thời kỳ thơ ấu và có thể tự giới hạn.

Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng Wolff – Parkinson – White là 1,5/1000 trẻ em tuổi vị thành niên và thấp hơn ở nhóm trẻ nhỏ với gần 50% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng khi được chẩn đoán. Ngoại tâm thu thất gặp ở 33% trẻ sơ sinh trong tuần đầu tiên của cuộc sống và có thể tự khỏi sau 2 tuần. Rối loạn nhịp thất ít gặp ở trẻ em. Block nhĩ thất hoàn toàn bẩm sinh được báo cáo xảy ra ở 1/25000 trẻ sơ sinh sống và nguy cơ tử vong có thể tới 15% nếu không được chẩn đoán sớm trước 1 tuổi (8).

Phân loại rối loạn nhịp tim		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ có rối loạn nhịp trên thất		97	38,8
Chỉ có rối loạn nhịp thất		32	12,8
Phối hợp cả rối loạn nhịp trên thất và nhịp thất		13	5,2
Rối loạn nhịp trên thất	Nhịp nhĩ ổ	52	20,8
	Block nhĩ thất các cấp độ	33	13,2
	Ngoại tâm thu nhĩ	25	10,0
	Nhịp xoang không đều	17	6,8
	Nhịp Chậm xoang	10	4,0
	Nhịp nhanh xoang	6	2,4
	Wolff – Parkinson - White	3	1,2
Rối loạn nhịp thất	Ngoại tâm thu thất	31	12,4
	Block nhánh	12	4,8
	Nhịp nhanh thất	5	2,0

IV. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân có chỉ định đeo Holter điện tâm đồ.

Tuổi trung bình $7,6 \pm 3,4$ tuổi

Các triệu chứng hay gặp ở trẻ nghi ngờ có

rối loạn nhịp tim: Đau ngực (66%), khó thở (22,8%), hồi hộp trống ngực (8,4%), mệt mỏi (7,6%), ngất: (3,6%)

Đa số bệnh nhân có tiền sử bản thân và gia đình bình thường.

Các chỉ số Troponin T, magie, kali và siêu âm tim phần lớn là bình thường.

4.2 Các kết quả Holter điện tâm đồ 24 giờ ở nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ các rối loạn nhịp tim ghi nhận trên Holter ĐTĐ 24 giờ:

Các rối loạn nhịp tim trên thất: Nhịp nhĩ ổ (20,8%), block nhĩ thất (13,2%), ngoại tâm thu nhĩ (10,0%), nhịp xoang không đều (6,8%), nhịp chậm xoang (4,0%), nhịp nhanh xoang (2,4%), hội chứng WPW (1,2%)

Các rối loạn nhịp thất: Ngoại tâm thu thất (12,4%), block nhánh (4,8%), nhịp nhanh thất (2,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sekar R.P. (2008).** “Epidemiology of Arrhythmias in Children”. Indian Pacing Electrophysiol J, 8(Suppl 1), S8–S13.
2. **Michael H Crawford, et al (1999)** “ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography) developed in collaboration with the North American Society for Pacing and Electrophysiology11”, Am Coll Cardiol. 1999 Sep, 34 (3) 912–948.
3. **Hegazy R.A. and Lotfy W.N. (2007).** “The value of Holter monitoring in the assessment of Pediatric patients”. Indian Pacing Electrophysiol J, 7(4), 204–214.
4. **Phạm Bích Hương (2002),** “Nghiên cứu vai trò của Holter điện tâm đồ trong chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị một số rối loạn nhịp thất”, luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Mỹ Hạnh và cộng sự (2016),** “nghiên cứu rối loạn nhịp tim sau phẫu thuật tim mở tại bệnh viện nhi trung ương”, tạp chí nhi khoa 2016, tập 9, số 4, trang 6 - 8.
6. **Emery CF, Stoney CM, Thayer JF, Williams D, Bodine A.(2018)** “Sex and family history of cardiovascular disease influence heart rate variability during stress among healthy adults”. J Psychosom Res. Jul;110:54-60
7. **Dionne A, Kheir JN, Sleeper LA, Esch JJ, Breitbart RE.** Value of Troponin Testing for Detection of Heart Disease in Previously Healthy Children. J Am Heart Assoc. February2020 ;9(4):e012897.
8. **Sekar RP.** Epidemiology of arrhythmias in children. Indian Pacing Electrophysiol J. 2008 May 1;8(Suppl. 1):S8-S13. PMID: 18478058; PMCID: PMC2363719.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT REALTIME-PCR VÀ SEVERSE DOT BLOT XÁC ĐỊNH TỶ LỆ NHIỄM VÀ GENOTYPE CỦA *HUMAN PAPILLOMAVIRUS* Ở BỆNH NHÂN KHÁM SẢN PHỤ KHOA, DA LIỄU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Trịnh Văn Khương^{1,2}, Hoàng Thị Hải Yên¹, Vũ Thị Hằng²,
Phạm Thị Thanh Bình², Nguyễn Hùng Cường^{1,2}, Đào Thị Hương³

TÓM TẮT

Human papillomavirrus (HPV) là tác nhân phổ biến nhất trong các nhiễm trùng lây truyền qua đường sinh dục. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ nhiễm và sự phân bố genotype HPV ở bệnh nhân khám bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng kỹ thuật Real - time PCR và Severse Dot Blot được tiến hành trên 212 bệnh nhân tới khám tại phòng khám da liễu và phòng khám sản phụ khoa của Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Kết quả:** cho thấy 24,05% (51/212) bệnh nhân nhiễm HPV, trong đó phần lớn là nhiễm đơn genotype 64,7%. Genotype HPV11 chiếm tỷ lệ cao nhất (38%), tiếp đến là Genotype HPV6 (18%), Genotype HPV16 và Genotype HPV18 cùng chiếm tỷ lệ 16%; 12% dương tính với 1 trong 05 Genotype (33, 35, 51, 58, 81). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này đóng góp thêm vào dữ liệu về tỷ lệ nhiễm và sự phân bố kiểu gen của HPV.

Từ khóa: Realtime-PCR, Severse dot Blot, Tỷ lệ nhiễm, genotype, HPV.

SUMMARY

APPLICATION OF REALTIME-PCR AND REVERSE DOT BLOT TECHNIQUE IN ESTABLISHING INFECTION RATE AND GENOTYPE OF *HUMAN PAPILLOMAVIRUS* AMONG PATIENTS WITH GYNAECOLOGICAL EXAMINATION AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Human papillomavirrus (HPV) has been one of the most common agents in sexually transmitted infections (STIs). **Objective:** determine the infection rate and the distribution of HPV genotype among patients at Hai Phong Medical University Hospital. **Subjects and methods:** this is a descriptive cross-sectional study, using Real – time PCR and Reverse Dot Blot technique on samples from 212 outpatients who visited dermatology clinic and obstetrics clinic of Hai Phong Medical University Hospital. **Results:** the infection rate was 24.05% (51/212) patients having HPV with the majority of which being single type infection (64.7%). The dominated genotype was HPV11 with 38%, followed by HPV6 (18%), while both HPV16 and HPV18 accounted for 16%. Meanwhile, 12% patients were positive with 1 in 5 types (33, 35, 51, 58, 81). **Conclusions:** Acquired results from

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Tổng Công Ty Bảo Đảm An Toàn Hàng Hải Miền Bắc

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Khương

Email: tvkhuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022

this study could help contribute to the database of infection rate and HPV genotype distribution.

Keywords: Realtime-PCR, Severse dot-blot, HPV infection rate, HPV genotype.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Human Papillomavirus (HPV) là tác nhân thường gặp nhất trong các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và là nguyên nhân chính gây ung thư cổ tử cung trên toàn thế giới, đặc biệt là những nước đang phát triển nơi mà 85% các trường hợp vong do mắc ung thư tử xảy ra ở đây [1].

HPV thuộc họ *Papillomaviridea* với khoảng 120 genotype khác nhau đã được xác định và dựa trên khả năng gây ra các tổn thương mô học, đặc biệt là khả năng gây ung thư cổ tử cung, HPV được chia làm 2 nhóm: Nhóm nguy cơ cao (High risk *Human papillomavirrus*: HR-HPV) bao gồm Genotype HPV16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, và 58,... và Nhóm nguy cơ thấp (Low risk *Human papillomavirrus*: LR-HPV) gồm các Genotype HPV6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72,...)[2], [3], [4].

Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HPV trong cộng đồng dân cư nữ từ 2% đến 10,9% thay đổi theo vùng địa lý [1]. Các nghiên cứu trước đây đã xác định Genotype HPV16 và Genotype HPV58 là các loại Genotype HPV có nguy cơ cao phổ biến nhất trong dân số nói chung của phụ nữ Việt Nam. Tuy nhiên nhiễm Genotype HPV52 phổ biến nhất ở đối tượng gái mại dâm phía Bắc Việt Nam [1].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp phát hiện nhiễm HPV như lai phân tử (Southern-blot, Dot-blot và Slot-blot, lai huỳnh quang), PCR, Real – time PCR, DNA microarray (phương pháp DNA chip), Sequencing, phương pháp mô bệnh học,... Cũng đã có rất nhiều phương pháp để xác định genotype của

HPV như phương pháp lai phân tử, DNA Microarray, Sequencing,... Trong đó, phương pháp lai phân tử (Reverse dot blots) cho phép xác định được 24 Genotype HPV khác nhau trong cùng một phản ứng, thể hiện khi đọc kết quả phản ứng trên mẫu bệnh phẩm. Còn những phương pháp giải trình tự gen vẫn chưa phải là một xét nghiệm thường quy do giá thành xét nghiệm cao, không phát hiện được các trường hợp đồng nhiễm nhiều Genotype HPV trong cùng một phản ứng.

Chính vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm: xác định tỷ nhiễm và genotype của HPV ở bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng để phòng, điều trị UTCTC và góp phần hoạch định chiến lược vaccin dự phòng làm giảm gánh nặng toàn cầu của bệnh UTCTC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tới khám tại phòng khám da liễu và phòng khám sản phụ khoa của Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là bệnh nhân của phòng khám da liễu và phòng khám sản phụ khoa, đồng ý tham gia nghiên cứu, có các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm HPV được khám bởi các bác sĩ chuyên khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không được chỉ định làm xét nghiệm HPV.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ ngày 3/1/2018 đến 30/12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nhóm nghiên cứu lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh án có chỉ định làm xét nghiệm HPV

từ 3/01/2018 đến 31/12/2019. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 212 bệnh án, với độ tuổi từ 21 – 69.

Mẫu nghiên cứu được thu thập theo phương pháp thuận tiện, chọn tất cả các bệnh án đủ tiêu chuẩn trong suốt thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Mẫu bệnh phẩm

Mẫu bệnh phẩm tế bào bong của cổ tử cung sẽ được lấy bằng bàn chải tế bào; mẫu sùi, u nhú hay mụn cóc sẽ được sinh thiết, sau đó bảo quản trong eppendorf chứa 0,5 ml nước muối sinh lý và gửi đến khoa xét nghiệm.

Kỹ thuật phân tích

Tách DNA

DNA tổng số của HPV sẽ được tách chiết bằng phương pháp Phenol – Chloroform quy trình của bộ kit^{IVA} aDNA Extraction Kit P (Công ty Cổ phần Công nghệ Việt Á) theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Xác định HPV

Thực hiện khuếch đại DNA của HPV bằng phản ứng Real-time PCR: trên máy Iqycler IQ5 của hãng BIORAD (Mỹ) theo các bước: 1 chu kỳ ở 95°C trong 5 phút, 40 chu kỳ gồm: 95°/15 giây, 55°/1 phút và 72°/20 giây.

Xác định Genotype HPV

Thực hiện kỹ thuật Reverse Dot-Blot xác định genotype HPV: sản phẩm PCR có kết quả dương tính với HPV được sử dụng để tiến hành kỹ thuật lai DNA với các đầu dò DNA đặc hiệu cho các kiểu gen HPV (được gắn sẵn trên màng lai) theo quy trình của bộ kit LightPower^{IVA} HPV Genotype PCR-RDB (Công ty Cổ phần Công nghệ Việt Á) để xác định kiểu gen. Với bộ kit này sẽ phát hiện được 16 kiểu Genotype HPV có nguy cơ cao: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58,

59, 66, 68, 81 và 8 kiểu Genotype HPV có nguy cơ thấp: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 79.

Xác định Genotype HPV bằng cách quan sát trực tiếp màu trên màng lai ứng với vị trí HPV DNA probe định sẵn.

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

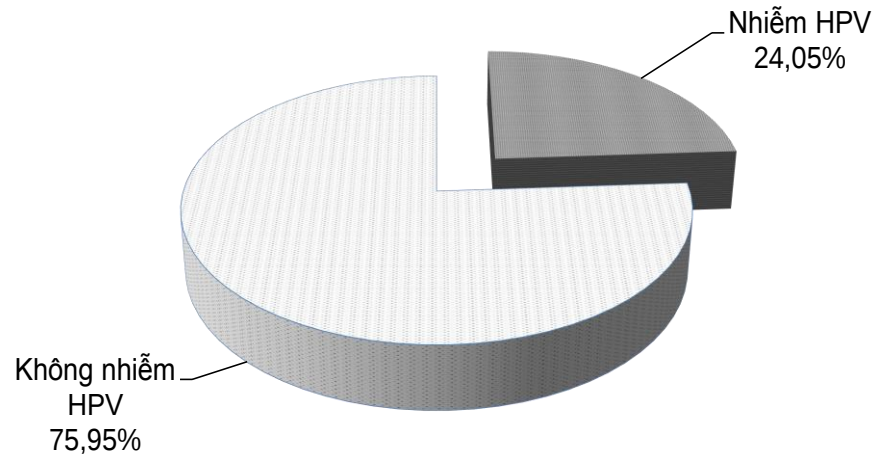
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ tuyệt đối quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Các đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Số liệu và thông tin được đảm bảo chính xác, bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $33,6 \pm 9,4$ với 76,8% bệnh nhân nữ.

24,05% (51/212) bệnh nhân nhiễm HPV, trong đó 64,7% (33/51) trường hợp nhiễm là nữ và nhóm tuổi 26-35 có tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất là 45,1%.

Chúng tôi đã phát hiện được 09 genotype trong tổng số 24 genotype có thể xác định được bằng kỹ thuật này. Trong đó, 64,7% (33/51) trường hợp đơn nhiễm một genotype HPV thuộc cả hai nhóm nguy cơ: Đơn nhiễm genotype nguy cơ thấp chiếm 58,8% (30/51) và đơn nhiễm genotype nguy cơ cao chiếm 5,9% (3/51). Đặc biệt, có 31,3% (16/51) bệnh nhân có sự đồng nhiễm 2 genotype, 1 bệnh nhân đồng nhiễm 3 genotype (HPV11, 33, 35) và 1 bệnh nhân đồng nhiễm với 4 genotype (HPV11, 18, 51, 58). Đồng nhiễm genotype nguy cơ cao chiếm 17,6% (9/51), đồng nhiễm genotype nguy cơ cao + nguy cơ thấp chiếm 13,7% (7/51), đồng nhiễm genotype nguy cơ thấp + nguy cơ thấp chiếm 3,9% (2/51), trong đó đồng nhiễm HPV16 và HPV18 chiếm 15,6% (8/51).

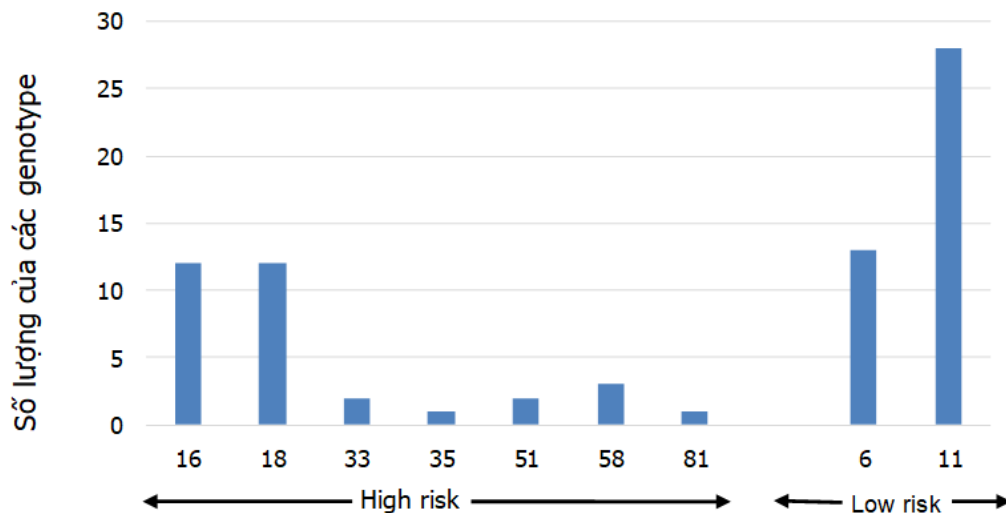


Nhận xét: Có 51/212 bệnh nhân nhiễm HPV chiếm tỷ lệ 24,05%.

Bảng 1: Phân bố tỷ lệ nhiễm theo nhóm tuổi của HPV

Nhóm tuổi	HPV (+)	HPV (-)	Tổng
≤ 25	14	29	43
26 - 35	23	60	83
> 35	14	72	86
Tổng	51	161	212

Nhận xét: Nhóm tuổi 26-35 có số trường hợp nhiễm HPV cao nhất với 23/51 chiếm 45,1%. Trong nhóm tuổi dưới 25 thì tỷ lệ dương tính với HPV là 14/43 (32,5%), trong nhóm tuổi trên 35, tỷ lệ dương tính là 14/86 (16,2%).



Hình 2: Phân bố các Genotype của HPV

Nhận xét: Phát hiện được 09 genotype trong tổng số 24 genotype có thể xác định được bằng kỹ thuật này. Nghiên cứu đã phát hiện tỷ lệ nhiễm HPV11 cao nhất (38%), tiếp đến HPV6 (18%) HPV16 (16%) và HPV18 (16%).

Bảng 2: Đơn nhiễm và đồng nhiễm HPV genotype

Đơn nhiễm và đa nhiễm HPV genotype	n	%
Đơn nhiễm	33	64,7
Đơn nhiễm HPV genotype nguy cơ thấp	30	58,8
Đơn nhiễm HPV genotype nguy cơ cao	3	5,9
Đồng nhiễm	18	35,3
Đồng nhiễm HPV genotype nguy cơ cao	9	17,6
Đồng nhiễm HPV genotype nguy cơ cao và HPV genotype nguy cơ thấp	7	13,7
Đồng nhiễm HPV genotype nguy cơ thấp	2	4,0

Nhận xét: Tỷ lệ đơn nhiễm genotype HPV 64,7% và tỷ lệ đồng nhiễm genotype HPV chiếm 35,3%, đặc biệt trong nhóm đồng nhiễm có 16/51 (31,3%) đồng nhiễm 2 genotype, (4,0%) đồng nhiễm với 3 và 4 genotype khác nhau. Đồng nhiễm genotype nguy cơ cao chiếm 17,6% (9/51) trong đó đồng nhiễm HPV16 và HPV18 chiếm 15,6% (8/51), đồng nhiễm genotype nguy cơ cao + nguy cơ thấp chiếm 13,7% (7/51), đồng nhiễm genotype nguy cơ thấp + nguy cơ thấp chiếm 3,9% (2/51),

Bảng 3: Kết quả Thinprep PAP

Kết quả tế bào CTC	n = 198	Tỷ lệ %
Phiến đồ bình thường	164	82,8
ASCUS	20	10,1
LSIL	7	3,5
HSIL	4	2,1
K biểu mô vảy	2	1,0
K biểu mô tuyến	1	0,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả Thinprep Pap bất thường là 16,7%, với 2 bệnh nhân được chẩn đoán là K tế bào xâm lấn và K biểu mô tuyến trong cổ tử cung.

Bảng 4: Kết quả Thinprep PAP

Đặc điểm		TBCTC bình thường	TBCT bất thường	OR (95% CI)
Nhiễm HPV	Không	132	15	5,22 (2,39 – 11,39)
	Có	32	19	
	Tổng	164	34	
Nhiễm HPV type nguy cơ cao	Không	155	15	6,20 (2,24 – 17,12)
	Có	09	09	

	Tổng	164	34	
Nhiễm HPV type nguy cơ thấp	Không	139	24	2,31 (0,99 – 5,43)
	Có	25	10	
	Tổng	164	34	

Nhận xét: Phụ nữ nhiễm bất kỳ type HPV nào sẽ có kết quả xét nghiệm tế bào CTC bất thường cao gấp 5,22 lần so với người không nhiễm. Phụ nữ nhiễm bất kỳ type HPV nguy cơ cao nào sẽ có kết quả xét nghiệm tế bào cổ tử cung bất thường cao gấp 6,20 lần so với người không nhiễm.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HPV của bệnh nhân đến khám sản phụ khoa và khám da liễu tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng tương đồng với tỷ lệ nhiễm HPV của bệnh nhân đến khám ở bệnh viện tại một số quốc gia trên thế giới như Veneto - North-East Italy (21,3%), N'Djamena – Chad (22,9%) [2], Lagos – Nigeria (36,5%) và Nguyễn Hữu Quyền tại bệnh viện Đa khoa Medlatec (29,8%). Trong khi đó, khi khảo sát ở trên cộng đồng, tỷ lệ nhiễm HPV theo kết quả nghiên cứu của Zheng Li tại Yunnan-China (2016) là 12,9%, Young-Tak Kim, Korea (2009) là 10,9% và Lâm Đức Tâm tại Cần Thơ (2017) là 6,64%. Điều này cho thấy lệ nhiễm HPV ở bệnh nhân tới khám ở bệnh viện cao hơn nhiều so với nhóm phụ nữ bình thường tại cộng đồng.

Tuổi trung bình giữa 2 nhóm nhiễm và không nhiễm HPV không có sự khác biệt $p > 0,05$. Trong nhóm tuổi dưới 25 (độ tuổi còn có thể tiêm vaccin phòng HPV) thì tỷ lệ dương tính với HPV là 14/43 (32,5%), theo MboumbaBouassa R-S (N'Djamena, Chad) phụ nữ từ 25 đến 29 tuổi bị nhiễm nhiều loại HPV nhất [2]. Trong nhóm tuổi dưới 35, tỷ lệ dương tính với HPV là 23/83 (27,7%),

theo tác giả Kehinde Sharafadeen Okunade (Nigeria) có đến 46,6% bệnh nhân ở nhóm tuổi này dương tính với HPV, Young-Tak Kim (Korea) tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất là ở nhóm tuổi <30. Trong nhóm tuổi trên 35, tỷ lệ dương tính là 14/86 (16,2%). Phụ nữ dưới 25 tuổi có tỷ lệ nhiễm cao nhất, sau đó giảm dần theo tuổi, nhưng độ tuổi lây nhiễm HPV tập trung vào 20 - 35 tuổi, là lứa tuổi hoạt động tình dục nhiều nhất [3], [5], [6], do đó đây chính là độ tuổi thuận lợi cho việc lây nhiễm HPV.

Nghiên cứu đã phát hiện tỷ lệ nhiễm HPV11 cao nhất (38%), tiếp đến HPV6 (18%) HPV16 (16%) và HPV18 (16%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước đây. Nếu như kết quả của Andrea C Tricco tại (Canada) chỉ ra HPV16 và HPV 18 có tỷ lệ cao nhất [5], Kehinde Sharafadeen Okunade (Nigeria) cho thấy HPV31 (25%) là chiếm ưu thế nhất, tiếp theo là HPV35 (8,0%) và HPV16 (3,5%). Hoàng Thị Thanh Huyền sử dụng kỹ thuật GeneSquare HPV Typing DNA Microarray Kit trên đối tượng gái mại dâm tại Hải Phòng lại cho thấy HPV52 (13,33%) là phổ biến nhất, tiếp theo là

HPV16 (12,53%) và HPV58 (8,09%), HPV18 (6,5%) [1]. Sự khác biệt về kết quả nghiên cứu sự phân bố genotype HPV có thể do sự khác nhau của việc lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu.

Tỷ lệ đơn nhiễm genotype HPV 64,7% và tỷ lệ đa nhiễm genotype HPV chiếm 35,3%, đặc biệt trong nhóm đa nhiễm có 16/51 (31,3%) đồng nhiễm 2 genotype, (4,0%) đồng nhiễm với 3 và 4 genotype khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kehinde Sharafadeen Okunade (Nigeria) với tỷ lệ 76,1%, Zheng Li (China) 82% và Kyeong A So (Korea) có tỷ lệ 77,9% [7] các mẫu xét nghiệm chỉ dương tính với một loại HPV genotype duy nhất. Trái ngược với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Thanh Huyền (2013) với tỷ lệ đa nhiễm chiếm đa số (67,89%) trong đó, tất cả các trường hợp đa nhiễm đều nhiễm ít nhất một HPV genotype “nguy cơ cao” [1] vì tác giả này nghiên cứu trên đối tượng gái mại dâm.

Khi chia theo nhóm nguy cơ, LR-HPV 56% và HR-HPV 44% . Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của Kehinde Sharafadeen Okunade (Nigeria) với LR-HPV chiếm 73,5%. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra HR-HPV là chiếm ưu thế: nghiên cứu của Kyeong A So (Korea) HR-HPV chiếm đến 97,4% [7], Zheng Li (China) HR-HPV chiếm tỷ lệ 81,4%, Hoàng Thị Thanh Huyền (2013) 75,2% [1]. Sự khác nhau này có thể lý giải là do đối tượng nghiên cứu chúng tôi lựa chọn

là khác so với các đối tượng nghiên cứu của các nghiên cứu trên.

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả Thinprep Pap bất thường là 16,7%, với 2 bệnh nhân được chẩn đoán là K tế bào xâm lấn và K biểu mô tuyến trong cổ tử cung. KQNC của chúng tôi cao hơn so với NC của tác giả Lê Tuấn Anh thực hiện (năm 2018) tại Hà Nội và TP HCM lần lượt là 14,9% và 12,3% [8].

Bảng 4 chỉ ra rằng những phụ nữ nhiễm bất kỳ type HPV nào sẽ có kết quả xét nghiệm tế bào CTC bất thường cao gấp 5,22 lần so với người không nhiễm. Phụ nữ nhiễm bất kỳ type HPV nguy cơ cao nào sẽ có kết quả xét nghiệm tế bào cổ tử cung bất thường cao gấp 6,20 lần so với người không nhiễm. Phụ nữ nhiễm bất kỳ type HPV nguy cơ thấp nào sẽ có kết quả xét nghiệm tế bào cổ tử cung bất thường cao gấp 2,31 lần so với người không nhiễm. KQNC của chúng tôi cao hơn so với NC của tác giả Lê Tuấn Anh thực hiện (năm 2018) tại Hà Nội và TP HCM lần lượt là 3,8%, 4,2% và 1,7% [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HPV của bệnh nhân đến khám tại BVĐHY HP là 24,05%. Tỷ lệ này cao nhất ở những bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 26 - 35.

Nghiên cứu đã xác định được 09 genotype HPV. Các genotype HPV “nguy cơ thấp” chiếm đa số (56%), genotype “nguy cơ cao” chiếm 44%. Genotype HPV11 chiếm tỷ lệ cao nhất (38%), tiếp đến là HPV6 (18%) và HPV16, HPV18 cùng chiếm 16%. Tình trạng đơn nhiễm genotype HPV của bệnh nhân đến

khám tại BVĐHY HP là 64,7% và tỷ lệ đồng nhiễm genotype HPV chiếm 35,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoang HTT, et al.,** Infection with high-risk HPV types among female sex workers in northern Vietnam. *J Med Virol.* 2013;85(2):288-294. doi:10.1002/jmv.23456
2. **Bouassa R-SM, et al.,** High prevalence of cervical high-risk *human papillomavirus* infection mostly covered by Gardasil-9 prophylactic vaccine in adult women living in N'Djamena, Chad. *PLOS ONE.* 2019;14(6):e0217486. doi:10.1371/journal.pone.0217486
3. **Jiang L, et al.,** HPV prevalence and genotype distribution among women in Shandong Province, China: Analysis of 94,489 HPV genotyping results from Shandong's largest independent pathology laboratory. Qu F, ed. *PLOS ONE.* 2019;14(1):e0210311. doi:10.1371/journal.pone.0210311
4. **Rumbold AR, et al.,** Investigating a cluster of vulvar cancer in young women: a cross-sectional study of genital human *papillomavirus* prevalence. *BMC Infect Dis.* 2012;12(1):243. doi:10.1186/1471-2334-12-243
5. **Tricco AC, et al.,** Canadian oncogenic *human papillomavirus* cervical infection prevalence: Systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2011;11:235. doi:10.1186/1471-2334-11-235
6. **Ogembo RK, et al.,** Prevalence of *Human Papillomavirus* Genotypes among African Women with Normal Cervical Cytology and Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Schabath MB, ed. *PLOS ONE.* 2015;10(4):e0122488. doi:10.1371/journal.pone.0122488
7. **So KA, et al.,** *Human papillomavirus* genotype-specific risk in cervical carcinogenesis. *J Gynecol Oncol.* 2019;30(4):e52. doi:10.3802/jgo.2019.30.e52
8. **Lê Anh Tuấn** (2021), Tỷ lệ nhiễm HPV và kết quả xét nghiệm Thinprep PAP của phụ nữ bán dâm ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 142(6), tr 78-85.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2021

Đào Thu Hồng¹, Phạm Thị Nguyên¹,
Trần Thị Quỳnh Trang¹, Đào Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Đánh giá mối liên quan giữa một số chỉ số siêu âm tim với một số biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn. **Đối tượng:** 115 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn tại Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, các bệnh nhân được khám xác định suy thận mạn, được đo các chỉ số siêu âm tim. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân suy thận mạn trong nghiên cứu này nam chiếm ưu thế so với nữ, tuổi từ 18 đến 84, độ tuổi từ 40-69 tuổi chiếm 72,1%. Các chỉ số đường kính gốc động mạch chủ, nhĩ trái, thể tích thất trái tâm trương, tâm thu, phân suất co giãn cơ, chỉ số khối cơ thất trái trên bệnh nhân suy thận mạn có sự khác biệt theo giới, chỉ số kích thước nhĩ trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Tỷ lệ dày thất trái là 76,52%, giảm chức năng tâm thu thất trái là 18,26%, rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 52,67% không có sự khác biệt theo giới, tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Sự thay đổi chỉ số đường kính động mạch chủ có liên quan với tuổi, giới và nồng độ glucose máu. Thay đổi đường kính nhĩ trái có liên quan với huyết áp tâm thu và

eGFR. Thay đổi thể tích thất trái có liên quan với giới và huyết áp tâm thu. Thay đổi EF% có liên quan với huyết áp tâm thu. Thay đổi chỉ số khối cơ thất trái có liên quan với giới. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái có liên quan với tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

Từ khóa: siêu âm tim, suy thận mạn.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2021

Objectives: To describe cardiac morphology in patients with chronic kidney failure at Hai Phong medical university Hospital. To evaluate the correlation between some echocardiography parameters and some clinical and para-clinical features in these patients. **Subjects:** 115 chronic kidney failure patients at Hai Phong medical university Hospital. **Methods:** cross-section study, patients were determined chronic kidney disease and had measured echocardiography parameters. **Results and conclusions:** In all cases of chronic kidney failure, the male patients had a higher rate than the females, the patient age were from 18 to 84 years old, the age from 40 to 69 reached up 72,1%. In chronic kidney failure patients, aorta diameter, left atrial diameter, Vd, Vs, EF%, FS%, LVMI were different by gender, left atrium diameter was different by age group. The proportion of LVH, LV systole dysfunction, LV diastole dysfunction were 76,52%, 18,26%,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thu Hồng
Email: dthong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 20.6.2022

52,67% respectively, they were not different by gender, the proportion of LV diasystole dysfunction was different by age group. Change in aortic diameter index related to age, sex and plasma glucose concentration. Change in left atrial diameter associated with systolic blood pressure and eGFR. Change in left ventricular volume associated with gender and systolic blood pressure. Change in EF% associated with systolic blood pressure. Change in left ventricular mass index associated with gender. Left ventricular diastolic dysfunction related to age of study patients.

Keywords: echocardiography, chronic kidney failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một vấn đề sức khỏe đang được quan tâm trong y học do tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng, cùng với đó là tăng gánh nặng chi phí điều trị và chất lượng cuộc sống giảm. Nhiều nghiên cứu chỉ ra bệnh thận mạn có tỷ lệ mắc khoảng 9 - 13% dân số trên thế giới, bệnh diễn tiến đến giai đoạn suy thận bệnh nhân cần điều trị thay thế [3]. Ngày nay, mặc dù các biện pháp điều trị bảo tồn, các phương pháp điều trị thay thế thận suy đã có những tiến bộ đáng kể nhưng tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân suy thận điều trị thay thế thận suy như thiếu máu, nhiễm trùng, suy dinh dưỡng,...trong đó biến chứng tim mạch gây tử vong hàng đầu [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bệnh thận mạn có bất thường tim mạch có nguy cơ tử vong cao gấp 3 lần đến 30 lần so với dân số chung [6],[7]. Những bất thường về cấu trúc và chức năng tim có thể đánh giá được bằng siêu âm tim, từ đó giúp cho bác sĩ điều trị có

kế hoạch điều trị và hạn chế những biến cố tim mạch cho bệnh nhân suy thận mạn, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm hình thái và chức năng tim trên siêu âm Doppler ở bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021.*

2. *Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số hình thái, chức năng tim với một số biểu hiện lâm sàng, cận lâm của bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

115 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2021.

Loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý tim nguyên phát.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm bệnh nhân đến khám. Bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán xác định suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Bệnh nhân được làm siêu âm tim bằng máy siêu âm Aloka-Hitachi F31.

Các chỉ số nghiên cứu:

- + Kích thước nhĩ trái.
- + Kích thước thất trái.
- + Chức năng tâm thu thất trái.
- + Chức năng tâm trương thất trái.
- + Ước tính mức lọc cầu thận theo chỉ số

creatinin như sau:

Mức lọc cầu thận eGFR MDRD (ml/ph/1,73m² da) = $186 \times \{\text{Creatinin máu (mmol/L)}/88.4\}^{-1,154} \times \text{tuổi}^{-0,203} \times (0.742$

nếu là nữ) theo phương pháp Jaffe (là phương pháp thực hiện xét nghiệm Creatinin phổ biến hiện nay tại Việt Nam).

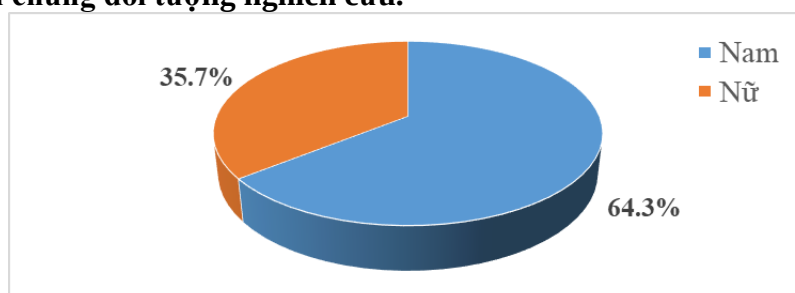
Trong đó eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate, MDRD: Modification of Diet in Renal Disease

3. Xử lý số liệu

Số liệu được thống kê dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ %. Các phép toán thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0.

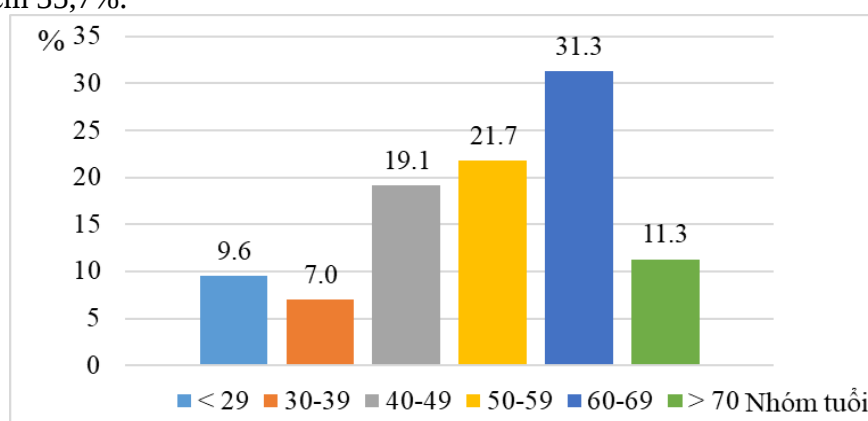
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.



Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Trong số 115 bệnh nhân suy thận mạn, có 74 bệnh nhân nam chiếm 64,3% và 41 bệnh nhân nữ chiếm 35,7%.



Hình 3.2. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Trong số 115 bệnh nhân suy thận mạn, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 18 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 84 tuổi, bệnh nhân ở các nhóm tuổi từ 40 đến 69 chiếm tỷ lệ 72,1%.

2. Đặc điểm siêu âm tim ở bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Bảng 3.1. Các chỉ số siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu theo giới

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$		p
	Nam (n=74)	Nữ (n=41)	
ĐMC (mm)	30,68 ± 3,62	27,63 ± 3,38	< 0,001
Nhĩ trái (mm)	38,01 ± 7,09	35,88 ± 6,43	> 0,05

Vd (ml)	140,31 ± 49,18	115,71 ± 42,05	< 0,01
Vs (ml)	54,65 ± 20,79	43,71 ± 28,11	< 0,05
EF %	59,78 ± 9,31	63,02 ± 9,97	> 0,05
FS %	31,74 ± 6,19	34,22 ± 6,55	< 0,05
LVMI (g/m ²)	124,89 ± 13,67	106,83 ± 11,45	< 0,001

Các chỉ số đường kính gốc động mạch chủ (ĐMC), thể tích thất trái tâm trương (Vd), thể tích thất trái tâm thu (Vs), phân suất co ngắn sợi cơ (FS %), chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) có sự khác biệt theo giới có ý nghĩa thống kê, trong khi các chỉ số đường kính nhĩ trái, phân suất tổng máu (EF %) chưa có sự khác biệt rõ rệt theo giới.

Bảng 3.2. Các chỉ số siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$						p
	< 29 (n=11)	30-39 (n=8)	40-49 (n=22)	50-59 (n=25)	60-69 (n=36)	> 70 (n=13)	
ĐMC (mm)	29,82 ±3,57	28,25 ±4,71	27,95 ±3,48	29,96 ±3,79	30,47 ±4,03	29,85 ±2,94	> 0,05
Nhĩ trái (mm)	44,18 ±8,21	31,25 ±8,03	36,64 ±6,36	37,24 ±5,92	38,08 ±5,86	33,85 ±5,98	< 0,01
Vd (ml)	132,36 ±40,79	163,88 ±124,39	132,82 ±36,76	124,96 ±38,52	131,94 ±39,92	120,31 ±24,79	> 0,05
Vs (ml)	53,36 ±21,62	51,50 ±22,08	55,59 ±26,42	46,08 ±21,87	52,58 ±28,78	43,77 ±10,01	> 0,05
EF %	60,91 ±9,20	59,63 ±6,45	60,41 ±12,52	61,56 ±8,67	60,50 ±10,26	63,46 ±7,00	> 0,05
FS %	32,45 ±6,48	31,75 ±4,26	31,50 ±7,25	32,52 ±6,60	32,86 ±6,87	34,77 ±4,30	> 0,05
LVMI (g/m ²)	119,35 ±19,69	118,25 ±12,45	121,70 ±16,87	121,78 ±18,77	114,46 ±12,28	116,99 ±11,91	> 0,05

Chỉ số đường kính nhĩ trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi, trong khi các chỉ số đường kính gốc động mạch chủ, thể tích thất trái tâm trương, thể tích thất trái tâm thu, phân suất tổng máu, phân suất co ngắn sợi cơ, chỉ số khối cơ thất trái không có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ biến đổi hình thái và chức năng thất trái theo giới

Biến đổi thất trái	Nam (n=74)	Nữ (n=41)	Tổng (n=115)	p
Dày thất trái	54 (72,97%)	34 (82,91%)	88 (76,52%)	> 0,05
Giảm chức năng tâm thu	16 (21,62%)	5 (12,20%)	21 (18,26%)	> 0,05
Rối loạn chức năng tâm trương	43 (58,11%)	17 (41,46%)	60 (52,17%)	> 0,05

Tỷ lệ giảm chức năng tâm thu và rối loạn chức năng tâm trương chưa có sự khác biệt theo giới.

Bảng 3.4. Tỷ lệ biến đổi hình thái và chức năng thất trái theo nhóm tuổi

Biến đổi thất trái	Nhóm tuổi						Tổng (n=115)	p
	< 29 (n=11)	30-39 (n=8)	40-49 (n=22)	50-59 (n=25)	60-69 (n=36)	> 70 (n=13)		
Dày thất trái	8 (72,73%)	7 (87,5%)	17 (77,27%)	21 (84,0%)	24 (66,67%)	11 (84,62)	88 (76,52%)	> 0,05
Giảm CNTT	2 (18,18%)	2 (25,0%)	5 (22,73%)	5 (20,0%)	6 (16,67%)	1 (7,69%)	21 (18,26%)	> 0,05
Rối loạn CNTT _{Tr}	1 (9,09%)	2 (25,0%)	13 (59,09%)	17 (68,0%)	18 (50,0%)	9 (69,23%)	60 (52,17%)	< 0,01

Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương (CNTT_{Tr}) thất trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi trong khi tỷ lệ dày thất trái và giảm chức năng tâm thu (CNTT) thất trái không có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

3. Mối liên quan giữa chỉ số hình thái chức năng tim với một số biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa chỉ số hình thái chức năng tim với một số biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	R ² hiệu chỉnh, p	Tuổi	Giới	HATT	HATT _{Tr}	SLHC	Glucose máu	eGFR
ĐMC (mm)	0,18 p<0,001	t=2,61 p<0,05	t=4,87 p<0,001	t=-0,14 p>0,05	t=-0,08 p>0,05	t=-1,61 p>0,05	t=-2,23 p<0,05	t=0,61 p>0,05
Nhĩ trái (mm)	0,14 p<0,01	t=-0,32 p>0,05	t=1,96 p>0,05	t=2,50 p<0,05	t=1,60 p>0,05	t=-0,95 p>0,05	t=-1,74 p>0,05	t=2,39 p<0,05
Vd (ml)	0,11 p<0,01	t=-0,43 p>0,05	t=3,10 p<0,01	t=2,18 p<0,05	t=1,13 p>0,05	t=-0,33 p>0,05	t=-1,71 p>0,05	t=-1,26 p>0,05
Vs (ml)	0,08 p<0,05	t=0,04 p>0,05	t=2,58 p<0,05	t=2,43 p<0,05	t=0,25 p>0,05	t=-0,06 p>0,05	t=-1,95 p>0,05	t=-0,45 p>0,05
EF %	0,03 p>0,05	t=-0,10 p>0,05	t=1,94 p>0,05	t=-2,24 p<0,05	t=-0,34 p>0,05	t=-0,09 p>0,05	t=1 p>0,05	t=0,89 p>0,05
LVMI (g/m ²)	0,33 p<0,001	t=-1,26 p>0,05	t=6,63 p<0,001	t=1,75 p>0,05	t=-1,21 p>0,05	t=-0,24 p>0,05	t=1,11 p>0,05	t=54 p>0,05
Rối loạn CNTT _{Tr}	0,08 p<0,05	t=2,75 p<0,01	t=1,22 p>0,05	t=1,73 p>0,05	t=-1,21 p>0,05	t=1,31 p>0,05	t=0,09 p>0,05	t=0,49 p>0,05
Giảm CNTT	0,01 p>0,05	t=-0,55 p>0,05	t=1,08 p>0,05	t=1,75 p>0,05	t=-0,51 p>0,05	t=0,68 p>0,05	t=-0,64 p>0,05	t=-0,44 p>0,05

Sự thay đổi chỉ số đường kính động mạch chủ có liên quan với tuổi, giới và nồng độ glucose máu. Thay đổi đường kính nhĩ trái có liên quan với huyết áp tâm thu và eGFR. Thay đổi thể tích thất trái có liên quan với giới và huyết áp tâm thu. Thay đổi EF% có liên quan với huyết áp tâm thu. Thay đổi chỉ số khối cơ thất trái có liên quan với giới. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái có liên quan với tuổi.

IV. BÀN LUẬN

1. Về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu trong Hình 3.1. cho thấy trong số 115 bệnh nhân suy thận mạn, số bệnh nhân nam có 74 bệnh nhân chiếm 64,3% ưu thế so với 41 bệnh nhân nữ chiếm 35,7%. Các nghiên cứu cho thấy suy thận mạn có thể gặp ở cả hai giới, tỷ lệ nữ giới mắc bệnh thận mạn tính trước chạy thận cao hơn so với nam, nhưng chức năng thận ở nam giới giảm nhanh hơn và tỷ lệ nam giới phải điều trị thay thế thận cao hơn nữ giới. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên các bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị thay thế thận nên tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn so với nữ là phù hợp [5],[6].

Về tuổi của đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân có tuổi từ 18 đến 84 tuổi, trong đó chủ yếu là độ tuổi từ 40 đến 69 tuổi chiếm 72,1%.

2. Về đặc điểm siêu âm tim ở bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.1 cho thấy

các chỉ số đường kính gốc động mạch chủ, thể tích thất trái tâm trương, thể tích thất trái tâm thu, chỉ số khối cơ thất trái ở bệnh nhân nam cao hơn ở bệnh nhân nữ có ý nghĩa thống kê, trong khi chỉ số co ngắn sợi cơ ở bệnh nhân nữ cao hơn ở bệnh nhân nam. Các chỉ số đường kính nhĩ trái, phân suất tống máu chưa có sự khác biệt rõ rệt theo giới. Điều này cho thấy sự xuất hiện thay đổi chỉ số hình thái tim ở bệnh nhân nam sớm hơn, rõ hơn, và chức năng tim cũng có xu hướng giảm rõ hơn ở bệnh nhân nữ. Nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Carrero và cs. Chức năng tim của bệnh nhân nam giảm nhanh hơn ở bệnh nhân nữ có thể liên quan đến lối sống và tác dụng bảo vệ của oestrogen hoặc tác hại của testosterone [5].

Kết quả trong Bảng 3.2. chỉ ra các chỉ số siêu âm tim trong nghiên cứu ngoại trừ đường kính nhĩ trái, đều chưa có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Các nghiên cứu gần đây cho rằng sự thay đổi cấu trúc và chức năng tim từ giai đoạn sớm của bệnh thận mạn tính [7].

Về tỷ lệ biến đổi hình thái và chức năng thất trái, kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.3. và Bảng 3.4. chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân suy thận mạn có dày thất trái chiếm 76,52%, giảm chức năng tâm thu chiếm 18,26%, rối loạn chức năng tâm trương chiếm 52,17%, các thay đổi này không có sự khác biệt theo giới, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương thất trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi, ở nhóm tuổi càng cao thì rối loạn chức năng tâm trương thất trái có xu hướng càng nhiều. Trong nghiên cứu của Jameel cho thấy, ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu

chu kỳ tỷ lệ giảm chức năng tâm thu thất trái là 31%, rối loạn chức năng tâm trương là 47%, dày thất trái là 55%, đặc biệt những tỷ lệ này ở bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng huyết áp cao hơn rõ rệt so với bệnh nhân không có tăng huyết áp [6]. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra các bệnh lý tim mạch trên bệnh nhân bệnh thận mạn là do quá tải thể tích, thiếu máu, rối loạn điện giải, tăng huyết áp...[4],[6],[7].

3. Về mối liên quan giữa chỉ số hình thái chức năng tim với một số biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sự thay đổi chỉ số đường kính động mạch chủ có liên quan với tuổi, giới và nồng độ glucose máu. Thay đổi đường kính nhĩ trái có liên quan với huyết áp tâm thu và mức lọc cầu thận. Thay đổi thể tích thất trái có liên quan với giới và huyết áp tâm thu. Thay đổi phân suất tống máu thất trái có liên quan với huyết áp tâm thu. Thay đổi chỉ số khối cơ thất trái có liên quan với giới. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái có liên quan với tuổi. Tuy nhiên các liên quan này chưa chặt chẽ. Nghiên cứu của Hoàng Việt Thắng và cs. trên bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng chu kỳ cũng cho thấy có mối liên quan giữa rối loạn chức năng thất trái với hemoglobin máu và thời gian lọc màng bụng chu kỳ nhưng không có liên quan với trị số huyết áp, điều này có thể do ảnh hưởng của các loại thuốc hạ huyết áp vẫn đang được sử dụng [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Tâm và Châu Ngọc Hoa tiến hành trên bệnh

nhân bệnh thận mạn từ giai đoạn 1 đến giai đoạn 5 cho thấy một số thay đổi tim mạch có liên quan đến sự giảm mức lọc cầu thận [2]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do các bệnh nhân đều ở cùng nhóm bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đều có mức lọc cầu thận ở mức rất thấp cần điều trị thay thế nên sự tương quan giữa các thay đổi các chỉ số trên siêu âm tim với mức lọc cầu thận và một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng khác có thể hiện nhưng ít chặt chẽ.

4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu sau khi tiến hành trên nhóm bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ, đây là giai đoạn cuối của bệnh thận mạn, chỉ số mức lọc cầu thận rất thấp, vì vậy dù nghiên cứu có chỉ ra những thay đổi về cấu trúc và chức năng tim trên siêu âm nhưng chưa theo dõi ảnh hưởng của những thay đổi này trên bệnh nhân. Các nghiên cứu tiếp theo cần nghiên cứu sâu hơn hoặc tiến hành trên các giai đoạn sớm hơn của bệnh để có cơ sở ngăn ngừa và dự phòng sớm biến chứng tim cho bệnh nhân bệnh thận mạn.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu trên 115 bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh nhân suy thận mạn trong nghiên cứu này nam chiếm ưu thế so với nữ, tuổi từ 18 đến 84, độ tuổi từ 40-69 tuổi chiếm 72,1%. Các chỉ số đường kính gốc động mạch chủ, nhĩ trái, thể tích thất trái tâm trương, tâm thu, phân suất co ngắn sợi cơ, chỉ số khối cơ thất trái trên bệnh nhân suy thận mạn có sự khác

biệt theo giới, chỉ số kích thước nhĩ trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Tỷ lệ dày thất trái là 76,52%, giảm chức năng tâm thu thất trái là 18,26%, rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 52,67% không có sự khác biệt theo giới, tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Sự thay đổi chỉ số đường kính động mạch chủ có liên quan với tuổi, giới và nồng độ glucose máu. Thay đổi đường kính nhĩ trái có liên quan với huyết áp tâm thu và eGFR. Thay đổi thể tích thất trái có liên quan với giới và huyết áp tâm thu. Thay đổi EF% có liên quan với huyết áp tâm thu. Thay đổi chỉ số khối cơ thất trái có liên quan với giới. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái có liên quan với tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hương (2015).** Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chức năng thất trái và các thông số huyết động ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thành Tâm, Châu Ngọc Hoa (2012).** Bệnh thận mạn làm tăng khối cơ thất trái ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao. Chuyên đề tim mạch học. <http://timmachhoc.vn/bnh-thn-mn-lam-tng-khi-c-tht-trai-bnh-nhan-co-nguy-c-tim-mch-cau/>. Truy cập ngày 12/11/2020.
3. **Ngô Thị Khánh Trang (2017).** Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của hội chứng suy dinh dưỡng – viêm – xơ vữa ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Hoàng Viết Thắng, Phan Ngọc Tam, Trần Thị Anh Thư và cs. (2013).** Nghiên cứu rối loạn chức năng thất trái bằng siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị lọc màng bụng. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 8 - số đặc biệt, 419-425.
5. **Carrero J., Hecking M., Chesnaye N. et al. (2018).** Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol* **14**, 151–164.
6. **Jameel F, Junejo A, Khan Q, et al. (2020).** Echocardiographic Changes in Chronic Kidney Disease Patients on Maintenance Hemodialysis. *Cureus* **12**(7): e8969.
7. **Rutherford E., Mark P.B. (2017).** What happens to the heart in chronic kidney disease ? *Journal Royal College Physicians Edinburgh* **47**: 76–82.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG GAN NHIỄM MỠ Ở BỆNH NHÂN MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Phương Mai*, Nguyễn Quang Anh*, Phạm Văn Linh*

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý tăng glucose mạn tính với nhiều biến chứng, trong đó có gan nhiễm mỡ. Mục tiêu của nghiên cứu tìm mối liên quan giữa thời gian mắc, nồng độ triglyceride toàn phần, glucose, hoạt độ AST, ALT huyết thanh, tỉ lệ HbA1c với tình trạng gan nhiễm mỡ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp thu thập mẫu thuận tiện được tiến hành trên 50 bệnh nhân mắc ĐTĐ và 50 người khỏe mạnh tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 12/2020 đến 6/2021. Kết quả cho thấy với độ tuổi trung bình $62,9 \pm 9,9$; 50% là nữ; 76% số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ. Tỉ lệ HbA1c, hoạt độ AST, ALT huyết thanh của bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 liên quan tới tình trạng gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ glucose huyết thanh $> 5,9$ mmol/L; triglyceride toàn phần $> 1,7$ mmol/L; hoạt độ AST > 29 IU/L, ALT > 32 IU/L, tỉ lệ HbA1c $> 6,7\%$ với AUC từ 0,7-0,8 được coi như chỉ điểm dự đoán gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2.

Từ khóa: Đái tháo đường, gan nhiễm mỡ.

SUMMARY

THE ASSESSMENT LIVER STEATOSIS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Mai

Email: ntpmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

PATIENTS AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Diabetes mellitus (DM) is a chronic hyperglycemia with many complications, including liver steatosis. The objective of this study was to identify the relationship between the duration of the disease, the serum total triglycerides, glucose concentration, AST, ALT activities, HbA1c ratio and liver steatosis. This cross-sectional descriptive study with convenient sampling method was conducted on 50 patients with type 2 DM and 50 healthy peoples at Hai Phong Medical University Hospital from 12/2020 to 6/2021. The results showed that the average age of samples was 62.9 ± 9.9 ; of those, 50% were female; 76% had liver steatosis. There was significant statistical relationship between the ratio of HbA1c, serum AST, ALT and liver steatosis with $p < 0.05$. Serum glucose concentration > 5.9 mmol/L; total triglycerides > 1.7 mmol/L; AST > 29 IU/L; ALT > 32 IU/L, HbA1c ratio $> 6.7\%$ with AUC from 0.7-0.8 were considered predictive markers of liver steatosis in type 2 DM patients.

Keywords: Diabetes mellitus, liver steatosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa glucid mạn tính do bởi hoặc tự không sản xuất đủ insulin hoặc cơ thể không đáp ứng với insulin. Tăng glucose huyết thanh không kiểm soát kéo dài dẫn tới các biến chứng nghiêm trọng ở một số cơ quan, đặc biệt là biến chứng về thần kinh và mạch máu [1]. Theo công bố của Nguyễn Bích

Ngọc và cộng sự, tính đến năm 2017, Việt Nam có 5,76 triệu người mắc ĐTĐ, chiếm khoảng 6% dân số [2].

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa kỳ năm 2020 (ADA 2020), một bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường khi hoặc glucose huyết thanh lúc đói $\geq 7,0$ mmol/L hoặc glucose huyết thanh sau 2h nghiệm pháp OGTT (với mức 75g glucose) $\geq 11,1$ mmol/L hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) hoặc bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của đái tháo đường và glucose ngẫu nhiên $\geq 11,1$ mmol/L [3]. Kiểm soát tốt glucose máu nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng tim mạch của ĐTĐ. Theo dõi điều trị ĐTĐ bằng xét nghiệm HbA1c được tiến hành ít nhất 6 tháng 1 lần hoặc khi thay đổi phác đồ điều trị HbA1c $< 6,5\%$ được coi như kiểm soát tốt glucose huyết thanh và không có biến chứng điều trị; $< 7\%$ là chỉ số chấp nhận được; $> 8\%$ chứng tỏ tiền sử hạ glucose huyết thanh nghiêm trọng, có tổn thương vi mạch, biến chứng mạch máu lớn và khó kiểm soát ĐTĐ. Glucose huyết thanh định kỳ nếu dao động từ 3,0-3,9 mmol/L hoặc $> 10,0$ mmol/L là thông số quan trọng để đánh giá lại liệu pháp điều trị [3].

Rối loạn lipid máu và kháng insulin trong ĐTĐ type 2 có sự tương tác lẫn nhau. Tăng triglyceride nội sinh có thể gây tích lũy triglyceride tại gan và cơ có thể gây nên kháng insulin hoặc bản thân sự tăng triglyceride nội sinh cùng với sự tăng các đại thực bào dẫn tới tăng các cytokine như các NTF (neosis tumour factor), các interleukin dẫn tới kháng insulin thông qua việc ức chế con đường tín hiệu insulin nội bào. Kháng insulin làm giảm ức chế tổng hợp glycogen,

kích thích tổng hợp acid béo, do đó, hậu quả làm tăng triglyceride nội sinh và tăng glucose huyết thanh [4]. Theo kết quả nghiên cứu của Sporea, 76% bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 có gan nhiễm mỡ và tăng triglycerid toàn phần, glucose huyết thanh liên quan tới tình trạng gan nhiễm mỡ với $p < 0,005$ [5].

Theo phân loại của Hasen-Ansert, gan nhiễm mỡ độ 1 khi trên siêu âm có tăng âm gan, quan sát rõ khoảng cửa và cơ hoành; độ 2 có tăng âm gan, mờ khoảng cửa, cơ hoành rõ; độ 3 có tăng âm gan, mờ khoảng cửa và cơ hoành [6]. Kiểm soát glucose huyết thanh và các biến chứng của ĐTĐ là vấn đề cực kỳ cần thiết ở bệnh nhân mắc ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định điểm cắt có ý nghĩa của thời gian mắc, nồng độ glucose, triglyceride toàn phần, hoạt độ AST, ALT huyết thanh, tỉ lệ HbA1c và mối liên quan với tình trạng gan nhiễm mỡ của bệnh nhân mắc ĐTĐ, với mong muốn đưa ra khuyến cáo về mặt huyết thanh học nhằm kiểm soát nguy cơ gan nhiễm mỡ, giảm gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và cho cộng đồng. Do đó, *tìm mối liên quan giữa thời gian mắc, nồng độ triglyceride toàn phần, glucose, hoạt độ AST, ALT huyết thanh, tỉ lệ HbA1c với tình trạng gan nhiễm mỡ* là mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 50 bệnh nhân mắc đái tháo đường có rối loạn lipid máu và nhóm chứng gồm 50 người khỏe mạnh không mắc đái tháo đường khám sức khỏe định kỳ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Nhóm bệnh: những bệnh nhân đã được

chẩn đoán hoặc đang điều trị đái tháo đường type 2 (đã từng có kết quả của 2 lần xét nghiệm glucose huyết thanh: hoặc glucose huyết thanh lúc đói ≥ 7.0 mmol/L hoặc bất kỳ ≥ 11.0 mmol/L và tuổi ≥ 40 tuổi), có kết quả rối loạn lipid máu.

- Nhóm chứng: những người khỏe mạnh, đến khám sức khỏe định kỳ, không mắc đái tháo đường, không mắc rối loạn lipid máu và kết quả siêu âm gan không nhiễm mỡ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc ĐTĐ type 1, ĐTĐ thai kỳ.

- Bệnh nhân mắc viêm gan, gan rượu, suy gan, thận hư nhiễm mỡ.

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý bất thường về hồng cầu

Đại điểm và thời điểm thu thập mẫu:

Thu thập và phân tích mẫu tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng bắt đầu từ tháng 12/2020 đến tháng 6 năm 2021

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng

Phương pháp chọn mẫu: thu thập mẫu thuận tiện

Vật liệu và trang thiết bị sử dụng trong nghiên cứu:

Máy phân tích hóa sinh tự động AU 480 và hóa chất của hãng Beckman Coulter (Nhật Bản), máy đo tỉ lệ HbA1c Bio-Rad-D-10 và hóa chất của hãng Bio-Rad (Mỹ), máy siêu âm Hitachi-Aloka F31 (Nhật Bản)

Phương pháp phân tích

Nồng độ glucose được định lượng theo nguyên lý động học, triglycerid toàn phần được định lượng theo nguyên lý enzyme màu và phương pháp đo điểm cuối.

Hoạt độ AST, ALT được đo hoạt độ theo nguyên lý và kỹ thuật động học

Tỉ lệ HbA1c đo theo nguyên lý và phương pháp sắc ký lỏng cao áp

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê Y học để tính và so sánh giá trị trung bình, trung vị giữa các nhóm, đường cong ROC và AUR

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 50 bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2, độ tuổi trung bình là $62,9 \pm 9,9$; hơn một nửa số đó là nữ (56%) và thời gian mắc trung bình $5,2 \pm 1,3$ năm.

Bảng 1: Chỉ số hóa sinh huyết thanh của 2 nhóm chứng và bệnh

Biến số	Nhóm chứng (n = 50)			Nhóm bệnh (n = 50)			p
	Thấp nhất	Trung vị (25%-75%)	Cao nhất	Thấp nhất	Trung vị (25%-75%)	Cao nhất	
HbA1c (%)	5,1	6,0 (5,1-6,4)	6,4	5,6	7,9 (6,6-8,6)	12	< 0,001
Glucose (mmol/L)	4,8	5,4 (5,1-5,6)	5,7	5,8	8,6 (7,5-12,1)	34	< 0,001
Triglycerid tp (mmol/L)	0,7	0,9 (0,7-1,2)	1,3	0,8	2,7 (1,7-3,8)	19	< 0,001
AST (IU/L)	15	20 (18-22)	23	12	24 (19,5-32,3)	66	0,04
ALT (IU/L)	10	16,5 (13,8-22,5)	23	10	24,5 (19,8-38,5)	106	0,01

Nồng độ glucose, triglyceride toàn phần (triglyceride tp), hoạt độ AST, ALT trong huyết thanh và tỉ lệ HbA1c của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 1). Tăng triglyceride mức độ nhẹ ($< 2,3$ mmol/L) chiếm 36% (18/50), mức trung bình (2,3-5,6 mmol/L) chiếm 56% (28/50) và mức nặng 8% (4/50).

Bảng 2: Tình trạng gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân mắc đái tháo đường

Phân bố	Độ gan nhiễm mỡ			Tổng số
	0	1	2	
N	12	23	15	50
%	24	46	30	100

Phần lớn (76% - 38/50) số bệnh nhân mắc ĐTD có kèm theo gan nhiễm mỡ, trong số đó, 61% (23/38) mắc gan nhiễm mỡ độ 1, 39% ở độ 2 (bảng 2).

Bảng 3: So sánh chỉ số hóa sinh, thời gian mắc giữa nhóm bệnh nhân mắc ĐTD không có gan nhiễm mỡ và gan nhiễm mỡ

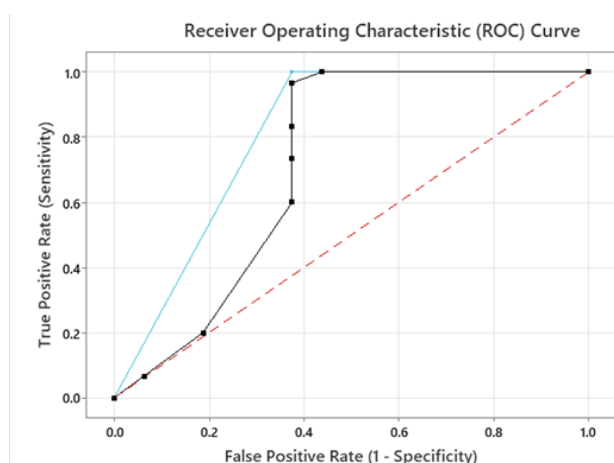
Biến số	Không gan nhiễm mỡ (n = 12)			Gan nhiễm mỡ (n = 38)			P
	Nhỏ nhất	Trung vị (25%-75%)	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung vị (25%-75%)	Lớn nhất	
HbA1c (%)	5,6	6,6 (6,0-7,8)	10	6,1	7,9 (7,1-8,5)	11,6	0,08
Glucose (mmol/L)	4,8	7,3 (5,3-9,8)	18,3	6,1	8,95 (7,5-12,1)	34	0,04
Triglycerid tp (mmol/L)	1,0	2,0 (1,2-3,8)	3,8	0,8	2,7 (1,7-3,9)	19	0,2
AST (IU/L)	12	19 (15,5-24)	28	12	27,5 (20-42)	66	0,02
ALT (IU/L)	12	21 (16-23)	31	10	27 (21-45,3)	106	0,03
Thời gian mắc (năm)	0,3	1,5 (1-2)	2,2	1	4 (2,1-6,5)	8	0,04

Nồng độ glucose, hoạt độ AST, ALT huyết thanh, thời gian mắc ĐTD ở nhóm bệnh nhân có gan nhiễm mỡ cao hơn nhóm không gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3). Khi xét tỉ lệ HbA1c theo các mức của tiêu chí của ADA, tỉ lệ HbA1c, hoạt độ AST, ALT huyết thanh có liên quan tới tình trạng gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân mắc đái tháo đường với $p < 0,05$ (bảng 4).

Bảng 4: Liên quan giữa một số chỉ số hóa sinh với tình trạng gan nhiễm mỡ

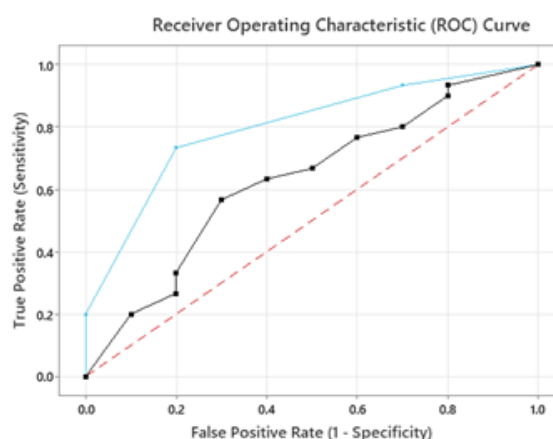
Biến số		Tình trạng gan nhiễm mỡ		p
		Không (n = 12)	Có (n = 38)	
HbA1c %	< 7,0	8	7	0,02
	7,0 – 8,0	1	9	
	> 8,0	3	12	
Glucose mmol/L	< 10,0	9	23	0,2
	≥ 10,0	3	15	
Triglycerid tp mmol/L	< 2,3	7	12	0,2
	2,3- 5,6	5	21	
	> 5,6	0	5	
AST (IU/L)	< 40	12	26	0,02
	≥ 40	0	10	
ALT (IU/L)	< 40	12	30	0,02
	≥ 40	0	8	

Với nồng độ glucose, triglyceride toàn phần, hoạt độ AST, ALT huyết thanh, HbA1c có diện tích dưới đường cong ROC (AUC) từ 0,7167- 0,8125 và với $p < 0,05$; điểm cắt lần lượt 5,9 mmol/L; 1,7 mmol/L; 29 IU/L; 32 IU/L và 6,7% có giá trị trong phân biệt giữa nhóm bệnh mắc ĐTĐ không có gan nhiễm mỡ và có gan nhiễm mỡ (biểu đồ 1-5). Thời gian mắc 2,5 năm ít có giá trị phân biệt giữa nhóm ĐTĐ không gan nhiễm mỡ và ĐTĐ có gan nhiễm mỡ với AUC của đường cong ROC là 0,54 và $p = 0,08$ (biểu đồ 6).



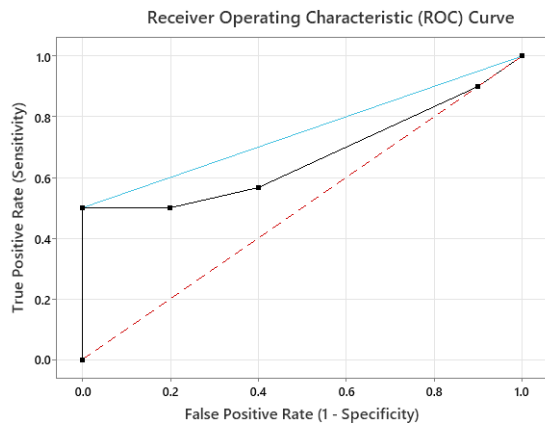
Biểu đồ 1: đường cong ROC của nồng độ glucose và tình trạng gan nhiễm mỡ.

Cut off = 5,9 mmol/L với AUC = 0,8125

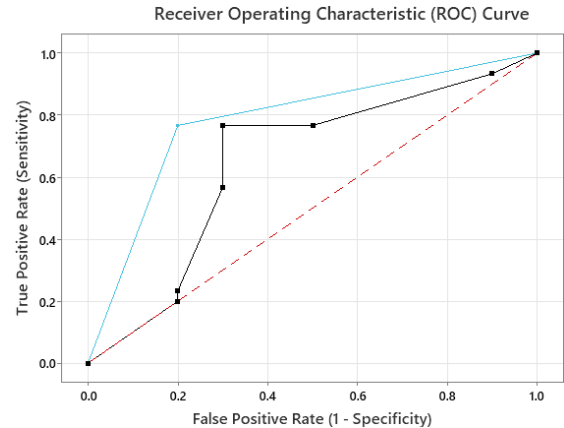


Biểu đồ 2: đường cong ROC của nồng độ triglyceride toàn phần và tình trạng gan nhiễm mỡ.

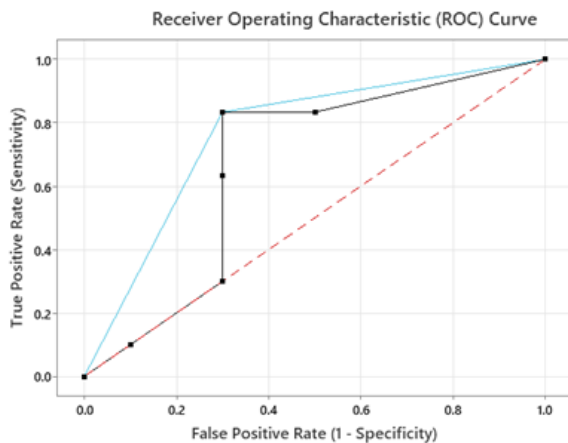
Cut off = 1,7 mmol/L với AUC = 0,8



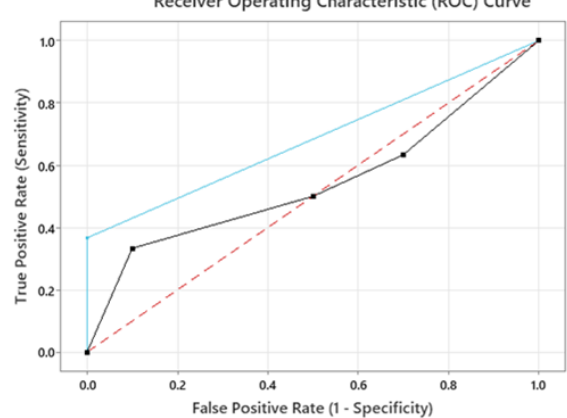
Biểu đồ 3: đường cong ROC của hoạt độ AST và tình trạng gan nhiễm mỡ.
Cut off = 29 IU/L với AUC = 0,75



Biểu đồ 4: đường cong ROC của hoạt độ ALT và tình trạng gan nhiễm mỡ.
Cut off = 32 IU/L với AUC = 0,7167



Biểu đồ 5: đường cong ROC của tỉ lệ HbA1c và tình trạng gan nhiễm mỡ
Cut off = 6,7% với AUC = 0,7667



Biểu đồ 6: đường cong ROC của thời gian mắc và tình trạng gan nhiễm mỡ
Cut off = 2,5 năm với AUC = 0,54

Legend:
Data Set
Training (solid blue line with circles)
Test (dashed red line with squares)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 chủ yếu ở độ tuổi khá cao $62,9 \pm 9,9$ với thời gian mắc trung bình trên 5 năm, chủ yếu ở nữ giới – 56%. Độ tuổi của nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ của nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Silver tại Brazil, $54,2 \pm 12,7$ tuổi; nhưng thời gian mắc lại ngắn hơn, 11 năm [6]. Tuy

nhien, kết quả của nghiên cứu lại tương đồng với nghiên cứu của Sporea tại Rumania [5]. Có lẽ do sự khác biệt về địa lý, đặc điểm về thể trạng, lối sống mà dẫn tới độ tuổi mắc ĐTĐ giữa 2 nghiên cứu khác nhau, theo đó, thời gian mắc giữa các nghiên cứu cũng khác nhau. Về tỉ lệ giới tính, có sự tương đồng về giới tính ở nhóm bệnh so với các nghiên cứu

trước đó [5][7]. Tác giả Phạm Bích Ngọc và cộng sự đã chỉ ra rằng, thiếu môi trường thích hợp, thuận lợi cũng như các thiết bị để có thể có hoạt động thể lực tại nơi làm việc và công cộng là lý do dẫn tới tỉ lệ ĐTĐ ở nữ cao hơn nam [2].

Nồng độ glucose 8,95 mmol/L (dao động 6,1-34 mmol/L), triglyceride tp 2,7 mmol/L (dao động 0,8-19 mmol/L), hoạt độ AST 27,5 IU/L (dao động 12-66) IU/L, ALT 27 IU/L (dao động 10-106 IU/L) và tỉ lệ HbA1c 7,9% (dao động 6,1-11,6%), tỉ lệ gan nhiễm mỡ của bệnh nhân mắc ĐTĐ trong nghiên cứu tương đương với kết quả nghiên cứu của Sporea và Silver [5][7]. Tuy nhiên, nếu như trong nghiên cứu của chúng tôi, 46% tổng số bệnh nhân mắc ĐTĐ có gan nhiễm mỡ độ 1 thì trong nghiên cứu của Sporea, 60% số bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ độ 3 [5]. Sự khác biệt này có lẽ bắt nguồn từ việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Nếu như nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân mắc ĐTĐ có tiền sử viêm gan, nghiện rượu đã được loại ra khỏi nghiên cứu thì ngược lại, Sporea đã đưa cả những bệnh nhân có bệnh kèm theo. Chính tình trạng nghiện rượu làm gia tăng sự tích lũy mỡ tại gan [5].

Khi xét tỉ lệ HbA1c theo tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị ĐTĐ của ADA 2020 theo các mức <7%, 7-8% và >8% cho thấy HbA1c có liên quan đến tình trạng gan nhiễm mỡ. Tuy nhiên, cũng dựa vào tiêu chí đánh giá ở bệnh nhân mắc ĐTĐ, nồng độ glucose (điểm cắt 10 mmol/L) và triglyceride toàn phần không liên quan đến tình trạng gan nhiễm mỡ. Kết quả này có thể do bởi sự phụ

thuộc vào chế độ ăn và luyện tập của glucose và triglyceride toàn phần nên 02 chỉ số này không thể hiện sự liên quan. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu cũng tương tự như kết quả của Sporea [5]. HbA1c vốn dĩ là một chỉ số được sử dụng để theo dõi điều trị ĐTĐ, nhưng qua kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra sự liên quan giữa tỉ lệ HbA1c máu toàn phần với tình trạng gan nhiễm mỡ. Từ các công bố trên thế giới, Chen và cộng sự đã chỉ ra rằng sự tăng HbA1c và mắc gan nhiễm mỡ không do rượu cùng liên quan tới 54 gen trong cơ thể. Đồng thời, HbA1c liên quan tới gan nhiễm mỡ thông qua việc trực tiếp kích thích RAGE (receptor advanced glycation and products) hoặc gián tiếp thông qua sự gia tăng các gốc NO, gốc tự do [8]. Đó là lý do dẫn tới sự giữa tỉ lệ liên quan HbA1c ở bệnh nhân mắc ĐTĐ có gan nhiễm mỡ.

Cũng như kết quả của các nghiên cứu trước, hoạt độ AST, ALT ở nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ cao hơn nhóm chứng (24 và 20 IU/L; 24,5 và 16,5 IU/L), ở nhóm mắc ĐTĐ có gan nhiễm mỡ cao hơn nhóm không mắc gan nhiễm mỡ (27,5 và 19; 27 và 21 IU/L) và liên quan tới tình trạng gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các gốc tự do hình thành từ sự oxy hóa các acid béo, sự oxy hóa glucose máu cao dẫn tới sự tăng các transaminase mà ở đây là AST và ALT. Sự tăng nhẹ hoạt độ các enzyme này ám chỉ sự tổn thương tế bào gan dẫn tới sự giải phóng hay “rò rỉ” AST, ALT nội bào vào tuần hoàn. Sự tăng hoạt độ AST, ALT như một yếu tố nguy cơ theo dõi tiến triển ĐTĐ, đến lượt nó,

gan nhiễm mỡ lại là yếu tố tiên lượng ĐTĐ type 2 [9].

Khi xét các điểm cắt có ý nghĩa để phân biệt giữa nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ có gan nhiễm mỡ và không gan nhiễm mỡ cho thấy tỉ lệ HbA1c > 6,7%, nồng độ glucose huyết thanh > 5,9 mmol/L; triglyceride > 1,7 mmol/L; hoạt độ AST > 29 IU/L; ALT > 32 IU/L được coi như một chỉ điểm tiên lượng ĐTĐ có gan nhiễm mỡ. Kết quả của nghiên cứu cũng tương đương với nghiên cứu của Kashinakunti tại Ấn Độ [8]. Thời gian mắc ĐTĐ type 2 trên 2,5 năm cũng được coi như một chỉ số tiên lượng gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu trên 50 bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng, nhóm nghiên cứu rút ra kết luận sau: Tỉ lệ HbA1c trong máu toàn phần, hoạt độ AST, ALT huyết thanh của bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 liên quan tới tình trạng gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ glucose huyết thanh > 5,9 mmol/L; triglyceride $tp > 1,7$ mmol/L; hoạt độ AST > 29 IU/L; ALT > 32 IU/L; HbA1c > 6,7% được coi như chỉ điểm dự đoán gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Diabetes (2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Ngoc N.B., Lin Z.L., Ahmed W., Diabetes: What challenges lie ahead for Vietnam. Ann Glob Heal (2020), **86** (1): p1-9.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes: Diabetes care (2020), **43** (1) S1-S12.
4. Ormazabal, V., Nair, S., Elfeky, O. et al., Association between insulin resistance and the development of cardiovascular disease. Cardiovascular Diabetology (2018), **17** (122): p1-14.
5. Sporea, I., Mare, R., Popescu, A. et al., Screening for liver fibrosis and steatosis in a large cohort of patient with diabetes using vibration controlled transient elastography and controlled attenuation parameter in a single-center real-life experience. J Clin Med (2020), **9**: p1032.
6. Pradosh, K.S., Diffuse hepatic steatosis (grading) (2021), <https://radiopaedia.org/articles/diffuse-hepatic-steatosis-grading?lang=us>.
7. Silva, F.F.E., Ferreira, M.M.C., Pinho, L., Risk factors and complications in type 2 diabetes 2 outpatient. Rev Assoc Med Bras (2017), **63**(7): p621-627.
8. Chen, C., Zhu, Z., Mao, Y., et al., HbA1c may contribute to the development of non-alcoholic fatty liver disease even at normal-range levels. Bio Report (2020), **40** BSR20193996.
9. Kashinakunti, S.V., Rangappa, M., Kallaganada, G., Liver enzyme and glycemic control markers in uncontrolled type 2 diabetes mellitus – A case control study. Int J Clin Bio Resea (2017), **4**(4): p427-431.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỒNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ

Nguyễn Đức Tiến¹, Nguyễn Bắc Hùng², Phạm Văn Duyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá ảnh hưởng của đặc điểm tổn thương và cách lựa chọn vật đến kết quả phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, tiến hành trên 115 bệnh nhân với 130 khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ. Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu dưới dạng chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường đại học Y Hà Nội thông qua và được tiến hành theo đúng đề cương nghiên cứu.

Kết quả: Các khuyết hồng phần mềm có kích thước càng nhỏ tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt càng cao trong đó 100% các khuyết hồng phần mềm có kích thước dưới 1 cm² đạt kết quả tốt. Các vật di chuyển xuôi dòng có tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt cao hơn vật di chuyển ngược dòng với tỷ lệ lần lượt là 96,3% so với 71,4%.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm ngón tay, vật tại chỗ.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RECONSTRUCTION RESULTS OF

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: ndtien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

SOFT TISSUE DEFECTS IN FINGERS USING LOCAL PEDICLE FLAP

Objective. The study was conducted with the aim of evaluating the influence of lesion characteristics and flap selection on surgical results.

Subjects and research methods: An uncontrolled clinical trial was conducted on 115 patients with 130 finger soft tissue defects with a local pedicle flap. The patients were selected for the study in the form of a random sampling method. The study was approved by the biomedical research ethics committee of Hanoi Medical University and was conducted in accordance with the research protocol.

Results: The smaller the soft tissue defects, the higher the rate of good postoperative results, in which 100% of the surgical procedures with the size less than 1 cm² achieved good results. The flaps moving downstream had better postoperative outcomes than flaps moving backward with the rate of 96.3% and 71.4%, respectively.

Keywords: Finger soft tissue defect, local flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật tại chỗ là lựa chọn đầu tiên để tạo hình các khuyết phần mềm ngón tay do có các ưu điểm: Bảo tồn được chiều dài ngón tay, không làm tổn thương thêm các ngón lành, màu sắc cấu trúc vật tương đồng với xung quanh, bệnh nhân phục hồi nhanh cả về chức năng và hình thái của bàn ngón tay [1]. Tranquilli-Leali là người đầu tiên sử dụng vật tại chỗ để bảo tồn khuyết phần mềm búp

ngón tay năm 1935 [2]. Từ đó đến nay đã có rất nhiều loại vật được áp dụng để tạo hình các khuyết hồng phần mềm ngón tay. Mỗi loại đều có ưu và nhược điểm riêng, một vật có thể được sử dụng để tạo hình cho nhiều loại tổn thương khuyết hồng phần mềm và ngược lại một khuyết hồng phần mềm có thể được chỉ định bởi nhiều loại vật khác nhau. Vì vậy cần xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật để từ đó xây dựng và đề xuất được chỉ định cho từng loại vật áp dụng cho từng loại tổn thương. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của đặc điểm tổn thương và cách lựa chọn vật đến kết quả phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 115 BN với 130 vết thương khuyết hồng phần mềm (KHPM) ngón tay (NT) có chỉ định phẫu thuật che phủ KHPM bằng vật cuống liền tại chỗ. Trong đó có 52 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và 63 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 10/2016 đến 12/2020.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bao gồm tất cả các bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay sau chấn thương do các nguyên nhân khác nhau, hoặc khuyết hồng sau cắt lọc tổn thương sau khi điều trị nhiễm trùng ngón tay dẫn đến mất lớp mỡ dưới da gây nên tình trạng lộ gân xương yêu cầu phải che phủ bằng vật tổ chức.

- Các bệnh nhân này được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, phẫu thuật,

điều trị và theo dõi sau mổ. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các tổn thương cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng cần phải ưu tiên can thiệp trước như: chấn thương sọ não nặng, sốc đa chấn thương, vết thương thấu ngực, vết thương thấu bụng...

- BN có hình thái khuyết toàn bộ ngón tay kiểu liệt găng, phần mềm xung quanh ngón dập nát hoàn toàn.

- Bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm ngón tay đến muộn đang trong giai đoạn nhiễm khuẩn tiến triển.

- Bệnh nhân có tổn thương khuyết phần mềm ngón tay được điều trị bằng các phương pháp khác như: Trồng lại ngón tay đứt rời, ghép da, làm mỏm cụt...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên.

Tiêu chí đánh giá kết quả sớm sau mổ.

+ **Đánh giá kết quả ngay sau mổ:** Đánh giá dựa theo thang điểm các chỉ tiêu nghiên cứu trong kết quả gần, chia làm 4 mức độ dựa theo tiêu chuẩn đánh giá của Nguyễn Anh Tổ [3]:

- Mức độ tốt: vật sống hoàn toàn sau khi chuyển, vết mổ liền sẹo kỳ đầu.

- Mức độ khá: Vật sống hoàn toàn nhưng có hiện tượng bong tróc lớp thượng bì của vật, viêm nề xuất tiết dưới 3 tuần, không phải can thiệp gì thêm vẫn lành vết thương.

- Mức độ trung bình: Vật hoại tử một phần, viêm rò kéo dài trên 3 tuần, phải can

thiệt cắt lọc bỏ sung, vùng khuyết hồng lành sẹo.

- Thất bại: Vạt chết phải tháo bỏ, hoặc vùng da sống nhỏ hơn 1/3 diện tích thiết kế lúc lấy vạt, không đáp ứng được yêu cầu che phủ, phải thay thế vạt khác hoặc phương pháp khác để điều trị.

2.2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức nghiên cứu Y sinh học, Ban giám hiệu, phòng sau đại học trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám

đốc Bệnh viện Xanh Pôn, Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Đề tài được thực hiện theo đúng đề cương nghiên cứu do phòng sau đại học, hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

Tất cả các BN tham gia nghiên cứu đều được tiến hành theo một quy trình chung đúng như đề cương nghiên cứu đã thông qua: Khám đánh giá tổn thương, lập kế hoạch phẫu thuật, tiến hành phẫu thuật, theo dõi đánh giá kết quả sau mổ.

Chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mối liên quan giữa hình thái tổn thương và kết quả phẫu thuật

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật và hướng vết thương

	Ngang ngón	Chéo ngón	Tổng
Tốt (n,%)	76 (98,7)	44 (83,0)	120 (92,3)
Vừa (n,%)	1 (1,3)	9 (17,0)	10 (7,7)
Xấu(n,%)	0	0	0
Thất bại(n,%)	0	0	0
Tổng	77 (100)	53 (100)	130 (100)

Nhận xét: Các tổn thương có hình thái KHPM dạng ngang ngón có tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt (98,7%) cao hơn các KHPM chéo ngón tay (83%)

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa kích thước vết thương và kết quả phẫu thuật

	< 1 cm ²	1-2 cm ²	Trên 2 cm ²	Tổng
Tốt (n,%)	11 (100)	85 (93,4)	24 (85,7)	120 (92,3)
Vừa (n,%)	0	6 (6,6)	4(14,3)	10 (7,7)
Xấu(n,%)	0	0	0	0
Thất bại(n,%)	0	0	0	0
Tổng	11 (100)	91 (100)	28 (100)	130 (100)

Nhận xét: Các KHPM có kích thước càng nhỏ tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt càng cao trong đó 100% các KHPM có kích thước dưới 1 đạt kết quả tốt.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa nguồn cấp máu và kết quả phẫu thuật

	Ngẫu nhiên	Trục mạch	Tổng
Tốt (n,%)	94 (98,9)	26 (74,3)	120 (92,3)
Vừa (n,%)	1 (1,1)	9 (25,7)	10 (7,7)

Xấu(n,%)	0	0	0
Thất bại(n,%)	0	0	0
Tổng	95 (100)	35 (100)	130 (100)

Nhận xét: Các vật sử dụng nguồn cấp máu dưới dạng ngẫu nhiên có tỷ lệ kết quả ngay sau mổ đạt mức độ tốt là 98.1% cao hơn tỷ lệ đạt mức độ tốt khi sử dụng dưới dạng trực mạch là 74,3%.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa cách di chuyển của vật và kết quả phẫu thuật

	Xuôi chiều	Ngược chiều	Tổng
Tốt (n,%)	105 (96,3)	15 (71,4)	120 (92,3)
Vừa (n,%)	4 (3,7)	6 (28,6)	10 (7,7)
Tổng	109 (100)	21 (100)	130 (100)

Nhận xét: Các vật di chuyển dưới dạng xuôi chiều có tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt là 105/109 BN chiếm tỷ lệ 96,3% cao hơn so với vật di chuyển dạng ngược chiều là 15/21 BN chiếm tỷ lệ 71,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan hình thái tổn thương và kết quả phẫu thuật

Kết quả bảng 3.1 cho thấy các KHPM ngang ngón tay đạt mức tốt 76/77 trường hợp chiếm tỷ lệ 98,7%, tất cả các KHPM có diện tích dưới 1 cm² đều có kết quả ngay sau mổ đạt mức tốt. Các tổn thương có diện tích nhỏ và hình thái tổn thương ngang ngón đều được sử dụng vật dưới dạng nguồn nuôi ngẫu nhiên. Kết quả bảng 3.3 cho thấy các vật sử dụng nguồn cấp máu dưới dạng ngẫu nhiên có tỷ lệ kết quả ngay sau mổ đạt mức độ tốt là 98.1% cao hơn tỷ lệ đạt mức độ tốt khi sử dụng dưới dạng trực mạch là 74,3%.. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Các tác giả đều nhận thấy khi sử dụng vật dưới dạng ngẫu nhiên tỷ lệ sống của vật rất cao, không bao giờ có hiện tượng hoại tử hoàn toàn vật, tỷ lệ vật hoại tử dưới 1/3 diện tích rất thấp và các tác giả thường để liền thương tự nhiên mà không cần can thiệp gì thêm. Theo Atasoy và cs (1970) [4] nghiên cứu trên 62 vật có 2 vật bị hoại tử một phần.

So sánh với nghiên cứu của Ouri Haehnel, MD (2019) [5]: nghiên cứu trên 30 trẻ em có KHPM ngón tay được tạo hình bằng vật Atasoy kết quả cho thấy không có trường hợp nào vật bị hoại tử. Nghiên cứu của Annika Arsalan- Werner (2019) [6], trong tổng số 28 bệnh nhân được tạo hình bằng vật Atasoy thì toàn bộ vật đều sống, chỉ có 1 vật bị hoại tử 1 phần, được cắt lọc và khâu đóng sau 22 ngày. Theo nghiên cứu của Aboulwafa Ahmed và Emara Sherif (2013)[7]: trong 170 vật da được phẫu tích có 166 vật da sống hoàn toàn, chỉ có 4 vật da bị hoại tử một phần: điều này chứng tỏ sức sống của vật tại chỗ vùng búp ngón tay là rất cao và vật tại chỗ là một lựa chọn an toàn cho hình thái tổn thương búp ngón.

4.2. Mối liên quan giữa cách lựa chọn vật và kết quả phẫu thuật

Trong khi đó khi sử dụng vật dưới dạng trực mạch kết quả nghiên cứu có sự khác nhau giữa vật dạng trực di chuyển xuôi dòng và vật di chuyển ngược dòng: các vật xuôi dòng có sức sống cao thậm trí cao hơn vật dạng ngẫu nhiên: Theo kết quả của Yuichi

Hirase [8] 1992: Tác giả đã sử dụng vật mu đốt giữa ngón dài cuống mạch bên ngón, vật sử dụng dưới dạng cuống xuôi dòng dùng để che phủ tổn thương cùng ngón hoặc các ngón kế cận, 8 BN được điều trị bằng phương pháp này cho thấy vật sống tốt, khả năng di động lớn.

Năm 1989, Lai c.s. và cộng sự [9] đã sử dụng vật bên ngón tay cuống ngược dòng, tuần hoàn ngược chiều để che phủ tổn thương mất da ở đốt xa ngón dài. Vật được thiết kế ở bên ngón tay với bó mạch TK bên ngón ngược dòng dùng để che phủ tổn thương đốt xa cùng ngón tay. Sự cấp máu của cuống vật thông qua các vòng nối giữa ĐM mu ngón tay và gan ngón tay ở vùng chỏm đốt giữa. Tác giả đã ứng dụng trên 52 BN, tất cả đều đạt kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Chiều hướng, kích thước vết thương là hai yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, trong đó: Các tổn thương có hình thái KHPM dạng ngang ngón có tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt cao là 98,7%. Các KHPM có kích thước càng nhỏ tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt càng cao trong đó 100% các KHPM có kích thước dưới 1 cm² đạt kết quả tốt. Các vật di chuyển xuôi dòng có tỷ lệ kết quả sau mổ đạt mức độ tốt cao hơn vật di chuyển ngược dòng với tỷ lệ lần lượt là 96,3% so với 71,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De S D, Sandeep J. Sebastin M (2020). Soft tissue coverage of the digits and hand. Hand Clin, 36(1), 97-105.

2. Rehim S A, Chung K C (2015). Local Flaps of The Hand. Hand Clin, 2014 May ; 30(2) 137-151.
3. Nguyễn Anh Tổ, Nguyễn Việt Tiến, Vũ Quang Vinh (2008). Kết quả bước đầu điều trị tổn khuyết phần mềm ngón tay bằng vật da cân mu tay cuống mạch liên Y học thực hành, 620+621, 299-303.
4. Atasoy E, Ioakimidis E, MORTON L. Kasdan, et al. (1970). Reconstruction of the Amputated Finger Tip with a Triangular Volar Flap, J Bone Joint Surg Am, 52(5), pp 921-926.
5. Haehnel O, Plancq M C, Deroussen F, et al. (2019). Long-Term Outcomes of Atasoy Flap in Children With Distal Finger Trauma. J Hand Surg Am, 44(12), 1097 e1-1097 e6.
6. Arsalan-Werner A, Brui N, Mehling I, et al. (2019). Long-term outcome of fingertip reconstruction with the homodigital neurovascular island flap. Arch Orthop Trauma Surg, 139(8), 1171-1178.
7. Aboulwafa A, Emara S (2013). Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg., Vol. 37, No. 1, January: 89-96, 2013.
8. Hirasé Y, Kojima T, Matsuura S (1992). A versatile one-stage neurovascular flap for fingertip reconstruction: the dorsal middle phalangeal finger flap. Plast Reconstr Surg, 1992 Dec; 90(6): 1009-15, 1009-1015.
9. H K, L B, M H, et al. (2007). Extended reverse dorsal metacarpal artery flap: clinical experience and donor site morbidity. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007, 60(4): 349-55. Epub 2006 Jun 6, 349-355.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC TIÊM, TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Trần Thị Ngân^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát sự phù hợp trong kê đơn thuốc tiêm truyền của bác sĩ và thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ 01/08/2021 đến 31/08/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 343 lượt kê đơn thuốc tiêm truyền và 193 lượt thực hiện thuốc truyền tĩnh mạch của điều dưỡng từ bệnh án điện tử của 70 bệnh nhân điều trị nội trú ở tất cả các khoa lâm sàng của bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ 01/08/2021 đến 31/08/2021. Sự phù hợp trong kê đơn của bác sĩ được đánh giá theo hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền tại bệnh viện; sự phù hợp trong thực hiện thuốc của điều dưỡng được đánh giá theo y lệnh của bác sĩ và hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền của bệnh viện. **Kết quả:** chỉ có 10,50% lượt kê đơn thuốc tiêm, truyền và 4,15% lượt thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch có xuất hiện sai sót. Tỷ lệ sai sót chủ yếu gặp phải do thiếu thông tin khi kê đơn thuốc tiêm, truyền. **Kết luận và kiến nghị:** Để nâng cao an toàn và hiệu quả trong sử dụng các thuốc tiêm truyền việc xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc và đào tạo cho bác sĩ, điều dưỡng là rất cần thiết.

Từ khóa: thuốc tiêm truyền, đa khoa quốc tế, sai sót thuốc.

SUMMARY

PRESCRIBING AND ADMINISTRATION OF INTRAVENOUS DRUGS AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: to investigate the appropriateness of doctors' prescription and nurses' administration of intravenous drugs at Haiphong International Hospital from August 1, 2021 to August 31, 2021. **Materials and Methods:** a retrospective study with 343 prescriptions of injectable drugs and 193 drug intravenous infusions from electronic medical records of 70 inpatients in all departments clinical practice of General Hospital HP from August 1, 2021 to August 31, 2021. The suitability of the doctor's prescription is assessed according to the injection drug use guideline of the hospital; the appropriateness of the nurse's medication administration is assessed according to the doctor's orders and the guideline. **Results:** only 10.50% of prescriptions for injectable drugs and 4.15% of intravenous infusions had errors. The errors is mainly due to lack of information when prescribing injection and infusion drugs. **Conclusions and recommendations:** In order to improve the safety and effectiveness of injectable drug use, it is essential to develop guidelines for drug use and training for doctors and nurses.

Keywords: injectable drugs, HIH, medication errors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với mô hình bệnh tật ngày càng phức tạp

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân

Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022

và các loại thuốc đa dạng cả về hoạt chất, dạng bào chế, đường dùng thì việc xảy ra sai sót trong sử dụng thuốc là khó tránh khỏi. Trong đó, hai bước quan trọng để thuốc đến với bệnh nhân là kê đơn của bác sĩ và thực hiện thuốc của điều dưỡng tiềm ẩn không ít nguy cơ sai sót ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của thuốc và an toàn của bệnh nhân.

Tiêm truyền tĩnh mạch là những đường dùng phổ biến nhất trong các bệnh viện, đặc biệt trên những bệnh nhân có thời gian nằm viện kéo dài. Việc kê đơn và thực hiện các thuốc dùng đường tĩnh mạch cũng phức tạp hơn do phải đảm bảo tính chính xác của nhiều yếu tố như dung môi, tốc độ tiêm truyền, cách thức pha chế ở một số loại thuốc đặc biệt kéo theo nhiều nguy cơ sai sót hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy sử dụng thuốc đường tĩnh mạch có nguy cơ xảy ra sai sót cao với 53,3% so với 20,1% sai sót thuốc xảy ra với các đường dùng khác [3].

Sai sót liên quan đến thuốc là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 3 chỉ sau ung thư và tim mạch [4], tuy nhiên có đến 70% sai sót được coi là dự phòng được [5]. Vì vậy, việc xác định được sai sót, từ đó phân tích được hoàn cảnh và nguyên nhân dẫn đến sai sót là bước quan trọng để xây dựng các biện pháp phòng tránh sai sót trong sử dụng thuốc.

Tại thời điểm thực hiện đề tài, bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng (ĐKQTHP) chưa có báo cáo về thực trạng sử dụng các thuốc dùng đường tiêm truyền, cũng như chưa có hướng dẫn cụ thể về việc chỉ định và thực hiện các thuốc đường tiêm truyền. Vì vậy, với mục đích góp phần nâng cao tính an toàn và hiệu quả trong sử dụng các thuốc tiêm truyền, nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu sau:

- Khảo sát sự phù hợp trong kê đơn các thuốc tiêm, truyền của bác sĩ tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng.

- Khảo sát sự phù hợp trong thực hiện các thuốc dùng đường truyền tĩnh mạch của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

- Mục tiêu 1: đối tượng nghiên cứu là tờ điều trị tổng hợp trong bệnh án điện tử của bệnh nhân điều trị nội trú bệnh viện ĐKQTHP từ 01/08/2021 đến 31/08/2021. Nghiên cứu loại trừ những bệnh án tử vong, bệnh án không sử dụng bất kì thuốc tiêm, truyền nào.

Mục tiêu 2: đối tượng nghiên cứu là phiếu truyền dịch trong bệnh án điện tử của bệnh nhân điều trị nội trú bệnh viện ĐKQTHP từ 01/08/2021 đến 31/08/2021. Nghiên cứu loại trừ những bệnh án tử vong, bệnh án không sử dụng bất kì thuốc tiêm, truyền nào. Bệnh nhân khảo sát tương ứng với bệnh nhân ở mục tiêu 1.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/05/2021 đến ngày 31/12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo công thức

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu, α : Mức độ tin cậy, chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy là 95%. Z : Độ sai lệch của hệ số giới hạn tin cậy ($1 - \alpha/2$). Với $\alpha = 0,05$, ta có $Z = 1,96$. d : Độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Chọn $d = 0,05$; p : Tỷ lệ nghiên cứu ước tính dựa trên các nghiên cứu trước đó hoặc là nghiên cứu thử. Lấy $p = 0,6678$ theo nghiên cứu của Đỗ Thị Nam “Khảo sát thực trạng thực hành thuốc tiêm truyền tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2020”. Thay vào công thức, tính ra được $n = 340$. Với số lượt kê đơn trung bình là 4.9 lượt kê đơn/bệnh án trong giai đoạn nghiên cứu thử, cỡ mẫu nghiên cứu này là 70 bệnh án.

Nghiên cứu tiến hành lấy mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên, từ danh sách bệnh án điều trị nội trú tại tất cả 10 khoa lâm sàng của bệnh viện, tính số lượng bệnh án cần lấy ở từng khoa theo tỉ lệ bệnh án của từng khoa so với cả viện trong tháng 8/2021. Sau đó tiến hành lấy mẫu ngẫu nhiên bệnh án có kê đơn thuốc dùng đường tiêm, truyền của tất cả các khoa lâm sàng.

2.3. Các nội dung nghiên cứu chính

Nghiên cứu tiến hành đánh giá sự phù hợp về đường dùng, dung môi hòa tan và pha loãng, tốc độ tiêm, truyền tĩnh mạch, tương kỵ của các thuốc được chỉ định so với hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền của bệnh viện ĐKQTHP. Hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền này được xây dựng từ tờ hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất; hướng dẫn tiêm, truyền một số loại kháng sinh của Bộ Y tế

năm 2015 [1]; website <https://stabilis.org/> [6] và phần mềm tra cứu IBM Micromedex IV Compatibility [7]

Nghiên cứu tiến hành đánh giá sự phù hợp về đường dùng, dung môi hòa tan và pha loãng, tốc độ truyền tĩnh mạch, tương kỵ của các thuốc được sử dụng so với y lệnh của bác sĩ, trường hợp y lệnh của bác sĩ không có thông tin sẽ tiến hành đánh giá căn cứ theo hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền của bệnh viện ĐKQTHP.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin về thực trạng kê đơn thuốc tiêm, truyền của bác sĩ được thu thập từ tờ điều trị tổng hợp trong bệnh án điện tử của bệnh nhân. Thời điểm lấy thông tin về một thuốc tiêm truyền tĩnh mạch là lần chỉ định đầu tiên của thuốc đó trong một bệnh án.

Thông tin về thực tế thực hiện thuốc truyền tĩnh mạch của điều dưỡng được thu thập từ phiếu truyền dịch trong bệnh án điện tử của bệnh nhân.

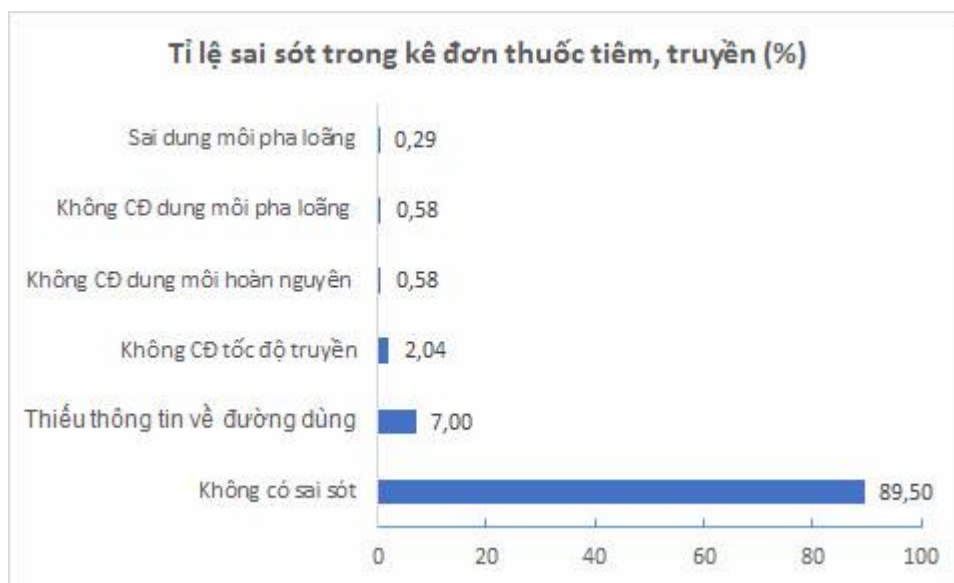
2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được nhập, xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và phần mềm R.3.3.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng kê đơn thuốc tiêm, truyền của bác sĩ

Phân tích 343 lượt kê đơn thuốc tiêm, truyền, nghiên cứu ghi nhận 36 sai sót, tương ứng với 10,50% lượt kê đơn có sai sót. Tỷ lệ các loại sai sót được mô tả trong hình 1.



**CD : chỉ định*

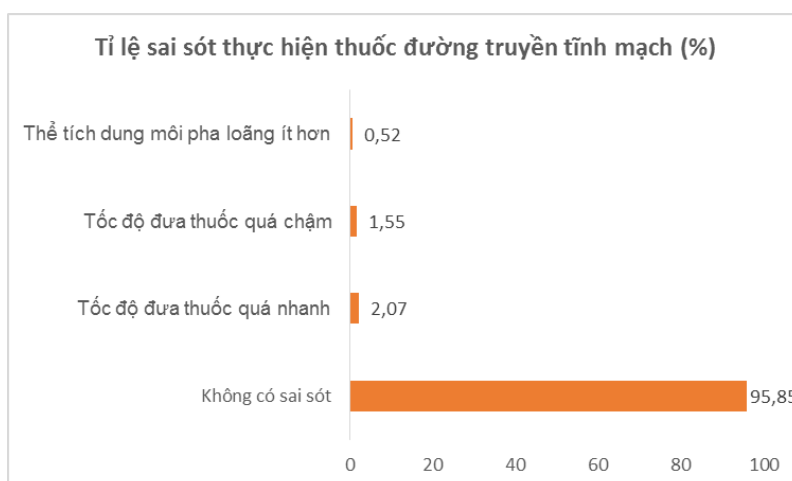
Hình 1. Tỷ lệ sai sót trong kê đơn thuốc tiêm, truyền

Sai sót trong kê đơn phổ biến nhất là thiếu thông tin (10,20%), trong đó thiếu thông tin về đường dùng chiếm tới 7%, lỗi chủ yếu gặp phải là với các thuốc tiêm tĩnh mạch hay tiêm dưới da nhưng y lệnh chỉ ghi ‘tiêm’. Tiếp theo là sai sót do thiếu thông tin về tốc độ truyền với các thuốc truyền tĩnh mạch (2,04%), sai sót do thiếu thông tin chỉ định về dung môi hoàn nguyên, pha loãng (1,17%). Đặc biệt nghiên cứu ghi nhận

0,29% sai sót cho bác sĩ chỉ định sai dung môi pha loãng.

3.2. Thực trạng thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch của điều dưỡng

Phân tích 193 lượt thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch, nghiên cứu chỉ ghi nhận 8 sai sót, tương ứng với 4,15% lượt thực hiện thuốc có xảy ra sai sót. Tỷ lệ các loại sai sót được mô tả trong hình 2.



Hình 2. Tỷ lệ sai sót trong thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch

Trong 4,15% lượt thực hiện thuốc ghi nhận có sai sót, có 2,07% lượt thực hiện thuốc có tốc độ truyền quá nhanh, 1,55% lượt thực hiện thuốc có tốc độ truyền quá chậm và 0,52% lượt thực hiện thuốc có thể tích dung môi pha loãng ít hơn y lệnh của bác sĩ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sai sót trong kê đơn thuốc tiêm, truyền của bác sĩ

Khảo sát trên 70 bệnh án với 343 lượt kê đơn thuốc tiêm, truyền, nghiên cứu ghi nhận 10,50% lượt kê đơn của bác sĩ có xảy ra sai sót. Mặc dù tỉ lệ sai sót ghi nhận trong nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước đây (10,50% so với 34,80%) [8], thiếu thông tin về cách dùng thuốc tiêm truyền tiềm ẩn nhiều nguy cơ dẫn đến những sai sót nghiêm trọng trong sử dụng nhóm thuốc nguy cơ cao này. Trong nghiên cứu này ghi nhận một trường hợp bác sĩ chỉ định thiếu thông tin về tốc độ truyền albumin 25%, tiếp sau điều dưỡng thực hiện y lệnh truyền 30 giọt/phút trong 33 phút, trong khi hướng dẫn của nhà sản xuất khuyến cáo truyền trong 50 phút đến 2 giờ. Truyền albumin quá nhanh có thể dẫn đến tăng nguy cơ hạ huyết áp. Tuy nhiên trên bệnh nhân không có tai biến nào được ghi nhận trong bệnh án. Tại bệnh viện ĐKQTHP tại thời điểm tiến hành nghiên cứu, bệnh viện đã triển khai bệnh án điện tử thay thế hoàn toàn bệnh án giấy, các y lệnh của bác sĩ và thực hiện của điều dưỡng đều được ghi nhận trên bệnh án điện tử. Việc sử dụng bệnh án điện tử có thể cũng là một lý do dẫn đến tỉ lệ sai

sót ít hơn các nghiên cứu khác, vì bệnh án điện tử có tích hợp các thông tin cơ bản về đường dùng của thuốc, thuận tiện tra cứu thông tin cho điều dưỡng, hạn chế các lỗi sai sót do sao chép, khó đọc.

Một sai sót khác trong kê đơn là sai sót chỉ định sai dung môi pha loãng xảy ra với dung dịch magesi aspartat và kali aspartat đường tĩnh mạch (Kama-BFS) pha loãng trong nhũ dịch lipid (Combilipid). Mặc dù chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ (0,29%) nhưng đây là sai sót nghiêm trọng. Theo khuyến cáo của nhà sản xuất chỉ pha loãng dung dịch magesi aspartat và kali aspartat với glucose 5% [2]. Sử dụng dung môi khác đặc biệt là dạng nhũ dịch lipid tiềm ẩn nhiều nguy cơ xảy ra tương kỵ gây nguy hại cho bệnh nhân. Đây là một sai sót mới chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó, điều đó chứng tỏ sai sót thuốc ở các cơ sở y tế có thể rất khác nhau, vì vậy thực hiện khảo sát sai sót ở từng cơ sở y tế là rất cần thiết để ghi nhận và phát hiện các vấn đề mới.

4.2. Sai sót trong thực hiện thuốc truyền tĩnh mạch của điều dưỡng

Các sai sót liên quan đến tốc độ đưa thuốc và thể tích dung môi pha loãng là sai lệch so với y lệnh của bác sĩ, nhưng tất cả đều nằm trong giới hạn cho phép của hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền tại bệnh viện. Do đó đây đều là các sai sót không nghiêm trọng. Tuy nhiên, điều dưỡng thực hiện thuốc không đúng với y lệnh tiềm ẩn nguy cơ xảy ra sai sót nghiêm trọng trong thực hiện thuốc-khâu cuối cùng kiểm soát sai sót trước khi thuốc được sử dụng cho bệnh nhân. Vì

vậy việc tăng cường kiểm tra chéo, kiểm tra định kì trong hoạt động thực hiện thuốc của điều dưỡng là vô cùng quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 70 bệnh án với 343 lượt kê đơn thuốc tiêm, truyền và 193 lượt thực hiện thuốc dùng đường truyền tĩnh mạch, nghiên cứu ghi nhận 10,50% lượt kê đơn thuốc tiêm, truyền và 4,15% lượt thực hiện thuốc đường truyền tĩnh mạch có xuất hiện sai sót. Tỷ lệ sai sót chủ yếu gặp phải do thiếu thông tin khi kê đơn thuốc tiêm, truyền. Để nâng cao an toàn và hiệu quả trong sử dụng các thuốc tiêm truyền việc xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc và đào tạo cho bác sĩ, điều dưỡng là rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh-Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015. 2015.
2. **Công ty cổ phần Dược phẩm CPC1 Hà Nội**, Tờ hướng dẫn sử dụng cho cán bộ y tế thuốc KAMA-BFS. 2018.
3. **Keers, R.N., et al.**, Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *Ann Pharmacother*, 2013. **47**(2): p. 237-56.
4. **James, J.T.**, A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*, 2013. **9**(3): p. 122-8.
5. **Runciman, W.B., et al.**, Adverse drug events and medication errors in Australia. *Int J Qual Health Care*, 2003. **15 Suppl 1**: p. i49-59.
6. **Jean, V., et al.**, <https://stabilis.org/>.
7. **I.B.M.**, Micromedex IV compatibility. 2021.
8. **Hartley, G.M. and S. Dhillon**, An observational study of the prescribing and administration of intravenous drugs in a general hospital. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2011. **6**(1): p. 38-45.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CẢM GIÁC SAU TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ

Nguyễn Đức Tiến¹, Nguyễn Bắc Hùng², Phạm Văn Duyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phục hồi chức năng cảm giác sau tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng được tiến hành trên 115 bệnh nhân với 130 khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ. Chúng tôi đánh giá kết quả sớm sau mổ được 119/130 ngón tay, kết quả gần được 110/130 ngón tay, theo dõi kết quả xa được 94/130 ngón tay

Kết quả và kết luận: Khả năng phục hồi chức năng cảm giác của vật sử dụng dưới dạng ngẫu nhiên tốt hơn vật dưới dạng trục mạch, vật di chuyển xuôi chiều ngón tay tốt hơn các vật di chuyển ngược chiều ngón tay. Thời gian là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng phục hồi cảm giác.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm ngón tay, vật tại chỗ, phục hồi cảm giác sau mổ

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE SENSORY FUNCTION AFTER

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: ndtien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

RECONSTRUCTING SOFT TISSUE DEFECTS IN FINGERS USING LOCAL PEDICLE FLAPS

Objective The study was conducted to describe several factors affecting the ability to restore sensory function after the plastic surgery of the soft finger tissue defect with a local pedicle flap.

Subjects and Methods. An uncontrolled clinical trial was conducted on 115 patients with 130 soft tissue defects of the finger with local pedicle flaps. We described the early results after surgery of 119/130 fingers, short results of 110/130 fingers, and long results of 94/130 fingers.

Results and conclusions. The ability to restore the sensory function of random flaps was better than flaps with vascular axis, downstream flaps were better than upstream flaps. Time was an important factor influencing sensory resilience.

Keywords: Finger soft tissue defect, local flap, post-surgery sensation recovery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngón tay là bộ phận cảm nhận xúc giác tinh tế nhất của hệ vận động. Tuy vết thương khuyết hồng phần mềm ngón tay ít khi đe dọa tính mạng bệnh nhân nhưng nếu điều trị không đúng sẽ dẫn đến mất chức năng và biến dạng hình thái của ngón tay gây đau đớn thậm trí dẫn đến tàn phế. Mục tiêu của tạo hình các khuyết hồng phần mềm ngón tay là:

Bảo tồn được chức năng xúc giác tinh tế của ngón tay, ít làm tổn hại nơi cho vật và vật áp dụng có tính khả thi và tin cậy có thể dự đoán được kết quả phẫu thuật. Xác định được mức độ ảnh hưởng của một số yếu tố đến kết quả sẽ góp phần định hướng phương pháp tạo hình phù hợp với từng loại tổn thương. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu tạo hình các khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ” nhằm mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi chức năng cảm giác sau tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 115 BN với 130 vết thương khuyết hồng phần mềm (KHPM) ngón tay (NTT) có chỉ định phẫu thuật che phủ KHPM bằng vật cuống liền tại chỗ. Trong đó có 52 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và 63 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 10/2016 đến 12/2020. Chúng tôi đánh giá kết quả sớm sau mổ được 119/130 ngón tay, kết quả gần được 110/130 ngón tay, theo dõi kết quả xa được 94/130 ngón tay.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bao gồm tất cả các bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay sau chấn thương do các nguyên nhân khác nhau, hoặc khuyết hồng sau cắt lọc tổn thương sau khi điều trị nhiễm trùng ngón tay dẫn đến

mất lớp mỡ dưới da gây nên tình trạng lộ gân xương yêu cầu phải che phủ bằng vật tổ chức.

- Các bệnh nhân này được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, phẫu thuật, điều trị và theo dõi sau mổ. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có các tổn thương cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng cần phải ưu tiên can thiệp trước như: chấn thương sọ não nặng, sốc đa chấn thương, vết thương thấu ngực, vết thương thấu bụng...

- BN có hình thái khuyết toàn bộ ngón tay kiểu lột găng, phần mềm xung quanh ngón dập nát hoàn toàn.

- Bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm ngón tay đến muộn đang trong giai đoạn nhiễm khuẩn tiến triển.

- Bệnh nhân có tổn thương khuyết phần mềm ngón tay được điều trị bằng các phương pháp khác như: Trồng lại ngón tay đứt rời, ghép da, làm mồm cụt...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Đánh giá khả năng phục hồi chức năng cảm giác: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng cảm giác theo tiêu chuẩn đánh giá phục hồi cảm giác của Hiệp hội phục hồi chức năng Hoa Kỳ (ASHT 1992) [1]

S0	Không có cảm giác trong vùng phân bố TK
S1	Phục hồi cảm giác đau sâu ở da trong vùng phân bố TK
S2	Xuất hiện cảm giác va chạm với loạn cảm
S2+	Phục hồi cảm giác va chạm và đau đớn, có loạn cảm
S3	Phục hồi cảm giác va chạm và đau đớn, loạn cảm biến mất, chức năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: > 15 mm, khi ở trạng thái động > 7 mm
S3+	Như S3 và phục hồi không hoàn toàn chức năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: 7-15 mm, khi ở trạng thái động 4-7 mm
S4	Phục hồi cảm giác đầy đủ nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: 2-6 mm, ở trạng thái động 2-3 mm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa nguồn nuôi vật với khả năng phục hồi sớm chức năng cảm giác sau mổ.

Nguồn nuôi vật Phục hồi cảm giác		Ngẫu nhiên		Vật trực mạch		Tổng	OR (95%CI)	P
		SL	%	SL	%			
Trạng thái tĩnh	≤ 6mm	25	96,2	1	3,8	26	13,7 (1,8-106,1)	0,002
	>6mm	60	64,5	33	35,5	93		
Tổng		85	71,4	34	28,6	119		

Nhận xét: Kết quả cho thấy khả năng phục hồi chức năng cảm giác nơi nhận vật trong vòng 3 tháng đầu sau mổ ở nhóm sử dụng nguồn nuôi ngẫu nhiên có tỷ lệ khả năng nhận biết 2 điểm phân biệt ở trạng thái tĩnh ≤ 6mm (96,2%) cao hơn nhóm >6mm (64,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa cách sử dụng vật với khả năng phục hồi sớm chức năng cảm giác sau mổ

Cách sử dụng vật Phục hồi cảm giác		Xuôi chiều		Ngược chiều		Tổng	OR (95%CI)	P
		SL	%	SL	%			
Nơi cho vật	≤ 6mm	74	92,5	6	7,5	80	7,7 (2,7-22,1)	<0,001
	>6mm	24	61,5	15	38,5	39		
Nơi nhận vật	≤ 6mm	26	100	0	0	26		0,007
	>6mm	72	77,4	21	22,6	93		
Tổng		98	82,4	21	17,6	119		

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.37 cho thấy khả năng nhận biết 2 điểm phân biệt ở trạng thái tĩnh tại nơi cho vật ở thời điểm sau mổ trước 3 tháng của nhóm sử dụng vật xuôi chiều có tỷ lệ là cao hơn so với nhóm sử dụng vật dưới dạng ngược chiều. Đối với nơi nhận vật, tỷ lệ này lần lượt là 100% và 77,4%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3: So sánh khả năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh nơi cho vật tại thời điểm 3 tháng đầu sau mổ và sau mổ sau 6 tháng

	Kết quả sớm	Sau mổ Xa	Chênh lệch	p*
Khả năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh nơi cho vật	7,54±3,45	5,46±2,1	-2,08	<0,001
Khả năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái động nơi cho vật	4,93±2,28	3,03±1,41	-1,9	<0,001
Khả năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh nơi nhận vật	10,2±4,27	6,93±2,6	-3,27	<0,001
Khả năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái động nơi nhận vật	7,44±8,04	3,85±1,77	-3,59	<0,001

(*Wilcoxon)

Nhận xét: Kết quả sau mổ cho thấy khả năng nhận biết 2 điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh và động nơi cho vật, ở trạng thái tĩnh và động nơi nhận vật đều tốt lên so với thời điểm 3 tháng đầu sau mổ sự tốt lên có ý nghĩa với $p < 0.001$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Mức độ phục hồi chức năng cảm giác nơi nhận vật ở trạng thái tĩnh trong vòng 3 tháng đầu sau mổ ở nhóm sử dụng vật ngẫu nhiên tốt hơn gấp 13.7 lần so với vật trực mạch. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả các nghiên cứu đều cho thấy khi sử dụng vật dưới dạng ngẫu nhiên khả năng phục hồi cảm giác sau mổ rất tốt: Theo kết quả nghiên cứu của Sungur Nezih và Cs (2012): [2] tất cả các vật sau mổ đều có khả năng nhận biết được 2 điểm phân biệt ở khoảng cách dưới 6 mm. Theo nghiên cứu của [3] Aboulwafa Ahmed và Emara Sherif (2013): nghiên cứu trên 170 búp ngón tay được phẫu thuật tạo hình bằng vật tại chỗ được đánh giá sự phục hồi cảm giác sau mổ > 3 tháng (từ 3-22 tháng, trung bình là 9 tháng) cho thấy khả năng nhận biết 2 điểm phân biệt của búp ngón tay sau mổ là từ 4-5

mm, trung bình là 4.5 mm. Điều này càng chứng tỏ được ưu điểm vượt trội của vật tại chỗ so với các vật khác vì đây là vật da có khả năng phục hồi cảm giác rất tốt.

Ảnh hưởng của cách thức di chuyển vật đến khả năng phục hồi cảm giác

Khả năng phục hồi cảm giác tại vật không chỉ phụ thuộc vào nguồn cấp máu dạng ngẫu nhiên hay dạng trực mạch mà còn phụ thuộc vào cách di chuyển của vật xuôi dòng hay ngược dòng kết quả bảng 3.2: Phục hồi chức năng cảm giác nơi cho vật và nhận vật tại thời điểm 3 tháng đầu sau mổ khi sử dụng dạng xuôi dòng có khả năng phục hồi cảm giác tốt hơn khi sử dụng vật dưới dạng ngược dòng. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do khi phân nhánh chi phối cảm giác và nuôi dưỡng ngón tay các nhánh động mạch và thần kinh cảm giác sẽ đi cùng nhau tạo hành bó mạch thần kinh, trong khi mạch máu có các vòng nối cho phép cấp máu theo hai chiều thì thần kinh chỉ dẫn truyền theo một hướng duy nhất. Vì vậy nên khi sử dụng vật dưới dạng xuôi dòng khả năng phục hồi cảm giác tốt hơn vật dạng ngược dòng. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Chao Chen và cs (2014) [4]: nghiên cứu trên 24 vật mu kế ngón xuôi dòng và ngược dòng khả

năng nhận biết hai điểm phân biệt lần lượt là 8.3 và 10.4 mm. Theo nghiên cứu của Yuichi Hirase 1992 [5] khi sử dụng vật mu đốt giữa ngón dài cuống mạch bên ngón, vật sử dụng dưới dạng cuống xuôi dòng dùng để che phủ tổn thương cùng ngón hoặc các ngón kế cận sau mổ 6 tháng, cảm giác vật phục hồi có khả năng nhận biết được 2 điểm phân ly cách nhau 5 mm.

Ảnh hưởng của thời gian đến khả năng phục hồi cảm giác:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả các loại vật tại chỗ đều có sự phục hồi cảm giác sau mổ rất tốt. Khả năng nhận biết hai điểm phân biệt ở cả trạng thái động và trạng thái tĩnh đều tốt lên theo thời gian. Theo Seung-Kyu Han và cộng sự (2004) [6] bất kể vật di chuyển xuôi dòng hay ngược dòng, khi phẫu tích vật có bảo tồn thần kinh đi kèm vật hay không thì sau 1 năm vật đều phục hồi cảm giác, sự khác biệt về khả năng phục hồi cảm giác giữa các vật có cảm giác và vật không có cảm giác là như nhau và bệnh nhân cũng không cảm thấy bất kỳ sự khác biệt nào giữa hai nhóm. Theo S Usami và cộng sự (2015)[7] có hai điều quan trọng để vật phục hồi cảm giác tốt: thứ nhất là vật được cấp máu tốt và không bị tắc mạch sau mổ và thứ hai là chọn một vật có cấu trúc mô tương tự như mô bị khiếm khuyết. Do đó việc bóc tách thần kinh đi kèm cuống vật là không cần thiết vì nó đòi hỏi kỹ thuật bóc tách khó khăn hơn thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, mạch và thần kinh vật ngược dòng không đi cùng nhau. Vì vậy khi di chuyển để bảo tồn cả mạch và thần kinh vật sẽ dễ bị xoắn ảnh hưởng đến khả năng sống của vật. Tác giả cũng nhận thấy khả năng phục hồi cảm giác của vật phụ thuộc vào độ cứng, khả năng đàn hồi của mô che phủ vì vậy các vật lấy từ gan tay có khả năng phục hồi cảm giác

tốt hơn và sớm hơn vật vùng mu tay, ghép phức hợp có khả năng phục hồi cảm giác tốt hơn ghép da.

V. KẾT LUẬN

Khả năng phục hồi chức năng cảm giác của vật sử dụng dưới dạng ngẫu nhiên tốt hơn vật dưới dạng trục mạch, vật di chuyển xuôi chiều ngón tay tốt hơn các vật di chuyển ngược chiều ngón tay. Thời gian là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng phục hồi cảm giác: Khả năng phục hồi cảm giác cả nơi cho vật và nơi nhận vật ở kết quả xa đều tốt lên so với thời điểm kết quả sớm sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Therapists, A A S o H (1992).** Clinical assessment recommendations.
2. **Sungur N, Kankaya Y, Yıldız K, et al. (2012).** Bilateral V–Y rotation advancement flap for fingertip amputations. American Association for Hand Surgery 2012, 7,79–85.
3. **Aboulwafa A, Emara S (2013).** Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg., Vol. 37, No. 1, January: 89-96, 2013.
4. **Chen C, Zhang W, Tang P (2014).** Direct and reversed dorsal digito-metacarpal flaps: A review of 24 cases. Care Injured, 45,805-812.
5. **Hirasé Y, Kojima T, Matsuura S (1992).** A versatile one-stage neurovascular flap for fingertip reconstruction: the dorsal middle phalangeal finger flap. Plast Reconstr Surg, 1992 Dec;90(6):1009-15.,1009-1015.
6. **Han S-K, Lee B-I, Kim W-K (2004).** The reverse digital artery island flap: an update. Plast Reconstr Surg, 113(6),1753-1755.
7. **Usami S, Kawahara S, Yamaguchi Y, et al. (2015).** Homodigital artery flap reconstruction for fingertip amputation: a comparative study of the oblique triangular neurovascular advancement flap and the reverse digital artery island flap. J Hand Surg Eur Vol 40(3),291-297.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM NHA CHU TẤN CÔNG KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020-2021

Phạm Văn Liệu*, Bùi Minh Khuê*, Phạm Thị Thanh Dung*.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang và nhận xét kết quả điều trị của những bệnh nhân viêm nha chu tấn công khu trú đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng 2020-2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca, cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh viêm nha chu tấn công khu trú. Điều trị bằng cách làm sạch ổ viêm, ghép xương ổ răng bằng xương nhân tạo, cố định răng 3 tháng. **Kết quả:** Trong 14 trường hợp viêm nha chu tấn công khu trú có các triệu chứng điển hình như Viêm lợi, túi lợi sâu, tiêu xương ổ răng tại vùng răng hàm lớn thứ nhất (răng 6), mà nhiều nhất là 2 răng 6 hàm trên. Các triệu chứng này cũng xảy ra ở vùng răng cửa nhưng mức độ tiêu xương nhẹ hơn. Đặc biệt là bệnh tiến triển rất nhanh và diễn ra ở người trẻ tuổi dẫn đến người bệnh bị lung lay răng, miệng hôi và mất răng sớm. Kết quả điều trị có 8 trường hợp đạt kết quả tốt, 4 trường hợp đạt trung bình và 2 trường hợp cho kết quả kém.

Từ khóa: Bệnh nha chu, tấn công, khu trú.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF CLINICAL, X- RAY, AND TREATMENT

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Liệu
Email: lieudr@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 25.5.2022

OF INTENSE EACH REGION PERIODONTITIS

AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020 – 2021

Objective: The study aimed to describe clinical, radiological characteristics and comment on treatment results of patients with Intense each region periodontitis who came for examination and treatment at Hai Phong Medical University Hospital 2020-2021. **Research methods:** case series description, convenient sampling method, selection of patients diagnosed with Intense each region periodontitis. Treatment is by cleaning the inflammation, grafting the alveolar bone with artificial bone, fixing the tooth for 3 months. **Results:** In 14 cases of Intense each region periodontitis, there were typical symptoms such as gingivitis, deep gingival pockets, alveolar bone loss in the first molar tooth area (sixth tooth), but at most 2 upper first molar teeth. These symptoms also occur in the incisors but the degree of bone loss is milder. Especially, the disease progresses very quickly and occurs in young people, leading to patients with loose teeth, bad mouth and early tooth loss. Treatment results have 8 cases with good results, 4 cases with average results and 2 cases with poor results.

Keywords: periodontitis, Intense, each region.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm nha chu tấn công khu trú là bệnh viêm tổ chức quanh răng thường xảy ra ở người trẻ tuổi, khu trú ở một số răng, tốc

độ tiêu xương nhanh gấp 3-4 lần so với viêm nha chu mạn, răng lung lay và mất răng sớm, ảnh hưởng đến sức nhai [1] đến thẩm mỹ và ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân. Trên thế giới, Hiệp hội nha chu Thế Giới dùng thuật ngữ viêm nha chu thanh thiếu niên khu trú để mô tả tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi hiện tượng tiêu xương ổ nhanh chóng của răng vĩnh viễn (1999), và gần đây thuật ngữ này được đổi tên thành Viêm nha chu tấn công khu trú [6]. Tại Việt nam, trong một điều tra răng miệng ở các tỉnh phía bắc năm 1991 cho thấy tỉ lệ người bị viêm quanh răng lứa tuổi 35-45 là 22,33%. Gần đây nhất theo số liệu điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của GS Trần Văn Trường và cộng sự (2002), tỉ lệ người bị viêm lợi là 74,6%, riêng lứa tuổi 35-44, tỉ lệ Viêm quanh răng là 29,7% [4]. Nguyễn Bích Vân, Nguyễn Thị Bảo Đan (2015) [5], cho thấy các đặc điểm của viêm nha chu tấn công khu trú thường gặp là: tiêu xương và mất bám dính diễn ra nhanh mà không có sự hiện diện của nhiều mảng bám và vôi răng. Viêm nha chu tấn công thường xảy ra ở người trẻ từ 10-30 tuổi, thường là ở tuổi dậy thì, có liên quan với di truyền. Các vi khuẩn thường gặp gồm có *Aggregatibacteria actinomycetemcomitans* (trước đây là *Actinobacillus actinomycetemcomitans*). Những người mắc bệnh này có các tế bào viêm hoạt động quá mức, sản xuất ra một lượng lớn các cytokine và các enzyme gây phá hủy mô nha chu nhanh chóng. Dạng khu trú thường gặp ở răng cối lớn thứ nhất và các răng cửa. Dạng toàn thể thường liên quan

với 3 răng khác ngoài răng hàm lớn thứ nhất và các răng cửa.

Trong thực tế khám chữa bệnh tại bệnh viện, những bệnh nhân mắc bệnh viêm quanh răng khá phổ biến, nhất là viêm nha chu mạn tính, tiếp đó là bệnh viêm nha chu tấn công khu trú điển hình như trong mô tả phân loại của Thế giới và Việt Nam. Vì vậy, đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và điều trị bệnh viêm nha chu tấn công khu trú tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng 2020-2021” được nghiên cứu với mục tiêu sau:

1. *Mô tả lâm sàng, X quang của bệnh viêm nha chu tấn công khu trú ở bệnh nhân đến khám bệnh và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng 2020 - 2021.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị của những bệnh nhân được nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, được chẩn đoán là viêm nha chu tấn công khu trú.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca, cách chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân được khám lâm sàng, X quang chẩn đoán. Sau đó được điều trị theo phương pháp bảo tồn, lấy sạch tổ chức viêm và ghép xương ổ răng bằng xương nhân tạo, cố định răng được ghép xương với răng kế bên với thời gian 3 tháng. Nhận xét kết quả điều trị.

Các triệu chứng lâm sàng và X quang của bệnh nhân được khám và thu thập vào hồ sơ nghiên cứu.

Bảng 1: Bảng đánh giá kết quả điều trị theo các tiêu chí sau:

Mức/TC	Tình trạng lợi	Tình trạng răng	Tình trạng ăn nhai	Tình trạng hơi thở	Hình ảnh X quang
Tốt	Hết viêm, Túi lợi 1-2 mm	Chắc	Bình thường	Không hôi (Halimeter ppb < 40)	Xương OR tái tạo bình thường
Trung bình	Còn viêm ít ở lợi viêm, Túi 3-5 mm	Lung lay độ 1	Tạm được	Hôi ít (ppb:40 -69)	Tái tạo được $\geq 60\%$
Kém	Lợi còn viêm, nề. Túi ≥ 5 mm	Lung lay độ 2 trở lên	Khó khăn	Rất hôi (ppb ≥ 70)	Tái tạo được < 60%

(Halimeter: máy đo hơi miệng)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Lâm sàng và X quang:

Kết quả thu được trong 14 trường hợp được chẩn đoán là viêm nha chu tấn công khu trú, có những đặc điểm về tuổi và giới như sau:

Bảng 2: Bảng phân bố các ca bệnh theo tuổi và giới

Tuổi / Giới	Nam	Nữ	Cộng
0-10	0	0	0
11-20	2	0	2
21-30	1	0	1
31-40	6	1	7
41-50	2	2	4
CỘNG	11	3	14

Nhận xét: trong 14 trường hợp được chẩn đoán là viêm nha chu tấn công khu trú theo phân loại Quốc tế, có 7 trường hợp trong lứa tuổi 31- 40, nhiều nhất trong nhóm được nghiên cứu.

Bảng 3: Bảng phân bố các triệu chứng lâm sàng nổi bật tại các vùng răng:

TC/vùng	R16	R26	R36	R46	R cửa trên	R cửa dưới	R7	R5
Viêm lợi	12	11	6	6	9	6	9	1
Lợi nề, dễ rỉ máu	9	9	5	5	7	5	6	1
Túi lợi ≥ 5 mm	12	11	6	6	9	6	9	1
Áp xe-rò mủ	3	3	2	1	2	2	2	0
Răng lung lay độ 1	2	2	1	1	4	3	2	0

Độ 2	2	3	2	2	2	1	5	1
Độ 3	3	1	1	0	1	1	2	0
Độ 4	5	5	2	3	2	1	0	0
Hôi miệng	12	11	6	6	9	6	9	1

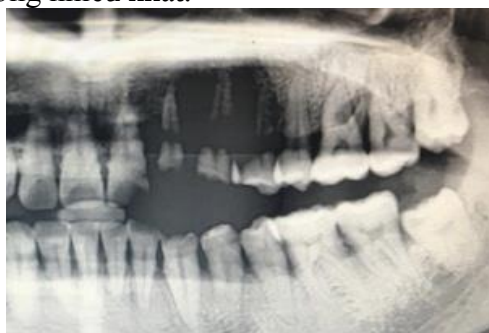
Nhận xét: trong 14 trường hợp, có tới 11-12 trường hợp bị viêm vùng răng 6 hàm trên. Tất cả các trường hợp đều viêm lợi, túi lợi sâu, răng lung lay theo các độ và hôi miệng. Tiếp sau là triệu chứng lợi nề đỏ dễ chảy máu, một số trường hợp có áp xe-rò mủ lợi.

Bảng 4: Bảng liệt kê mức độ tiêu xương tại các vùng răng trên phim X quang:

FILM/vùng	R16	R26	R36	R46	Cửa trên	Cửa dưới	R7	R5
4012	95%	95%				50%		
4013	95%	95%	95%	95%	50%	70%	50%	
4017	95%	95%	95%	95%	70%	95%	50%	
4018	95%	95%			95%		70%	
4024	95%	95%			95%			
4029	50%	50%	70%	95%	25%	25%	70%	
4031	70%						50%	
4032		50%	M	M			50%	
4033	70%	70%	50%	50%	35%	25%	35%	
4034			25%	25%				50%
4035	35%	35%				25%		
4036	70%	50%			50%			
4038	50%	M	50%	50%	35%		35%	
4039	35%	35%			25%		50%	

(M: mất răng)

Nhận xét: trong 14 Film được đọc của 14 bệnh nhân, tất cả các vùng viêm được mô tả theo phân loại đều có sự tiêu xương từ mức độ 25% - 95%. Riêng vùng răng 6 hàm trên bị tiêu xương nhiều nhất.



Hình 1: Tiêu xương quanh răng 26



Hình 2: Sau điều trị răng 26

2. Nhận xét kết quả điều trị của những bệnh nhân được nghiên cứu:

Tất cả 14 trường hợp đều được điều trị theo phương pháp phẫu thuật nha chu, mở bọc lộ vùng viêm, lấy hết tổ chức viêm và tổ chức cao răng, làm sạch và ghép xương nhân tạo, cố định răng vùng viêm với răng lành. Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc, theo dõi 3 tháng, kiểm tra mỗi tháng 1 lần.

Bảng 5: Kết quả điều trị

Mức/TC	Các tiêu chí về lâm sàng	Tiêu chí về xương theo X quang	Cộng
Tốt	8	8	8
Trung bình	4	4	4
Kém	2	2	2
Cộng	14	14	14

Nhận xét: trong 14 trường hợp được nghiên cứu, trường hợp nào sau ghép xương 3 tháng mà có sự tái tạo xương tốt thì khỏi bệnh, có 2 trường hợp không tái tạo được xương nên các bệnh cảnh lâm sàng vẫn rõ.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại Quốc tế 1999, bệnh viêm nha chu tấn công là một trong 8 loại viêm nha chu. Bệnh có thể ở dạng khu trú hoặc toàn thể. Dạng khu trú thường gặp ở răng hàm lớn thứ nhất và các răng cửa. Dạng toàn thể thường liên quan với 3 răng khác ngoài răng cối lớn thứ nhất và các răng cửa. Bệnh thường xảy ra ở người trẻ từ 10-30 tuổi [6]. Trong nghiên cứu này, có sự phù hợp về vùng tổn thương. Nhưng khi bệnh nhân đến khám thì bệnh đã nặng hơn và có sự lan sang răng 7 kế bên và lứa tuổi có lui về lứa tuổi 31-40.

Trong 14 trường hợp, có tới 11-12 trường hợp bị viêm vùng răng 6 hàm trên. Tất cả các trường hợp đều viêm lợi, túi lợi sâu, răng lung lay theo các độ và hôi miệng. Tiếp sau là triệu chứng lợi nề đỏ dễ chảy máu, một số trường hợp có áp xe-rò mủ lợi. Các triệu

chứng này rất phù hợp với bệnh cảnh của viêm nha chu tấn công, phù hợp với nhận xét của Nguyễn Bích Vân, Nguyễn Thị Bảo Đan [5].

Trong 14 Film được đọc của 14 bệnh nhân, tất cả các vùng viêm được mô tả theo phân loại đều có sự tiêu xương từ mức độ 25%-95%. Riêng vùng răng 6 hàm trên bị tiêu xương nhiều nhất, một số trường hợp sự tiêu xương lan sang cả răng 7 kế bên, cá biệt có 1 trường hợp có sự tiêu xương lan sang răng 5 kế bên. Có lẽ vì bệnh nhân đến khám khi bệnh đã nặng, cho nên cần phải có sự tuyên truyền và phát hiện sớm về bệnh để điều trị kịp thời.

Về kết quả điều trị, đề tài được áp dụng phương pháp điều trị làm sạch ổ viêm và ghép xương ổ răng bằng xương nhân tạo, cố định răng được ghép xương với các răng kế bên [2]. kết quả điều trị của 14 trường hợp,

có 8 trường hợp đạt kết quả tốt, 4 trường hợp đạt trung bình vì sự tái tạo xương ổ răng chỉ ở mức 70%, và 2 trường hợp cho kết quả kém vì không thấy tái tạo xương, răng lung lay và rụng. Một số tác giả nghiên cứu trước đây cũng có nhận xét về tỷ lệ thành công trong điều trị bệnh viêm nha chu tấn công với kết quả tương tự [3]. Tuy nhiên, cũng cần phải lưu ý đến tình trạng vệ sinh răng miệng của bệnh nhân và năng lực điều trị đối với 2 trường hợp thất bại này.

V. KẾT LUẬN

1. Nghiên cứu bệnh viêm nha chu tấn công khu trú đối với 14 trường hợp cho thấy các triệu chứng điển hình như Viêm lợi, túi lợi sâu, tiêu xương ổ răng tại vùng răng hàm lớn thứ nhất, mà nhiều nhất là 2 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Các triệu chứng này cũng xảy ra ở vùng răng cửa nhưng mức độ tiêu xương nhẹ hơn. Đặc biệt là bệnh tiến triển rất nhanh và diễn ra ở người trẻ tuổi dẫn đến người bệnh bị lung lay răng, miệng hôi và mất răng sớm.

2. Phương pháp điều trị làm sạch ổ viêm và ghép xương nhân tạo, kết quả điều trị của 14 trường hợp, có 8 trường hợp đạt kết quả tốt, 4 trường hợp đạt trung bình và 2 trường

hợp cho kết quả kém. Những trường hợp có kết quả tốt là những trường hợp được chẩn đoán sớm, mức độ tiêu xương còn ít và điều trị kịp thời. Vậy rất cần thiết phải đi khám răng định kỳ để phát hiện bệnh và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tử Hùng và cộng sự (2003).** Giải phẫu răng. NXB Y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh.
2. **Lê Đức Lánh (2014)** “Vật liệu cấy ghép” Cây ghép nha khoa. NXB Y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh 2014. Tr. 29-48.
3. **Đỗ Quang Trung (2000),** “Bệnh học quanh răng”, Bài giảng răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học 2000, tr. 27- 32.
4. **Trần Văn Trường và cộng sự (2002).** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc. NXB Y học.
5. **Nguyễn Bích Vân, Nguyễn Thị Bảo Đan (2015).** “Phân loại bệnh nha chu”, “Giải phẫu học nha chu”, Nha chu học tập 1, NXB Y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh. Tr.1-44. Tr.127-140.
6. **N. Geurs, V. Lacono (2014),** “American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions”. Journal of periodontology.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG SAU TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ

Nguyễn Đức Tiến¹, Nguyễn Bắc Hùng², Phạm Văn Duyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phục hồi chức năng vận động sau tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ. **Đối tượng và phương pháp.** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng được tiến hành trên 115 bệnh nhân với 130 khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ. Chúng tôi đánh giá kết quả sớm sau mổ được 119/130 ngón tay, kết quả gần được 110/130 ngón tay, theo dõi kết quả xa được 94/130 ngón tay. **Kết quả và kết luận.** Nguồn nuôi vật ngẫu nhiên có tỷ lệ phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng tại cả 2 nơi cho vật và nhận vật ở mức tốt (72.7%; 74.8%) cao hơn ở nhóm từ khá trở xuống (55.6%; 41.7%). Nhóm bệnh nhân sử dụng vật xuôi chiều ở nơi cho và nhận vật có khả năng phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng ở mức tốt cao gấp lần lượt 7,3 lần và 9,3 lần so với nhóm bệnh nhân sử dụng vật ngược chiều, những sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm ngón tay, vật tại chỗ, phục hồi vận động sau mổ.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING MOTOR FUNCTIONAL RECOVERY AFTER THE RECONSTRUCTION OF SOFT TISSUE DEFECTS IN FINGERS USING LOCAL PEDICLE FLAP

Objective. The study was conducted to describe a number of factors affecting the ability to recover motor function after plastic surgery of the soft finger tissue defect by using a local pedicle flap. **Subjects and methods.** An uncontrolled clinical trial was conducted on 115 patients with 130 soft tissue defects of the finger using a local pedicle flap. We evaluated the early results after surgery with 119/130 fingers, short-term results of 110/130 fingers, and 94/130 fingers in long-term results. **Results and conclusions.** Research results show that: Random flap sources had a good rate of motor function recovery within 3 months before surgery at both flap donor and flap recipient sites (72.7%; 74.8%) higher than in the group of moderate or less (55.6 %; 41.7%). The group of patients using the anterograde flap at the place of donating and receiving the flap had the ability to recover motor function 3 months before surgery at a good level, 7.3 times and 9.3 times higher, respectively than the group of patients using the retrograde flap, the differences were statistically significant with $p < 0.05$. Conclusion: The flap using random feed and moving in the direction of the finger had a better ability to restore motor function than the axial flap moving in the opposite direction.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: ndtien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

Keyword: Finger soft tissue defect, local flap, post-operative rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay, đặc biệt là các ngón tay, là bộ phận tinh tế nhất của hệ vận động, tham gia vào hầu hết các hoạt động trong lao động và trong sinh hoạt hàng ngày, thực hiện chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế. Có nhiều phương pháp tạo hình được sử dụng để che phủ các khuyết hổng phần mềm ngón tay nhằm bảo tồn chức năng và hình thái của ngón tay, nghĩa là đảm bảo các yêu cầu: bảo tồn tối đa chiều dài ngón, có lớp mỡ đệm dưới da che phủ khuyết hổng phần mềm, phục hồi chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế của ngón tay, ngăn ngừa cứng khớp, cho phép bệnh nhân sớm quay trở lại hoạt động bình thường. Có 3 yếu tố quan trọng khi lựa chọn vật tổ chức để tạo hình khuyết hổng phần mềm ngón tay đó là: Bảo tồn được chức năng xúc giác tinh tế của ngón tay, ít làm tổn hại nơi cho vật và vật áp dụng có tính khả thi và tin cậy có thể dự đoán được kết quả phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Nghiên cứu tạo hình các khuyết hổng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ”* nhằm mục tiêu:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi chức năng vận động sau tạo hình khuyết hổng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 115 BN

với 130 vết thương thương khuyết hổng phần mềm (KHPM) ngón tay (NT) có chỉ định phẫu thuật che phủ KHPM bằng vật cuống liền tại chỗ. Trong đó có 52 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và 63 BN với KHPM được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 10/2016 đến 12/2020. Chúng tôi đánh giá kết quả sớm sau mổ được 119/130 ngón tay, kết quả gần được 110/130 ngón tay, theo dõi kết quả xa được 94/130 ngón tay

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bao gồm tất cả các bệnh nhân có tổn thương khuyết hổng phần mềm ngón tay sau chấn thương do các nguyên nhân khác nhau, hoặc khuyết hổng sau cắt lọc tổn thương sau khi điều trị nhiễm trùng ngón tay dẫn đến mất lớp mỡ dưới da gây nên tình trạng lộ gân xương yêu cầu phải che phủ bằng vật tổ chức.

- Các bệnh nhân này được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, phẫu thuật, điều trị và theo dõi sau mổ. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có các tổn thương cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng cần phải ưu tiên can thiệp trước như: chấn thương sọ não nặng, sốc đa chấn thương, vết thương thấu ngực, vết thương thấu bụng...

- BN có hình thái khuyết toàn bộ ngón tay kiểu liệt gãy, phần mềm xung quanh ngón dập nát hoàn toàn.

- Bệnh nhân có khuyết hổng phần mềm ngón tay đến muộn đang trong giai đoạn nhiễm khuẩn tiến triển.

- Bệnh nhân có tổn thương khuyết phần mềm ngón tay được điều trị bằng các phương pháp khác như: Trồng lại ngón tay đứt rời, ghép da, làm mỏm cụt...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu.

Tiêu chí đánh giá khả năng phục hồi chức năng vận động.

Theo tiêu chuẩn của hội phẫu thuật bàn tay của Mỹ (ASSH) [1]:

+ Biên độ vận động của các khớp ngón

tay [2]:

- Ngón 1:

Gấp duỗi khớp bàn ngón: 50/0/5

Gấp duỗi khớp liên đốt: 85/0/15

Dạng – khép khớp thang bàn: 95/0/45

- Ngón 2-5:

Gấp duỗi khớp bàn ngón: 95/0/45

Gấp duỗi khớp liên đốt 1: 100/0/0

Gấp duỗi khớp liên đốt 2: 80/0/0

Mức độ đánh giá:

- Tốt: Phục hồi chức năng vận động như bình thường.

- Khá: Phục hồi trên 75 % biên độ vận động của khớp.

- Trung bình: phục hồi từ 50 đến 75 % biên độ vận động của khớp.

- Kém: phục hồi dưới 50% biên độ vận động bình thường của khớp.

- Thất bại: khớp không vận động.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Ảnh hưởng của phương pháp phẫu thuật và khả năng phục hồi vận động.

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa nguồn nuôi vật với phục hồi sớm chức năng vận động sau mổ.

Nguồn nuôi vật		Ngẫu nhiên		Vật trực mạch		Tổng	OR (95%CI)	p
		SL	%	SL	%			
Chức năng vận động	Tốt	80	72,7	30	27,3	110	2,1 (0,5-8,5)	0,27
	≤Khá	5	55,6	4	44,4	9		
Nơi cho vật	Tốt	80	74,8	27	25,2	107	4,2 (1,2-14,2)	0,037
	≤Khá	5	41,7	7	58,3	12		
Tổng		85	71,4	34	28,6	119		

Nhận xét: Nguồn nuôi vật ngẫu nhiên có tỷ lệ phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng tại cả 2 nơi cho vật và nhận vật ở mức tốt (72,7%; 74,8%) cao hơn ở nhóm từ khá trở xuống (55,6%; 41,7%).

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa cách sử dụng vạt với phục hồi chức năng vận động sau mổ trước 3 tháng

Cách sử dụng Chức năng Vận động		Xuôi chiều		Ngược chiều		Tổng	OR (95%CI)	p
		SL	%	SL	%			
Nơi cho vạt	Tốt	94	85,5	16	14,5	110	7,3 (1,8-30,3)	0,009
	≤ Khá	4	44,4	5	55,6	9		
Nơi nhận vạt	Tốt	93	86,9	14	13,1	107	9,3 (2,6-33,4)	0,001
	≤ Khá	5	41,7	7	58,3	12		
Tổng		98	82,4	21	17,6	119		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân sử dụng vạt xuôi chiều ở nơi cho và nhận vạt có khả năng phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng ở mức tốt cao gấp lần lượt 7,3 lần và 9,3 lần so với nhóm bệnh nhân sử dụng vạt ngược chiều, những sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2. Ảnh hưởng của thời gian đến khả năng phục hồi cảm giác

Bảng 3.3: So sánh phục hồi vận động nơi nhận vạt tại thời điểm sau mổ 3-6 tháng và sau mổ sau 6 tháng

Sau mổ 1-3 tháng	Sau mổ 6 tháng		Tổng	p*
	Tốt	Khá trở xuống		
Tốt	84	0	84	0,031
Khá trở xuống	6	4	10	
Tổng	90	4	94	

(p*McNemar Test)

Nhận xét: Sau mổ tỉ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng vận động ở mức độ tốt có xu hướng tăng dần theo thời gian. Trong 94 bệnh nhân đánh giá kết quả xa sau mổ trên 6 tháng có 90 BN đạt kết quả tốt. Trong khi đó ở thời điểm 3-6 tháng chỉ có 84 BN ở mức độ tốt. Kiểm định McNemar sử dụng phân phối nhị thức cho thấy có sự khác nhau về tỉ lệ mức độ phục hồi vận động nơi nhận vạt tại 2 thời điểm sau mổ là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ảnh hưởng của phương pháp phẫu thuật và khả năng phục hồi vận động

Kết quả bảng 3.1 cho thấy khi sử dụng vạt

dưới dạng nhẫu nhiên tỷ lệ phục hồi vận động mức độ tốt sau mổ 3 tháng là 80/85 BN cao hơn tỷ lệ phục hồi vận động mức độ tốt khi sử dụng vạt dưới dạng trực mạch là 30/34 BN. Khi sử dụng vạt dưới dạng ngẫu nhiên khả năng phục hồi vận động ở mức tốt đều có tỷ lệ cao: Theo kết quả của Masmajan E. và Robert Nicolas (2009)[3]: 100% BN sau mổ có vận động của các khớp đốt bàn, khớp liên đốt ngón tay bình thường. Theo Atasoy và cs (1970) [4] nghiên cứu trên 62 BNT có 97% ngón tay vận động và cảm giác như bình thường. Theo T. Karjalainen và cộng sự (2018) [5] cũng cho thấy kết quả phục hồi vận động khi sử dụng vạt dạng ngẫu nhiên là tốt nhất không có bệnh nhân nào bị hạn chế

vận động sau khi sử dụng vật dạng ngẫu nhiên, có 1 vật dạng trục mạch xuôi dòng có hiện tượng co kéo gây hạn chế vận động phải phẫu thuật cắt sẹo giải phóng co kéo bằng kỹ thuật Z plasty, và khi sử dụng các đường rạch zig zag để phẫu tích cuống vật sẽ hạn chế tình trạng co kéo này. Trong khi đó tỷ lệ phục hồi chức năng vận động khi sử dụng dưới dạng trục mạch: Kết quả của Ali Rıza Yildirim (2018) [6] cho thấy trong tổng số 13 BN có KHPM NT được tạo hình bằng các vật da cân mạch thần kinh hình đảo của ngón kế cận có: 9/13 BN mức tốt, 4/13 BN mức khá. Nguyên nhân mức độ phục hồi chức năng vận động của tác giả kém hơn các tác

giả khác là do việc bóc tách bộc lộ vật các ngón kế cận đòi hỏi phạm vi bóc tách và di chuyển từ nơi cho đến nơi nhận dài hơn so với vật ngẫu nhiên nên nguy cơ sẹo co kéo cao hơn.

4.2. Ảnh hưởng của kỹ thuật của cách di chuyển đến kết quả phẫu thuật

Nhóm bệnh nhân sử dụng vật xuôi chiều ở nơi cho và nhận vật có khả năng phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng ở mức tốt cao gấp lần lượt 7,3 lần và 9,3 lần so với nhóm bệnh nhân sử dụng vật ngược chiều. Trích dẫn kết quả theo Subhash Regmi và cs (năm 2016) [7]

Tác giả	Số lượng ngón tay	Tỷ lệ gấp cứng	Tài liệu tham khảo
Adani et al.(1995)	11	27,3	
Yildirim et all (2001)	24	12,5	
Yazar et al.	70	4,3	
Alagoz et al	14	0	
Kayalar et	67	1,5	

Mặc dù cùng sử dụng vật cuống mạch hình đảo bên ngón ngược dòng để tạo hình KHPM BNT tỷ lệ trung bình của biến chứng gấp ngón tay là 4%, tuy nhiên khả năng phục hồi vận động ở các báo cáo có sự khác nhau. Do đó tác giả cũng đưa ra khuyến cáo: Sử dụng kỹ thuật phẫu thuật khéo léo cùng với các chỉ tiêu nhỏ dẫn đến giảm hình thành sẹo sau mổ giúp cho quá trình phục hồi chức năng vận động sau mổ tốt hơn.

4.3. Ảnh hưởng của thời gian đến khả năng phục hồi vận động

Kết quả bảng 3.3 cho thấy Sau mổ 1-3 tháng có 87 BN phục hồi vận động nơi cho vật mức độ tốt, 7 BN là từ khá trở xuống. Sau mổ 6 tháng có 91 BN phục hồi vận động

nơi cho vật ở mức độ tốt, 3 BN là từ khá trở xuống. Kiểm định McNemar sử dụng phân phối nhị thức cho thấy có sự khác nhau về tỉ lệ mức độ phục hồi vận động nơi cho vật tại 2 thời điểm sau mổ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Sau mổ 1-3 tháng có 84 BN phục hồi vận động nơi nhận vật mức độ tốt, 10 BN là từ khá trở xuống. Sau mổ 6 tháng có 90 BN phục hồi vận động nơi nhận vật ở mức độ tốt, 4 BN là từ khá trở xuống. Kiểm định McNemar sử dụng phân phối nhị thức cho thấy có sự khác nhau về tỉ lệ mức độ phục hồi vận động nơi nhận vật tại 2 thời điểm sau mổ là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Theo kết quả nghiên cứu của Annika

Arsalan-Werner và cộng sự (2019) [8] trong tổng số 29 ngón tay được tạo hình bằng vật cuống mạch hình đảo bên ngón có 26/29 ngón phục hồi chức năng vận động khớp liên đốt xa mức bình thường. Tác giả cũng nhận thấy thời gian theo dõi càng dài khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân càng tốt.

V. KẾT LUẬN

Nguồn nuôi vật ngẫu nhiên có tỷ lệ phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng tại cả 2 nơi cho vật và nhận vật ở mức tốt (72.7%; 74.8%) cao hơn ở nhóm từ khá trở xuống (55.6%; 41.7%). Nhóm bệnh nhân sử dụng vật xuôi chiều ở nơi cho và nhận vật có khả năng phục hồi chức năng vận động trước mổ 3 tháng ở mức tốt cao gấp lần lượt 7,3 lần và 9,3 lần so với nhóm bệnh nhân sử dụng vật ngược chiều, những sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Thời gian theo dõi càng dài khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân càng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bugni, T.S., and Ireland, C.M., Marine-derived fungi: a chemically and biologically diverse group of microorganisms. *Natural Product Reports* (2004), 21: p143-163.
1. Libberecht K, Lafaire C, Hee R V (2006). Evaluation and Functional Assessment of Flexor Tendon Repair in the Hand. *Acta chir belg*, 2006, 106, 560-565.
2. Phùng Ngọc Hòa (2016), khám Khám chi trên, chi dưới, Bài giảng triệu chứng học Ngoại khoa, Nhà xuất bản y học, tr 77-92.
3. Masmejean E, Robert N (2009). Le "reposition flap": Une alternative a la regularisation lors des amputations distales des doigts. These pour le diplome d'etat de docteur en medecine, D.E.S chirurgie generale universite Paris val-de-marne faculte de medecine de creteil, Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2009, Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2009.
4. Atasoy E, Ioakimids E, MORTON L. Kasdan, et al. (1970). Reconstruction of the Amputated Finger Tip with a Triangular Volar Flap *J Bone Joint Surg Am*, 52(5), pp 921-926.
5. Karjalainen T, S.J. Sebastin†, Chee K G, et al. (2019). Flap Related Complications Requiring Secondary Surgery in a Series of 851 Local Flaps Used for Fingertip Reconstruction. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume)*, 24(1), 24-29
6. Yildirim A R, İğde M, Tapan M, et al. (2018). Littler Flap: A reliable option in soft tissue defects of different fingers. *Cumhuriyet Medical Journal, original research*, 38(4), 332-339.
7. Regmi S, Gu J-x, Zhang N-c, et al. (2016). A Systematic Review of Outcomes and Complications of Primary Fingertip Reconstruction Using Reverse-Flow Homodigital Island Flaps. *Aesthetic Plast Surg*, Apr, 40(2), 277-283.
8. Arsalan-Werner A, Brui N, Mehling I, et al. (2019). Long-term outcome of fingertip reconstruction with the homodigital neurovascular island flap. *Arch Orthop Trauma Surg*, 139(8), 1171-1178.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN THAI SUY CỦA BIỂU ĐỒ NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG TRONG NHÓM THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN TIỀN SẢN GIẬT TRONG 5 NĂM 2015-2020

Trần Văn Đức¹, Phạm Thị Mai Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giá trị chẩn đoán thai suy của biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung trong nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung của bệnh nhân tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ năm 2015 đến 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm các hồ sơ bệnh án của các thai phụ tiền sản giật (TSG) mang đơn thai có thai chậm tăng trưởng trong tử cung tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ năm 2015 đến hết tháng 12 năm 2020. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Giá trị chẩn đoán thai suy của biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung (CTG) nhóm 3 với độ nhạy 24,7%, độ đặc hiệu 95,9%, giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%, giá trị chẩn đoán âm tính 60,3%. Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3 và nhóm 2 với độ nhạy 81,5 %, độ đặc hiệu 64,3%, giá trị chẩn đoán dương tính 80,6%, giá trị chẩn đoán âm tính 65,6 %. **Kết luận:** CTG nhóm 2 và nhóm 3 có giá trị trong dự báo thai suy ở nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung có tiền sản giật.

Từ khóa: Tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, monitoring sản khoa.

SUMMARY

STUDY ABOUT THE DIAGNOSTIC VALUE OF FETAL DISTRESS OF CARDIOTOCOGRAPHY IN FETAL GROWTH RESTRICTION IN WOMEN WITH PREECLAMPSIA FROM 2015 TO 2020

Objectives: Study the diagnostic value of cardiotocography (CTG) for fetal distress in fetal growth restriction group in preeclampsia women at Hai Phong hospital of Obstetrics and Gynecology from 2015 to 2020. **Materials and Method:** A retrospective cohort study, include all the medical records of singleton pregnancies with preeclampsia and growth – restricted fetus at Hai Phong hospital of Obstetric Gynecology from 2015 to 31/12/2020. **Results:** Diagnostic value of fetal distress of category III CTG is 24.7% sensitivity, 95.9% specificity, 91.7% and 60.3% for positive and negative diagnostic value, respectively. When combining category III CTG and category II CTG, these are 81.5% sensitivity, 64.3% specificity, positive diagnostic value of 80.6% and negative diagnostic value of 65.6% **Conclusion:** Category II and category III CTG are valuable in prediction for fetal distress in fetal growth restriction with preeclampsia.

Keywords: preeclampsia, fetal growth restriction, cardiotocography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng bệnh lý toàn thân nguy hiểm xảy ra với tỷ lệ

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Đức

Email: Tvduc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

2-5% ở nửa sau của thai kỳ. Tổ chức Y tế ước tính rằng hơn 160.000 phụ nữ chết vì TSG mỗi năm, nó cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong những thập kỷ gần đây[1]. Tiền sản giật có thể gây những biến chứng nặng như: Sản giật, rau bong non, rối loạn đông máu, suy gan, suy thận, chảy máu, phù phổi cấp, thai chậm phát triển, thai suy thậm chí có thể gây chết thai, nếu không được xử trí kịp thời. Để hạn chế được những biến chứng do TSG gây ra đối với thai nhi, có nhiều phương pháp thăm dò để đánh giá tình trạng phát triển và sức khỏe của thai nhi trong tử cung ở thai phụ TSG nhằm phát hiện sớm biến chứng và xử trí kịp thời. Trong đó, monitoring sản khoa phương pháp dễ làm, có độ nhạy cao. Với mong muốn cung cấp một công cụ hữu ích giúp các bác sĩ sản khoa thực hành đánh giá thai suy, chúng tôi sử dụng phân loại monitoring sản khoa của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ năm 2009 (American College of Obstetricians and Gynecologists) để thực hiện đề tài này với mục tiêu : (thiếu động từ hành động): Giá trị chẩn đoán thai suy của biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung trong nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung của bệnh nhân tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ năm 2015 đến 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các hồ sơ bệnh án của các thai phụ TSG mang đơn thai có thai chậm tăng trưởng trong tử cung tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ năm 2015 đến hết tháng 12 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Tuổi thai từ 28 tuần trở lên (tuổi thai được tính theo ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng hoặc siêu âm thai dưới 12 tuần). Thai phụ mang đơn thai, thai sống, được chẩn đoán là Tiền sản giật, thai có cân nặng ước lượng trên siêu âm nhỏ hơn bách phân vị 10 theo tuổi thai, được theo dõi monitoring trước khi kết thúc thai kì, kết thúc thai kì tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai, đa ối, thai bất thường, có tiền sử có các bệnh: tim mạch, bệnh thận, tăng huyết áp, Basedow, đái tháo đường, thai phụ kết thúc thai kì tại Bệnh viện khác và chuyển về Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng điều trị tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện không xác suất: lấy tất cả những trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Các biến số trong nghiên cứu: Phân loại tiền sản giật (TSG): TSG phân làm 2 loại là TSG nặng và TSG nhẹ theo bảng phân loại của Hội Sản Phụ Khoa Mỹ (2013)[2]. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (CTTTTC): gọi là thai CTTTTC khi trẻ sinh ra có cân nặng nằm dưới đường bách phân vị thứ 10 của biểu đồ phát triển cân nặng thai nhi theo tuổi thai Intergrow 21th (WHO) [3]. Thai suy: Trong nghiên cứu này chỉ dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng để có thể áp dụng cho các tuyến cơ sở, đánh giá thai suy bằng kiểm tra trẻ sơ sinh sau để dựa theo tiêu chuẩn của Ủy Ban Quốc Tế về hồi sức sơ sinh (ILCOR) và tiêu chuẩn lâm sàng của WHO [4]. Phân loại biểu đồ tim thai theo ACOG 2009 [5]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ thai suy trong từng nhóm CTG

CTG	Thai suy		Không thai suy		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nhóm 3 (bệnh lí)	44	91,7	4	8,3	48	17,4
Nhóm 2 (nghỉ ngơi)	101	76,5	31	23,5	132	47,8
Nhóm 1 (bình thường)	33	34,4	63	65,6	96	34,8
Tổng	178	64,5	98	35,5	276	100
P	< 0,001		< 0,001			

Nhận xét: Tỷ lệ thai suy ở bệnh nhân có CTG nhóm 3 là 91,7 %. Tỷ lệ thai suy ở bệnh nhân có CTG nhóm 2 là 76,5 %. Tỷ lệ thai suy ở bệnh nhân có CTG nhóm 1 là 34,4 %. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 3.2. Mối liên quan tỷ lệ thai suy với các nhóm CTG và tình trạng bệnh lí TSG

		Suy thai		Không suy thai		OR p
		n	%	n	%	
CTG nhóm 3	TSG nặng	31	100	0	0	OR = 1,3 (1,005 – 1,702) P=0,012
	TSG không có dấu hiệu nặng	13	76,5	4	23,5	
CTG nhóm 1 và 2	TSG nặng	106	63,9	60	36,1	OR = 2,1 (1,187-3,878) P= 0,01
	TSG không có dấu hiệu nặng	28	45,2	34	54,8	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có CTG nhóm 3, có kèm TSG nặng tỷ lệ thai suy là 100% lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng 76,5% với $p < 0,05$. OR = 1,3 (1,005-1,702). Trong nhóm bệnh nhân có CTG nhóm 1 và nhóm 2, có kèm TSG nặng có tỷ lệ thai suy là 63,9 % cao hơn nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (45,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3

CTG	Suy thai (n)	Không suy thai (n)	Tổng (n)	ĐN (+)	ĐĐH (%)	GT(+) (%)	GT(-) (%)
Nhóm 3	44	4	48	24,7	95,9	91,7	41,2
Nhóm 1 và 2	134	94	228				
Tổng	178	98	276				

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3 có độ nhạy là 24,7%, độ đặc hiệu là 95,9%

Bảng 3.4. Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 2 và nhóm 3

CTG	Suy thai	Không suy thai	Tổng	ĐN (+)	ĐDH (%)	GT(+) (%)	GT(-) (%)
	N	N	N				
Nhóm 2+3	145	35	180	81,5	64,3	80,6	65,6
Nhóm 1	33	63	96				
Tổng	178	98	276				

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 2 + 3 có độ nhạy là 81,5%, độ đặc hiệu là 64,3 %

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu của bảng 3.1 cho thấy, ở bệnh nhân có CTG nhóm 3 tỉ lệ thai suy rất cao chiếm 91,7%, trong khi những bệnh nhân có CTG nhóm 2 tỉ lệ thai suy 76,5% và CTG nhóm 1 tỉ lệ thai suy 34,4%. Theo nghiên cứu Trần Hải Yến (2019) Tỷ lệ thai suy ở CTG nhóm 3 là 75%, CTG nhóm 2 là 55,1% và CTG nhóm 1 là 10,9% [6]. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Trần Hải Yến là do đối tượng nghiên cứu khác nhau nghiên cứu của Trần Hải Yến đối tượng nghiên cứu là thai quá ngày dự kiến sinh và không có bệnh lý toàn thân kèm theo do đó tỉ lệ thai suy ở từng nhóm CTG có thấp hơn.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy trong cùng CTG nhóm 3 tỉ lệ thai suy trong nhóm TSG nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Tương tự với CTG nhóm 1 và nhóm 2 tỉ lệ thai suy ở nhóm TSG nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Như vậy TSG nặng cũng là yếu tố nguy cơ của thai suy với OR = 1,3 ở CTG nhóm 3 và OR = 2,1 ở CTG nhóm 1 và nhóm 2. NTT biểu hiện sự đáp ứng của thai đối với những điều kiện tồn tại trong tử cung và phản ánh sự cung cấp oxy, các chất dinh dưỡng qua hệ thống tuần hoàn tử cung rau

thai. khi có nguyên nhân làm nồng độ oxy và áp suất trong máu mẹ thay đổi sẽ ảnh hưởng đến nồng độ oxy trong máu thai. Khi thai khỏe mạnh có thể chịu đựng thiếu oxy tạm thời nhờ khả năng đáp ứng và bù trừ như ưu tiên cung cấp oxy cho những cơ quan quan trọng như não, tim, tăng khả năng phân giải, tiếp nhận oxy và khả năng đáp ứng của hệ thống thần kinh thực vật làm cho NTT thay đổi tạo nên tần số và độ dao động của NTT. Nhưng khả năng đáp ứng này bị giảm hoặc mất khi thai suy biểu hiện bằng giảm độ dao động và thay đổi tần số của NTT. Trong nghiên cứu này thực hiện trên đối tượng thai chậm tăng trưởng trong tử cung ở bệnh nhân tiền sản giật do vậy sự cấp máu của hệ tuần hoàn tử cung rau thai giảm dần theo tình trạng bệnh lý của thai phụ, thai nhi trong tình trạng thiếu dinh dưỡng và oxy mạn tính do vậy tỉ lệ thai suy cao ngay cả khi CTG chưa có biểu hiện bất thường. Từ kết quả nghiên cứu này cũng như tham khảo các nghiên cứu khác cho thấy rằng CTG có giá trị rất lớn trong dự báo thai suy, khi CTG bất thường tỉ lệ thai suy trên 90% có thể lên đến 100% ở nhóm thai TSG nặng. Tuy nhiên tỉ lệ thai suy có khác nhau tùy theo tình trạng bệnh của thai phụ mặc dù trong cùng 1 nhóm CTG.

Bảng 3.3 cho thấy giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3 với độ nhạy, độ đặc

hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 24,7%, 95,9%, 91,7% và 41,2%. Bảng 3.4 cho thấy giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 2 và nhóm 3 với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 81,5%, 64,3%, 80,6% và 65,6%. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3 với độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu rất cao và giá trị chẩn đoán dương tính cao. Điều này có nghĩa rằng nếu chỉ dựa vào CTG nhóm 3 để chẩn đoán thai suy sẽ bỏ sót rất nhiều vì độ nhạy chỉ đạt 24,7%. Nhưng ý nghĩa nằm ở giá trị chẩn đoán dương tính có nghĩa là nếu có CTG nhóm 3 tỷ thai suy đến 95,7%. Tuy nhiên khi xét cả CTG nhóm 2 và nhóm 3 giá trị chẩn đoán thai suy với độ nhạy cao 81,5% và độ đặc hiệu 64,3%. Điều này chứng tỏ rằng ở bệnh nhân TSG nếu chỉ xét CTG nhóm 3 là nhóm bệnh lý để chẩn đoán thai suy sẽ bỏ sót rất nhiều các trường hợp thai suy, nếu CTG nhóm 2 cũng đưa vào trong nhóm có CTG bệnh lý có giá trị chẩn đoán với độ nhạy và đặc hiệu cao hơn. Đây là điểm khác biệt trong chẩn đoán thai suy của CTG ở nhóm thai bệnh lý TSG và thai nghén ở mẹ không có bệnh lý TSG. Souvik Kumar Das (2014), nghiên cứu 100 thai phụ TSG, kết quả cho thấy giá trị của thử nghiệm NTT trong dự báo trẻ sơ sinh phải vào hồi sức sau đẻ với ĐN 35,1%, ĐĐH 73%, GT (+) 43%, GT (-) 65,7% [7]. Urvashi Verma (2013), cũng nghiên cứu trên 100 thai phụ TSG ở tuổi thai > 34 tuần giá trị dự báo trẻ sơ sinh phải vào hồi sức sau đẻ của thử nghiệm NTT với ĐN, ĐĐH, GT (+), GT (-) lần lượt là 76%, 60%, 55,8%, 62,5% [8] .

V. KẾT LUẬN

Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm

3 với độ nhạy 24,7%, độ đặc hiệu 95,9%, giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%, giá trị chẩn đoán âm tính 60,3%.

Giá trị chẩn đoán thai suy của CTG nhóm 3 và nhóm 2 với độ nhạy 81,5%, độ đặc hiệu 64,3%, giá trị chẩn đoán dương tính 80,6%, giá trị chẩn đoán âm tính 65,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip N, J.C., Myers J et al. Pre- eclampsia, The Parthenon Publishing Group, London (2004), 25-135.
2. James M, Phyllis A et al, Hypertension in pregnancy. ACOG(2013), p. 2-37.
3. Đinh Thế Mỹ, Phan Trường Duyệt, Lâm sàng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội (2007), p. 10-30, 296-306.
4. Chameides L, Recommended guidelines for uniform reporting of pediatric advanced life support: the pediatric Utstein style: a statement for healthcare professionals from a task force of the American Academy of Pediatrics, the American Heart Association, and the European Resuscitation Council. . . Circulation (1995), p. 92, 2006–2020.
5. ACOG, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. ACOG practice bulletin (2009).
6. Trần Hải Yến, Nghiên cứu mối liên quan giữa monitoring sản khoa và kết cục thai kỳ ở thai quá ngày dự kiến sinh, Luận văn bác sỹ đa khoa, Trường Đại Học Y dược Hải Phòng (2020), 16-35.
7. Souvik Kumar Das and Titol Biswas, Fetal Cerebral Umbilical Doppler Ratio in Prediction of Adverse Perinatal Outcome in Patient with Preeclampsia. Journal of Medical Science and Clinical Research (2014), 2(6): p. 1438-47.
8. Urvashi Verma, et al, Coparative study of Foetal Colour Doppler versus Non Stress Test as a predictor of perinatal Outcome in High Risk Pregnancy. Obstetric & Gynecology International Journal(2015), 2(6): p. 1-5.

KẾT QUẢ FIBROSCAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN MẠN DO VIRUS VIÊM GAN B TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Phạm Thanh Hải¹, Phạm Văn Nhiên¹, Lưu Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 128 BN viêm gan do virus B mạn tính được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến cứu. Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tuổi trung bình nhóm viêm gan do virus B mạn là $49,09 \pm 14,81$. Nam chiếm đa số với 53,1%, tỉ lệ nam/nữ là 1,13/1. Nồng độ HBV-DNA trong huyết thanh trung bình $25000808,0 \pm 104893704,2$ UI/ml, có 24,67% số bệnh nhân tăng trên 2×10^5 UI/ml. Độ cứng trung bình của gan là $8,29 \pm 8,47$ (2,00 – 75,00) kPa, F0 chiếm 28,91%, F1 34,38%, F2 15,62%, F3 12,50% và F4 là 8,59%. Mức độ xơ hóa gan có mối liên quan với tuổi, giới, thời gian nhiễm virus. Ở nhóm bệnh nhân viêm gan do virus B, mức độ xơ hóa gan có mối liên quan với tải lượng virus HBV- AND và HBeAg.

Từ khoá: Fibroscan, Viêm gan mạn, Virus viêm gan B, Xơ hoá gan

SUMMARY

RESULTS OF FIBROSCAN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION AT VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email : pthanhhai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài 09.02.2022

Ngày phản biện khoa học 19.3.2022

Ngày duyệt bài 22.6.2022

Through a study of 128 chronic hepatitis B patients who were monitored and treated at Hai Phong Viet Tiep Friendship Hospital from December 2020 to August 2021, using methods of case series, prospective study. With a convenient, random sampling method, we draw the following conclusions: The average age of the group of patients with chronic hepatitis B virus is 49.09 ± 14.81 years old. Males accounted for the majority with 53.1%, male/female ratio was 1.13/1. Average viral load $25000808.0 \pm 104893704.2$ UI/ml, 24.67% of patients increased over 2×10^5 UI/ml. The average hardness is 8.29 ± 8.47 (2.00 – 75.00) kPa, F0 accounts for 28.91%, F1 34.38%, F2 15.62%, F3 12.50% and F4 is 8.59%. The degree of liver fibrosis is related to age, sex, duration of viral infection. In the group of patients with hepatitis B virus, the degree of liver fibrosis is related to the viral load of HBV-DNA and HBeAg.

Keywords: Fibroscan, Chronic hepatitis, B hepatitis virus, Liver fibrosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus là tình trạng nhiễm trùng toàn thân do các virus có ái tính với gan gây ra. Viêm gan virus mạn tính được xác định khi căn nguyên virus tồn tại kéo dài trên 6 tháng [3]. Ở thời điểm hiện tại, nguyên nhân chủ yếu gây viêm gan virus mạn tính đó là virus viêm gan B (HBV).[4]. Việt Nam là quốc gia bị tác động mạnh mẽ bởi viêm gan virus mạn tính. Theo ước tính của Tổ chức y tế Thế giới, tỷ lệ viêm gan virus B mạn tính ở Việt Nam là trên 8% dân số. Kết quả nghiên cứu của Đỗ Huy Sơn tại Bình Thuận 15,3% [2], Ngô Thị Quỳnh Trang tại

Hung Yên 17,6% [1]. Ở Việt Nam, dự báo có khoảng 8 triệu người mắc viêm gan virus B mạn tính đến năm 2025 và hàng năm có khoảng 40000 người chết vì các nguyên nhân có liên quan đến viêm gan virus mạn tính [5]. Fibroscan là một kỹ thuật không xâm lấn, đánh giá mức độ xơ hoá gan thông qua đo độ cứng của gan. Fibroscane có giá trị trong chẩn đoán xác định viêm gan mạn, xơ gan tương đương sinh thiết gan. Tại Hải Phòng, hiện chưa có nhiều báo cáo về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Kết quả fibrosan ở bệnh nhân viêm gan mạn do virus viêm gan B tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*” với mục tiêu *Nhận xét kết quả fibrosan ở bệnh viêm gan mạn do virus viêm gan B tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, thời gian từ tháng 12/2020 đến 8/2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu bao gồm 128 bệnh nhân (BN) viêm gan mạn tính do virus viêm gan B đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 08

năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm có tiền sử mắc viêm gan virus B, có những biểu hiện đợt cấp viêm gan, HBsAg và/hoặc AND-HBV dương tính kéo dài trên 6 tháng, được làm fibroscan, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân kèm mắc viêm gan mạn do các nguyên nhân khác, hoặc mắc kèm các bệnh gan mạn tính khác (xơ gan, ung thư gan...)

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện

Các chỉ tiêu nghiên cứu. Bao gồm tuổi, thời gian mắc bệnh viêm gan virus B, định lượng nồng độ HBV-DNA huyết thanh bằng phương pháp realtime PCR được chia theo các mức: <300 U/ml, $3 - <2 \times 10^4$ UI/ml, $2 \times 10^4 - 2 \times 10^5$ UI/ml, $> 2 \times 10^5$ UI/ml, fibroscane và HBeAg.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 08 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

	18 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	>60	+
n	12	29	27	22	38	128
%	8.0	19.33	18.0	14.67	25.33	100

Tuổi trung bình viêm gan B là $49,09 \pm 14,81$. Các bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 30 -50.

Bảng 2. Nồng độ HBV – DNA huyết thanh

	< 300 UI/ml	$3 \times 10^2 - < 2 \times 10^4$ UI/ml	$2 \times 10^4 - 2 \times 10^5$ UI/ml	$> 2 \times 10^5$ UI/ml	=
n	83	16	5	24	128
%	(55,33%)	(10,67%)	(3,33%)	(16,00%)	100.00
Trung bình $3,78 \pm 1,29 \times 10^4$					

Nồng độ HBV – DNA huyết thanh trung bình của BN nghiên cứu là $3.78 \pm 1,29 \times 10^4$ UI/ml, cao nhất ở nhóm có nồng độ HBV – DNA < 300 UI/ml có 83 Bn chiếm 55,33%.

Bảng 3. Kết quả Firoscan ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn tính

	F0	F1	F2	F3	F4	+
N	37	44	20	16	1	128
%	28.91	34.38	15.62	12.50	8.59	100.00
Trung bình $8,29 \pm 8,47$ (2,00 – 75,00) kPa						

Độ cứng trung bình của nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn tính là 8.29 ± 8.47 (2.00 – 75.00) kPa, trong đó nhóm F1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,38%, (44 BN).

Bảng 4. Đối chiếu giữa mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính và tuổi

Nhóm tuổi Mức độ xơ hóa	18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	≥ 60	Tổng (%)	P
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
F0	8 (6,25)	13(10,16)	7(5,47)	5(3,91)	4(3,12)	37(28,91)	0,015
F1	2(1,56)	13(10,16)	9(20,45)	5(11,36)	15(11,72)	44(34,38)	0,001
F2	2(1,56)	0(0,00)	8(6,25)	3(2,34)	7(5,47)	20(15,62)	0,016
F3	0(0,00)	2(1,56)	3(2,34)	4(3,12)	7 (5,47)	16(12,50)	0,001
F4	0(0,00)	1(0,67)	0(0,00)	5(3,91)	5(3,91)	11(8,59)	0,028
Tổng	12(9,38)	29(22,67)	27(21,09)	22(17,19)	38(29,69)	128(100)	0,001

Kết quả nghiên cứu cho thấy các mức độ xơ hoá của gan đều tập trung cao ở độ tuổi trung niên. F0 (30-39 tuổi chiếm 10,16%), F1 (40-49 tuổi chiếm 20,45%), F2 (40-49 tuổi chiếm 6,25%0..

Bảng 5. Đối chiếu giữa mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính và giới

Giới Mức độ xơ hóa	Nam		Nữ		Tổng (%)	P
	n	%	n	%		
F0	13	10,16	24	18,75	37 (28,91)	0,071
F1	25	19,53	19	14,84	44 (34,38)	0,036
F2	12	9,38	8	6,25	20 (15,63)	0,037
F3	11	68,75	5	3,91	16 (12,50)	0,134
F4	6	4,69	5	3,91	11 (8,59)	0,037
Tổng	67	52,34	61	47,66	128	0,038

Có 67 BN nam chiếm 52.34 %, tỷ lệ nam/nữ chiếm 1.1/1.

Bảng 7. Đối chiếu mức độ xơ hóa gan và thời gian mắc viêm gan mạn do virus viêm gan B

Thời gian Mức độ	< 5 năm	≥ 5 năm	P	OR (CI 95%)
	n(%)	n(%)		
F0 – F1 – F2	65 (50,78)	36 (28,12)	0,021	10,3
F3 – F4	4 (3,12)	23 (17,98)		
Tổng	69 (53,91)	59 (46,09)		

Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có 65 BN có mức xơ hoá gan F0, F1, F2 và 4 BN có mức xơ hoá gan F3, F4. Trên 5 năm có 36 BN có mức xơ hoá gan F1, F0, F2 và 23 BN có mức xơ hoá F3, F4. .

Bảng 8. Đối chiếu mức độ xơ hóa gan và nồng độ HBV – DNA

Nồng độ HBV-DNA (UI/ml) Mức độ xơ hóa	< 300	300 – < 2 x 10 ⁴	2 x 10 ⁴ - < 2 x 10 ⁵	≥ 2 x 10 ⁵	P
	n%	n%	n%	n%	
F0	25(19,53)	5(3,91)	0(0,00)	7(5,47)	0,008
F1	25(19,53)	9(7,03)	3(6,82)	7(5,47)	0,007
F2	14(10,94)	0(0,00)	1(0,78)	5(3,91)	0,001
F3	11(8,59)	1(0,78)	0(0,00)	4(3,13)	0,007
F4	8(6,25)	1(0,78)	1(0,78)	1(0,78)	0,004
Tổng	83(64,84)	16(12,50)	5(3,91)	24(18,75)	0,006

Nhóm BN có nồng độ HBV-DNA < 300 UI/ml có 83 Bn chiếm 64,84%. Nhóm thấp nhất có nồng độ HBV – DNA 2 x 10⁴ - < 2 x 10⁵ có 5 BN chiếm 3.91%.

Bảng 9. Đối chiếu mức độ xơ hóa gan và xét nghiệm HBeAg

Mức độ xơ hóa HBeAg	Âm tính	Dương tính	P
	n (%)	n (%)	
F0	26 (20,31)	11 (8,59)	0,012
F1	39 (30,47)	5 (3,91)	0,017
F2	16 (12,50)	4 (3,12)	0,038
F3	14 (10,94)	2 (1,56)	0,048
F4	10 (7,81)	1 (0,78)	0,102
Tổng	105 (82,03)	23 (17,97)	0,033

Có 105 Bn có HBeAg (-) chiếm 82,03%, trong đó chủ yếu là F2 (30,47%). Trong khi có 23 BN có HBeAg (+) chiếm 17,97%, trong đó chủ yếu là F1 chiếm 8,59%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $49,09 \pm 14,81$. Các bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 30 -50. Kết quả này phù hợp với kết quả của Đỗ Huy Sơn [2]. Chúng tôi cũng nhận định rằng tuổi mắc virus viêm gan B thường tập trung ở lứa tuổi lao động, lứa tuổi trung niên, lứa tuổi tham gia hoạt động xã hội và giao lưu nhiều.

Nồng độ HBV-DNA huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3.78 \pm 1,29 \times 10^4$ UI/ml, trong đó số BN có nồng độ < 300 UI/ml chiếm cao nhất là 83 BN chiếm 55,33%. Kết quả này cũng tương đương kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [4][1].

Fibroscan là một thăm dò không xâm lấn, có giá trị tương đương kết quả sinh thiết trong chẩn đoán viêm gan mạn tính và xơ gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ cứng trung bình của gan là 8.29 ± 8.47 (2.00 – 75.00) kPa, trong đó nhóm F1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,38%. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu [3][5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự liên quan giữa mức độ xơ hóa gan và tuổi với $P < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, độ tuổi cao tập trung vào tuổi trung niên. Về mối liên quan giữa mức độ xơ hoá và giới, kết quả nghiên cứu cho thấy có 67 BN nam chiếm 52.34 %, tỷ lệ nam/nữ chiếm 1.1/1. Nữ có 61 BN chiếm 47.66%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$. Theo chúng tôi nam mắc nhiều hơn nữ là do nam giới có hoạt động xã hội nhiều hơn, rộng hơn so với nữ, ngành nghề lao động cũng đa dạng và

khó khăn hơn so với nữ. Đối chiếu mức độ xơ hóa gan và nồng độ HBV – DNA nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt giữa nồng độ virus viêm gan B với mức độ xơ hoá gan. Điều này dễ hiểu vì virus là nguyên nhân trực tiếp gây tổn thương gan.

Đối chiếu thời gian mắc bệnh với mức độ xơ hoá của gan, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có 65 BN có mức xơ hoá gan F0, F1, F2 và 4 BN có mức xơ hoá gan F3, F4. Trên 5 năm có 36 BN có mức xơ hoá gan F1, F0, F2 và 23 BN có mức xơ hoá F3, F4 với $P < 0.05$, OR = 10.3, như vậy số bệnh nhân có mức độ xơ hoá gan là F3 và F4 có thời gian mắc trên 5 năm cao nhất.

Đối chiếu mức độ xơ hóa gan và xét nghiệm HBeAg: HBeAg (+) chứng tỏ virus viêm gan đang hoạt động, tuy nhiên HBeAg (-) không thể nói là con virus viêm gan đó chưa gây viêm gan mạn. Trong nghiên cứu có 105 BN có HBeAg (-) chiếm 82,03%, trong đó chủ yếu là F2 (30,47%). Trong khi có 23 BN có HBeAg (+) chiếm 17,97%, trong đó chủ yếu là F1 chiếm 8,59%. Đối chiếu với từng mức độ xơ hoá cho thấy ở mức độ F0 có 26 BN có HBeAg âm tính chiếm 20,31%, và 11 BN có HBeAg dương tính chiếm 8,59%. Nhóm F2 có 16 BN HBeAg âm tính chiếm 12,50%, 4 BN HBeAg dương tính chiếm 3,12%. Nhóm F4 có 10 BN HBeAg âm tính chiếm 7,81%, 1 Bn có HBeAg dương tính chiếm 0.78%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Mohan [2], như vậy nhóm bệnh nhân có

HBeAg (-) có tỷ lệ mắc cao hơn nhóm có HBeAg (+), điều này có thể lý giải một thực tế là virus viêm gan B có thời điểm hoạt động, khi đó HBeAg (+), có thời điểm lại nghỉ không phân chia, khi đó HBeAg (-). Chính vì vậy, trên lâm sàng nếu bệnh nhân có HBeAg (-) không có nghĩa là virus viêm gan B chưa gây bệnh viêm gan.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 128 BN viêm gan virus B mạn tính được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tuổi trung bình của bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính là $49,09 \pm 14,81$ tuổi. Nam chiếm 53,1%, tỉ lệ nam/ nữ là 1,13/1

Nồng độ HBV-DNA huyết thanh trung bình là $3,78 \pm 1,29 \times 10^4$ UI/ml, trong đó có 83 bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA < 300 UI/ml chiếm 55,33%. Có 24 bệnh nhân chiếm 16,00% tăng trên 2×10^5 UI/ml.

Kết quả fibroscane gan cho thấy: độ cứng trung bình là $8,29 \pm 8,47$ (2,00 – 75,00) kPa, trong đó F0 chiếm 28,91%, F1 34,38%, F2 15,62% , F3 12,50% và F4 là 8,59%.

Mức độ xơ hóa của gan đều tập trung cao ở độ tuổi trung niên, từ 30 – 39 tuổi. Ở các mức độ xơ hoá gan có sự khác biệt giữa nam

và nữ. Thời gian nhiễm virus viêm gan B trên 5 năm có nguy cơ gây mức độ xơ hoá gan F3 , F4 cao hơn mức F0, F1, F2 là 10,3 lần.

Có 105 BN có HBeAg (-) chiếm 82,03%, trong khi có 23 BN có HBeAg (+) chiếm 17,97%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$, như vậy ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính, mức độ xơ hóa gan có mối liên quan với HBeAg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Quỳnh**, "Xác định tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B và viêm gan C trong huyết thanh người tại một số xã vùng đồng bằng Bắc Bộ Việt Nam", Luận văn Thạc sỹ khoa học (2012)- Trường Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. **Đỗ Huy Sơn**, " Epidemiology of Hepatitis B and C Virus Infections and Liver Cancer in Vietnam.", Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology. (2015) 5(1), 49 – 51
3. **Trần Thị Khánh Tường**, "Viêm gan mạn", Bài giảng sau đại học - Trường Đại học Y Dược Phạm Ngọc Thạch. (2016)
4. **Mohan, P. Khan et al**, "Chronic Hepatitis", Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, (2018), 413 - 416.
5. **Rima Fawaz Maureen Jonas**, "Acute and Chronic Hepatitis", Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. (2021), Six edition 819 - 837.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TUỔI, GIỚI VÀ BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phạm Vinh Quang², Phạm Văn Trung^{1,2}
Ngô Thị Mai Lan³, Cao Anh Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mối liên quan giữa tuổi, giới và bệnh ung thư tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Tần suất phân bố ung thư tuyến giáp theo lứa tuổi khá rộng, bệnh nhân nhỏ nhất là 13 tuổi và già nhất 79 tuổi. Bằng cách cộng dồn tần suất để có được dấu hiệu bệnh giữa hai nhóm lành tính và ác tính ở lứa tuổi ≥ 50 và < 50 có ý nghĩa với $p < 0,05$. Phân bố bệnh lý tuyến giáp ở hai giới khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.0000$. So sánh hai tỉ lệ bệnh lành tính và ác tính gặp trong hai giới, ta thấy: các cặp tỉ lệ xuất hiện bệnh lành và ác tính giữa hai giới khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.05$. UTTG có thể gặp cả ở hai giới. Tỉ lệ UTTG gặp ở nữ cao hơn nam khoảng hai lần (2.2/1) (68.7% so với 31.3%). Tỉ lệ nam mắc UTTG cao gấp gần 5 lần (4.9 lần) so với tỉ lệ nam mắc bệnh lành tính tuyến giáp (31.3% so với 6.3%). **Kết luận:** Không có sự liên quan giữa giới tính với tình trạng tái phát, di căn và tỉ lệ tử vong của các bệnh nhân UTTG, ($p > 0.05$).

Từ khóa: tuổi, giới, ung thư tuyến giáp

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN AGE GENDER AND THYROID CANCER

Objective: new description related to age, sex and prostate cancer. **Subjects and methods:** Including 293 patients regardless of age, gender, healthy or malignant thyroid disease treated at the Department of Thoracic Surgery - Vascular - Endocrinology Hospital 103 from 2003-2007. The method was a clinical descriptive study. **Results:** The incidence of thyroid cancer was fairly wide at age 13, and the oldest was 79 years. By increasing the incidence of signs of disease between benign and malignant groups at age 50 and < 50 significant for $p < 0.05$. The distribution of thyroid disease in the sexes was statistically significant, with $p < 0.0000$. Comparing the two rates of benign and malignant disease in two sexes, we found that the rates of both benign and malignant malformations were statistically significant, with $p < 0.05$. UTTG can be found in both sexes. The prevalence of obstructive pulmonary disease in women is about twice as high as in men (2.2/1) (68.7% vs. 31.3%). The incidence of meningococcal disease is five times higher (4.9 times) than the rate of men with thyroid disease (31.3% vs. 6.3%). **Conclusions:** There was no correlation between sex, recurrence, metastasis and mortality among patients with MTCT, ($p > 0.05$).

Key words: age, gender, thyroid cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp chiếm 90% các loại ung thư của hệ thống nội tiết [1] và khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư [2]. Tỉ lệ

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

³Bệnh viện Công an Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

tử vong do ung thư tuyến giáp chiếm tới 63% các trường hợp chết do ung thư của hệ thống nội tiết [1].

Mặc dù tuyến giáp nằm ở ngay vùng cổ trước, rất thuận lợi cho việc phát hiện bệnh sớm, nhưng trên thực tế, đa số bệnh nhân ung thư tuyến giáp thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, hoặc đã được điều trị lần đầu không triệt để, đúng phác đồ do chẩn đoán nhầm giữa u lành và ung thư vì ở giai đoạn đầu các triệu chứng của ung thư tuyến giáp hết sức nghèo nàn, không đặc hiệu [1],[3]. Việc đánh giá mối liên quan giữa tuổi và giới liên quan đến bệnh ung thư tuyến giáp là hết sức quan trọng, giúp bác sỹ lâm sàng chẩn đoán sớm và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

Mô tả mối liên quan giữa tuổi, giới và bệnh ung thư tuyến giáp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

+ Chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

+ Không bị các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc ung thư khác.

*** Tiêu chuẩn loại trừ :**

+ Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, không có chẩn đoán mô bệnh học, bệnh nhân không

đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc bệnh ung thư khác.

+ Ung thư tuyến giáp thứ phát do di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng.

2.2.1. Cỡ mẫu/chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.2. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng: lành tính, ác tính, di căn....

2.2.3. Thu thập số liệu: 95 BN bướu giáp lành tính, 198 ung thư tuyến giáp

- BN được khám lại sau mổ qua khoảng thời gian (1-5 năm)

- Đánh giá tái phát, di căn, tử vong theo tuổi và giới

2.2.4. Xử lý số liệu:

Sử dụng chương trình EPIINFO 6.04 và kết hợp với bộ môn toán tin - Học viện Quân y để xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y học. So sánh hai tỷ lệ, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Để khảo sát sự tương quan giữa hai biến X và Y có phân phối chuẩn theo n cặp giá trị quan sát X_i, Y_i , ta tính hệ số tương quan theo công thức:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2 \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}}$$

Tra bảng hệ số tương quan r với bậc tự do là $(n - 2)$ ta được giá trị r_{α} .

- $|r| \geq 0,7$ tương quan rất chặt. $0,5 \leq |r| \leq 0,7$ tương quan khá chặt.

- $0,3 \leq |r| \leq 0,5$ tương quan vừa. $|r| \leq 0,3$ tương quan không đáng kể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
10-20	2	2,1	5	2,5	7	2,4
21-30	8	8,4	25	12,6	33	11,3
31-40	16	16,8	44	22,2	60	20,5
41-50	17	17,9	46	23,2	63	21,5
51-60	28	29,	40	20,2	68	23,2
>61	24	25,3	38	19,2	62	21,2
Cộng	95	100,0	198	100,0	293	100,0
Trung bình	50,4 ± 13,6		46,9 ± 14,9		48,1 ± 14,6	
So sánh (p)	p < 0.05					

Nhận xét: - Ung thư tuyến giáp có thể gặp ở mọi lứa tuổi.

- BN nhỏ nhất là 13 tuổi và già nhất 79 tuổi. Bằng cách cộng dồn để có được dấu hiệu bệnh giữa hai nhóm lành tính và ác tính ở lứa tuổi ≥ 50 và < 50 có ý nghĩa với $p < 0,05$. Số liệu cộng dồn từ bảng 3.1 được trình bày ở bảng 3.2.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh tuyến giáp ở lứa tuổi < 50 và ≥ 50

Tuổi	Chẩn đoán GPB		Cộng
	Lành tính	Ác tính	
< 50t	43(45.2%)	120(60.6%)	163
≥ 50 t	52(54.8%)	78(39.4%)	130
Cộng	95	198	293
p < 0.05			

Nhận xét: phân bố tuổi với mốc < 50 và ≥ 50 giữa hai nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$. Đối với nhóm ác tính, tần suất mắc bệnh ở lứa tuổi < 50 cao gần gấp đôi so với lứa tuổi ≥ 50 (60.6% so với 39.4%).

Bảng 3.3. Liên quan nhóm tuổi với tái phát, di căn, tử vong (n =198)(nhóm ác tính)

Nhóm tuổi	Bệnh nhân		Tái phát		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 20	5	2,5	1	0,50	1	0,5	1	0,5
21 - 30	25	12,6	5	2,52	1	0,5	2	1,0
31 - 40	44	22,2	7	3,51	5	2,5	0	0
41 - 50	46	23,2	9	4,54	1	0,5	3	1,5
51 - 60	40	20,2	3	1,51	6	3,0	13	6,6
> 61	38	19,2	5	2,52	1	0,5	7	3,5
Cộng	198	100,0	30	15,10	15	7,5	26	13,1

+ Liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng tái phát:

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan: $r = 0.781$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm tuổi và tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $0.01 < p < 0.05$. Tỷ lệ tái phát cao nhất thuộc về nhóm tuổi từ 41-50 tuổi (4.54%).

- So sánh từng cặp, các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ tái phát của các nhóm tuổi khác nhau thì khác nhau.

+ Liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng di căn:

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan : $r = 0.433$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm tuổi và di căn có tương quan thuận mức độ vừa với $p < 0.05$.

Tỷ lệ di căn cao nhất thuộc về nhóm tuổi từ 51-60 tuổi (3%).

- So sánh từng cặp, các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ di căn của các nhóm tuổi khác nhau thì khác nhau.

+ Liên quan giữa nhóm tuổi và tỷ lệ tử vong:

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan: $r = 0.318$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm tuổi và tử vong có mối tương quan thuận mức độ vừa với $p < 0.05$. Tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về nhóm tuổi từ 51-60 tuổi (6.6%).

- Sử dụng so sánh từng cặp, ta có: các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$, có nghĩa là: tỷ lệ tử vong của các nhóm tuổi khác nhau thì khác nhau.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới tính

Giới	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nữ	89	93,7	136	68,7	225	76,8
Nam	6	6,3	62	31,3	68	23,2
Cộng	95	100,0	198	100,0	293	100,0
$p = 0,0000$; OR = 6,75						

Nhận xét: Phân bố bệnh lý tuyến giáp ở hai giới khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.0000$. So sánh hai tỷ lệ bệnh lành tính và ác tính gặp ở hai giới, ta thấy: các cặp bệnh lành và ác tính giữa hai giới khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.05$. UTTG có thể gặp cả ở hai giới. Tỷ lệ UTTG gặp ở nữ cao hơn nam khoảng hai lần (2.2/1) (68.7% so với 31.3%). Tỷ lệ nam mắc UTTG cao gấp gần 5 lần (4.9 lần) so với tỷ lệ nam mắc bệnh lành tính tuyến giáp (31.3% so với 6.3%).

Bảng 3.5. Liên quan giữa giới tính với tái phát, di căn, tử vong (n = 198) (nhóm ác tính)

Giới	Bệnh nhân		Tái phát		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nữ	136	68,7	21	10,6	7	3,5	11	5,5
Nam	62	31,3	9	4,5	8	4,0	15	7,6
Cộng	198	100	30	15,1	15	7,5	26	13,1

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa giới tính với tình trạng tái phát, di căn và tỉ lệ tử vong của các bệnh nhân UTTG, ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một yếu tố rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng ung thư tuyến giáp vì tuyến giáp là tuyến nội tiết, sự thay đổi về nội tiết có liên quan chặt chẽ với tuổi của người bệnh. Vai trò của chỉ số tuổi trong chẩn đoán và tiên lượng ung thư tuyến giáp đã được nhiều công trình nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước khẳng định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 về phân bố bệnh lý tuyến giáp theo lứa tuổi cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác. Phân bố tuổi giữa hai nhóm lành và ác tính khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.05$. Sự khác nhau này được thể hiện khá rõ trên biểu đồ 3.1. Trên biểu đồ này, chúng ta thấy: Ung thư tuyến giáp cũng như các bệnh lý lành tính của tuyến giáp có thể gặp ở tất cả các lứa tuổi. Tần suất phân bố ung thư tuyến giáp theo lứa tuổi khá rộng, trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ nhất là 13 tuổi và già nhất 79 tuổi. Nhận xét này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác [4],[5],[6],[7]. Ung thư tuyến giáp gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó hay gặp ở độ tuổi từ 7 - 20 và từ 40 - 65 [8]. Nghiên cứu 308 bệnh nhân ung thư tuyến giáp, Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Quốc Bảo, nhận thấy: ung thư tuyến giáp phân bố khá rộng về độ tuổi, có thể gặp ung thư tuyến giáp ở mọi lứa tuổi từ dưới 10 tuổi đến trên 70 tuổi, trong đó: 76,6% ở độ tuổi từ 40-65, đỉnh cao nhất là độ tuổi 31- 40 tuổi (29,2%) [1].

Kết quả bảng 3.1 ta thấy: Tần suất mắc bệnh của ung thư tuyến giáp ở tất cả các lứa

tuổi cao hơn so với các bệnh lý lành tính khác của tuyến giáp. Bằng cách cộng dồn tần suất các số liệu thống kê ở bảng 3.1 để tìm hiểu về tần suất xuất hiện của các bệnh lý khác nhau của tuyến giáp với mốc tuổi là 50. Kết quả nghiên cứu được thể hiện ở bảng 3.2 cho thấy: phân bố tuổi với mốc < 50 và ≥ 50 giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.05$. Đối với nhóm ác tính, tần suất mắc bệnh ở lứa tuổi < 50 cao gấp đôi so với lứa tuổi ≥ 50 (60.6% so với 39.4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều tác giả khác. Nghiên cứu của Haigh Philip I và cộng sự (2004), nhận thấy: tuổi là một yếu tố hết sức quan trọng trong chẩn đoán và gợi ý chỉ định mức độ can thiệp phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp. Kết quả nghiên cứu của tác giả cho thấy: tỉ suất chênh của lứa tuổi từ 40- 49 (0.75- 0.86) cao hơn hẳn so với lứa tuổi > 50 (0.66- 0.75); bởi vậy, cắt tuyến giáp toàn phần nên chỉ định rộng rãi hơn đối với nhóm các bệnh nhân trẻ tuổi. Tần suất mắc bệnh của cả hai nhóm lành và ác tính đều tăng dần theo tuổi, nhưng: đối với nhóm ung thư tuyến giáp, ở lứa tuổi trẻ (từ 10 - 40 tuổi) tăng nhanh hơn,. Nhận xét này của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác. Nghiên cứu của Masud Haq and Clive Harmer nhận thấy: ung thư tuyến giáp hay gặp ở người trẻ, mặc dù trẻ em và người già đều có thể bị bệnh. Tần suất mắc bệnh cao nhất của hai nhóm lành và ác tính cũng có sự khác biệt khá rõ rệt. Tần suất mắc bệnh cao nhất của nhóm ác tính ở lứa tuổi từ 41-50 (23.2%), trong khi tần suất mắc bệnh cao nhất của nhóm lành tính lại ở lứa tuổi > 61 (25.3%).

Theo Norton: lứa tuổi hay gặp UTTG là 25 - 65 tuổi, trong đó từ 40 - 65 tuổi gặp nhiều nhất [7]. Tuổi trung bình của hai nhóm

(bảng 3.1) có sự khác biệt khá rõ : tuổi trung bình của nhóm lành tính cao hơn nhóm ác tính khoảng 10 tuổi ($50,4 \pm 13,6$) so với ($46,9 \pm 14,9$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Kết quả nghiên cứu về liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng tái phát, di căn và tử vong của nhóm ác tính ($n = 198$) ở bảng 3.3 cho thấy: tình trạng tái phát, di căn và tử vong của ung thư tuyến giáp có liên quan rất chặt chẽ với tuổi của bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác: Nghiên cứu của Trần Hoà, Trần Việt Hoa (2004) cũng cho nhận xét tương tự : ung thư biểu mô tuyến giáp di căn xương chủ yếu gặp ở người >50 tuổi (77.7%). Theo Jarzab B, di căn phổi ở trẻ em gặp 3-4 lần ở người lớn, tái phát cũng có xu thế tăng cao hơn. Kết quả của chúng tôi về phân bố giới tính trong 2 nhóm (lành và ác tính) ở bảng 3.4 cho thấy: Ung thư tuyến giáp có thể gặp cả ở hai giới. Tỷ lệ ung thư tuyến giáp gặp ở nữ giới cao hơn nam giới khoảng hai lần ($2.2/1$)(68.7% so với 31.3%). Tỷ lệ nam giới mắc ung thư tuyến giáp cao gấp gần 5 lần (4.9 lần) so với tỷ lệ nam giới mắc bệnh lành tính tuyến giáp (31.3% so với 6.3%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác: Theo nghiên cứu của Trần Ngọc Tiến, tỷ lệ nam bị ung thư tuyến giáp là 30,4% cao hơn so với nam giới bị mắc các bệnh lành tính khác của tuyến giáp (13%) [6]. Tỷ lệ giải phẫu bệnh mà nữ mắc nhiều hơn nam là UTTG thể nhú (gấp 1,5 lần), UTTG thể nang gấp 2,7 lần.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nhóm tuổi 41-50;

tỷ lệ di căn và tử vong cao nhất ở nhóm tuổi 51-60. Không có liên quan giữa giới tính với tái phát, di căn và tử vong ($P>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Quốc Bảo (2002)**, “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phong pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K từ năm 1992 – 2000”, Tạp chí Y học, 431, tr . 323 - 326.
2. **David C., Sabiston Jr., Kimlyerly H. (1997)**, Textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice 15th ed, W.B. Saunders Company.
3. **Blondeau Ph. (1996)**. Chirurgie du corps thyroïde, le cancer thyroïdien, Masson Paris.
4. **Trần Minh Đức (2002)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp, Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội.
5. **Trần Trọng Kiểm (2009)**, Nghiên cứu phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp kết hợp với I^{131} điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội.
6. **Trần Ngọc Tiến (2003)**, Nghiên cứu giá trị một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Hà Nội.
7. **Norton FA., Doppman JL., Jensen RT. (1993)**, The thyroid gland, cancer of the endocrine system (chap 39) in cancer, principles and practice of oncology, 4th E. D. by Devita V.T., Jr Hellman S., Rosemberg A.S J.B. Lippincott company, pp.1333-1350.
8. **Hossfeld D. K., Sherman S. D., Love R. R. và cs. (1993)**, Ung thư học lâm sàng, Hiệp hội quốc tế chống ung thư (Nguyễn Bá Đức và cs. biên dịch), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 611 trang.

XÁC ĐỊNH MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC CHỈ SỐ SIÊU ÂM CỦA THAI CUỐI QUÝ I

Đỗ Đình Tiệp¹, Phạm Hồng Minh¹, Trần Thị Thanh Bình¹,
Khổng Thị Vân Anh¹, Phạm Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các chỉ số chiều dài đầu mông, đường kính lưỡng đỉnh, chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi và xác định mối tương quan giữa các chỉ số đó với CRL.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 201 phụ nữ mang đơn thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày không phát hiện dị tật. Các thai phụ được tiến hành siêu âm đánh giá các chỉ số chiều dài đầu mông (CRL), đường kính lưỡng đỉnh (BDP), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL) kèm theo quan sát các đặc điểm hình thái khác. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để tính các giá trị trung bình, xác định mối tương quan tuyến tính giữa chỉ số các chỉ số BDP, HC, AC, FL với CRL và xây dựng phương trình tuyến tính.

Kết quả: Giá trị trung bình của CRL là $63,60 \pm 10,94$ mm; của BDP là $22,16 \pm 3,01$ mm; của HC là $78,65 \pm 9,10$ mm; của AC là $66,17 \pm 11,83$ mm; của FL là $8,16 \pm 1,87$ mm. Các chỉ số BDP, HC, AC, FL đều có mối tương quan với chỉ số CRL, trong đó: BDP, HC và AC có mức độ tương quan vừa; còn FL có mức độ tương quan yếu.

Kết luận: Có mối tương quan tuyến tính giữa BDP, HC, AC, FL với CRL.

Từ khóa: Chiều dài đầu mông (CRL), đường kính lưỡng đỉnh (BDP), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL).

SUMMARY

DETERMINATION OF THE CORRELATION BETWEEN ULTRASOUND PARAMETERS AT THE END OF THE FIRST TRIMESTER OF GESTATION

Objective: To evaluate the parameters of crown-rump length (CRL), biparietal diameter (BDP), head circumference (HC), abdominal circumference (AC), femur length (FL), and determine the correlation between the parameters of BDP, HC, AC, and FL with CRL. **Methods:** The study was conducted on 201 single-pregnancy women from 11 weeks to 13 weeks and six days of gestation without any detected malformations. Ultrasound assessments of basic gestational age were performed to gauge CRL, BDP, HC, AC, and FL with other morphological observations. SPSS 20.0 was used to compute mean values, and determine the linear correlation between BDP, HC, AC, FL, with CRL. **Results:** The mean values of CRL, BDP, HC, AC, and FL were 63.60 ± 10.94 mm; 22.16 ± 3.01 mm; 78.65 ± 9.10 mm; 66.17 ± 11.83 mm; 8.16 ± 1.87 mm, respectively. The BDP, HC, AC, and FL parameters were in a linear correlation with the CRL, in which BDP, HC, and AC had a moderate correlation, and FL had a weak correlation. **Conclusions:** There is a linear

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tiệp
Email: ddtiep@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.02.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.03.2022
Ngày duyệt bài: 10.06.2022

correlation between BDP, HC, AC, and FL with CRL.

Keywords: Crown-rump length (CRL), biparietal diameter (BDP), head circumference (HC), abdominal circumference (AC), femur length (FL).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, siêu âm thai đã trở nên phổ biến và thường được thực hiện từ những tuần thai sớm. Túi ối được quan sát thấy từ khoảng đầu tuần 5. Đến tuần 7 thì đã có thể quan sát được cột sống thai nhi ngay trên máy siêu âm 2D. Siêu âm ở tuần 8 có thể thấy phần đầu thai nhi tách biệt khỏi thân và mầm chi đã xuất hiện. Sự phát triển hệ thống thần kinh phôi thai được quan sát rõ hơn ở tuần 10 với hình ảnh não sau là một khối trống âm trong não. Cử động thai cũng có thể thấy được trong giai đoạn này [1].

Do tính chất không rõ ràng của khoảng thời gian thụ tinh nên cần phải có một phương pháp khách quan giúp đánh giá tuổi thai và xác định thời gian dự sinh một cách chính xác nhất có thể [2], [3]. Trong các chỉ số đánh giá được ở giai đoạn đầu của thai kỳ, CRL thường được sử dụng làm tham số đánh giá tuổi thai và được coi là chính xác nhất [4], [5]. Ngoài CRL, các chỉ số BDP, HC, AC và FL cũng được đo đạc để theo dõi sự phát triển bình thường của thai [2]. Mặc dù có nhiều nghiên cứu tổng kết đã đưa ra con số trung bình cho các chỉ số trên nhưng còn thiếu những nghiên cứu xác định được mối tương quan giữa chúng [6]. Cho nên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu là xác

định mối liên quan giữa các chỉ số BDP, HC, AC, FL với chỉ số CRL và xây dựng phương trình tuyến tính liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên thai nhi của 201 phụ nữ mang đơn thai không phát hiện dị tật hình thái thai nhi ở tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày. Loại trừ khỏi nghiên cứu các trường hợp phát hiện dị tật thai, đa thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang. Thai phụ được đo các chỉ số CRL, BDP, HC, AC, FL trên máy siêu âm ALOKA Prosound SSD – 3500SX với đầu dò convex, siêu âm qua đường thành bụng. Mỗi chỉ số đo 2 lần, lấy giá trị trung bình và ghi vào phiếu thu thập số liệu. Tuổi thai được tính theo ngày cuối chu kỳ kinh với phụ nữ có vòng kinh đều hoặc tính theo phần mềm đi kèm máy siêu âm trong thời gian 3 tháng đầu nếu có sự khác biệt lớn hơn 01 tuần. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, tính giá trị trung bình, xét mối tương quan và xây dựng phương trình tuyến tính giữa các chỉ số BDP, HC, AC, FL với chỉ số CRL.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học trường Đại học Y dược Hải Phòng. Siêu âm thường quy 3 tháng đầu không làm ảnh hưởng đến sự phát triển của phôi thai. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu và danh tính được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm thai phụ trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm thai phụ trong nghiên cứu

Các chỉ số	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
Tuổi mẹ	27,34 ± 4,98	21 – 42
Số lần có thai	0,63 ± 0,53	0 – 3
Số lần sinh đủ tháng	0,59 ± 0,41	0 – 2

Nhận xét: Tuổi phụ nữ mang thai trong nghiên cứu trung bình là 27,34 ± 4,98 tuổi, đa phần mang thai lần đầu. Số lần có thai nhiều nhất là 3 lần và số lần sinh con đủ tháng nhiều nhất là 2 lần.

2. Các chỉ số CRL, BDP, HC, AC, FL của thai nhi

Bảng 2. Giá trị của các chỉ số CRL, BDP, HC, AC, FL.

Các chỉ số	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
CRL (mm)	63,60 ± 10,94	37 – 91
BDP (mm)	22,16 ± 3,01	12 – 30
HC (mm)	78,65 ± 9,10	60 – 102
AC (mm)	66,17 ± 11,83	35 – 95
FL (mm)	8,16 ± 0,74	5 – 14

Nhận xét: Chiều dài đầu mông CRL trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 37 – 91 mm, trung bình 63,60 ± 10,94 mm. Đường kính lưỡng đỉnh BDP trung bình 22,16 ± 3,01 mm. Các giá trị trung bình của HC, AC, FL lần lượt là 78,65 ± 9,10 mm; 66,17 ± 11,83 mm; 8,16 ± 0,74 mm.

3. Mối tương quan giữa chỉ số BDP, HC, AC, FL với CRL

Bảng 3. Phương trình tương quan tuyến tính giữa các chỉ số BDP, HC, AC, FL với chỉ số CRL.

Các chỉ số	Phương trình tương quan tuyến tính với CRL	r	p
BDP	BDP = 0,228 x CRL + 5,755	0,643	< 0,001
HC	HC = 0,736 x CRL + 25,779	0,731	< 0,001
AC	AC = 0,887 x CRL + 2,445	0,628	< 0,001
FL	FL = 0,142 x CRL – 2,035	0,644	< 0,001

Nhận xét: Chỉ số BDP và chỉ số CRL có tương quan tuyến tính đồng biến với $r = 0,643$ và $p < 0,001$. Mức độ tương quan tương đối chặt chẽ. Phương trình tương quan tuyến tính được biểu diễn như sau: BDP (mm) = 0,228 x CRL (mm) + 5,755.

Chỉ số HC và chỉ số CRL có tương quan tuyến tính đồng biến với $r = 0,731$ và $p < 0,001$. Mức độ tương quan chặt chẽ. Phương trình tương quan tuyến tính được biểu diễn như sau: HC (mm) = 0,736 x CRL (mm) + 25,779.

Chỉ số AC và chỉ số CRL có tương quan tuyến tính đồng biến với $r = 0,628$ và $p < 0,001$. Mức độ tương quan tương đối chặt chẽ. Phương trình tương quan tuyến tính được biểu diễn như sau: $AC \text{ (mm)} = 0,887 \times CRL \text{ (mm)} + 2,445$.

Chỉ số FL và chỉ số CRL có tương quan tuyến tính đồng biến với $r = 0,644$ và $p < 0,001$. Mức độ tương quan tương đối chặt chẽ. Phương trình tương quan tuyến tính được biểu diễn như sau: $FL \text{ (mm)} = 0,142 \times CRL \text{ (mm)} - 2,035$.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối trẻ hơn so với nghiên cứu của tác giả Wong năm 2019 [6]. Tuy nhiên, độ tuổi của cả 2 nghiên cứu đều nằm trong giới hạn độ tuổi sinh sản bình thường của phụ nữ. Các giá trị trung bình của các chỉ số nghiên cứu không có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Solomon (2003) [7].

Siêu âm các chỉ số đánh giá phôi thai trong 3 tháng đầu thai kỳ (từ khi có thai đến 13 tuần 6/7 ngày) là phương pháp chính xác nhất để xác định tuổi thai [4], [5], [8]. Nếu sử dụng chỉ số chiều dài đầu mông CRL thì độ chính xác chỉ dao động khoảng 5 ngày. Giá trị đo được của CRL trong khoảng thời gian thai kỳ càng sớm thì càng chính xác. Tuy nhiên, việc đo CRL có thể bị ảnh hưởng bởi tư thế của thai nhi dẫn đến tuổi thai theo siêu âm thay đổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số CRL đều có mối tương quan tuyến tính với các chỉ số BDP, HC, AC và FL. Mức độ tương quan đa số nằm ở mức tương đối. Riêng chỉ số HC có mối tương quan chặt chẽ với CLR. Do đó, có thể kết luận rằng

CRL là một chỉ số tốt để ước tính tuổi thai trong 3 tháng đầu thai kỳ, phù hợp với những nghiên cứu trước đó. Ngoài ra, dựa vào phương trình tuyến tính được xây dựng giữa chỉ số CRL với các chỉ số BDP, HC, AC, FL; có thể ứng dụng để tính toán chiều dài thực tế của CRL trong trường hợp tư thế thai nhi không thuận lợi cho siêu âm thai [5], [8].

Một ưu điểm của nghiên cứu là được thực hiện trên một số mẫu tương đối lớn. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ dừng lại ở đối tượng người của một thành phố nên khó có thể khái quát trên nhiều quần thể. Mặc dù vậy, cũng có nghiên cứu cho rằng không có sự khác biệt giữa các sắc tộc trong việc đánh giá tuổi thai dựa vào chiều dài đầu mông. Hơn nữa, cũng chỉ có sự chênh lệch khoảng 3,5% trong sự phát triển hệ xương của phôi thai 3 tháng đầu giữa các bà mẹ đa sắc tộc nếu những bà mẹ này có chế độ ăn đủ dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

1. Chiều dài đầu mông CRL trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 37 – 91 mm, trung bình $63,60 \pm 10,94$ mm. Đường kính lưỡng đỉnh BDP trung bình $22,16 \pm 3,01$ mm. Các giá trị trung bình của HC, AC, FL lần lượt là $78,65 \pm 9,10$ mm; $66,17 \pm 11,83$ mm; $8,16 \pm 0,74$ mm. Chỉ số CRL đáng tin cậy để xác định tuổi thai trong quý I thai kỳ.

2. Các chỉ số BDP, HC, AC, FL đều có mối tương quan tuyến tính với chỉ số CRL. Chỉ số HC có mối tương quan chặt chẽ với CLR; còn lại các chỉ số khác có mức độ tương quan tương đối chặt chẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rodgers S.K., Chang C., DeBardleben J.T. và cộng sự. (2015).** Normal and Abnormal US Findings in Early First-Trimester Pregnancy: Review of the Society of Radiologists in Ultrasound 2012 Consensus Panel Recommendations. *RadioGraphics*, 35(7), 2135–2148.
2. **Reddy U.M., Abuhamad A.Z., Levine D. và cộng sự. (2014).** Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging Workshop. *J Ultrasound Med*, 33(5), 745–757.
3. **Wegienka G. và Baird D.D. (2005).** A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *J Womens Health (Larchmt)*, 14(3), 248–252.
4. **Verburg B.O., Steegers E. a. P., De Ridder M. và cộng sự. (2008).** New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 31(4), 388–396.
5. **Caughey A.B., Nicholson J.M., và Washington A.E. (2008).** First- vs second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 198(6), 703.e1–5; discussion 703.e5-6.
6. **Soo Wong H. (2019).** Assessment of Fetal Gestational Age in the First Trimester in Normal and Abnormal Pregnancies: Which Sonographic Parameter to Use?. *Complications of Pregnancy*. IntechOpen.
7. **Salomon L.J., Bernard J.P., Duyme M. và cộng sự. (2003).** Revisiting first-trimester fetal biometry. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 22(1), 63–66.
8. **Barr W.B. và Pecci C.C. (2004).** Last menstrual period versus ultrasound for pregnancy dating. *Int J Gynaecol Obstet*, 87(1), 38–39.

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI 4 BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2021

Đỗ Thị Thanh Loan*, Vũ Mạnh Tân*, Phạm Văn Linh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang - 101 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại khoa Nội 4 – bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/ 2021 đến 10/ 2021. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu: tuổi trung bình: $78,31 \pm 7,64$; 23,76% bệnh nhân có béo bụng, tỷ lệ giảm HDL là 29,7%; 19,8% bệnh nhân có tăng triglycerid máu. 81,15% bệnh nhân có tăng huyết áp trong đó cao nhất là tăng huyết áp độ 2 (37,62%), tỷ lệ tăng huyết áp độ 3 và độ 1 lần lượt là 34,65% và 11,88%; 15,85% bệnh nhân không có tăng huyết áp. 53,46% bệnh nhân có rối loạn glucose máu trong đó 22,77% bệnh nhân bị đái tháo đường, 30,69% bệnh nhân rối loạn glucose máu lúc đói. 38,61% đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa, trong đó: 23,76% bệnh nhân có 3 thành tố của hội chứng chuyển hóa, 11,88% bệnh nhân có 4 thành tố và 2,97% bệnh nhân có 5 thành tố. Nhóm đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa có vòng bụng trung bình, nồng độ glucose máu lúc đói, nồng độ triglycerid huyết thanh và kích thước tuyến tiền liệt lớn hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$). Nhóm đối tượng nghiên cứu thừa cân béo phì có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 4,88 lần ở nhóm

không thừa cân, béo phì (CI: 2,02 – 11,76; $p < 0,05$).

Từ khóa: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, hội chứng chuyển hóa.

SUMMARY

RESEARCH METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT NO. 4 – VIET TIEP HOSPITAL 2021

A cross-sectional descriptive study on 101 patients with benign prostatic hyperplasia at Internal Medicine Department 4 in Viet Tiep Hospital from January to October, 2021. Objectives: To describe clinical, subclinical and risk factors for metabolic syndrome in research subjects. Research results: average age was 78.31 ± 7.64 ; 23.76% patients had abdominal obesity, the rate of HDL reduction was 29.7%; 19.8% had hypertriglyceridemia. 81.15% had hypertension in which the highest rate was grade-2 hypertension (37.62%), the rate of grade 3 and grade 1 hypertension were 34.65% and 11.88%, 15.85% did not have hypertension. 53.46% had dysglycemia, of which 22.77% had diabetes, 30.69% had impaired fasting blood glucose. 38.61% of study subjects had metabolic syndrome, of which: 23.76% of patients had 3 components of metabolic syndrome, 11.88% of patients had 4 components and 2.97% were 5 components. The group of study subjects with metabolic association had mean waist circumference, fasting blood glucose levels,

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Loan
Email: dttloan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 20.6.2022

serum triglyceride levels and prostate size larger than the group without metabolic syndrome ($p < 0.05$). The overweight and obese study group had 4.88 times higher risk of metabolic syndrome than the non-obese group (CI: 2.02 - 11.76; $p < 0.05$).

Keywords: benign prostatic hyperplasia, metabolic syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (metabolic syndrome - MetS) là một nhóm các rối loạn chuyển hóa bao gồm tình trạng kháng insulin, béo phì trung tâm, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp làm tăng nguy cơ các bệnh chuyển hóa và tim mạch. Các rối loạn chuyển hóa trong MetS có thể dẫn đến sự phát triển của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (benign prostatic hyperplasia - PBH) và các triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới. Mặc dù cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng nhưng kháng insulin, tăng mỡ tạng, rối loạn hormon sinh dục và phản ứng viêm tế bào đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của PBH. Vì vậy, việc tiếp cận và quản lý hội chứng chuyển hóa ở nhóm đối tượng này ngày càng quan trọng. Hiện tại, ở Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt điều trị tại khoa Nội 4 bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2021.*

2. *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

101 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, điều trị tại khoa Nội 4 - bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt > 30 gam đo trên siêu âm đường trên xương mu.

2.2 Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.3 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt từ 01/01/2021 đến 31/10/2021. Chúng tôi chọn được 101 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Lâm sàng: tuổi, địa dư, thói quen hút thuốc, uống rượu bia, vòng bụng, huyết áp, chiều cao, cân nặng, tính BMI. Cận lâm sàng: glucose máu lúc đói, triglycerid, HDL, đo kích thước tuyến tiền liệt trên siêu âm đường trên xương mu. Nhóm nghiên cứu sử dụng các tiêu chuẩn: tiêu chuẩn chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo VUNA 2014, tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp theo WHO 2004, phân độ tăng huyết áp theo JNC VI 1996, tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì dựa vào BMI cho người châu Á theo IDF 2005, tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo WHO 1998.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thống kê y học dựa trên chương trình phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Việc nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, bộ môn Nội – trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	n = 101	Tỷ lệ (%)
< 60	2	1,98
60 – 69	14	13,86
70 – 79	31	30,69
≥ 80	54	53,47
Tuổi trung bình	78,31 ± 7,64	

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu 78,31 ± 7,64, trong đó nhóm tuổi từ ≥ 80 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,47%).

Bảng 2: Các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		n = 101	Tỷ lệ (%)
Béo bụng (vòng bụng ≥ 90 cm)		24	23,76
Tăng huyết áp	Độ 1	12	11,88
	Độ 2	38	37,62
	Độ 3	35	34,65
Rối loạn lipid máu	Giảm HDL	30	29,7
	Tăng triglycerid	20	19,8
Rối loạn glucose máu	Đái tháo đường	23	22,77
	Rối loạn glucose máu đói	31	30,69
3 thành tố của HCCH		24	23,76
4 thành tố của HCCH		12	11,88
5 thành tố của HCCH		3	2,97
Hội chứng chuyển hóa		39	38,61

23,76% bệnh nhân có béo bụng, tỷ lệ giảm HDL là 29,7%; 19,8% bệnh nhân có tăng triglycerid máu.

81,15% bệnh nhân có tăng huyết áp trong đó cao nhất là tăng huyết áp độ 2 (37,62%), tỷ lệ tăng huyết áp độ 3 và độ 1 lần lượt là 34,65% và 11,88%; 15,85% bệnh nhân không có tăng huyết áp.

53,46% bệnh nhân có rối loạn glucose máu trong đó 22,77% bệnh nhân bị đái tháo đường, 30,69% bệnh nhân rối loạn glucose máu lúc đói.

38,61% đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa, trong đó: 23,76% bệnh nhân có 3 thành tố của HCCH, 11,88% bệnh nhân có 4 thành tố và 2,97% bệnh nhân có 5 thành tố.

Bảng 3: So sánh các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu có và không có hội chứng chuyển hóa

Chỉ tiêu	Nhóm có hội chứng chuyển hóa (n = 39)	Nhóm không hội chứng chuyển hóa (n = 62)	p
Vòng bụng (cm)	90,88 ± 6,76	82,95 ± 4,84	< 0,01
Huyết áp tâm thu (mmHg)	145,4 ± 20,37	137,6 ± 21,23	> 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	79,1 ± 10,87	76,53 ± 10,54	> 0,05
Glucose đói (mmol/l)	8,54 ± 7,23	5,67 ± 1,8	< 0,01
HDL – cholesterol (mmol/l)	1,09 ± 0,29	1,27 ± 0,27	> 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,58 ± 2,18	1,68 ± 1,4	< 0,05
Kích thước tuyến tiền liệt	43,15 ± 16,13	42,53 ± 14,63	< 0,05

Nhóm đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa có vòng bụng trung bình, nồng độ glucose máu lúc đói, nồng độ triglycerid huyết thanh và kích thước tuyến tiền liệt lớn hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa ($p < 0,05$).

2. Một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		Nhóm có hội chứng chuyển hóa (n = 39)		Nhóm không hội chứng chuyển hóa (n = 62)		OR, CI95%, p
		n	%	n	%	
Thừa cân béo phì	Có	22	56,41	13	20,97	OR = 4,88 CI95% (2,02 – 11,76) $p < 0,05$
	Không	17	43,59	49	79,03	
Uống rượu bia	Có	21	53,85	27	43,55	OR = 1,51 CI95%(0,68-3,38) $p > 0,05$
	Không	18	46,15	35	56,45	
Hút thuốc	Có	23	58,97	28	45,16	OR = 1,75 CI95%(0,78-3,93) $p > 0,05$
	Không	16	41,03	34	54,84	

Nhóm đối tượng nghiên cứu thừa cân béo phì có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 4,88 lần ở nhóm không thừa cân, béo phì (CI: 2,02 – 11,76; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu $78,31 \pm 7,64$. Tỷ lệ bệnh nhân bị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tăng theo tuổi, trong đó nhóm tuổi từ ≥ 80 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,47%).

38,61% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có hội chứng chuyển hóa, trong đó: 23,76% bệnh nhân có béo bụng, tỷ lệ giảm HDL là 29,7%, 19,8% bệnh nhân có tăng triglycerid máu, 81,15% bệnh nhân có tăng huyết áp, 22,77% bệnh nhân bị đái tháo đường, 30,69% bệnh nhân rối loạn glucose máu lúc đói. 23,76% bệnh nhân có 3 thành tố của HCCH, 11,88% bệnh nhân có 4 thành tố và 2,97% bệnh nhân có 5 thành tố. Tác giả Yang T.K và cộng sự nghiên cứu 1052 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt điều trị nội trú có độ tuổi trung bình là 70,1 thấy tỷ lệ hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu là 39,7%, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Park HK và cộng sự với tuổi trung bình thấp hơn là 54, tỷ lệ hội chứng chuyển hóa của đối tượng nghiên cứu là 26,7%. Khi tuổi càng cao, lượng testosterone hoạt động trong máu giảm đi dẫn đến tỷ lệ estrogen cao thúc đẩy sự phát triển của tế bào tuyến tiền liệt. Đồng thời, dihydrotestosterone vẫn được sản xuất và tích tụ trong tuyến tiền liệt kích thích tế bào tuyến phát triển.

So sánh nhóm đối tượng có và không có HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi thấy: vòng bụng, nồng độ glucose đói, triglycerid

ở nhóm có HCCH cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có hội chứng chuyển hóa. Các chỉ số huyết áp, LDL-C không cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm trên.

Insulin được cho là yếu tố tăng trưởng đối với tế bào tuyến tiền liệt. Tình trạng tăng insulin máu trong hội chứng chuyển hóa có thể làm tăng phiên mã các gen liên quan đến chuyển hóa hormone sinh dục. Nó cũng liên kết với globulin liên kết với hormone sinh dục thấp hơn, do đó làm tăng lượng androgen và estrogen đi vào các tế bào tuyến tiền liệt, do đó làm tăng nguy cơ mắc tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Hơn nữa, tăng insulin máu làm tăng catecholamin huyết tương và mô có thể có tác dụng dinh dưỡng đến sự phát triển của tế bào tuyến tiền liệt.

Tăng đường huyết có thể làm tăng canxi không có tế bào trong tế bào cơ trơn và mô thần kinh, dẫn đến hoạt hóa hệ thần kinh giao cảm. Sự hoạt hóa này có thể góp phần làm tăng trương lực cơ trơn của tuyến tiền liệt và cuối cùng có thể làm trầm trọng thêm bệnh PBH. Các nghiên cứu cũng cho thấy mức HDL – C thấp hơn ở bệnh nhân PBH có triệu chứng cao hơn so với nhóm chứng.

Nam giới bị hội chứng chuyển hóa có nguy cơ tăng thể tích tuyến tiền liệt $1,8 - 10,2$ ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có hội chứng chuyển hóa có kích thước tuyến tiền liệt đo qua siêu âm đường trên xương mu là $43,15 \pm 16,13$ g cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HCCH ($42,53 \pm 14,63$ g), ($p < 0,05$).

2. Một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu thừa cân béo phì

có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 4,88 lần ở nhóm không thừa cân, béo phì (CI: 2,02 – 11,76; $p < 0,05$).

Béo phì gây tăng hoạt động của men aromatase, dẫn đến tăng sản xuất estradiol đồng thời ức chế bài tiết gonadotropin và sản xuất testosterone dẫn đến tỷ lệ estrogen và androgen được tăng dần tăng nguy cơ bị BPH. Các mô mỡ nội tạng tiết ra các chất hoạt tính sinh học khác nhau được gọi là adipocytokine, có thể gây ra kháng insulin và các hiệu ứng tiền viêm và tiền tiết liên quan. Việc giảm adiponectin khi tích tụ mỡ nội tạng sẽ kích thích chuyển hóa glucose và oxy hóa axit béo trong cơ, đồng thời tăng cường độ nhạy insulin.

Bệnh nhân béo phì có nguy cơ mắc BPH gấp 3,5 lần người không béo phì và làm nặng thêm các triệu chứng đường tiểu dưới của BPH. Gần đây, một số nghiên cứu cho thấy béo phì trung tâm là yếu tố quyết định chính của các triệu chứng tích trữ dai dẳng sau khi điều trị bằng phẫu thuật đối với BPH.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 101 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt cho thấy: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu $78,31 \pm 7,64$. 23,76% bệnh nhân có béo bụng, 29,7% giảm HDL, 19,8% tăng triglycerid, 81,15% bệnh nhân có tăng huyết áp, 22,77% bệnh nhân bị đái tháo đường, 30,69% bệnh nhân rối loạn glucose máu lúc đói. 38,61% đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa, trong đó: 23,76% bệnh nhân có 3 thành tố của hội chứng chuyển hóa, 11,88% bệnh nhân có 4 thành tố và 2,97% bệnh nhân có 5

thành tố. Nhóm đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa có vòng bụng trung bình, nồng độ glucose máu lúc đói, nồng độ triglycerid huyết thanh và kích thước tuyến tiền liệt lớn hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$). Nhóm đối tượng nghiên cứu thừa cân béo phì có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 4,88 lần ở nhóm không thừa cân, béo phì (CI: 2,02 – 11,76; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **VUNA – Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam**, Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. 2014, Hà Nội: nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Thy Khuê**, Nội tiết học đại cương. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, tr. 503-508.
3. **Ho Yin Gai et al.**, Metabolic syndrome and benign prostatic hyperplasia: An update. Asian Journal of Urology 2017 Jul; **4**(3): p. 164-173.
4. **Yang T.K., Hsieh J.T., Chen S.C., Chang H.C., Yang H.J., Huang K.H.**, Metabolic syndrome associated with reduced lower urinary tract symptoms in middle-aged men receiving health checkup. Urology. 2012. **80**: p.1093-1097.
5. **Park H.K., Lee H.W., Lee K.S., Byun S.S., Jeong J.S., Hong S.K.**, Relationship between lower urinary tract symptoms and metabolic syndrome in a community-based elderly population. Urology. 2008. **72**: p.556-560.
6. **De Nunzio C., Aronson W., Freedland S.J., Giovannucci E., Parsons J.K.**, The correlation between metabolic syndrome and prostatic diseases. Eur Urol. 2012. **61**: p.560-570.

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG DỰA VÀO HỆ SỐ CHẨN ĐOÁN BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phạm Văn Trung^{1,2}, Phạm Vinh Quang²
Ngô Thị Mai Lan³, Cao Anh Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hệ số ung thư tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số các bệnh nhân ác tính (93,4%) có tổng hệ số chẩn đoán < 0. Đa số các bệnh nhân lành tính (93,4%) có tổng số các hệ số chẩn đoán > 100. Chỉ có 2 bệnh nhân (3,3%) có tổng các hệ số chẩn đoán nằm trong khoảng từ 0 – 100. Các tính toán số học cho thấy: Se = 92,50 %; Sp = 88,42% %; PV(+) = 87,06%; PV(-) = 93,33% %; A = 90,29 % LR = 7.989 ; OR: 94.182

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp

SUMMARY

CLINICAL DIAGNOSIS CHARACTERISTICS ARE BASED ON THE DIAGNOSTIC COEFFICIENT OF THYROID CANCER

Objective: Describe the characteristics of thyroid cancer. **Study subjects:** 293 patients regardless of age, gender, healthy or malignant thyroid disease were treated at the Department of

Thoracic Surgery - Vascular - Endocrinology Hospital 103 from 2003-2007. **Method:** Clinical description. **Results:** The majority of malignant patients (93.4%) had a total diagnostic coefficient of <0. The majority of benign patients (93.4%) had total diagnostic coefficients > 100. Only 2 patients (3.3%) had total diagnostic coefficients ranging from 0 to 100. Arithmetic calculations show: Se = 92.50%; Sp = 88.42%; PV (+) = 87.06%; PV (-) = 93.33 %%; A = 90.29% LR = 7.989; OR: 94.182

Key words: Thyroid cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo số liệu của Bệnh viện K Hà Nội, ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 2,9% tổng số các ung thư [1], trong đó tỉ lệ mắc bệnh chuẩn theo tuổi là 1,9/100 000 dân/năm [2]. Ở Pháp tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp là 1,9/100000 ở nam và 3,2/100000 ở nữ [3]. Khả năng phát hiện ung thư tuyến giáp qua các thăm khám lâm sàng là rất hiếm, chỉ chiếm khoảng 1% tổng số các thương tổn ác tính của tuyến giáp [4]. Tỉ lệ phát hiện được ung thư tuyến giáp trong 1 triệu người dân Mỹ là 25 - 40 trường hợp [5]. Trên thực tế, có tới 60% - 90% các trường hợp ung thư tuyến giáp được phát hiện nhờ phương pháp chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ. Việc tìm ra những chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng đối với kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp cũng có một ý nghĩa rất quan trọng đối với việc lựa chọn chỉ định, chiến thuật và khối lượng can thiệp ngoại khoa

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

³Bệnh viện Công an Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

cũng như các liệu pháp điều trị kết hợp trước và sau phẫu thuật nhằm nâng cao chất lượng điều trị đối với căn bệnh này. Xuất phát từ lý do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: “*Mô tả đặc điểm hệ số ung thư tuyến giáp*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

+ Không bị các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc ung thư khác.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, không có chẩn đoán mô bệnh học, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

$$HSCĐ(U_k^i) = 10 \times \frac{f(U_k^i / A) - f(U_k^i / \bar{A})}{f(U_k^i / A) + f(U_k^i / \bar{A})}$$

Trong đó: $f(U_k^i / A(\bar{A}))$ là tỉ lệ các phần tử có dạng A hoặc $\bar{A}$ rơi vào khoảng U_k^i trên tổng số các phần tử dạng A hoặc $\bar{A}$ của mẫu thống kê.

- Áp dụng bảng các hệ số chẩn đoán vào lâm sàng để tìm ra ngưỡng chẩn đoán bệnh cho từng nhóm lành và ác tính (30 bệnh nhân lấy ngẫu nhiên cho từng nhóm).

- Áp dụng ngưỡng chẩn đoán vào lâm sàng để chẩn đoán bệnh cho các bệnh nhân còn lại (90 bệnh nhân). Từ kết quả thu được, đánh giá phương pháp chẩn đoán mới dựa

+ Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc bệnh ung thư khác.

+ Ung thư tuyến giáp thứ phát do di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ, chọn theo phương pháp tiện ích

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

+ Tất cả bệnh nhân đều được nghiên cứu kỹ về tiền sử, bệnh sử và khám xét thực thể theo trình tự của mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

+ Từ các thông tin thu được qua nghiên cứu lâm sàng, tìm ra tần suất của từng triệu chứng hay gặp đối với 2 nhóm lành và ác tính, tìm ra tỉ số chênh giữa hai nhóm. **Áp dụng lược đồ nhận dạng** trong điều khiển học vào chẩn đoán bệnh.

+ Lựa chọn các dấu hiệu và triệu chứng có tần suất và OR cao, có ý nghĩa để phân biệt trong chẩn đoán phát hiện bệnh để tính điểm (hệ số nhận dạng) cho từng triệu chứng và lập bảng chẩn đoán. Hệ số chẩn đoán (HSCĐ) được tính theo công thức:

$$HSCĐ(U_k^i) = 10 \times \frac{f(U_k^i / A) - f(U_k^i / \bar{A})}{f(U_k^i / A) + f(U_k^i / \bar{A})}$$

vào các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương, giá trị dự báo âm, độ chính xác và tỉ số đúng.

2.2.4. Xử lý số liệu : sử dụng chương trình EPIINFO 6.04 và kết hợp với bộ môn toán tin - Học viện Quân y để xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê Y học. So sánh hai tỷ lệ, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá giá trị của phương pháp chẩn đoán bằng ma trận quyết định (decision matrix):

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Hệ số chẩn đoán

STT	Triệu chứng		n lành	n ác tính	f lành	f ác tính	HSCĐ
1	Sờ thấy hạch và bướu	Không	94	148	0,989	0,747	+5,7
		Có	1	50	0,011	0,253	-239,5
2	Đỉnh với mô xung quanh	Không	90	127	0,947	0,641	+8,0
		Có	5	71	0,053	0,359	-66,7
3	Cảm giác bó chặt	Không	78	67	0,821	0,338	+20,1
		Có	17	131	0,179	0,662	-34,3
4	Khàn tiếng tăng dần	Không	88	165	0,926	0,833	+2,1
		Có	7	33	0,074	0,167	-18,2
5	Ranh giới	Rõ ràng	60	56	0,632	0,283	+17,9
		Không	35	142	0,368	0,717	-14,3
6	Bề mặt bướu	Nhẵn	12	13	0,126	0,066	+14,0
		Gồ ghề	83	185	0,874	0,934	-1,3
7	Mức độ di động	Di động	88	81	0,926	0,409	18,2
		D.đ. kém	7	117	0,074	0,591	-78,9

Nhận xét. Trong bảng 3.1: n : số bệnh nhân, f : tần suất của dấu hiệu hoặc triệu chứng trong từng nhóm, HSCĐ: hệ số chẩn đoán tính theo công thức của lược đồ nhận dạng

Để tìm ra ngưỡng của tổng các HSCĐ trên từng bệnh nhân, chúng tôi đã áp dụng kết quả HSCĐ ở bảng 3.1 để tính Σ HSCĐ cho 30 bệnh nhân nhóm lành tính và 30 bệnh nhân nhóm ác tính lấy ngẫu nhiên trong tập hợp 293 bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Ngưỡng của tổng các hệ số chẩn đoán lâm sàng

Ngưỡng HSCĐ	Chẩn đoán GPB	
	Lành tính	Ác tính
Σ HSCĐ < 0	1 (3,3%)	28 (93,4%)
$0 \leq \Sigma$ HSCĐ ≤ 100	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Σ HSCĐ > 100	28 (93,4%)	1 (3,3%)
Cộng	30	30

Nhận xét. Bảng 3.2. cho thấy:

- Đa số các bệnh nhân ác tính (93,4%) có tổng hệ số chẩn đoán < 0
- Đa số các bệnh nhân lành tính (93,4%) có tổng số các hệ số chẩn đoán >100

- Chỉ có 2 bệnh nhân (3,3%) có tổng các hệ số chẩn đoán trong khoảng từ 0 - 100.

Từ kết quả nghiên cứu về ngưỡng của Σ HSCĐ ở bảng 3.2, chúng tôi đã tiến hành chẩn đoán cho 175 bệnh nhân thuộc nhóm tiến cứu (95 bệnh nhân bị các bệnh tuyến

giáp lành tính và 80 bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp), lần đầu tiên đến khám và điều trị tại bệnh viện 103 bằng phương pháp tính Σ HSCĐ. Mỗi bệnh nhân đều được chẩn đoán dựa vào 7 tiêu chuẩn ở bảng 3.1, tính tổng hệ số chẩn đoán (Σ HSCĐ) cho từng bệnh nhân rồi so sánh với ngưỡng chẩn đoán:

- Nếu Σ HSCĐ của bệnh nhân < 0 : bệnh

nhân bị ung thư tuyến giáp

- Nếu Σ HSCĐ của bệnh nhân > 100 : bệnh nhân bị bệnh tuyến giáp lành tính.

- Nếu Σ HSCĐ của bệnh nhân nằm trong khoảng từ 0 - 100: chưa kết luận được phải làm thêm các xét nghiệm hoặc sinh thiết để xác định chẩn đoán.

Bảng 3.3. So sánh kết quả chẩn đoán lâm sàng dựa vào ngưỡng của tổng các hệ số chẩn đoán với chẩn đoán giải phẫu bệnh

		Tình trạng bệnh có thật chẩn đoán GPB		
		Ác tính (+)	Lành tính (-)	
Test chẩn đoán lâm sàng theo ngưỡng HSCĐ	(+) Ác tính	(a) 74	(b) 11	(a+b) 85
	(-) Lành tính	(c) 6	(d) 84	(c+d) 90
		(a+c) 80	(b+d) 95	(a+b+c+d) 175

Nhận xét. Các tính toán số học cho thấy: Se = 92,50 %; Sp = 88,42% %; PV(+) = 87,06%; PV(-) = 93,33%%; A = 90,29 % LR = 7.989 ; OR: 94.182

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù việc đưa ra bảng các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có tỷ trọng cao trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt, tính chỉ số chênh OR giữa 2 nhóm nghiên cứu (nhóm lành tính và nhóm ung thư tuyến giáp) đã giúp ích rất nhiều cho thực hành lâm sàng trong việc định hướng chẩn đoán, nhưng các bảng này mới chỉ dừng lại ở các dấu hiệu và triệu chứng riêng biệt, độc lập mà chưa giúp cho thầy thuốc lâm sàng kết hợp được các yếu tố chẩn đoán.

Việc tính tỷ trọng của các dấu hiệu và triệu chứng bằng phương pháp phân tích thụt lùi của Brezkinni và Skrob O.S và CS cũng có những hạn chế do phải dựa trên giả thiết là các dấu hiệu và triệu chứng này hoàn toàn độc lập và tuân theo luật phân phối chuẩn. Để khắc phục hạn chế của các phương pháp nói trên, chúng tôi đã áp dụng phương pháp

tính hệ số nhận dạng của lý thuyết điều khiển học vào chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt các bệnh lý tuyến giáp. Thực chất quá trình chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt của người thầy thuốc lâm sàng là quá trình "nhận dạng" trong tập hợp các bệnh nhân có bệnh tuyến giáp (lành và ác tính) xem bệnh nhân nào thuộc nhóm lành tính (A) và bệnh nhân nào thuộc nhóm ác tính (Â). Cơ sở để đưa ra các hệ số nhận dạng của chúng tôi dựa vào:

- Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có tần suất cao, khác nhau có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy cao, có giá trị trong việc phân biệt chẩn đoán và "nhận dạng".

- Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và thế giới về các chỉ số nguy cơ ung thư tuyến giáp.

- Để làm giảm số lượng các chỉ số chẩn đoán và tăng chất lượng thông tin của các chỉ số này, từ bảng 3.1 trong số 10 dấu hiệu và

triệu chứng lâm sàng có tỷ trọng cao, chúng tôi kết hợp một số dấu hiệu và triệu chứng để có các dấu hiệu và triệu chứng mới với tỷ trọng lớn hơn và chỉ chọn các chỉ số khác nhau có ý nghĩa thống kê với xác suất tin cậy cao ($p < 0,01- 0,001$), có OR cao. Bằng cách lựa chọn này, chúng tôi đã đưa ra 7 chỉ số chẩn đoán được trình bày trong bảng 3.1, từ đó tính được hệ số chẩn đoán cho từng dấu hiệu và triệu chứng, kết quả được trình bày ở bảng 3.2.

- Bảng này có thể giúp cho người thầy thuốc tính được điểm cho từng dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng. Điểm chẩn đoán lâm sàng tổng hợp của từng bệnh nhân sẽ là tổng số điểm của các dấu hiệu và triệu chứng.

Về ngưỡng chẩn đoán bệnh theo tổng các hệ số chẩn đoán :

Việc tính tổng hệ số chẩn đoán lâm sàng ($\Sigma HSCĐ$) cho từng bệnh nhân mang ý nghĩa tổng hợp, khách quan và có độ tin cậy cao hơn từng yếu tố riêng lẻ. Áp dụng phương pháp tính $\Sigma HSCĐ$ cho 30 bệnh nhân lành tính và 30 bệnh nhân ác tính lấy ngẫu nhiên trong tập hợp 293 bệnh nhân thuộc hai nhóm nghiên cứu (95 bệnh nhân thuộc nhóm lành tính và 198 bệnh nhân thuộc nhóm ác tính). So sánh với chẩn đoán GPB sau mổ và dùng phương pháp "đám mây tần suất" trong thống kê chúng tôi đã tìm ra ngưỡng chẩn đoán bệnh. Kết quả về ngưỡng chẩn đoán bệnh được trình bày trong bảng 3.2.

Vì đa số (93,4%) bệnh nhân ung thư có $\Sigma HSCĐ < 0$, đa số các bệnh nhân lành tính có $\Sigma HSCĐ > 100$ (93,4%). Chỉ có 2 bệnh nhân có $\Sigma HSCĐ$ nằm trong khoảng 0 - 100 nên chúng tôi đã quyết định chọn ngưỡng chẩn đoán như sau:

- Nếu $\Sigma HSCĐ$ của bệnh nhân < 0 . Có thể kết luận, bệnh nhân bị ung thư.

- Nếu $\Sigma HSCĐ$ của bệnh nhân nằm trong khoảng từ 0 - 100: cần làm thêm các xét nghiệm khác hoặc sinh thiết để xác định chẩn đoán.

- Nếu $\Sigma HSCĐ$ của bệnh nhân > 100 . Có thể kết luận: bệnh nhân bị bệnh lý tuyến giáp lành tính.

Để đánh giá hiệu quả của phương pháp chẩn đoán lâm sàng dựa vào $HSCĐ$, chúng tôi đã áp dụng kết quả nghiên cứu về ngưỡng của tổng các $HSCĐ$ để chẩn đoán cho 182 bệnh nhân lấy ngẫu nhiên trong số 293 bệnh nhân nghiên cứu. Các bệnh nhân này lần đầu tiên đến khám và điều trị tại bệnh viện 103. Tất cả bệnh nhân đều được mổ và có kết quả GPB sau mổ.

Mỗi bệnh nhân đều được chẩn đoán dựa vào 7 tiêu chuẩn ở bảng 3.1, tính tổng hệ số chẩn đoán ($\Sigma HSCĐ$) cho từng bệnh nhân rồi so sánh với ngưỡng chẩn đoán:

Tất cả các bệnh nhân đều được mổ và có kết quả chẩn đoán GPB sau mổ.

+ Kết quả chẩn đoán theo $HSCĐ$ cho thấy:

- 7 bệnh nhân (3,8%) có $\Sigma HSCĐ$ nằm trong khoảng từ 0 - 100 nên không kết luận được tình trạng bệnh là lành tính hay ác tính, phải làm thêm các biện pháp chẩn đoán khác để xác chẩn.

- 175 bệnh nhân (95 bệnh nhân bị các bệnh tuyến giáp lành tính và 80 bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp) có $\Sigma HSCĐ$ nằm trong khoảng < 0 hoặc > 100 có thể sử dụng phương pháp tính tổng hệ số chẩn đoán để chẩn đoán xác định bệnh lý tuyến giáp là lành hay ác tính. Kết quả so sánh giữa chẩn đoán lâm sàng theo ngưỡng của $\Sigma HSCĐ$ và chẩn đoán GPB được trình bày dưới dạng bảng ma trận. Kết quả nghiên cứu thống kê rút ra từ bảng ma trận 3.3 cho thấy:

+ Chẩn đoán phù hợp (giữa chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán GPB).

- 74 bệnh nhân có $\Sigma\text{HSCĐ} < 0$, được chẩn đoán lâm sàng là ung thư, cũng phù hợp với chẩn đoán GPB (chẩn đoán dương tính thật = 74).

- 84 bệnh nhân có $\Sigma\text{HSCĐ} > 100$ được chẩn đoán lâm sàng là lành tính, cũng phù hợp với chẩn đoán GPB là lành tính (chẩn đoán âm tính thật = 84).

+ Chẩn đoán không phù hợp (giữa lâm sàng và chẩn đoán GPB).

- Chẩn đoán dương tính giả: $11/85 = 12.9\%$.

11 bệnh nhân có $\Sigma\text{HSCĐ} < 0$ được chẩn đoán lâm sàng là ung thư, nhưng chẩn đoán GPB là lành tính.

- Chẩn đoán âm tính giả: $6/90 = 6.6\%$.

6 bệnh nhân có $\Sigma\text{HSCĐ} > 100$ được chẩn đoán lâm sàng là lành tính nhưng chẩn đoán GPB là ác tính. Các thông số tính được từ bảng 3.3 sẽ giúp ta đánh giá một cách khách quan phương pháp chẩn đoán lâm sàng theo HSCĐ. Do độ nhạy của phương pháp chẩn đoán này khá cao (92.50%) nên tỷ lệ âm tính giả sẽ thấp. Tức là khi dùng test này để khẳng định một bệnh nhân là lành tính thì chỉ mắc phải một tỷ lệ sai sót (âm tính giả) khá thấp. Thực tế cho thấy trong số 90 bệnh nhân được test HSCĐ khẳng định là lành tính, chỉ có 6 trường hợp (6.6%) bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm (chẩn đoán âm tính giả). Độ đặc hiệu của test chẩn đoán lâm sàng là 88.42% cao hơn độ đặc hiệu của test chẩn đoán lâm sàng cổ điển (60%). Khi dùng test này để khẳng định một bệnh nhân bị ung thư thì có thể mắc phải một tỷ lệ sai sót (dương tính giả) cao hơn. Thực tế cho thấy trong số 85 bệnh nhân được test HSCĐ khẳng định là ung thư thì có tới 11 bệnh nhân (12.9%) bị chẩn đoán nhầm so với chẩn đoán GPB (dương tính giả). Giá trị dự báo dương tính PV(+) của test HSCĐ là 87.06%. Có nghĩa

là: nếu một người thật sự bị ung thư tuyến giáp, khi có $\Sigma\text{HSCĐ} < 0$ (tức là khi test dương tính) thì xác suất ung thư của người đó sẽ là 87.06%. Giá trị dự báo âm tính PV (-) của test HSCĐ là 93.33%, có nghĩa là nếu một người thật sự không bị ung thư tuyến giáp thì số $\Sigma\text{HSCĐ} > 100$ (tức là test âm tính) thì xác suất người đó không bị ung thư là 93.33%. Độ chính xác của test HSCĐ là 90.29% chính là hiệu suất chẩn đoán đúng một bệnh nhân là lành tính hay ác tính (độ tin cậy chung của phương pháp là 90.29%).

Tỷ số đúng càng lớn thì phương pháp chẩn đoán càng có giá trị. Nếu $\text{LR} = 1$ thì phương pháp không có giá trị. Tỷ số đúng của phương pháp HSCĐ là 7.989.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp chẩn đoán lâm sàng nhờ sử dụng HSCĐ là một phương pháp chẩn đoán tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Hữu Nghị, Chu Hoàng Hạnh, Hoàng Văn Thi, Nguyễn Bá Đức (2002), “Nhận xét cơ cấu bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K qua ghi nhận năm 2001”, Tạp chí Y học thực hành, 431, tr. 401 - 405.
2. Nguyễn Bá Đức (1999), Ung thư tuyến giáp trạng, hướng dẫn thực hành chẩn đoán điều trị ung thư, NXB Y học, Hà Nội, tr. 135 - 149.
3. Blondeau Ph. (1996). Chirurgie du corps thyroïde, le cancer thyroïdien, Masson Paris.
4. Rossi RL., Cady B. (1991), Differentiated carcinoma of thyroid gland. In Cady, B., and Rossi, R.L. (Eds): Surgery of the thyroid and parathyroid glands, 3rd ed. Philadelphia W.B.Saunders, p.139.
5. David C., Sabiston Jr., Kimlyerly H. (1997), Textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice 15th ed, W.B. Saunders Company.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG SUY BUỒNG TRỨNG SỚM TẠI BỆNH VIỆN SỐ 1 TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRUNG Y DƯỢC QUẢNG CHÂU

Khúc Thị Song Hương¹, Phạm Nguyễn Thành Công²

TÓM TẮT

Suy buồng trứng sớm (POI) ảnh hưởng tới sức khỏe phụ nữ dưới 40 tuổi, việc phòng bệnh và điều trị sớm rất cần thiết. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân POI tại bệnh viện số 1 trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu và nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhóm bệnh nhân trên. **Phương pháp và đối tượng:** nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh, 112 bệnh nhân được chẩn đoán POI theo tiêu chuẩn của ESHRE 2016. **Kết quả:** Nhóm 28 – 39 tuổi mắc bệnh nhiều nhất (79.4%), dưới 20 tuổi chiếm 3.6%. Triệu chứng chủ yếu là vô sinh (58.1%); rối loạn kinh nguyệt gồm: kinh sau kỳ (58.9%), lượng kinh ít (54.5%), bế kinh (26.8%); rối loạn thể chất gồm: giảm chất lượng sinh hoạt tình dục (62.5%), âm đạo khô (59.8%), tâm lý uất ức (55.4%), mất ngủ (51.8%), cơn bốc hỏa ra mồ hôi (43.8%). Thể bệnh Y học cổ truyền thường gặp là can thận âm hư (51.8%), thận hư huyết ứ (22.3%). Nồng độ FSH chưa thể hiện mối liên quan chặt chẽ với thời gian vô sinh. Một số yếu tố liên quan gồm: nạo phá thai, nạo buồng tử cung, mất máu sau sinh, ung thư, áp lực, bất thường tử cung bẩm sinh. **Kết luận:** POI có xu hướng trẻ hóa, không chỉ ảnh hưởng chức năng sinh sản, triệu chứng sớm có thể là rối loạn kinh

nguyệt, rối loạn thể chất giống hội chứng tiền mãn kinh. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lý là giúp định hướng phòng bệnh, sàng lọc bệnh nhân: nạo phá thai, nạo buồng tử cung, mất máu sau sinh, ung thư, áp lực, bất thường tử cung bẩm sinh.

Từ khóa: suy buồng trứng sớm, POI.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY AT THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

Premature ovarian insufficiency (POI) affects the health of women under 40 years old, prevention and early treatment are very essential. **Objectives:** to describe clinical, paraclinical and some related factors of patients with POI at the first affiliated hospital of patients with POI at the first affiliated hospital of Guangzhou University of Chinese medicine. **Subject and methods:** we investigated totally 112 patients with POI (ESHRE guideline 2016). **Results:** The group of 28 – 39 years old had the most disease (79.4%), under 20 years old accounted for 3.6%. The main symptom is infertility (58.1%); common menstrual disorders include: late menstrual period (58.9%), decreased menstrual volume (54.5%), amenorrhea (26.8%); physical disorders include: decreased quality of sexual life (62.5%), dry vagina (59.8%), emotional depression (55.4%), sleep disorder (51.7%), tidal fever and night sweating (43.8%). The common pattern of disease according to traditional

¹ Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Khúc Thị Song Hương
Email: ktshuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

medicine are Yin deficiency of liver and kidney, kidney deficiency and blood stasis, liver stagnation and kidney deficiency. FSH levels did not show a strong relationship with the time of infertility. Several factors are associated with this pathology include: abortion, curettage of uterus, postpartum blood loss, cancer, pressure and congenital uterine abnormalities. **Conclusion:** POI tends to rejuvenate, not only affecting reproductive function, early symptoms can be menstrual disorders, physical disorders like premenstrual syndrome. Some factors related to the pathology are to help orient the prevention and screening of patients: abortion, curettage of uterus, postpartum blood loss, cancer, pressure and congenital uterine abnormalities.

Keywords: premature ovarian insufficiency, POI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy buồng trứng sớm là tình trạng nữ giới chưa đến 40 tuổi do chức năng của buồng trứng bị suy thoái dẫn đến các triệu chứng giống tiền mãn kinh đến sớm, làm giảm khả năng sinh sản, chất lượng cuộc sống, hạnh phúc gia đình của phụ nữ [1],[2]. Năm 2016 Hiệp hội sinh sản và phôi thai Châu Âu (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán suy buồng trứng sớm mới nhất (Premature ovarian insufficiency, POI) [2]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới 2007, tỷ lệ nữ giới mắc POI khoảng 1% [2]. Ở Việt Nam đa số bệnh nhân POI khi đến khám đã ở mức độ vô sinh [3]. Do vậy, các nghiên cứu về hội chứng này dưới góc độ Y học hiện đại và Y học cổ truyền đang rất được quan tâm, trong đó nghiên cứu đặc điểm của bệnh lý, các yếu tố có liên quan đến bệnh là cơ sở quan trọng để

hiểu rõ về bệnh, tìm ra giải pháp phòng bệnh, chẩn đoán sớm và điều trị sớm. Dựa trên những nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy buồng trứng sớm tại bệnh viện số 1 trường Đại học Trung Y dược Quảng Châu.*

2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ được chẩn đoán POI theo tiêu chuẩn của ESHRE năm 2016 (dưới 40 tuổi, kinh thưa hoặc bế kinh trên 4 tháng, xét nghiệm FSH > 25IU/L, 2 lần xét nghiệm cách nhau 4 tuần trở lên) [2], tại phòng khám Phụ khoa – bệnh viện số 1 trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu Trung Quốc từ 01/10/2017 đến ngày 14/01/2020 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không tự nguyện tham gia, mất thông tin hoặc rời bỏ nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.3. Cơ mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ 01/10/2017 đến ngày 14/01/2020. Kết quả chọn được 112 bệnh nhân.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, tuổi có kinh lần đầu, đặc điểm kinh nguyệt, tiền sử sinh hoạt tình dục, tỷ lệ vô sinh, nhu cầu có con, triệu chứng rối loạn thể chất, thể bệnh YHCT (căn cứ “Hướng dẫn chẩn trị các bệnh

lý phụ khoa thường gặp bằng Trung Y – Suy buồng trứng sớm” do Hội Trung Y Dược học Trung Hoa chủ biên năm 2012) [4], nồng độ FSH, các yếu tố liên quan.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin và xử lý số liệu: Phòng vấn trực tiếp, thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Tính tỷ lệ phần trăm (biến định tính), tính trung bình và độ lệch chuẩn (biến định lượng), sử dụng test phân tích phương sai một yếu tố Turkey để xét mối liên quan giữa 2 yếu tố.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin nghiên cứu đã thu thập chỉ được dùng cho mục tiêu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức

của Trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu Trung Quốc và sự cho phép của Bệnh viện số 1 trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng

a. Đặc điểm về tuổi

Trong số 112 bệnh nhân đến khám, tỷ lệ nữ giới trong độ tuổi từ 28 – 39 tuổi chiếm đa số (79.4%), có 3.6% bệnh nhân dưới 20 tuổi, trẻ nhất là 17 tuổi. Tuổi bắt đầu có kinh của bệnh nhân trung bình là 13 tuổi, sớm nhất là 11 tuổi (chiếm 1.8%), từ 16 tuổi mới có kinh nguyệt chiếm 8.9%, muộn nhất là 19 tuổi mới bắt đầu có kinh chiếm 2.7%.

b. Đặc điểm về kinh nguyệt

Bảng 1. Đặc điểm về kinh nguyệt (n = 112)

Kinh nguyệt	Số lượng	%	Kinh nguyệt	Số lượng	%
Kinh trước kỳ	03	2.7	Kinh kéo dài	0	0
Kinh sau kỳ	66	58.9	Trước sau không định kỳ	2	1.8
Lượng kinh ít	61	54.5	Bế kinh	30	26.8
Lượng kinh nhiều	03	2.7	Rong kinh rong huyết	0	0

Trong 112 bệnh nhân đa phần là kinh sau kỳ (58.9%), kinh quá ít (54.5%), bế kinh (26.8%), có bệnh nhân đồng thời bị kinh sau kỳ kèm kinh quá ít hoặc bế kinh kèm kinh quá ít.

c. Tiền sử sinh hoạt tình dục, tỷ lệ vô sinh, nhu cầu có con

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử sinh hoạt tình dục, tỷ lệ vô sinh, nhu cầu sinh con (n=112)

Chỉ tiêu		Số lượng (n=112)	Tỷ lệ %	Chỉ tiêu		Số lượng (n=112)	Tỷ lệ %
Tiền sử SHTD	Có	101	90.2	Vô sinh	Nguyên phát	34	30.4
	Không	11	9.8		Thứ phát	31	27.7
Nhu cầu sinh con	Có	70	62.5	Không vô sinh		47	41.9
	Không	42	37.5				

Phần lớn các bệnh nhân đều đã có tiền sử sinh hoạt tình dục (chiếm 90,2%), tỷ lệ nhu cầu sinh con cao (chiếm 62.5%). Tỷ lệ bệnh nhân đến khám vì vô sinh chiếm 58.1%, vô sinh nguyên phát chiếm 30.4%, vô sinh thứ phát chiếm 27.7%.

d. Triệu chứng rối loạn thể chất**Bảng 3. Đặc điểm về các triệu chứng rối loạn thể chất (n=112)**

Đặc điểm	Số lượng	%	Đặc điểm	Số lượng	%
Bốc hỏa ra mồ hôi	49	43.8	Mệt mỏi	38	33.9
Mất ngủ	58	51.8	Giảm chất lượng SHTD	70	62.5
Tâm lý uất ức	62	55.4	Âm đạo khô	67	59.8
Dễ kích thích	39	34.8	Đau các khớp	30	26.8
Lo âu	30	26.8			

Triệu chứng gặp nhiều nhất là: giảm chất lượng sinh hoạt tình dục (62.5%), âm đạo khô (59.8%), tâm lý uất ức (55.4%), mất ngủ (51.8%), cơn bốc hỏa ra mồ hôi (43.8%).

e. Phân loại thể bệnh theo YHCT**Bảng 4. Phân loại thể bệnh theo Y học cổ truyền (n=112)**

Thể bệnh	Số lượng (n=112)	Tỷ lệ %	Thể bệnh	Số lượng (n=112)	Tỷ lệ %
Can thận âm hư	58	51.8	Tâm thận bất giao	09	8.0
Thận hư huyết ứ	25	22.3	Tỳ thận dương hư	03	2.7
Can uất thận hư	15	13.4	Khí huyết hư nhược	02	1.8

Bệnh nhân thuộc thể bệnh can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (51.8%), tiếp đó là thể thận hư huyết ứ (22.3%), can uất thận hư (13.4%), ngoài ra bệnh nhân phân bố rải rác ở các thể bệnh tâm thận bất giao, tỳ thận dương hư, khí huyết hư nhược.

2. Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 5. Nồng độ FSH huyết thanh (n=112)**

Nhóm	Số lượng	%	Nồng độ FSH (IU/L)
POI sớm	23	20.5	32.1±4.2
POI muộn	89	79.5	80.8±24.5
Nồng độ FSH trung bình (Mean±SD)			70.5±34.8

Nhóm POI sớm ($25\text{IU/L} < \text{FSH} < 40\text{IU/L}$) có nồng độ FSH trung bình là 32.1 ± 4.2 , nhóm POI muộn ($\text{FSH} \geq 40\text{ IU/L}$) có nồng độ FSH trung bình là 80.8 ± 24.5

Bảng 6. Mối liên quan giữa thời gian vô sinh và nồng độ FSH (n = 65)

Thời gian vô sinh	Số lượng	%	Nồng độ FSH	p
≥ 1 năm – 2 năm	32	28.5	67.61 ± 31.25	0.51
≥ 2 năm – 3 năm	17	15.2	67.34 ± 22.96	
≥ 3 năm	16	14.3	77.61 ± 34.18	

Có 65 bệnh nhân vô sinh trong tổng số 112 bệnh nhân đến khám, chiếm 58.1%. Tỷ lệ bệnh nhân vô sinh từ 1 năm – dưới 2 năm chiếm đa số (49.2%), sử dụng test phân tích phương sai một yếu tố Turkey để xem xét mối liên quan giữa thời gian vô sinh và nồng độ FSH thì thấy

thời gian vô sinh ≥ 3 năm thì FSH có xu hướng tăng, nhưng nồng độ FSH chưa thể hiện mối liên quan chặt chẽ với thời gian vô sinh, với $p = 0.51 > 0.05$.

3. Khảo sát một số yếu tố liên quan

Bảng 7. Các yếu tố liên quan ($n=112$)

Yếu tố liên quan	Số lượng	Tỷ lệ %	Yếu tố liên quan	Số lượng	Tỷ lệ %
Không rõ ràng	64	57.1	Tử cung đôi	1	0.9
Sau nạo buồng tử cung	9	8.0	Sau phá thai	23	20.5
Sau mổ đẻ	2	1.8	Uất ức, áp lực lớn	4	3.6
Sau đẻ xuất huyết có truyền máu	2	1.8	Vô sinh, sau dùng thuốc thúc phóng noãn	1	0.9
Ung thư	4	3.6	Tử cung nhỏ	2	1.8

Phần lớn các bệnh nhân không có yếu tố phát bệnh rõ ràng (chiếm 57.1%). Chúng tôi khảo sát thấy một số nguyên nhân là yếu tố liên quan đến bệnh như: sau nạo buồng tử cung (8.0%), sau phá thai (20.5%), uất ức và áp lực lớn (3.6%), ung thư (3.6%), sau mổ đẻ bị xuất huyết và có truyền máu (1.8%), Đặc biệt có một số ít bệnh nhân được phát hiện dạng tử cung như tử cung nhỏ (1.8%), tử cung đôi (0.9%). Qua khảo sát những bệnh nhân phá thai, có 8.9% bệnh nhân trải qua trên 3 lần nạo thai

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân POI có xu hướng trẻ hóa, ngoài nhóm bệnh nhân ở lứa tuổi sinh sản chiếm tỷ lệ cao (79.4% từ 28 – 39 tuổi), vẫn có một nhóm bệnh nhân trẻ đến điều trị (3.6% dưới 20 tuổi), thậm chí có bệnh nhân mới 17 tuổi. Mặc dù nguyên nhân vô sinh chiếm tỷ lệ cao (58.1%), tương đương với kết quả của tác giả Lã Hiếu Lệ, Cốc Khiết năm 2020 [5] nhưng qua khảo sát cho thấy vô sinh không phải là lý do duy nhất, những bệnh nhân trẻ tuổi chưa kết hôn

hoặc bệnh nhân đã đủ con lại gặp vấn đề về rối loạn kinh nguyệt gồm: kinh sau kỳ kinh quá ít, bế kinh; có bệnh nhân đồng thời bị kinh sau kỳ kèm kinh quá ít hoặc bế kinh kèm kinh quá ít; hoặc rối loạn về thể chất giống hội chứng tiền mãn kinh gồm: giảm chất lượng sinh hoạt tình dục, âm đạo khô, tâm lý uất ức, mất ngủ, cơn bốc hỏa ra mồ hôi. Kết quả của chúng tôi có khác so với nghiên cứu của Trương Huệ Huy, tác giả này khảo sát 955 bệnh nhân suy buồng trứng sớm từ năm 2006 đến năm 2015 cho kết quả 14% bế kinh nguyên phát và 86% bế kinh thứ phát [6]. Sự khác biệt này là do Trương Huệ Huy sử dụng tiêu chuẩn trước năm 2016 để khảo sát, tất cả các bệnh nhân đều bế kinh, còn nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới nhất của Hiệp hội sinh sản và phôi thai Châu Âu năm 2016, do đó phát hiện ra ngoài bế kinh thì bệnh nhân suy buồng trứng sớm đa số bị kinh sau kỳ, kinh ít. Chu kỳ kinh nguyệt bình thường là kết quả của hoạt động điều hòa trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng. Bệnh nhân POI do buồng trứng sớm bị suy giảm chức năng, nồng độ estrogen giảm, nồng độ FSH tăng cao nên ức

chế sự tăng sinh và bài tiết của nội mạc tử cung, dẫn đến chu kỳ kinh nguyệt và lượng kinh nguyệt bị ảnh hưởng, lâm sàng chủ yếu xuất hiện lượng kinh ít, kinh sau kỳ, thậm chí bế kinh [7]. Theo Y học cổ truyền, kinh nguyệt của nữ giới được điều hòa bởi trục thận – xung nhâm – thiên quý – bào cung. Mạch xung thuộc kinh dương minh vị, là chỗ các kinh mạch hội tụ, là bể chứa huyết, khi bể huyết tràn đầy thì kinh sẽ ra đúng hạn. Mạch nhâm chủ bào cung, hai mạch xung nhâm nương tựa hỗ trợ cho nhau tốt thì đây là suối nguồn của kinh nguyệt và thai sản. Cơ chế bệnh sinh cơ bản của suy buồng trứng sớm là thận hư, tinh khí huyết không đầy đủ, dẫn đến mạch xung nhâm không được nuôi dưỡng, thiên quý sớm suy kiệt, bào cung không đủ huyết dẫn đến kinh nguyệt rối loạn, chủ yếu biểu hiện là kinh ít, kinh sau kỳ thậm chí bế kinh [8]. Sau khi quy nạp các triệu chứng, căn cứ theo bảng phân loại thể bệnh của “Hướng dẫn chẩn trị các bệnh lý phụ khoa thường gặp bằng Trung Y – Suy buồng trứng sớm” (Hội Trung Y Dược học Trung Hoa chủ biên năm 2012) [4], thể bệnh thường gặp theo Y học cổ truyền của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là can thận âm hư, thận hư huyết ư, can uất thận hư. Việt Nam và Quảng Châu có khí hậu, thói quen sinh hoạt ăn uống của nhân dân khá tương đồng. Do vậy, kết quả nghiên cứu này có thể làm tài liệu tham khảo cho các bác sỹ Y học cổ truyền ở Việt Nam trong chẩn trị bệnh lý suy buồng trứng sớm.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trước đây, tiêu chuẩn chẩn đoán suy buồng trứng sớm khá khắt khe, thuật ngữ tiếng Anh là premature ovarian failure (POF): nữ giới dưới 40 tuổi bế kinh, $FSH \geq 40IU/L$ và hoặc $LH \geq 30IU/L$, $E2 < 73.2pmol/L$, kèm theo các triệu chứng của

hội chứng tiền mãn kinh [1]. POF là giai đoạn muộn của quá trình suy giảm chức năng buồng trứng, trong khi việc chẩn đoán sớm và can thiệp phòng bệnh, điều trị sớm có ý nghĩa rất quan trọng. Do vậy để đạt được mục đích phát hiện sớm, chẩn đoán sớm, dự phòng sớm, năm 2016 Hội sinh sản và phôi thai học người châu Âu (ESHRE) đã đưa ra khái niệm “premature ovarian insufficiency” (POI) thay cho POF, mốc chẩn đoán của FSH giảm xuống là $25IU/L$ [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy 20.5% bệnh nhân có nồng độ $25IU/L < FSH < 40IU/L$. Tiêu chuẩn mới nhất này nhấn mạnh việc chẩn đoán sớm và quản lý lâm sàng đối với bệnh lý này. Kết quả cho thấy thời gian vô sinh ≥ 3 năm thì FSH có xu hướng tăng cao, nhưng chưa thể hiện mối liên quan chặt chẽ giữa nồng độ FSH và thời gian vô sinh.

3. Các yếu tố liên quan đến bệnh lý suy buồng trứng sớm

Kết quả nghiên cứu cho thấy 57.1% bệnh nhân không tìm được yếu tố khởi phát rõ ràng. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Trương Huệ Huy (68% bệnh nhân không có nguyên nhân rõ ràng) [6]. Qua nghiên cứu chúng tôi phát hiện có một số yếu tố liên quan chặt chẽ đến việc phát sinh bệnh như nạo phá thai, nạo buồng tử cung, áp lực lớn, tiền sử mất máu nhiều sau sinh, ung thư. Các thủ thuật, phẫu thuật ở vùng tiểu khung làm tổn thương đến tử cung, phần phụ, khiến rối loạn nội môi của vùng tiểu khung, dễ bị viêm nhiễm, có thể làm thay đổi các phản ứng miễn dịch [9]. Ung thư là bệnh lý ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, các phương pháp điều trị (xạ trị, hóa chất...) có ảnh hưởng đến buồng trứng [9]. Theo Y học cổ truyền, nạo phá thai nhiều hoặc mất máu nhiều sau sinh ảnh hưởng đến bào cung, mạch xung nhâm, tạng thận. Mặt khác trong tình hình xã hội

ngày nay, phụ nữ có nhiều áp lực trong sinh hoạt, cuộc sống, thậm chí áp lực sinh con do vô sinh, làm rối loạn bài tiết hormon vùng dưới đồi và tuyến yên, dẫn đến ảnh hưởng điều tiết hormon của buồng trứng. Theo quan niệm Y học cổ truyền, căng thẳng quá mức làm rối loạn chức năng của tạng can, lâu dần ảnh hưởng tới tạng thận gây chứng can uất thận hư [8]. Ngoài ra, chúng tôi còn phát hiện có những bệnh nhân có yếu tố bẩm sinh như tử cung nhỏ, tử cung đôi, các bệnh nhân này đồng thời cũng có kinh nguyệt rất muộn, Y học cổ truyền quan niệm đó là những bệnh nhân tiên thiên bất túc, sự phát triển phát dục đều kém hơn so với người khỏe mạnh. Kết quả nghiên cứu này có thể là định hướng giúp cho các bác sỹ thăm khám, chỉ định xét nghiệm trên lâm sàng để sàng lọc bệnh nhân..

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 112 bệnh nhân suy buồng trứng sớm điều trị tại phòng khám phụ khoa bệnh viện số 1 trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu từ 10/2017 đến 1/2020 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

POI có xu hướng trẻ hóa, không chỉ ảnh hưởng chức năng sinh sản, triệu chứng sớm có thể là rối loạn kinh nguyệt, rối loạn thể chất giống hội chứng tiền mãn kinh. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lý là giúp định hướng phòng bệnh, sàng lọc bệnh nhân: nạo phá thai, nạo buồng tử cung, mất máu sau sinh, ung thư, áp lực, bất thường tử cung bẩm sinh.

VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục thực hiện nghiên cứu khảo sát tại Việt Nam, cỡ mẫu lớn hơn, tiến hành các nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Welt CK. Primary ovarian insufficiency: a more accurate term for premature ovarian failure [J]. Clin Endocrinol (Oxf), 2008, 68 (4): 499-509.
2. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency [J]. Human Reproduction, 2016, 31(5):926-937.
3. Nguyễn Thị Ngọc Trang, Điều trị suy buồng trứng sớm: Mỗi nguy hại nếu không điều trị đúng và đủ, Y học sinh sản, 2016 (38):71-74.
4. 中华中医药学会, 《中医妇科学常见病诊疗指南·卵巢早衰》, 2012. (Hội Trung Y Dược học Trung Hoa, Hướng dẫn chẩn trị những bệnh phụ khoa thường gặp bằng Trung Y– Suy buồng trứng sớm, 2012)
5. 吕孝丽, 郅洁, 周月希, 等, 罗颂平治疗卵巢储备功能下降不孕症经验[J]. 中医杂志, 2020, 61(13), 1139-1141. (Lã Hiếu Lệ, Cốc Khiết, Chu Nguyệt Hi và cs, Kinh nghiệm điều trị vô sinh do Suy giảm chức năng buồng trứng của La Tụng Bình, Tạp chí Trung Y, 2020, 61(12), 1139-1141)
6. 张惠辉, 早发性卵巢功能不全临床特征分析及颗粒细胞中microRNAs的差异表达研究, 博士学位论文, 山东大学, 2017. (Trương Huệ Huy, Phân tích đặc điểm lâm sàng của Suy buồng trứng sớm và biểu hiện khác biệt của micro RNAs trong tế bào hạt, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Sơn Đông, 2017)
7. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nội tiết sinh sản, Nhà xuất bản Y học, 2011.
8. 张玉珍, 卵巢早衰的中药防治[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016. (Trương Ngọc Trân, Dự phòng và điều trị Suy buồng trứng sớm bằng trung dược, Nhà xuất bản Trung Y dược Trung Quốc, Bắc Kinh, 2016)
9. 许小凤, 范春, 包广勤, 等, 卵巢早衰与卵巢储备功能下降的相关发病因素探讨[J], 中国循证医学杂志, 2011(04), 400-403. (Hứa Tiểu Phượng và cs, Nghiên cứu các yếu tố phát bệnh liên quan đến Suy buồng trứng sớm, Tạp chí Y học thực chứng Trung Quốc, 2011(04), 400-403).

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH NẤM DA Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Huyền Sương¹, Võ Thị Thanh Hiền¹, Đinh Thị Thanh Mai¹,
Vũ Văn Thái¹, Trịnh Văn Khương¹, Đỗ Thị Huỳnh²

TÓM TẮT

Nấm da là một trong những bệnh phổ biến nhất ở người và phân bố ở khắp nơi nhất là các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới. Trong nghiên cứu tỷ lệ nhiễm và một số yếu tố liên quan đến nhiễm nấm da ở bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da liễu Thái Bình cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da chiếm 56,5%, trong đó lứa tuổi 20 – 39 chiếm tỷ lệ 42%, chủ yếu là học sinh sinh viên chiếm tỷ lệ 25,3%. Và mặc quần áo ẩm có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 3,3 lần so với những bệnh nhân khác. Có mối liên quan giữa cơ địa ra mồ hôi nhiều với tình trạng nhiễm nấm da. Những người có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh nấm da cao gấp 2,6 lần những người khác có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Từ khóa: nấm da, yếu tố liên quan, Bệnh viện Da liễu Thái Bình.

SUMMARY

RESEARCH RATE AND SOME FACTORS RELATED TO DERMATOPHYTOSIS IN PATIENTS VISITING THAI BINH DERMATOLOGY HOSPITAL

Dermatophytosis one of the most common diseases in humans and is widely distributed, especially in tropical and subtropical countries. In a study on the infection rate and some factors related to dermatophytosis in patients visiting Thai Binh Dermatology Hospital, the rate of dermatophytosis accounted for 56.5%, of which the age group 20 - 39 accounting for 42%, mainly students for 25.3%. And wearing damp clothes was 3.3 times more likely to get sick than other patients. There is a relationship between excessive sweating and dermatophytosis. People who tend to sweat a lot have a 2.6 times higher risk of vitiligo than others, statistically significant with $p = 0.001$.

Keywords: Dermatophytosis, factors related, Thai Binh Dermatology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nấm da (Dermatophytosis) là một trong các bệnh phổ biến nhất ở người và phân bố ở khắp nơi nhất là các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới. Tác nhân gây bệnh nấm da được chia làm hai nhóm chính là vi nấm dạng sợi và vi nấm hạt men. Trên thế giới, theo ước tính có ít nhất từ 10 – 20 % dân số có thể mắc bệnh nấm da [8]. Trong nấm ngoại biên thì nấm da chiếm tỷ lệ cao hơn so với nấm ở các vị trí khác và chủ yếu gặp ở những người trẻ tuổi hay vận động. Các yếu tố môi trường tự nhiên liên quan tới bệnh nấm da cũng được nhiều tác giả đề cập tới, nhất là yếu tố về thời tiết và khí hậu, ngoài ra còn một số yếu tố liên quan như tuổi, giới

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Da liễu Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Sương

Email: nthsuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

tính và nghề nghiệp, thói quen, vệ sinh cá nhân,... cũng ảnh hưởng đến bệnh nấm da.

Việt Nam là khu vực có khí hậu nhiệt đới, điều kiện môi trường nóng ẩm thường xuyên cũng là điều kiện thuận lợi cho nấm ngoại biên phát triển, đặc biệt là nấm da. Ở nước ta, theo ý kiến nhận xét của tác giả Nguyễn Thái Dũng và cộng sự (2017) có kết quả tiếp xúc với đất, động vật, sống tập tập thể, mặc chung quần áo và dùng chung khăn tắm tăng nguy cơ nhiễm bệnh nấm da [4]. Xuất phát từ thực, trên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thái Bình” với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng bệnh nấm da ở bệnh nhân tại Bệnh viện Da liễu Thái Bình năm 2021.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da ở bệnh nhân tại địa điểm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám tại phòng khám nấm Bệnh viện Da liễu Thái Bình.

* Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không sử dụng thuốc kháng nấm trước đó.
- Đối với điều tra KAP: đối tượng nghiên cứu ≥ 11 tuổi.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nấm:

- Lâm sàng: là các dát đỏ, hồng hoặc thâm màu, có hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ, có bờ viền rõ rệt, trên bờ viền có mụn nước, vảy khô, bờ đa cung, có xu hướng lành giữa. Ngứa tại tổn thương và tăng lên khi ra mồ hôi.

- Xét nghiệm: soi tươi từ vảy da tại tổn thương có sợi nấm, bào tử nấm hoặc nấm men.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm khám, phỏng vấn, lấy mẫu bệnh phẩm, xét nghiệm nấm trực tiếp được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2021

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Phương pháp nghiên cứu thực trạng bệnh nấm da: Mô tả tỷ lệ mắc bệnh qua điều tra cắt ngang.

- Phương pháp nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da: Mô tả có phân tích qua điều tra KAP của đối tượng nghiên cứu về bệnh nấm da.

2.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu thực trạng nấm da: Chọn mẫu thuận tiện, chọn các bệnh nhân đến khám tại phòng khám nấm của Bệnh viện Da liễu Thái Bình trong thời gian từ 01/01/2021 đến 30/09/2021 có đủ tiêu chuẩn theo nghiên cứu. Thực tế chúng tôi đã lựa chọn được 308 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu thực trạng nhiễm nấm da.

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da: chúng tôi đã phỏng vấn kiến thức thực hành của đối tượng nghiên cứu ≥ 11 tuổi. Thực tế chúng tôi đã lựa chọn được 235 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Mô tả tỷ lệ bệnh nấm da.
- Mô tả tỷ lệ bệnh nấm da theo tuổi, nghề nghiệp.
- Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da của bệnh nhân.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

* Kỹ thuật xét nghiệm nấm trực tiếp

Được thực hiện đánh giá bởi cán bộ phòng xét nghiệm Bệnh viện Da liễu Thái Bình.

- Ghi tên, mã số bệnh nhân lên lam kính sạch.

- Lấy bệnh phẩm vào giữa lam kính.
- Nhỏ dung dịch KOH vào bệnh phẩm.
- Để ở nhiệt độ phòng 30 phút.
- Soi kính hiển vi tìm nấm.
- Nhận định kết quả:

+ Dương tính: khi thấy sợi nấm hay đoạn sợi nấm có dáng dấp mềm, thành tế bào sợi hơi đậm, bào tương đục hơn, ngoài ra còn có thể thấy bào tử nấm hoặc thấy tế bào nấm men hình tròn hoặc hình bầu dục.

+ Âm tính: khi soi ít nhất 30 vi trường mà không thấy sợi nấm hay bào tử nấm hay tế bào nấm men.

* Phòng vấn kiến thức thực hành:

Phòng vấn kiến thức thực hành của bệnh nhân ≥ 11 tuổi về bệnh nấm da theo phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học thông qua.

Nghiên cứu được tiến hành khi có sự cam kết giữa người nghiên cứu và cơ quan chủ quản là Bệnh viện Da liễu tỉnh Thái Bình.

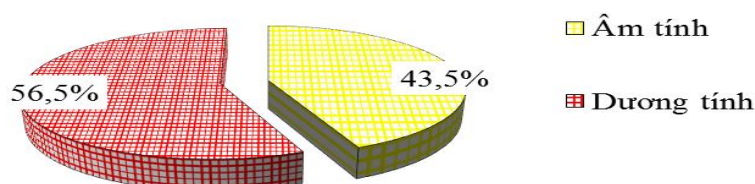
Những bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu mới đưa vào danh sách sau khi đã được giải thích rõ về mục đích và yêu cầu của nghiên cứu. Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu vẫn được khám tư vấn, điều trị chu đáo, không có phân biệt đối xử.

Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật và mọi số liệu thu được chỉ nhằm phục vụ cho công tác nghiên cứu và không sử dụng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm nấm da

3.1. Thực trạng nhiễm nấm da



Hình 3.1. Tỷ lệ bệnh nấm da của đối tượng nghiên cứu (n = 308)

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy có 174 đối tượng chiếm 56,5% có kết quả xét nghiệm nấm dương tính.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nấm da theo nhóm tuổi (n = 174)

Tuổi	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
< 10 tuổi	24	13,8
10 - 19 tuổi	14	8,0
20 - 39 tuổi	73	42,0
40 - 59 tuổi	47	27,0
≥ 60 tuổi	16	9,2
Tổng	174	100,0

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong số những người bị bệnh là 20 - 39 tuổi với 42,0%; tiếp đến nhóm tuổi 40 - 59 chiếm 27,0%; là nhóm tuổi dưới 10 tuổi với 13,8%; nhóm tuổi 10 - 19 chiếm 8,0%; nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 9,2%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nấm da theo nghề nghiệp (n = 174)

Nghề nghiệp	n	%
Nông dân	37	21,3
Công nhân	43	24,6
Học sinh, sinh viên	44	25,3
Cán bộ viên chức	25	14,4
Khác (buôn bán, tự do)	25	14,4
Tổng cộng	174	100,0

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy phân bố nghề nghiệp của đối tượng, chiếm tỷ lệ cao nhất là học sinh, sinh viên với 25,3%; công nhân chiếm 24,6%; nông dân chiếm 21,3% và cán bộ viên chức chiếm 14,6%. Ngoài ra còn có 14,4% là nghề khác.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3 Mối liên quan giữa bệnh nấm da và giới tính (n = 308)

Bệnh Giới	Có	Không	Tổng
Nam	110	72	182
Nữ	64	62	126
Tổng	174	134	308

OR = 1,5; 95%CI = 0,9 - 2,3; p > 0,05

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy nam giới có nguy cơ nhiễm nấm cao hơn gấp 1,5 lần so với nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.4 *Mối liên quan giữa yếu tố cơ địa với bệnh nấm da của đối tượng nghiên cứu (n = 235)*

Bệnh		Có	Không	Tổng
Cơ địa	Có	88	32	120
	Không	59	56	115
	Tổng	147	88	235
	OR = 2,6 ; CI95% = 1,5 - 4,5 ; p = 0,001			

Nhận xét: Có mối liên quan giữa cơ địa ra mồ hôi nhiều với tình trạng nhiễm nấm ngoại biên. Những người có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh nấm ngoại biên cao gấp 2,6 lần những người khác có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (CI95% = 1,5 - 4,5).

Bảng 3.5. *Mối liên quan giữa một số yếu tố hành vi với nhiễm nấm da của đối tượng nghiên cứu (n=235)*

Bệnh		Bệnh nấm da		Tổng
Hành vi		Có	Không	
Tắm ngay	Không	97	64	161
	Có	50	24	74
	Tổng	147	88	235
	OR = 1,4 ; CI95% = 0,8 - 2,4 ; p > 0,05			
Dùng xà phòng	Có	74	57	131
	Không	73	31	104
	Tổng	147	88	235
	OR = 0,55 ; CI95% = 0,3 - 0,9 ; p < 0,05			
Thay giặt quần áo sinh hoạt hàng ngày	Không	23	14	37
	Có	124	74	198
	Tổng	147	88	235
	OR = 1,0 ; CI95% = 0,5 - 2,1 ; p > 0,05			
Thay giặt quần áo đi làm hàng ngày	Không	44	15	59
	Có	103	73	176
	Tổng	147	88	235
	OR = 0,48 ; CI95% = 0,5 - 2,1 ; p > 0,05			
Mặc quần áo ẩm	Có	104	37	141
	Không	43	51	94
	Tổng	147	88	235
	OR = 3,3 ; CI95% = 1,9 - 5,8 ; p = 0,0001			

Nhà ở ẩm thấp	Có	40	16	56
	Không	107	72	179
	Tổng	147	88	235
	OR = 1,7 ; CI95% = 0,9 - 3,2 ; p > 0,05			

Nhận xét: Mặc quần áo ẩm có mối liên quan đến bệnh nấm da. Bệnh nhân mặc quần áo ẩm có nguy cơ mắc bệnh nấm da cao gấp 3,3 lần so với bệnh nhân khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhiễm nấm da

Nghiên cứu tỷ lệ bệnh nấm da của chúng tôi dựa trên các trường hợp có triệu chứng lâm sàng nghi nhiễm nấm và có kết quả xét nghiệm nấm. Chúng tôi không tính trên tổng số những người đến khám vì có nhiều trường hợp nhiễm nấm không có triệu chứng.

Chúng tôi thu thập thông tin trên 308 bệnh nhân, kết quả xét nghiệm nấm trực tiếp xác định được 174 trường hợp dương tính chiếm tỷ lệ 56,5% chủ yếu là nấm da

Kết quả nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quý Thái cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da là 66,4%. Điều này có thể giải thích do đặc điểm đối tượng nghiên cứu của tác giả là các công nhân khai thác than, có môi trường làm việc đặc thù là yếu tố nguy cơ cao của bệnh nấm da [3].

Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm nấm này của chúng tôi lại cao hơn rất nhiều nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Ân được thực hiện ở người bệnh khám tại Bệnh viện Phong-Da liễu Trung ương Quy Hòa, khi đánh giá một số đặc điểm nhiễm nấm da ở người bệnh đồng thời xác định tỷ lệ các loài nấm da gây bệnh nấm da trên 300 người

bệnh, kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da ở người bệnh là 6,27% [2].

Nấm da gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong số những người bị bệnh là 20 - 39 tuổi với 42,0%; tiếp đến nhóm tuổi 40 - 59 chiếm 27,0%; là nhóm tuổi dưới 10 tuổi với 13,8%; nhóm tuổi 10 - 19 chiếm 8,0%; nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 9,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khodadadi khi đánh giá tỷ lệ nhiễm nấm trên da ở Shiraz, Iran kéo dài 5 năm (2015–2019) cũng cho kết quả nhóm tuổi cao nhất là 21–40 tuổi với 786 người (43,5%) và thấp nhất là trên 60 tuổi với 196 người (10,8%) [6]. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quốc Tuấn về thực trạng nhiễm nấm trên da-niêm mạc và một số yếu tố liên quan ở người bệnh da liễu tại Bệnh viện Phong-Da liễu Trung ương Quy Hòa, cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da và niêm mạc cao nhất ở nhóm tuổi trẻ từ 16 - 25 tuổi với 32,5% [1]. Có thể đây là lứa tuổi trưởng thành, hoạt động nhiều, tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau nên hay có tổn thương ở da nói chung và nhiễm nấm da nói riêng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về nghề nghiệp, chiếm cao nhất là học

sinh, sinh viên với 25,3%; công nhân chiếm 24,6%; nông dân chiếm 21,3% và cán bộ viên chức chiếm 14,6%. Ngoài ra còn có 14,4% là nghề khác như buôn bán, nghề tự do. Có thể thấy tình trạng này rất phổ biến ở học sinh, sinh viên gây ra bệnh tật và làm giảm chất lượng cuộc sống của trẻ, đặt ra một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Các yếu tố như vệ sinh cá nhân kém, thường xuyên tiếp xúc với người khác, vệ sinh môi trường kém, dân số quá đông và tình trạng kinh tế xã hội thấp khiến trẻ em trong độ tuổi đi học dễ bị nhiễm nấm. Đồng thời sinh viên là đối tượng mắc nấm da cao nhất do điều kiện sinh hoạt còn thiếu thốn, sống tập thể, có thói quen ngủ chung và dùng chung đồ của nhau, đồng thời cũng chưa có ý thức phòng chống bệnh tạo điều kiện thuận lợi cho nấm lây lan và phát triển. Các nghiên cứu từ các vùng Đông và Nam của Châu Phi cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da ở học sinh ở các nước đang phát triển nằm trong khoảng từ 20% đến 90% [7].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm nấm da ở đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới có nguy cơ nhiễm nấm cao hơn gấp 1,5 lần so với nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo các tác giả thì tỷ lệ mắc nấm ngoại biên cao hơn ở nam giới có thể liên quan tới yếu tố hormone (progesteron có tác dụng ức chế nấm ngoại biên) hay yếu tố hành vi (nam giới hoạt động thể lực, ngoài trời hay các hoạt động có tiếp xúc trực tiếp nhiều hơn nữ giới) do đó bệnh nấm ngoại biên thường

hay gặp ở nam giới hơn so với nữ giới.

Ra mồ hôi nhiều cũng liên quan tới tỷ lệ mắc bệnh nấm da. Làn da ẩm ướt với nhiều mồ hôi và các chất bài tiết trên da là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn, vi nấm sinh sôi phát triển gây ra các vấn đề về da như mụn nhọt, ban sẩn, mề đay và đặc biệt là nấm da. Do đặc điểm các loại nấm đều ưa độ ẩm nên ra mồ hôi nhiều được coi là yếu tố nguy cơ với hầu hết các thể bệnh nấm da. Khi mồ hôi ra nhiều, sự bài tiết amoniac tăng, làm pH của da chuyển về hướng kiềm (đạt 6,5 - 7,5) tạo điều kiện cho hoạt động của các enzyme proteinase của nấm da. Mặt khác, khi mồ hôi ra nhiều, hiệu quả diệt khuẩn của axit béo sẽ giảm và còn làm giảm sức đề kháng của da do đó đã làm tăng mức độ bệnh. Tác giả Krishnan và cộng sự trong nghiên cứu của họ phát hiện ra rằng ngứa chủ yếu xuất hiện khi đổ nhiều mồ hôi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra có mối liên quan giữa cơ địa ra mồ hôi nhiều với tình trạng nhiễm nấm da. Những người có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh nấm ngoại biên cao gấp 2,6 lần những người khác có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ ($CI_{95\%} = 1,5 - 4,5$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thái Dũng cũng cho thấy người cơ địa ra mồ hôi nhiều đều tăng nguy cơ mắc bệnh nấm mức độ vừa - nặng hơn so với người bình thường [4].

Quần áo ẩm mốc không những có mùi khó chịu, làm giảm đi sự tự tin của người mặc mà khi mặc quần áo bị ẩm ướt, nấm

mốc có thể bám vào da, gây ra dị ứng, nhiễm trùng da, nhất là những vùng da nhạy cảm hoặc da của trẻ nhỏ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc quần áo ẩm có mối liên quan đến nhiễm nấm. Bệnh nhân mặc quần áo ẩm có nguy cơ mắc bệnh nấm da cao gấp 3,3 lần so với bệnh nhân khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thái Dũng cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hay mặc quần áo ẩm mắc bệnh mức độ nhẹ thấp; mức độ vừa và nặng là chủ yếu ($50/68 = 73,5\%$); ngược lại tỷ lệ mắc bệnh nhẹ ở bệnh nhân không hay mặc quần áo ẩm ($64/116 = 55,2\%$) [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm nấm da tại Bệnh viện Da liễu Thái Bình năm 2021 là 56,5% trong đó lứa tuổi 20 – 39 chiếm tỷ lệ 42%, chủ yếu là học sinh sinh viên chiếm tỷ lệ 25,3%. Mặc quần áo ẩm có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 3,3 lần so với những bệnh nhân khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Có mối liên quan giữa cơ địa ra mồ hôi nhiều với tình trạng nhiễm nấm da. Những người có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh nấm da cao gấp 2,6 lần những người khác có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quốc Tuấn (2017). Thực trạng nhiễm nấm trên da-niêm mạc và một số yếu tố liên

quan ở người bệnh da liễu tại Bệnh viện Phong-Da liễu Trung ương Quy Hòa, năm 2016 – 2017, Tạp chí Y học dự phòng. **27(9)**, tr. 45-56.

2. Nguyễn Hoàng Ân (2019). Đặc điểm một số loài nấm sợi gây bệnh nấm da ở bệnh nhân đến khám điều trị tại Bệnh viện Phong-Da liễu Trung ương Quy Hòa, Tạp chí Y học dự phòng. **29(6)**, tr. 45-49.
3. Nguyễn Quý Thái (2004). Đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ và giải pháp can thiệp phòng bệnh nấm da cho công nhân khai thác than tại Thái Nguyên, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thái Dũng (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm nhiễm nấm da và kết quả điều trị ở bệnh nhân tại Trung tâm Chống Phong - Da liễu tỉnh Nghệ An 2015 - 2016, Luận án tiến sĩ y học Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
5. Ajaykrishnan and Thappa D.M. (2003), Morphological, and pigmentary variations of tinea. **48(2)**, pp. 83-86.
6. Khodadadi H. and Zomorodian K. (2021). Prevalence of superficial-cutaneous fungal infections in Shiraz, Iran: A five-year retrospective study (2015–2019), Journal of Clinical Laboratory Analysis. **35(7)**, pp. 2-6.
7. Nweze E. I. and Eke I. E. (2018). Dermatophytes and dermatophytosis in the eastern and southern parts of Africa, Medical Mycology. **56(1)**, pp. 13-28.
8. Gupta A, Simpson F (2012). Device-based therapies for onychomycosis treatment, Skin Therapy Lett; **17(9)**:4-9.

TIỀN LƯỢNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ TUYẾN GIÁP DỰA TRÊN CÁC CHỈ SỐ TIỀN LƯỢNG

Phạm Vinh Quang², Phạm Văn Trung^{1,2},

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả tiên lượng điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa trên các chỉ số tiên lượng. **Đối tượng:** Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả lâm sàng. **Kết quả:** giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0.05$. Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nhóm điểm III (7-7.99) điểm (25 %). giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0.001$. Tỷ lệ tái phát cao nhất thuộc về nhóm điểm III (5-5.99 = 21.4%). giữa nhóm tuổi và tình trạng tử vong có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0.001$. Tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về nhóm điểm IV (6=19.5%) : giữa giai đoạn và tình trạng tử vong có mối tương quan thuận mức độ vừa với $p < 0.05$. Tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về giai đoạn III (28.5%).

SUMMARY

PROGNOSIS THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID CANCER BASED ON PROGNOSTIC INDICATORS

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

Objective: Describe the outcome of thyroid

cancer surgery prognosis based on prognosis.

Subjects: 293 patients, regardless of age, sex, having thyroid disease or malignant disease treated at the Department of Thoracic Surgery - Vascular - Endocrinology Hospital 103 from 2003-2007. **Studied method:** Use clinical description. **Results:** There was a very positive correlation between point group and relapse rate with $p < 0.05$. The recurrence rate was highest in the point group III (7-7.99) (25%). between groups of scores and relapses were strongly correlated with $p < 0.001$. The highest rate of recurrence belongs to group III (5-5.99 = 21.4%). Mean age and mortality were positively correlated with $p < 0.001$. The highest mortality was in IV (6 = 19.5%). Mid-stage mortality and mortality were positively correlated with $p < 0.05$. The highest mortality was in stage III (28.5%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá là loại bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ ngay từ đầu. Việc tìm ra những chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng đối với kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp cũng có một ý nghĩa rất quan trọng đối với việc lựa chọn chỉ định, chiến thuật và khối lượng can thiệp ngoại khoa cũng như các liệu pháp điều trị kết hợp trước và sau phẫu thuật nhằm nâng cao chất lượng điều trị đối với căn bệnh này. Các chỉ số chẩn đoán và tiên lượng bệnh là những chỉ số khách quan, được tập hợp từ nhiều yếu tố sẽ là những căn

cứ giúp cho các thầy thuốc lâm sàng đánh giá một cách khoa học và chính xác, góp phần phát hiện sớm, làm giảm tỉ lệ chẩn đoán nhầm và đánh giá một cách chính xác hơn về tiên lượng đối với ung thư tuyến giáp. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

Mô tả kết quả tiên lượng điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa trên các chỉ số tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

+ Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007.

+ Các bệnh nhân nghiên cứu được chia làm 2 nhóm :

- **Nhóm hồi cứu:** gồm 118 bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

- **Nhóm tiền cứu:** gồm 175 bệnh nhân (80 là ung thư tuyến giáp và 95 bệnh nhân có bệnh lý lành tính của tuyến giáp).

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

+ Không bị các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc ung thư khác.

+ Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng, hoặc mắc bệnh ung thư khác.

+ Ung thư tuyến giáp thứ phát do di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Mô tả lâm sàng

2.2.2. Cỡ mẫu/chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Các chỉ số tiên lượng tổng hợp:

+ **Chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S:** Đánh giá tiên lượng ung thư thể nhú, thể nang và ung thư biểu mô tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S do Cady và Rosii thuộc khoa lâm sàng Lahey xây dựng năm 1988 [1],[2].

+ **Chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S:** Đánh giá tiên lượng ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S được khoa lâm sàng bệnh viện Mayo xây dựng năm 1993, [1],[3]. **M.A.C.I.S** là chữ viết tắt các chỉ số tiên lượng độc lập có ý nghĩa để dự đoán tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật của các bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp: Chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S khác với chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S ở chỗ: chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S chỉ dựa vào 4 chỉ số tiên lượng độc lập, không quan tâm tới tình trạng di căn và tính triệt để của phẫu thuật tuyến giáp [4],[3].

M : Di căn xa = 3 điểm; không = 0 điểm

A : $\leq 39 = 3,1$ điểm

$\geq 40 = 0,08 \times$ tuổi bệnh nhân

C : Cắt bỏ tuyến hoàn toàn = 1 điểm; không hoàn toàn = 0 điểm

I : Xâm lấn tại chỗ (u lan ra khỏi tuyến giáp) = 1 điểm; không = 0 điểm

S : $0,3 \times$ cm đường kính

Sau khi cho điểm, ta cộng lại thành 4 nhóm:

Nhóm I : < 6 điểm : Tử vong = 1%

Nhóm II : 6 - 6,99 điểm: Tử vong = 11%

Nhóm III : 7 - 7,99 điểm: Tử vong = 44%

Nhóm IV : 8 trở lên : Tử vong = 76%

Sử dụng hệ thống này ta thấy tỷ lệ chết sau 20 năm với bệnh nhân ở nhóm I < 6 điểm

là khoảng 1%, khi >8 điểm ở nhóm IV tỷ lệ chết là 76%.

+ **Chỉ số tiên lượng tổng hợp T.N.M** do hiệp hội quốc tế chống ung thư đề xuất năm 1987 và được ủy ban phối hợp Hoa Kỳ về ung thư chấp nhận.

2.2.4. Thu thập số liệu

Tất cả bệnh nhân đều được nghiên cứu kỹ về tiền sử, bệnh sử và khám xét thực thể theo trình tự của mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Đánh giá diễn biến sau mổ qua các khoảng thời gian khác nhau (từ 1-5 năm). Sử dụng các chỉ số tiên lượng A.M.E.S, A.G.E.S, M.A.C.I.S, T.N.M.

2.2.5. Xử lý số liệu: sử dụng chương trình EPIINFO 6.04 và kết hợp với bộ môn toán tin - Học viện Quân y để xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê Y học. So sánh

hai tỷ lệ, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Để khảo sát sự tương quan giữa hai biến X và Y có phân phối chuẩn theo n cặp giá trị quan sát X_i, Y_i , ta tính hệ số tương quan theo công thức:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2 \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}}$$

Tra bảng hệ số tương quan r với bậc tự do là (n - 2) ta được giá trị r_{α} .

- $|r| \geq 0,7$ tương quan rất chặt. $0,5 \leq |r| < 0,7$ tương quan khá chặt.

- $0,3 \leq |r| < 0,5$ tương quan vừa. $|r| < 0,3$ tương quan không đáng kể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S (n = 86)

Nhóm (Điểm)	Bệnh nhân		Tái phát tại chỗ		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I (< 6,0)	34	39,5	5	14,7	0	0	3	8,8
II(6,0-6,99)	21	24,4	2	9,5	1	4,7	1	4,7
III(7,0-7,99)	12	14,0	3	25	0	0	2	16,6
IV(> 8,0)	19	22,1	4	21	6	31,5	6	31,5
Tổng	86	100	14	16,2	7	8,1	12	13,9

Nhận xét.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = 0,647$.

- Nhận xét: giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0,05$. Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nhóm điểm III (7-7,99) điểm (25 %).

- So sánh từng cặp, ta nhận thấy các cặp

khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ tái phát của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tình trạng di căn:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = - 0,196$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm điểm và tình trạng di căn có mối tương quan nghịch mức độ ít

với $p < 0.05$. Tỷ lệ di căn cao nhất thuộc về nhóm IV (>8.0) = 31.5%).

- So sánh từng cặp, ta thấy các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ di căn của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tỷ lệ tử vong:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính,

ta có: hệ số tương quan $r = 0.050$.

- Nhận xét: giữa nhóm điểm và tình trạng tử vong có mối tương quan thuận mức độ nhẹ $p < 0.05$. Tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về nhóm điểm IV ($>8=31.5\%$).

- So sánh từng cặp, ta thấy các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ tử vong của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

Bảng 3.2. Tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S ($n = 86$)

Nhóm (Điểm)	Bệnh nhân		Tái phát tại chỗ		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I (0-3,99)	11	12,8	1	9	0	0	1	9
II (4- 4,99)	15	17,4	2	13.3	1	6.6	0	0
III (5-5,99)	14	16,3	3	21.4	1	7.1	2	14.2
IV (6)	46	53,5	8	17.3	5	10.8	9	19.5
Tổng	86	100	14	16.2	7	8.1	12	13.9

Nhận xét.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = 0.979$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm điểm và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0.001$. Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nhóm điểm III ($5-5.99 = 21.4\%$).

- So sánh từng cặp, ta nhận thấy các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ tái phát của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tình trạng di căn:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = 0.993$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm điểm và tình trạng di căn có mối tương quan thuận rất chặt chẽ

với $p < 0.001$. Tỷ lệ di căn cao nhất ở nhóm điểm IV ($6=10.8\%$).

- So sánh từng cặp, ta thấy các cặp khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ di căn của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

+ **Liên quan giữa nhóm điểm và tỷ lệ tử vong:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = 0.970$.

- **Nhận xét:** giữa nhóm tuổi và tình trạng tử vong có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $p < 0.001$. Tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về nhóm điểm IV ($6=19.5\%$).

- So sánh từng cặp, ta thấy các cặp khác nhau có ý nghĩa với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỷ lệ tử vong của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau.

Bảng 3.3. Tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S (n = 86)

Nhóm	Bệnh nhân		Tái phát tại chỗ		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nguy cơ thấp	38	44,2	3	7,8	0	0	1	2,6
Nguy cơ cao	48	55,8	11	22,9	7	14,5	11	22,9
Tổng	86	100	14	16,2	7	8,1	12	13,9

Nhận xét.**+ Liên quan giữa nhóm nguy cơ và tình trạng tái phát:**

So sánh từng cặp, ta có: các cặp khác nhau có ý nghĩa với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ tái phát của các nhóm nguy cơ khác nhau thì khác nhau.

+ Liên quan giữa nhóm nguy cơ và tình trạng di căn:

So sánh từng cặp, ta có: các cặp khác nhau có ý nghĩa với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ di căn của các nhóm nguy cơ khác nhau thì khác nhau.

+ Liên quan giữa nhóm nguy cơ và tỉ lệ tử vong:

Ta có nhận xét: các giá trị khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ tử vong của các nhóm nguy cơ khác nhau thì khác nhau.

Bảng 3.4. Tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp T.N.M (n = 86)

Giai đoạn	Bệnh nhân		<45tuổi		>45tuổi		Tái phát		Di căn		Tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	42	48,8	42	100	0	0	8	19,0	0	0	2	4,7
II	14	16,3	5	35,7	9	64,2	3	21,4	5	35,7	2	14,2
III	28	32,6	0	0	28	100	2	7,1	0	0	8	28,5
IV	2	2,3	0	0	2	100	1	50	2	100	0	0
Tổng	86	100	47	54,7	39	45,3	14	16,2	7	8,1	12	13,9

Nhận xét.**+ Liên quan giữa giai đoạn và tình trạng tái phát:**

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = 0.836$.

- **Nhận xét:** giữa giai đoạn và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $0.01 < p < 0.05$. Tỉ lệ tái phát cao nhất thuộc về giai đoạn IV(50%).

- So sánh từng cặp, các cặp khác nhau có

ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ tái phát của các giai đoạn khác nhau thì khác nhau.

+ Liên quan giữa giai đoạn và tình trạng di căn:

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có: hệ số tương quan $r = -0.623$.

- **Nhận xét:** giữa giai đoạn và tình trạng di căn có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ với $p < 0.05$. Tỉ lệ di căn cao nhất thuộc về

giai đoạn IV (100%).

- So sánh từng cặp, ta thấy các cặp khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ di căn của các giai đoạn là như nhau.

+ Liên quan giữa giai đoạn và tỉ lệ tử vong:

- Sử dụng tương quan hồi quy tuyến tính, ta có : hệ số tương quan $r = 0.318$.

- **Nhận xét:** giữa giai đoạn và tình trạng tử vong có mối tương quan thuận mức độ vừa với $p < 0.05$. Tỉ lệ tử vong cao nhất thuộc về giai đoạn III (28.5%).

- So sánh từng cặp, các cặp khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Điều đó có nghĩa là: tỉ lệ tử vong của các giai đoạn không khác nhau.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S cho thấy: Giữa nhóm điểm và tái phát có tương quan thuận rất chặt chẽ , Tỉ lệ tái phát cao nhất thuộc về nhóm điểm III (7-7,99) điểm (25. Giữa nhóm điểm và di căn có mối tương quan nghịch mức độ ít với $p < 0.05$. Tỉ lệ di căn cao nhất ở nhóm IV (> 8.0) = 31.5%). Giữa nhóm điểm và tử vong có mối tương quan thuận mức độ nhẹ $p < 0.05$. Tỉ lệ tử vong cao nhất ở nhóm điểm IV(> 8)=31.5.

Các số liệu thống kê đã chỉ rõ: chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S là một chỉ số hết sức có giá trị trong tiên lượng tình trạng tái phát, di căn và tử vong đối với các bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp. Kết quả nghiên cứu và nhận xét của chúng tôi về chỉ số tiên lượng tổng hợp M.A.C.I.S cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác trên thế giới [1], [5], [2], [6].

Kết quả nghiên cứu về tiên lượng kết quả

điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S cho thấy: Tỉ lệ tái phát cao nhất thuộc về nhóm điểm III (5-5.99= 21.4%). tỉ lệ tái phát của các nhóm điểm khác nhau thì khác nhau. Tỉ lệ di căn cao nhất thuộc về nhóm điểm IV(6=10.8%). Tỉ lệ tử vong cao nhất thuộc về nhóm điểm IV(6=19.5%).

Các số liệu thống kê ở bảng 3.18 đã chỉ rõ: chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S là một chỉ số có giá trị trong tiên lượng tình trạng tái phát, di căn và tử vong đối với các bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp.

Nhận xét của chúng tôi về chỉ số tiên lượng tổng hợp A.G.E.S cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác [1],[5].

Kết quả nghiên cứu về tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S được trình bày ở bảng 3.19 cho thấy:

Các số liệu thống kê ở bảng 3.19 đã chỉ rõ: chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S là một chỉ số có giá trị trong tiên lượng tình trạng tái phát, di căn và tử vong đối với các bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp.

Kết quả nghiên cứu và nhận xét của chúng tôi về chỉ số tiên lượng tổng hợp A.M.E.S cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác trên thế giới [1],[5],[6].

Kết quả nghiên cứu về tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung thư tuyến giáp dựa vào chỉ số tiên lượng tổng hợp T.N.M cho thấy: Giữa nhóm giai đoạn và tình trạng tái phát có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với $0.01 < p < 0.05$. Tỉ lệ tái phát cao nhất thuộc về nhóm IV(50%). Tỉ lệ di căn cao nhất ở nhóm tuổi từ 51- 60 tuổi (3%). Các số liệu thống kê ở bảng 3.20 đã chỉ rõ: chỉ số tiên lượng tổng hợp T.N.M là một chỉ số có giá trị trong tiên lượng tình trạng tái phát, di căn và tử vong đối với các bệnh nhân bị ung

thư tuyến giáp. Kết quả nghiên cứu và nhận xét của chúng tôi về chỉ số tiên lượng tổng hợp T.N.M cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác trên thế giới [5],[6].

Điều quan trọng là ghi nhớ phân loại do các nhà Giải phẫu bệnh đưa ra có thể rất chủ quan, nhất là đối với khối u có ít đặc điểm khác nhau thường gặp trong ung thư thể nang tuyến. Vì lý do đó, phân giai đoạn đáng tin cậy ung thư nang tuyến khó khăn hơn bởi vì nó ảnh hưởng phân loại mang tính chủ quan của nhà Giải phẫu bệnh. Ví dụ một số nhà Giải phẫu bệnh xác định xâm lấn vỏ bằng vi thể và xâm lấn mạch máu bằng vi thể (xâm lấn ít của khối u chỉ có thể xem trên vi thể) là ung thư trong khi các ung thư khác lại không thể làm vậy.

Nhiều công trình nghiên cứu lâm sàng đã áp dụng và đánh giá giá trị của các chỉ số tiên lượng tổng hợp được nêu ở trên [1],[6].

Nghiên cứu của Voutilainen PE và cộng sự về vai trò của các chỉ số tiên lượng tổng hợp AMES, MACIS và TNM trong ung thư tuyến giáp dạng nhú trên 495 bệnh nhân bị ung thư giáp dạng nhú và được điều trị tại khoa ngoại tại Trung tâm Đại học Bệnh viện Helsinki từ năm 1967 và 1994 cho thấy:

Tỷ lệ tử vong do riêng ung thư ở nhóm AMES nguy cơ thấp gồm 89.7% bệnh nhân là 2.4%. Con số tương đương cho nhóm MACIS 89.9% là 2.4% và nhóm TNM 85.9% là 1.2%. Tỷ lệ tử vong trong 10 năm giữa nhóm nguy cơ cao và thấp là 22.2 đối với AMES, 25.0 đối với MACIS và 41.8 cho hệ TNM. Tỷ lệ phương sai là 16.3 ở AMES, 30.0 cho MACIS được coi là biến liên tục và 28.9 đối với giai đoạn TNM.

V. KẾT LUẬN

Tiên lượng theo M.A.C.S: Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nhóm III (7-7,99 điểm, 25%);

Di căn cao nhất ở nhóm IV ($>8,0 = 31,5\%$); Tử vong cao nhất ở nhóm IV ($>8 = 31,5\%$).

Tiên lượng theo A.G.E.S: Tái phát cao nhất ở nhóm III (5-5,99 điểm, 21,4%); Di căn cao nhất ở nhóm IV (6 = 10,8%); Tử vong cao nhất ở nhóm IV (6 = 19,5%).

Tiên lượng theo A.M.E.S: Tỷ lệ tái phát, di căn, tử vong ở các nhóm nguy cơ khác nhau thì khác nhau. **Tiên lượng theo T.N.M:** Tỷ lệ tái phát cao nhất ở giai đoạn IV (50%); Di căn cao nhất ở nhóm IV (100%); Tử vong cao nhất ở nhóm III (28,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brian Hung-Hin Lang., Chung-Yau Lo., Wai-Fan Chan., King-Yin Lam¹ and Koon-Yat Wan².** (2007), "Staging systems for follicular thyroid carcinoma: application to 171 consecutive patients treated in a tertiary referral centre", *Endocrine-Related Cancer*, 14 (1), pp.29- 42 .
2. **Pöivi Siironen.** (2005), Prognostic of papillary thyroid cancer, Department of Surgery University of Helsinki, Finland, December 5th
3. **Thyroid cancer prognosis staging (2007)**, Columbia University Medical Center, Department of Surgery, New York, NY .
4. **Nguyễn Xuân Phách (1987)**, Chẩn đoán bệnh tuyến giáp trạng, Sử dụng đồng vị phóng xạ trong chẩn đoán lâm sàng và nghiên cứu y sinh học, Học viện Quân y, Hà Nội, tr. 72- 90.
5. **D'Avanzo A., Ituarte P., Treseler P., Kebebew E., Wu J., Wong M., Duh QY., Siperstein AE., Clark OH.** (2004), "Prognostic scoring systems in patients with follicular thyroid cancer: A comparison of different staging systems in predicting the patient outcome", *Thyroid*, June, 14(6), pp. 453-458.
6. **Voutilainen PE., Siironen P., Franssila KO., Sivula A., Haapiainen RK., Haglund CH.** (2003), "AMES, MACIS and TNM prognostic classifications in papillary thyroid carcinoma", *Anticancer Res*, Sep- Oct, 23 (5b), pp. 4283 - 8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TÁO BÓN CHỨC NĂNG MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ NỘI NĂM 2021

Nguyễn Thị Thanh Hoa*, Ngô Quỳnh Hoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà nội năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên tổng số 60 bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu: $69,50 \pm 9,66$ (tuổi), tỷ lệ nữ/nam = 2,1: 1. Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1 đến 5 năm (78,3%). Tỷ lệ táo bón ở người cao tuổi không liên quan đến nghề nghiệp và mức độ vận động của bệnh nhân. Các bệnh nhân lựa chọn phương pháp dùng thuốc YHCT để điều trị táo bón chiếm tỷ lệ cao hơn so với thuốc YHHĐ (50% so với 15%). Trong nghiên cứu sử dụng thang điểm Wexner để đánh giá mức độ táo bón - kết quả đa phần bệnh nhân táo bón chức năng ở mức độ nhẹ (điểm Wexner trung bình là 8,3 / 30 điểm). Các triệu chứng phổ biến hay gặp ở táo bón chức năng mạn tính ở người lớn: số lần đại tiện/ tuần giảm dưới 3 lần/ tuần, thời gian ngồi bồn cầu lâu và cảm giác không hết phân khi đi đại tiện.

Từ khóa: Táo bón chức năng mạn tính

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION PATIENTS BE TREATED AT HANOI GENERAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2021

Object: The study was to evaluate the clinical characteristics of patients with chronic functional constipation at Hanoi general hospital of traditional medicine in 2021. **Methods:** Descriptive research, a cross-sectional study was carried out among 60 patients with chronic functional constipation who was treated at the Hanoi general hospital of traditional medicine. **Results:** Mean age in the study: 69.50 ± 9.66 (age), this disease is more common in women, female to male ratio is 2.1: 1. The main disease duration is from 1 to 5 years (78.3%). Constipation in the elderly is not related to the patient's occupation and activity level. Constipation patients choose the method of using traditional medicine account for a higher proportion than using modern medicine (50% compared with 15%). In the study, the Wexner scale was used to evaluate the degree of constipation and the majority of patients with functional constipation were mild (the average Wexner score was 8.3 out of 30 points). Common symptoms of chronic functional constipation in adults are: Fewer than 3 spontaneous bowel movements per week, length of time per attempt and incomplete evacuation.

Keyword: Chronic Functional Constipation

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hoa

Email: ntthoa@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.6.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón được gọi là mạn tính nếu táo bón xuất hiện trên 12 tuần trong 1 năm trước đó, có thể xuất hiện trong các tuần không liên tiếp. Táo bón có thể do các nguyên nhân thực thể song cũng có thể do nguyên nhân chức năng [1]. Táo bón chức năng mạn tính (Chronic functional constipation) là một trong những rối loạn tiêu hóa phổ biến nhất, với tỷ lệ toàn cầu khoảng 14%, hay gặp ở phụ nữ (tỷ lệ nữ/nam = 2/1) và tỷ lệ táo bón tăng theo tuổi. Táo bón chức năng mạn tính được chia làm 3 loại: táo bón vận động ruột bình thường, táo bón vận động ruột chậm và rối loạn đồng vận phản xạ rặn [2]. Ở người cao tuổi, chức năng các cơ quan trong cơ thể giảm sút, chức năng nhai giảm, hoạt động thể lực giảm sút... nên người cao tuổi có nguy cơ mắc táo bón cao hơn. Trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, việc gặp bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính là khá thường gặp, tuy nhiên hiện tại chưa có nghiên cứu nào được tiến hành về táo bón chức năng mạn tính tại viện. Với mục đích tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính điều trị nội trú tại viện chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân trên 18 tuổi, điều trị nội trú, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán táo bón chức năng mạn tính theo tiêu chuẩn Rome IV (2006).

Tiêu chuẩn Rome IV (2006) [3]

1. Táo bón khi thỏa mãn ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau, thời gian diễn ra các triệu chứng ít nhất trong vòng 3 tháng, các triệu chứng khởi phát trước đó ít nhất 6 tháng:

- Căng thẳng ít nhất 25% số lần đại tiện.
- Phân khô cứng trong ít nhất 25% số lần đại tiện.
- Phải rặn mạnh trong ít nhất 25% số lần đại tiện.
- Còn cảm giác mắc cầu sau ít nhất 25% số lần đại tiện.
- Phải dùng các biện pháp hỗ trợ để đi đại tiện dễ hơn 25% số lần đi đại tiện.
- Ít hơn 3 lần đại tiện mỗi tuần.

2. Phân lỏng rất hiếm khi xuất hiện mà không sử dụng thuốc nhuận tràng.

3. Không đủ tiêu chí cho chẩn đoán Hội chứng ruột kích thích.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Các trường hợp táo chức năng mạn tính có rối loạn đồng vận phản xạ rặn.

+ Các trường hợp táo bón chức năng do suy giáp.

+ Trường hợp táo bón chức năng trên phụ nữ mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, cỡ mẫu 60 bệnh nhân được lấy theo phương pháp thu thập mẫu thuận tiện.

2.3. Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá trong nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử mắc bệnh theo năm, đặc điểm nghề nghiệp, chế độ vận động, chế độ ăn chất xơ và nước uống trong ngày của bệnh nhân.

Phân thể lâm sàng theo YHCT: Dựa vào tư chẩn để phân loại thể lâm sàng 60 bệnh nhân [4], trong nghiên cứu chỉ chọn 02 thể nhiệt bí và âm hư. Vì sau khi đánh giá đặc điểm lâm sàng chúng tôi tiến hành cho bệnh

nhân uống thuốc YHCT nên đã chủ đích lựa chọn 02 thể lâm sàng này trong nghiên cứu.

Đánh giá triệu chứng Táo bón: Số lần đại tiện/ tuần. Mức độ bệnh theo thang điểm Wexner [6].

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo SPSS 22.0. sử dụng thuật toán tính %, tần số xuất hiện, so sánh tỷ lệ sử dụng test χ^2 . Sai lầm loại I với $\alpha = 0,05$, sai lầm loại II với $\beta = 0,20$, khoảng tin cậy 95% (95% CI) với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, đề tài được thông qua hội đồng đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng và hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Đề tài được thông qua đề tài cơ sở của bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. Các số liệu thu được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu chứ không có bất kỳ một mục đích nào khác, thông tin của bệnh nhân được mã hóa và không được công bố.

2.6. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, thời gian từ tháng 4/2021 đến tháng 10 / 2021.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin:

Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới và thể lâm sàng theo YHCT

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $69,50 \pm 9,66$; thấp nhất là 39 tuổi, nhiều nhất là 87 tuổi. Tỷ lệ nhóm tuổi 50 - 69 bằng với tỷ lệ của nhóm tuổi ≥ 70 tuổi (48,33%). Nhóm nghiên cứu có 68,33% nữ; 31,67% nam; tỷ lệ nữ/nam = 2,1/ 1.

Trong 60 bệnh nhân Táo bón chức năng mạn tính, 25% là thể Nhiệt bí và 75% là thể âm hư theo YHCT.

3.2. Đặc điểm về tiền sử, chế độ ăn uống, chế độ vận động, tiền sử điều trị của bệnh nhân

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tiền sử mắc bệnh theo năm

Thời gian		Nhóm nhiệt bí (1) n = 15		Nhóm âm hư (2) n = 45		p(1-2)
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tiền sử mắc bệnh	< 1 năm	10	67,67	0		< 0,05
	1 – 5 năm	5	33,33	42	93,33	
	> 5 năm	0		3	6,67	

Nhận xét: Tiền sử < 1 năm: nhóm nhiệt bí chiếm (67,67%) cao hơn nhóm âm hư. Tiền sử từ 1 đến 5 năm và tiền sử mắc bệnh trên 5 năm: nhóm âm hư chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nhiệt bí ($p < 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo chế độ ăn uống

Chế độ ăn uống		Nhóm nhiệt bí (1) n = 15		Nhóm âm hư (2) n = 45		Tổng n = 60		p(1-2)
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Chế độ ăn chất	Ít	5	33,33	5	11,12	10	16,67	< 0,05
	Đủ	10	66,67	29	64,44	39	65	

xơ	Nhiều	0		11	24,44	11	18,33	
Chế độ nước uống	Ít	3	20,0	3	6,7	6	10	> 0,05
	Đủ	11	73,3	37	82,3	48	80	
	Nhiều	1	6,7	5	11,1	6	10	

Nhận xét: Thở nhiệt bí tỷ lệ táo bón do ăn ít chất xơ (33,33%) cao hơn thể âm hư (11,12%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nhiệt bí và âm hư về tỷ lệ táo bón theo chế độ nước uống trong ngày ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo chế độ vận động

Chế độ vận động	Nhóm nhiệt bí (1) n = 15		Nhóm âm hư (2) n = 45		p(1-2)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Vận động bình thường	9	60	24	53,33	> 0,05
Ít vận động	6	40	21	46,67	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân táo bón ở nhóm vận động bình thường và ít vận động như nhau giữa nhóm nhiệt bí và nhóm âm hư ($p > 0,05$).

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị

Phương pháp điều trị	Nhóm nhiệt bí (1) n = 15		Nhóm âm hư (2) n = 45		p(1-2)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Chưa điều trị	6	40	15	33,33	> 0,05
Thuốc YHCT	7	46,67	23	51,11	
Thuốc YHHĐ	2	13,33	7	15,56	
Thuốc YHHĐ + YHCT	0	-	0	-	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc YHCT để điều trị táo bón chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm nhiệt bí và âm hư ($p > 0,05$).

3.3. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng trong thang Wexner

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng trong thang Wexner

Các triệu chứng theo thang điểm Wexner	n	Tỷ lệ
Số lần đi đại tiện: < 3 lần/ tuần	60	100%
Cảm giác đi đại tiện không hết phân	53	88,3%
Đau rát hậu môn khi đi đại tiện	0	0%
Đau bụng khi đi đại tiện	5	8,3%
Thời gian ngồi trong bồn cầu (10 -20 phút)	52	86,7%
Cần dùng thuốc nhuận tràng, thụt tháo hoặc móc phân	37	61,7%
Tiền sử táo bón từ 1 – 5 năm	52	86,7%
Mọi cố gắng giúp đi cầu 24h đều không thành công	5:	8,3%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp trong táo bón ở người già là số lần đi đại tiện giảm dưới 3 lần/ tuần, thời gian ngồi bồn cầu lâu, cảm giác không hết phân khi đi đại tiện.

IV. BÀN LUẬN

Táo bón là một bệnh tiêu hóa phổ biến chiếm 14% dân số toàn cầu, bệnh phổ biến hơn ở phụ nữ và tỷ lệ tăng theo tuổi [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $69,50 \pm 9,66$ trong đó thấp nhất là 39 tuổi, cao nhất là 87 tuổi. Phân bố chủ yếu trên 50 tuổi, cụ thể tỷ lệ nhóm tuổi 50 - 69 bằng với tỷ lệ của nhóm tuổi ≥ 70 tuổi (48,33%). Tỷ lệ nữ/ nam = 2,1/1. Như vậy, đặc điểm về tuổi và giới trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính.

Trên tổng số 60 bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính, sở dĩ chúng tôi chủ đích lựa chọn hai thể lâm sàng là nhiệt bí và âm hư là vì sau khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chúng tôi sẽ tiến hành can thiệp bài thuốc Y học cổ truyền trên hai thể lâm sàng này và tiến hành so sánh hiệu quả bài thuốc. Kết quả cho thấy 25% thể nhiệt bí và 75% thể âm hư. Giải thích điều này vì tuổi trung bình của nghiên cứu là $69,50 \pm 9,66$ và nữ chiếm nhiều hơn, ở tuổi này, nữ giới đã bước sang tuổi thiên quý cận cho nên thể âm hư sẽ chiếm tỷ lệ cao hơn so với thể nhiệt bí [4].

YHCT cho rằng chứng táo bón cơ bản thuộc về đại trường nhưng nó cũng quan hệ đến chức năng của các tạng phủ tỳ, vị, can, thận. Bệnh thuộc nhóm nhiệt bí thường do chế độ ăn ít chất xơ, uống ít nước, hoặc do dùng thức ăn cay nóng kéo dài, lâu dần tích lại hóa nhiệt ở vị, vị nhiệt quá thịnh sẽ thiêu đốt tân dịch, làm cho sự truyền tống của đại trường mất điều hòa và gây táo kết. Bệnh

thuộc nhóm âm hư đa phần là do nội thương hư tổn, nội nhiệt thiêu đốt tân dịch cũng gây đại tiện táo kết – nên ít liên quan đến chế độ ăn uống [4].

Trong nghiên cứu này, do bệnh nhân cao tuổi kết hợp bệnh nền, di chuyển chậm chạp do đau lưng mỏi gối. Vì vậy, tỷ lệ táo bón chức năng không có sự khác biệt ở 2 nhóm lao động trí óc hay lao động chân tay.

Táo bón không phải là lý do vào viện, thường là bệnh kèm theo. Người bệnh lựa chọn điều trị tại nhà và tăng cường lượng chất xơ trong khẩu phần ăn - 50% trong tổng số 65% bệnh nhân đã lựa chọn thuốc YHCT để tự điều trị và các vị thuốc bệnh nhân hay dùng: lá cây chút chút, mật ong, lô hội, lá phan tả diệp.... Vậy tại sao bệnh nhân lại lựa chọn các vị thuốc YHCT để tự điều trị, bởi vì theo quan điểm của bệnh nhân, thuốc YHCT lành tính, an toàn và ít tác dụng phụ hơn.

Thang điểm Wexner được dùng để đánh giá mức độ nặng hay nhẹ của táo bón. Tổng điểm thấp nhất là 0, điểm cao nhất là 30 điểm và điểm càng cao thì mức độ táo bón càng nặng [6].

Trong 8 triệu chứng trên của thang điểm Wexner, các triệu chứng mà nhóm bệnh nhân nghiên cứu hay gặp nhất đó là: cảm giác đại tiện không hết phân (88,3%); thời gian ngồi bồn cầu lâu (86,7%); số lần đi đại tiện dưới 3/ tuần; tiền sử táo bón từ 1- 5 (86,7%).

So với nghiên cứu của năm vào năm 2014, tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương: triệu chứng thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là: thời gian đại tiện kéo dài (95,3%), phân khô cứng vón cục (93%), đại tiện dưới 3 lần một tuần (88,4%), cảm giác không hết phân khi đi đại tiện (93%), rặn nhiều khi đại tiện (86%), đầy chướng bụng (37,2%) [7]. Như vậy, ta có thể thấy có sự tương đồng về triệu chứng lâm sàng ở bệnh

nhân táo bón chức năng của 2 bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội và viện Lão khoa Trung ương.

Các triệu chứng khác hiếm gặp trong nghiên cứu của chúng tôi đó là cảm giác đau bụng khi đi đại tiện (8,3%), cảm giác đau rát khi đi đại tiện (0%).

So sánh với một nghiên cứu khác trên táo bón của trẻ em vào năm 2014 tại Bệnh viện Nhi Trung ương [8]: trẻ đau rát hậu môn chiếm (83%), trẻ đau bụng khi đi đại tiện (34%). Vậy ta có thể thấy đặc điểm lâm sàng về táo bón của người già và trẻ em có sự khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Ở người cao tuổi, táo bón ít liên quan đến chế độ hoạt động thể lực và chế độ ăn uống sinh hoạt. Các triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính ở người cao tuổi là: Cảm giác đi đại tiện không hết phân, thời gian ngồi bồn cầu lâu, phân khô cứng và vón cục. Các triệu chứng hiếm gặp: Đau bụng khi đi đại tiện, đau rát hậu môn khi đi đại tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Các bộ môn Nội trường Đại học Y Hà Nội (2004), “Táo bón”, Bệnh học Nội Khoa tập 1 - Bài giảng dành cho đối tượng sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Tr 153- 67.
2. Black C.J. và Ford A.C. (2018). Chronic idiopathic constipation in adults: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and clinical management. *Med J Aust*, **209**(2), 86–91.
3. Mearin F., Ciriza C., Mínguez M. và cộng sự. (2016). Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*, **108**(6), 332–363.
4. Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội (2016), “Tiện bí”, Bệnh học Nội Khoa Y học cổ truyền - Sách dành cho đối tượng sau đại học, Nhà xuất bản Y học, 187-194.
5. Chumpitazi B.P., Self M.M., Czyzewski D.I. và cộng sự. (2016). Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. *Neurogastroenterol Motil*, **28**(3), 443–448.
6. Agachan F., Chen T., Pfeifer J. và cộng sự. (1996). A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum*, **39**(6), 681–685.
7. Nguyễn Thị Lương (2014), “Điều tra tỷ lệ mắc táo bón và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ở bệnh nhân điều trị nội trú tại viện lão khoa Trung ương”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Đa khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
8. Đỗ Thị Minh Phương (2014), “Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và đánh giá hiệu quả điều trị táo bón chức năng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương”, luận văn Bác sĩ Nội trú, đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC CỦA BỆNH VIÊM TAI GIỮA CẤP Ứ MỦ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Thanh Hải*, Trần Hồng Hạnh*, Nguyễn Thị Minh Cử*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án của 68 bệnh nhi điều trị tại Khoa Tai – Mũi – Họng, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020 nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của bệnh viêm tai giữa cấp (VTGC) mủ trên nhóm bệnh nhân trên. **Kết quả:** Trẻ dưới 3 tuổi chiếm đa số (86,7%). Tỷ lệ trẻ ở nông thôn (66,2%) cao hơn thành thị (23,8%). Bệnh chủ yếu gặp vào mùa đông (95,6%). Triệu chứng thường gặp: sốt vừa và cao (82%), đau tai (82,4%), ngạt mũi chảy mũi (97,1%), ho (98,5%). Tổn thương thường ở cả 2 hai tai (94,1%) với đặc điểm màng nhĩ căng phồng ứ mủ. 100% có tổn thương họng và a-mi-đan. Nuôi cấy vi khuẩn trong dịch mủ tai đa số có mọc vi khuẩn (69,1%). Kết quả phân lập vi khuẩn thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae* (68,1%), *Haemophilus influenzae* (12,8%), *Staphylococcus aureus* (8,5%). *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* có mức độ nhạy cao với Carbapenem và Cephalosporin thế hệ 3, 4, trong khi *Staphylococcus aureus* nhạy với Vancomycin, Amikacin, Ciprofloxacin. **Kết luận:** VTGC mủ là tình trạng bệnh lý cấp tính thường gặp ở trẻ em. Nghiên cứu góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh VTGC mủ một cách hiệu

quả hơn ở trẻ em, hạn chế các biến chứng nguy hiểm.

Từ khóa: Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, kháng sinh đồ, vi khuẩn học, viêm tai giữa cấp mủ

SUMMARY

CLINICAL AND BACTERIOLOGY CHARACTERISTICS OF ACUTE PURULENT OTITIS MEDIA AT HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2020

A retrospective descriptive study based on medical records of 68 pediatric patients treated at the Department of Otorhinolaryngology, Hai Phong Children Hospital in 2020 to describe some clinical, bacteriological and antibiogram characteristics of acute purulent otitis media (APOM). **Results:** Children under 3 years old accounted for the majority (86.7%). The proportion of children lived in rural areas (66.2%) is higher than in urban areas (23.8%). APOM is mainly seen in winter (95.6%). Common symptoms: moderate and high fever (82%), earache (82.4%), stuffy nose and runny nose (97.1%), cough (98.5%). Lesions are usually in both ears (94.1%) with features of swollen eardrum with pus. All of patients had damage to the throat and tonsils. The percentage of samples growing bacteria when cultured was 69.1%. The most common bacterial found out were *Streptococcus pneumoniae* (68.1%), *Haemophilus influenzae* (12.8%), *Staphylococcus aureus* (8.5%). *S.pneumoniae* and *H.influenzae* have high sensitivity to

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: nthanhhai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.6.2022

Carbapenem and 3rd and 4th generation Cephalosporins, while *Staphylococcus aureus* is sensitive to Vancomycin, Amikacin, Ciprofloxacin.

Conclusion: APOM is a common acute condition in children. The study contributes to more effective diagnosis and treatment of APOM in children, limiting dangerous complications.

Key words: Hai Phong Children Hospital, antibiogram, bacteriology, acute purulent otitis media

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp (VTGC) mũ là tình trạng mưng mủ trong hòm nhĩ. Nguyên nhân thường do nhiễm khuẩn hô hấp trên. Bệnh diễn biến qua 3 giai đoạn: màng nhĩ xung huyết, ứ mủ và vỡ mủ. Có thể dẫn đến các biến chứng: liệt mặt, viêm màng não mủ, áp xe não, điếc,... Bệnh thường ở trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt trẻ dưới 3 tuổi. Nguyên nhân là do giải phẫu và sinh lý tai trẻ em khác với người lớn: vòi nhĩ nối giữa tai và mũi họng ngắn hơn, nằm ngang và tư thế trẻ hay nằm hơn so với người lớn nên viêm nhiễm vùng mũi họng dễ lan lên tai [3]. Bên cạnh đó, ở trẻ nhỏ a-mi-đan vòm phát triển mạnh nhất và dễ bị viêm nhiễm, sức đề kháng yếu nên trẻ dễ bị viêm mũi họng, trẻ hay bị nôn trớ nên dịch dạ dày, thức ăn dễ trào vào vòi nhĩ. Ngoài ra, niêm mạc đường hô hấp trên của trẻ em bao gồm niêm mạc tai giữa rất nhạy cảm, dễ phản ứng. Nên thường tăng tiết dịch, dễ phù nề cũng góp phần trong cơ chế bệnh sinh. Tác nhân thường gặp bao gồm *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*.

Trên toàn thế giới, VTGC mũ là vấn đề sức khỏe lớn với 87,5% trẻ em mắc một lần trước 5 tuổi [8], tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc viêm tai

giữa cấp mũ ở trẻ em khoảng 75%. Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi tỉnh Quảng Nam tác giả Bùi Duy Khả 2014 đã chỉ ra rằng VTGC mũ ở trẻ em từ 0 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, vi khuẩn thường gặp là *Staphylococcus aureus* và *Pseudomonas aeruginosa* [1]. Tại Hải Phòng, theo sự hiểu biết của chúng tôi, cho đến nay chưa có đề tài nào nghiên cứu về đặc điểm vi khuẩn học trong VTGC mũ ở trẻ em. Để góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh VTGC mũ ở trẻ em, hạn chế các biến chứng nguy hiểm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của bệnh viêm tai giữa cấp (VTGC) mũ trên nhóm bệnh nhi điều trị tại khoa Tai-Mũi-Họng bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định là VTGC mũ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2016 [4].
- Được lấy dịch mũ tai làm xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ nếu mọc vi khuẩn.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn trong dịch mũ tai.
- Xét nghiệm nuôi cấy có mọc vi khuẩn nhưng không được làm kháng sinh đồ.
- Bệnh phẩm lấy ở tai đã chảy mủ từ trước.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Tai - Mũi - Họng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2021 những hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/01/2020 đến 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhi.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả hồ sơ bệnh án của những bệnh nhi VTGC mũ đạt tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng số có 68 bệnh nhân.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu theo nội dung nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Đặc điểm lâm sàng	Đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ
Tuổi	Sốt	Tỉ lệ mọc vi khuẩn
Giới	Đau tai	Các vi khuẩn thường gặp
Địa dư	Chảy mũi	Đặc điểm kháng sinh đồ
mùa	Ho	
	Quấy khóc	
	Mủ tai giữa	
	Tổn thương mũi	
	Tổn thương họng	

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được tính theo tỷ lệ phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm tai giữa cấp mũ

3.1.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tất cả 68 trẻ mắc VTGC mũ trong nghiên cứu đều dưới 5 tuổi, trẻ dưới 3 tuổi chiếm đa số với số lượng là 59 trẻ chiếm 86,7%. Số trẻ nam là 35 chiếm 51,5%. Phần lớn trẻ mắc VTGC mũ sống ở nông thôn với tỷ lệ là 66,2%. Bệnh chủ yếu gặp vào mùa đông (65 trẻ chiếm 95,6%).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Một số triệu chứng cơ năng của bệnh VTGC mũ

Triệu chứng cơ năng	Phân loại	n	%
Sốt	Có	61	89,7
	Sốt nhẹ (37,5 – 38,4°C)	11	18
	Sốt vừa (38,5 – 38,9°C)	25	41
	Sốt cao (39 – 39,9°C)	25	41
Đau tai		56	82,4
Chảy mủ tai		11	16,2
Triệu chứng tại mũi	Bình thường	2	3,0
	Ngạt mũi	3	4,4

Biểu hiện lâm sàng khác	Chảy dịch nhầy trong	23	33,8
	Chảy dịch đục/vàng/xanh	40	58,8
	Ho	67	98,5
	Quấy khóc	51	75,0
	Khàn tiếng	16	23,5
	Rối loạn tiêu hóa	8	11,8
Tổng		68	100

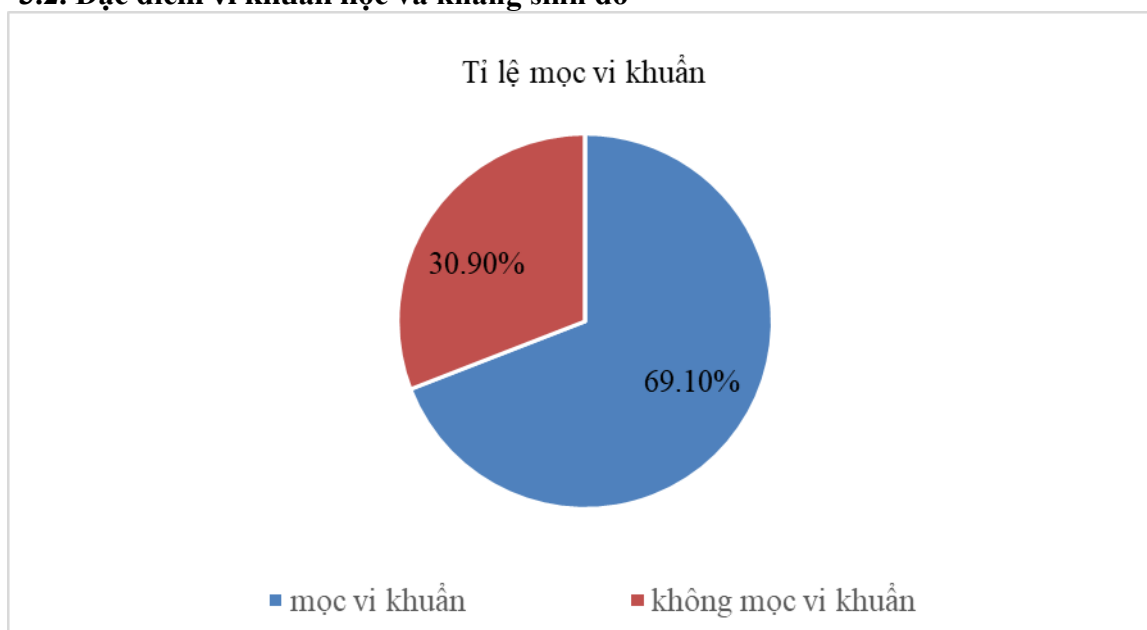
Nhận xét: Hầu hết các trẻ đều có sốt (89,7%), trong đó đa số là sốt vừa và sốt cao, mỗi loại chiếm 41%, tiếp đến là sốt nhẹ chiếm 18%. Phần lớn trẻ có triệu chứng đau tai chiếm 82,4%. Số trẻ có triệu chứng chảy mủ tai chỉ chiếm 16,2%. Hầu hết trẻ có triệu chứng ở mũi, trong đó 40 trẻ chảy nước mũi đục/vàng/xanh (58,8%) và 23 trẻ chảy nước mũi trong (33,8%), 3 trẻ có biểu hiện ngạt mũi (4,4%). Trong số các triệu chứng khác kèm theo, ho gặp nhiều nhất chiếm 98,5%, tiếp đó là quấy khóc (75%), khàn tiếng (23,5%) và rối loạn tiêu hóa (11,8%).

Bảng 3.2. Một số triệu chứng thực thể của bệnh VTGC mủ

Triệu chứng thực thể		Phân loại	n	%
Tổn thương tai		Có	61	89,7
		Chỉ tai trái	3	4,4
		Chỉ tai phải	1	1,5
		Cả 2 tai	64	94,1
Tổn thương màng nhĩ	Tai trái	Màng nhĩ sáng	1	1,5
		Màng nhĩ xung huyết	2	2,9
		Màng nhĩ phồng ứ mủ	59	86,6
		Màng nhĩ thủng	6	8,8
	Tai phải	Màng nhĩ sáng	3	4,4
		Màng nhĩ xung huyết	3	4,4
		Màng nhĩ phồng ứ mủ	57	83,8
		Màng nhĩ thủng	5	7,4
Tổn thương mũi		Niêm mạc mũi bình thường	2	3,0
		Niêm mạc mũi đỏ nhẹ	3	4,4
		Mũi có dịch nhầy trong	23	33,8
		Mũi có dịch đục/vàng/xanh	40	58,8
Tổn thương họng và a-mi-đan		Niêm mạc họng, amidan bình thường	0	0
		Niêm mạc họng, amidan xung huyết	63	92,6
		Niêm mạc họng nề đỏ, amidan chấm mủ	5	7,4
Tổng			68	100

Nhận xét: Có 64/68 trẻ tổn thương đồng thời hai tai (94,1%). Hầu hết các trẻ có tổn thương màng nhĩ ở giai đoạn ứ mủ, trong đó tai trái là 59 trẻ (86,8%), tai phải là 57 trẻ (83,8%). Trong 68 trẻ mắc VTGC mủ, 40 trẻ có dịch mũi đục/vàng/xanh, chiếm 58,8%, 23 trẻ có dịch nhầy trong ở mũi (33,8%). Với tổn thương họng và a-mi-đan, đa số trẻ có niêm mạc họng, a-mi-đan xung huyết (92,6%).

3.2. Đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ



Hình 3.1: Tỷ lệ mọc vi khuẩn

Nhận xét: Có 47 mẫu mọc vi khuẩn (69,1%), 21 mẫu không mọc vi khuẩn (30,9%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ phân lập theo từng loại vi khuẩn

Vi khuẩn	Số mẫu bệnh phẩm (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	32	68,1
<i>Haemophilus influenzae</i>	6	12,8
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	3	6,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	8,5
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	2,1
<i>Streptococcus viridans</i>	1	2,1
Tổng	47	100

Nhận xét: Phế cầu gặp tỷ lệ cao nhất 68,1%, tiếp đó là vi khuẩn HI chiếm 12,8% và tụ cầu vàng chiếm 8,5%. Liên cầu gặp tỷ lệ thấp là 2,1%.

Bảng 3.4. Kết quả kháng sinh đồ

Vi khuẩn	Nhạy cảm	Kháng
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (phế cầu)	-Meropenem, vancomycin, chloramphenicol(100%) -Cefotaxim, Ceftriaxone),	-Oxaciline phế cầu, Azithromycin, Erythromycin(100%), -

	Cefepime, Levofloxacin (>90%) -Amoxicilin+A.clavulanic và Imipene (trên 85%)	Clindamycin (92%)
Haemophilus influenzae (HI)	-Ceftazidim, Cefotaxim, Cefepime, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Piperacillin- tazobactam (100%) -Ampicillin-sulbactam (83,3%)	-Ampiciline, Cefuroxime, Co- trimoxazol (100%) -Azithromycin (80%)
Staphylococcus aureus (tụ cầu vàng)	-Vancomycin, Amikacin (100%) - Ciprofloxacin (75%)	-Penicilin, Chloramphenicol, Azithromycin, Erythromycin, Gentamycin (100%)
Staphylococcus epidermidis (tụ cầu da)	Nhạy cảm hầu hết kháng sinh trong kháng sinh đồ	-Penicilin (66,7%) - Erythromycin (100%)
Streptococcus viridans (liên cầu viridans)	Vancomycin	Cefotaxim, Ceftriaxone Cefipime
Moraxella catarrhalis (cầu khuẩn Gram âm)	Amoxicilin+A.clavulanic, Ciprofloxacin	Azithromycin, Erythromycin, Co- trimoxazol

Nhận xét: Phế cầu nhạy cảm 100% với Meropenem, Vancomycin và Chloramphenicol, nhạy trên 90% với Cefotaxim, Ceftriaxone, Cefepime (Cephalosporin thế hệ 3, 4) và Levofloxacin. Phế cầu kháng 100% với Oxaciline phế cầu và Azithromycin, Erythromycin (nhóm Macrolid). Vi khuẩn HI nhạy cảm 100% với nhiều kháng sinh như: Ceftazidime, Cefotaxim, Ceftriaxone, Cefepime, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Piperacillin-tazobactam. Vi khuẩn HI kháng 100% với Ampiciline, Cefuroxime và Co-trimoxazol. Tỷ lệ kháng Azithromycin lên tới 80%. Tụ cầu vàng nhạy 100% với Vancomycin và Amikacin, nhạy 75% với Ciprofloxacin; kháng hoàn toàn với Peniciline, Chloramphenicol, Azithromycin, Erythromycin, Gentamycine.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm tai giữa cấp mủ

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ mắc VTGC mủ trong nghiên cứu này đều dưới 5 tuổi, trong đó chủ yếu là trẻ dưới 3 tuổi chiếm 86,7%. Tuổi càng lớn thì tỷ lệ mắc bệnh càng giảm. Nguyên nhân là do giải phẫu và sinh lý tai trẻ em khác với người lớn: vòi nhĩ nổi giữa tai và mũi họng ngắn hơn, nằm ngang hơn nên viêm nhiễm vùng mũi họng dễ lan lên tai. Bên cạnh đó, từ 1 đến 7 tuổi là thời kỳ a-mi-đan vòm phát triển mạnh nhất, dễ bị viêm nhiễm. A-mi-đan vòm có vị trí liên quan với loa vòi Eustachi ở 2 bên nên khi a-mi-đan vòm viêm nhiễm vi khuẩn từ đó lan lên tai, tình trạng viêm phù nề hoặc quá phát của a-mi-đan vòm làm tắc vòi nhĩ [5].

Trẻ mắc VTGC mũi phần lớn sống ở nông thôn chiếm 66,2%. Nguyên nhân là do tỷ lệ trẻ em ngoại thành cao hơn nội thành. Bên cạnh đó, điều kiện kinh tế, môi trường sống và mức độ quan tâm đến sức khỏe của mỗi vùng khác nhau. Ở thành thị, các trẻ thường được chăm sóc chu đáo hơn, được đưa đi khám và điều trị sớm ngay từ khi mắc viêm mũi họng cấp, viêm a-mi-đan cấp nên tỷ lệ trẻ mắc VTGC mũi ít hơn.

Tỷ lệ bệnh tăng lên rõ rệt ở mùa đông (95,6%) và giảm hẳn vào mùa hè thu. Sự khác biệt này có thể do mùa đông là thời điểm thích hợp cho nhiễm khuẩn hô hấp cấp vì vi khuẩn và virus phát triển mạnh.

Triệu chứng cơ năng

Trong số các trẻ bị VTGC mũi nhập viện, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là sốt và đau tai. Hầu hết các trẻ đều có sốt, chiếm 89,7%, đa số sốt vừa và sốt cao (82,0%). Do đó, sốt là triệu chứng chỉ điểm mà ta cần lưu ý ở trẻ nhỏ để chẩn đoán sớm và điều trị các nguyên nhân gây sốt, trong đó có VTGC mũi. Như vậy, khi mắc VTGC, trẻ thường có biểu hiện nhiễm trùng rõ, rầm rộ. Vì vậy, khi trẻ có sốt ta cần nhanh tìm được nguyên nhân gây sốt đồng thời hạ sốt cho trẻ, tránh các biến chứng do sốt, đặc biệt là co giật.

Đau tai cũng là triệu chứng thường gặp, chiếm 82,4%. Giải thích cho điều này là do trẻ thường được đưa đi khám khi triệu chứng của bệnh rầm rộ. Ở trẻ nhỏ, triệu chứng đau tai được gợi ý bởi các dấu hiệu: quấy khóc, lắc đầu, dứt tai hoặc thay đổi tư thế ngủ, nhưng đôi khi các dấu hiệu này bị bỏ qua, ít được đề ý đến nên triệu chứng đau tai thường bị bỏ sót, còn ở trẻ lớn, triệu chứng đau tai thể hiện rõ ràng hơn, trẻ cảm thấy đau sâu trong tai.

Trong số các trẻ mắc VTGC mũi nhập viện, trẻ có triệu chứng chảy mũi tai chỉ

chiếm 16,2%. Như vậy, trẻ thường được đưa đến viện từ giai đoạn VTGC xung huyết và ứ mủ hơn khi đã chuyển sang giai đoạn vỡ mủ. Có thể giải thích điều này theo biểu hiện của từng giai đoạn trên lâm sàng: giai đoạn xung huyết và ứ mủ, triệu chứng lâm sàng thường rầm rộ, còn đến giai đoạn vỡ mủ thì triệu chứng lâm sàng có xu hướng giảm rõ rệt.

Trẻ mắc VTGC mũi thường có triệu chứng kèm theo về mũi (97%). Nguyên nhân là do vòi Eustachi nối thông hòm nhĩ với thành bên vòm mũi họng luôn mở nên các nhiễm trùng vùng này có liên quan đến nhau. Vì vậy, đôi khi trẻ đi khám vì ngạt mũi hay chảy nước mũi nhưng nên khám thêm các cơ quan hay bị bệnh cùng mũi, đặc biệt là tai, tránh bỏ sót bệnh lý của tai, chỉ phát hiện bệnh của mũi.

Triệu chứng thực thể

Trong 68 trẻ mắc VTGC mũi nhập viện, đa số trẻ có tổn thương đồng thời hai tai (94,1%). Lý giải cho điều này là do trẻ bị VTGC mũi thường có nguyên nhân từ viêm a-mi-đan. A-mi-đan nằm ở vị trí cao nhất của vòng bạch huyết quanh họng có liên quan 2 bên với 2 loa vòi Eustachi, a-mi-đan Gerlach nằm thấp hơn bao bọc quanh loa của vòi Eustachi. Do đó, khi viêm a-mi-đan, vi khuẩn lan lên đồng thời hai bên vòi tai và làm tắc hai bên cùng lúc, từ đó dẫn đến VTGC mũi hai bên.

Đa số các trẻ mắc VTGC mũi nhập viện có tình trạng tổn thương tai ở giai đoạn ứ mủ. Điều này được lý giải là do trẻ thường được đưa đi khám ở giai đoạn ứ mủ với triệu chứng lâm sàng rầm rộ nhất. Các trẻ VTGC mũi ở giai đoạn xung huyết được phát hiện không nhiều mà đa phần phát hiện do bệnh nhân đi khám viêm mũi họng. Màng nhĩ thủng chiếm tỷ lệ ít vì đến giai đoạn vỡ mủ các biểu hiện lâm sàng giảm rõ rệt.

Phần lớn các trẻ mắc VTGC mũi có tổn thương mũi đi kèm (97%). Tất cả các trẻ mắc VTGC mũi đều có tổn thương tại họng và a-mi-đan. Điều này góp phần khẳng định mối liên quan giữa VTGC mũi và các bệnh về mũi, họng và a-mi-đan. Chúng có thể là nguyên nhân gây VTGC mũi hoặc là bệnh lý kèm theo.

4.2. Đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ

Kết quả phân lập vi khuẩn trong dịch mũi tai. Trong 47 mẫu mọc vi khuẩn, phế cầu chiếm 68,1% - đứng đầu trong số các vi khuẩn gây VTGC mũi - tiếp theo là vi khuẩn HI chiếm 12,8%, tụ cầu vàng chiếm 8,5%, tụ cầu da chiếm 6,4% và cuối cùng là cầu khuẩn Gram âm và liên cầu chiếm 2,1% mỗi loại. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Michael W Mather năm 2019: Phế cầu chiếm 30%, HI chiếm 23%, tụ cầu da chiếm 5% [6].

Tỷ lệ các loại vi khuẩn có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Bùi Duy Khả năm 2014 tại Quảng Nam: đứng đầu là tụ cầu vàng chiếm 56,76%, sau đó đến trực khuẩn mũi xanh chiếm 29,73%, phế cầu chiếm tỷ lệ rất nhỏ chỉ 2,7% [1]. Cũng có sự khác biệt với nghiên cứu của Đặng Hoàng Sơn năm 2004 tại Thành phố Hồ Chí Minh: Tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%, tiếp theo là HI chiếm 33,3% và cuối cùng là phế cầu chiếm 25% [2]. Sự khác biệt này được nghĩ đến là do khác biệt về thời gian nghiên cứu, đặc điểm địa lý của khu vực nghiên cứu và đặc điểm sử dụng thuốc giữa các vùng miền tạo ra sự khác nhau về loại vi khuẩn gây bệnh.

Kết quả kháng sinh đồ

S.pneumoniae (Phế cầu): Nhạy cảm 100% với Meropenem, Vancomycin và Chloramphenicol; nhạy trên 90% với

Cefotaxim, Ceftriaxone (Cephalosporin thế hệ 3), Cefepime (Cephalosporin thế hệ 4) và Levofloxacin. Tỷ lệ nhạy cảm với Amoxicilin+A.clavulanic và Imipenem cũng đạt trên 85%. Phế cầu kháng hoàn toàn với Oxaciline phế cầu và Azithromycin, Erythromycin (nhóm Macrolid); kháng Clindamycin lên tới 92%. *H.influenzae* (HI): Nhạy cảm 100% với tương đối nhiều kháng sinh như: Ceftazidim, Cefotaxim, Cefepime, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Piperacillin-tazobactam, mức độ nhạy với Ampicillin-sulbactam đạt 83,3%. HI đã kháng hoàn toàn với Ampiciline, Cefuroxime và Co-trimoxazol, tỷ lệ kháng Azithromycin lên tới 80%. *S.aureus* (Tụ cầu vàng): Nhạy 100% với Vancomycin và Amikacin, nhạy 75% với Ciprofloxacin. Tụ cầu vàng đã kháng hoàn toàn với Penicilin, Chloramphenicol, Azithromycin, Erythromycin, Gentamycin.

Các kết quả trên tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Đặng Hoàng Sơn (Phế cầu gây VTGC mũi nhạy cảm 78% với Cefotaxim, HI nhạy 73% với Cefotaxim; kháng Ampiciline 50% và Co-trimoxazol 73% [2]) của Bùi Duy khả năm 2014 (Tụ cầu vàng nhạy 100% với Amikacin, kháng với Cefotaxim, Ceftazidim [1]), của Tesfa năm 2015 (Tụ cầu vàng kháng ở mức cao với Penicilin, Amoxicillin-clavulanate, Cotrimoxazole, Amoxicillin, và Cefuroxime [7]).

4.3. Một số ưu nhược điểm của nghiên cứu

Nghiên cứu góp phần chỉ ra những triệu chứng cơ năng thường gặp của VTGC mũi (sốt, đau tai, kết hợp với các vấn đề về mũi họng: ho, chảy mũi) giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán sớm bệnh. Các kết quả nghiên cứu vi khuẩn học và kháng sinh

đồ giúp các bác sĩ lâm sàng định hướng nguyên nhân phần lớn là do Phế cầu và lựa chọn kháng sinh phù hợp để điều trị sớm VTGC mũ ở trẻ em. Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học này cũng là cơ sở cho phát triển các nghiên cứu sâu hơn về chẩn đoán và điều trị sớm VTGC mũ. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Cỡ mẫu được sử dụng để tính toán trong nghiên cứu chỉ bao gồm những bệnh nhân VTGC mũ được chích rạch màng nhĩ lấy dịch mũ tại nuôi cấy định danh và làm kháng sinh đồ, do đó có một số lượng trẻ mắc VTGC mũ không được xét nghiệm dịch mũ tại và/hoặc không được làm kháng sinh đồ sẽ bị bỏ sót. Bên cạnh đó, thời gian nghiên cứu chỉ trong năm 2020 và địa điểm nghiên cứu chỉ ở Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, nên kết quả có phần hạn chế, chưa mang tính đại diện cho bệnh VTGC mũ ở trẻ em trên toàn thành phố Hải Phòng và cả nước Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

VTGC mũ là tình trạng bệnh lý cấp tính thường gặp ở trẻ em. Nghiên cứu góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh VTGC mũ một cách hiệu quả hơn ở trẻ em, hạn chế các biến chứng nguy hiểm.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đối với những người chăm sóc trẻ, đặc biệt là trẻ dưới 3 tuổi, cần nhận biết sớm các triệu chứng: sốt mức độ vừa và cao, đau tai, đưa trẻ đi khám ngay. Với các bác sĩ lâm sàng khi trẻ đến khám với các biểu hiện trên, cần khám kỹ Tai – Mũi – Họng, để phát hiện sớm VTGC mũ. Ưu tiên sử dụng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 điều trị VTGC mũ trong trường hợp chưa có kết quả nuôi cấy phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ hoặc kết quả nuôi cấy không mọc vi khuẩn nhưng trên

lâm sàng có biểu hiện nhiễm trùng rõ. Tiêm vaccine phòng Phế cầu cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Duy Khả**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học trong viêm tai giữa cấp có mũ tại bệnh viện nhi Quảng Nam", Đề tài nghiên cứu khoa học, Sở Y tế Quảng Nam (2014).
2. **Đặng Hoàng Sơn**, "Tần suất viêm tai giữa cấp và mạn. Vi khuẩn và sự đề kháng kháng sinh trong điều trị ban đầu viêm tai giữa cấp mạn ở trẻ em", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, (2004), 8(1), p.95–99.
3. **Giải phẫu người - Tai và thần kinh tiền đình ốc tai**, Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà Xuất bản Y Học (2006), p.161–171.
4. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng**, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học Hà Nội (2016), p.24–28.
5. **Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al**, "The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media", Pediatrics, (2013), 131(3), 964–999.
6. **Mather MW, Drinnan M, Perry JD, et al**, "A systematic review and meta-analysis of antimicrobial resistance in paediatric acute otitis media", Int J Pediatr Otorhinolaryngol, (2019), 123, 102–109.
7. **Tesfa T, Mitiku H, Sisay M, et al**, "Bacterial otitis media in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis", BMC Infect Dis, (2020), 20(1), 225.
8. **Wu W, Huang Q**, "Clinical analysis of complications of suppurative otitis media in children", Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, (2020) Jul;34(7):587-591. Chinese. doi: 10.13201/j.issn.2096-7993.2020.07.003. PMID: 32791630.

ĐẶC ĐIỂM CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Đặng Văn Chức¹, Phạm Văn Trung^{1,2}, Phạm Vinh Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. **Phương pháp:** Mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Các dấu hiệu X quang có giá trị định hướng chẩn đoán ung thư tuyến giáp: có đầy khí quản, trung thất giãn rộng ($p < 0,01-0,001$). 97,1% siêu âm có thể phát hiện u tuyến giáp; 100% phân biệt chính xác một khối u là đặc hay lỏng. Đặc điểm u trong ung thư tuyến giáp: 56,2% đặc, 41,2% hỗn hợp, 2,5% nang.

Từ khóa: chẩn đoán hình ảnh, ung thư tuyến giáp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF IMAGING DIAGNOSTIC TESTS IN PATIENTS WITH THYROID CANCER

Objective: Describe the characteristics of imaging diagnostic tests in patients with thyroid cancer. **Study subjects:** 293 patients regardless of age, gender, healthy or malignant thyroid disease were treated at the Department of Thoracic Surgery - Vascular - Endocrinology

Hospital 103 from 2003-2007. **Method:** Clinical description. **Results:** Radiographic findings have a diagnostic value for thyroid cancer: pulmonary embolism, widening of the mediastinum ($p < 0.01 - 0.001$). 97.1% of ultrasound can detect thyroid tumors; 100% accurately distinguishes a tumor as solid or liquid. Characteristics of tumors in thyroid cancer: 56.2% dense, 41.2% mixed, 2.5% cysts.

Keywords: imaging diagnostic, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

90% ung thư của hệ thống nội tiết là ung thư tuyến [1] nhưng lại là nguyên dẫn tới 63% các trường hợp chết do ung thư của hệ thống nội tiết [2]. Khả năng phát hiện ung thư tuyến giáp qua các thăm khám lâm sàng là không cao [2]. Bởi lẽ đó, việc kết hợp cùng các chỉ số cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, đặc biệt là chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý lành tính hay gặp khác như các u tuyến giáp lành tính và các bướu giáp đa nhân. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như chụp X quang, siêu âm tuyến giáp là những xét nghiệm rẻ tiền nhưng dễ làm, dễ áp dụng tại nhiều cơ sở y tế trong việc chẩn đoán. Xuất phát từ những thực tiễn nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

“Mô tả đặc điểm của các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. Các bệnh nhân nghiên cứu được chia làm 2 nhóm:

Nhóm hồi cứu: gồm 118 bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

Nhóm tiền cứu: gồm 175 bệnh nhân (80 là ung thư tuyến giáp và 95 bệnh nhân có bệnh lý lành tính của tuyến giáp).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả lâm sàng

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ, chọn theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Thu thập thông tin:

Các bệnh nhân đều được nghiên cứu kỹ về tiền sử, bệnh sử và khám xét thực thể, siêu âm tuyến giáp, chụp X quang vùng cổ theo bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.3.1. Siêu âm tuyến giáp: thực hiện tại Khoa chẩn đoán chức năng Bệnh viện 103.

Sử dụng máy siêu âm thông thường có đầu dò thích hợp để thăm dò tuyến giáp. Loại máy: Aloka Variovew SSD 2200 (Nhật). Đầu dò Electronic convex scanner 7,5MHz

- Xác định kích thước và trọng lượng của tuyến giáp.

- Xác định tính chất cấu trúc của bướu giáp: cấu trúc có đồng nhất hay không. Nếu có tổn thương không đồng nhất thì là loãng âm, đặc âm hay đặc lỏng hỗn hợp.

- Thể tích tuyến giáp tính theo công thức của Gutekunst R : $V = 0,479 \times a \times b \times c$

V: ml ; a: chiều dài ; b : chiều rộng ; c : chiều dày của mỗi thùy

2.2.3.2. Chụp X quang:

- Chụp X quang vùng cổ không chuẩn bị ở hai tư thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí, mức độ chèn ép khí quản của bướu giáp lớn.

- Chụp ngực thẳng, nghiêng ở những bệnh nhân không sờ được cực dưới của bướu khi nằm ưỡn cổ.

- Các BN được chụp bằng máy UNIVERSAL MP500 (Hoa Kỳ) tại Khoa X quang - Bệnh viện 103.

2.4. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chẩn đoán X quang

Nghiên cứu chẩn đoán X quang được so sánh một số triệu chứng X quang trên 229 phim chụp cổ thẳng (95 lành tính 134 ác tính); 205 phim chụp cổ nghiêng (89 lành tính và 116 ác tính); 176 phim chụp lồng ngực thẳng (88 lành tính và 88 ác tính). Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1.

Bảng 3.1. So sánh một số triệu chứng X quang giữa hai nhóm lành tính, ác tính

X quang	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		So sánh	
	n	%	n	%	p	OR
Chụp X quang cổ thẳng (n =229)						
Có đầy khí quản	22	23,2	56	41,8	0,003	2,38
Không đầy khí quản	73	76,8	78	58,2		
Cộng	95	100	134	100		
Chụp X quang cổ nghiêng (n =205)						
Có đầy khí quản	12	13,5	48	41,4	0,001	4,53

Không đầy khí quản	77	86,5	68	58,6		
Cộng	89	100	116	100		
Chụp X quang lồng ngực thẳng (n =176)						
Bình thường	87	98,9	85	96,6	0,613	3,07
Trung thất giãn	1	1,1	3	3,4		
Cộng	88	100	88	100		

Nhận xét:

Chụp X quang cổ thẳng (n =229): Tình trạng chèn đẩy khí quản trên phim chụp X quang cổ thẳng giữa hai nhóm lành và ác tính khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. Tỷ lệ có chèn đẩy khí quản của các bệnh nhân thuộc nhóm ác tính cao gần gấp đôi so với nhóm lành tính, (41,8% so với 23,2%).

Chụp X quang cổ nghiêng (n =205): Tình trạng chèn đẩy khí quản trên phim chụp X quang cổ nghiêng giữa hai nhóm lành và

ác tính khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Tỷ lệ có chèn đẩy khí quản của các bệnh nhân thuộc nhóm ác tính cao hơn 3 lần so với nhóm lành tính, (41,4% so với 13,5%).

Chụp X quang lồng ngực thẳng (n =176): Những biến đổi của trung thất trên phim chụp X quang lồng ngực thẳng giữa hai nhóm lành và ác tính khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Chẩn đoán siêu âm tuyến giáp**Bảng 3.2. Chẩn đoán siêu âm (nhóm ác tính n = 80)**

Chẩn đoán siêu âm		Nhóm ác tính	
		n	%
U tuyến giáp	Có u	78	97,1
	Không có u	2	2,8
Số lượng u	1 cái	46	57,5
	2-5 cái	30	37,5
	6-10 cái	2	2,5
	>10 cái	2	2,5
Tính chất u	Đặc	45	56,2
	Nang	2	2,5
	Hỗn hợp	33	41,2

Nhận xét: 97,1% bệnh nhân ung thư tuyến giáp phát hiện thấy u trên siêu âm, có một u là 57,5%. U đặc tuyến giáp là cao nhất 56,2%.

Bảng 3.3. So sánh tần suất một số triệu chứng siêu âm giữa hai nhóm

Siêu âm	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		So sánh	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p	OR
U tuyến						
Có u	55	57,9	52	26,3	<0,001	3,86

Không có u	40	42,1	146	73,7		
Số lượng u:						
1	6	10,9	16	30,8	0,039	
2-5	44	80,0	33	63,5		
6-10	5	9,1	2	3,8		
>10	0	0	1	1,9		
Tính chất u:						
Đặc	2	3,6	18	34,6	0,000	14,02
Nang	1	1,8	3	5,8		
Hỗn hợp	52	94,5	31	59,6		

Nhận xét: Triệu chứng siêu âm giữa hai nhóm lành và ác tính khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001 - 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả chẩn đoán X quang

Nghiên cứu chẩn đoán X quang được tiến hành phân tích so sánh một số triệu chứng X quang trên 229 phim chụp cổ thẳng (95 lành tính 134 ác tính); 205 phim chụp cổ nghiêng (89 lành tính và 116 ác tính); 176 phim chụp lồng ngực thẳng (88 lành tính và 88 ác tính). Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1, cho thấy:

Các triệu chứng X quang gặp ở nhóm ác tính nhiều hơn ở nhóm lành tính, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01 - 0,001$. Có đầy khí quản: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01 - 0,001$). Trên phim chụp cổ thẳng: tần suất gặp ở nhóm ác tính cao gần gấp hai lần so với nhóm lành tính (41,8% so với 23,2%). Trên phim chụp cổ nghiêng: tần suất gặp ở nhóm ác tính cao gần gấp ba lần so với nhóm lành tính (41,4% so với 13,2%)

+ **Trung thất giãn rộng** trên phim chụp lồng ngực thẳng : tần suất gặp ở nhóm ác

tính cao gần gấp ba lần so với nhóm lành tính (3,4% so với 1,1%)

Như vậy, hai triệu chứng X quang: tình trạng chèn, đầy khí quản trên phim chụp cổ thẳng, nghiêng và biểu hiện trung thất giãn rộng trên phim X quang lồng ngực thường là các **chỉ số cận lâm sàng** có giá trị, có thể sử dụng để định hướng chẩn đoán phân biệt giữa ung thư tuyến giáp và các bệnh lý lành tính khác của tuyến giáp.

Chụp X quang lồng ngực có thể phát hiện một bướu chìm bị bỏ sót do không có biểu hiện lâm sàng. Chụp X quang hàng loạt phát hiện được những bướu ở sau xương ức 4,9%. Khi chụp X quang thực quản có uống Barit người ta có thể phát hiện được bướu giáp nằm ở giữa khí quản và thực quản.

Chụp X quang cho biết vị trí, kích thước, mức độ chèn ép các cơ quan lân cận khí quản, thực quản, thanh quản, mạch máu ...

Theo Blondeau P.H (1986), Xquang cho phép khắc phục những sai sót trong chẩn đoán lâm sàng [3].

Như vậy, X quang là xét nghiệm không thể thiếu trong chẩn đoán trước mổ và kiểm tra sau mổ, nó còn giúp cho tiên lượng bước giáp [4], [5].

4.2. Chẩn đoán siêu âm

Kết quả chẩn đoán siêu âm nhóm ác tính được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy:

Đa số (97,1%) số bệnh nhân ung thư tuyến giáp phát hiện thấy u trên siêu âm, tần suất gặp nhiều nhất là có một u (57,5%). Tỷ lệ u đặc tuyến giáp là cao nhất (56,2%).

Như vậy, siêu âm là một xét nghiệm cần thiết giúp cho việc chẩn đoán và phát hiện sớm ung thư tuyến giáp, đặc biệt là đối với những u có kích thước nhỏ, nằm sâu trong mô của tuyến giáp. Siêu âm có khả năng chẩn đoán phân biệt chính xác 100% một nhân trong tuyến giáp là đặc hay lỏng. Chính vì những ưu việt đó của phương pháp này mà siêu âm đã được ứng dụng khá rộng rãi trong chẩn đoán và phát hiện các bệnh lý tuyến giáp.

Trong số các xét nghiệm đánh giá sự thay đổi về hình thái tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp là một xét nghiệm quan trọng và được sử dụng khá phổ biến. Phương pháp này có thể chẩn đoán rất chính xác một khối u là đặc hay lỏng, nhưng lại không phân biệt được bản chất của khối u là lành tính hay ác tính. Siêu âm có thể đánh giá khá chính xác kích thước khối u và xác định được những thay đổi về kích thước của nó (khối u to hơn hay nhỏ đi) trong quá trình điều trị, đo được thể tích tuyến giáp.

Các kết quả nghiên cứu về siêu âm tuyến giáp được trình bày trong bảng 3.3, cho thấy:

siêu âm cho phép đánh giá khá chính xác những thay đổi về mặt hình thái tuyến giáp như : sự hiện diện của u tuyến giáp, số lượng, kích thước và tính chất u (đặc, lỏng hay hỗn hợp).

Kết quả thống kê ở bảng này cho thấy: siêu âm có khả năng phát hiện được 97,1% các trường hợp được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp có u, chỉ có khoảng 2,8% các trường hợp UTTG không phát hiện thấy u. Từ kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy: nếu trên lâm sàng hoặc trên siêu âm không thấy có u trong tuyến giáp thì cũng chưa thể loại trừ được UTTG, chúng ta cần tiếp tục làm thêm các xét nghiệm khác như chọc hút tế bào, xạ hình để xác định chẩn đoán.

Về số lượng u do siêu âm phát hiện được ở bảng 3.3, cho thấy: (57,5%) chỉ có 1 u, 37,5% có từ 2-5 u. Tỷ lệ số bệnh nhân có trên 10 u khá nhỏ (2,5%).

Kết quả ở bảng 3.3 cũng cho thấy: đa số (56,2%) các u phát hiện trong ung thư tuyến giáp là u đặc, u hỗn hợp là 41,2% và chỉ có tỷ lệ rất nhỏ (2,5%) các nang tuyến giáp bị ung thư hoá. Kết quả này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả khác [6] .

Lee HK., và cộng sự siêu âm trên 697 BN không sờ thấy u giáp có độ nhạy (80-100%) [6]. Kouvaraki MA., và cộng sự nghiên cứu vai trò của siêu âm trước mổ trên 212 BN UTTG đã phát hiện được 39% hạch di căn mà lâm sàng không thấy .

Siêu âm là phương pháp hỗ trợ cho chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để tăng độ chính xác khi phải chọc hút những u nhỏ. Theo Beverley M., và cộng sự siêu âm màu có thể

thấy được dấu hiệu nghi ngờ ác tính khi có tăng dòng máu tới khối u, ranh giới không rõ ràng, có vùng hoại tử...

Kết quả so sánh tần suất một số triệu chứng siêu âm ở bảng 3.3 cho thấy:

Triệu chứng siêu âm giữa hai nhóm lành và ác tính khác nhau có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001 - 0,05$.

Như vậy, chỉ số cận lâm sàng dựa vào kết luận chẩn đoán của siêu âm là một căn cứ khá quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt và phát hiện sớm ung thư tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

- Các dấu hiệu X quang có giá trị định hướng chẩn đoán ung thư tuyến giáp: có đầy khí quản, trung thất giãn rộng ($p < 0,01 - 0,001$).

- 97,1% siêu âm phát hiện u tuyến giáp; 100% phân biệt khối u là đặc hay lỏng. Đặc điểm u trong ung thư tuyến giáp: 56,2% đặc, 41,2% hỗn hợp, 2,5% nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cunha N., Rodrigues F., Curado F., Ilhéu O., Cruz C., Naidenov P., et al. (2007), "Thyroglobulin detection in fine-needle aspirates of cervical lymph nodes: a technique for the diagnosis of metastatic differentiated thyroid cancer", Eur J Endocrinol, Jul, 157(1), pp.101-7.
2. Đoàn Hữu Nghị, Chu Hoàng Hạnh, Hoàng Văn Thi, Nguyễn Bá Đức (2002), "Nhận xét cơ cấu bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K qua ghi nhận năm 2001", Tạp chí Y học thực hành, 431, tr. 401 - 405.
3. Blondeau Ph. (1986). Les pièges des prolongements thoraciques des goitres cervicaux, Lille chirurgial, 101, pp. 37 - 46.
4. Đặng Văn Ân (1984), Chẩn đoán lâm sàng X quang bộ máy hô hấp tuần hoàn, NXB Y học, Hà Nội.
5. Adric E., Manoppo (1977), "Resection of an unusually large goitre", BrJ.surg, 64, pp.156 - 159.
6. Lee HK., Hur MH., Ahn SM. (2003), "Diagnosis of occult thyroid carcinoma by ultrasonography", Yonsei Med J, Dec30, 44(6), p.1040-4.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI KHOA NỘI 2 BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2020-2021

Trịnh Hồng Nhung^{1,2}, Lê Thị Diệu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng năm 2020-2021. **Đối tượng:** Gồm 146 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối. **Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa là 59,0% trong đó tăng huyết áp là 61,0%, tăng vòng bụng là 51,3%, tăng đường máu là 47,0%, tăng Triglycerid là 60,0%, HDL-c thấp là 56,7%. Các thành phần này của hội chứng chuyển hóa cũng tăng dần theo mức độ thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: hội chứng chuyển hóa, thoái hóa khớp gối.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF METABOLISM SYMPTOMS IN KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS AT THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT 2 AT VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2020-2021

Objective: Describe the prevalence and characteristics of metabolic syndrome in patients with knee osteoarthritis at the Internal Medicine

Department 2, Viet-Tiep Friendship Hospital, Hai Phong in 2020-2021. **Object:** Includes 146 patients diagnosed knee osteoarthritis. **Methods:** Prospective, cross-sectional description. **Results:** The rate of metabolic syndrome was 59.0%, in which hypertension was 61.0%, fat belly was 51.3%, hyperglucosemia was 47.0%, hypertriglycerid was 60.0%, HDL-c low was 56.7%. These components of the metabolic syndrome also increase with the degree of knee osteoarthritis.

Keywords: etabolic syndrome, knee osteoarthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là bệnh lý khớp viêm phổ biến nhất, hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn [8]. Bệnh rất thường gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây giảm, mất khả năng vận động ở người cao tuổi. Trong thoái hóa khớp, thoái hóa khớp gối là bệnh hay gặp, tỷ lệ bệnh gặp ở người lớn là 6% và lên tới 40% ở người trên 70 tuổi. Thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của khớp, đặc biệt thoái hóa khớp gối nặng là nguyên nhân gây tàn phế của nhiều bệnh nhân, gây nhiều tổn kém về chi phí y tế cũng như tổn thất về sức lao động của xã hội, khiến thoái hóa khớp gối trở thành một trong vài bệnh hàng đầu thu hút sự quan tâm của mọi người [7].

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hồng Nhung

Email: tthnhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 19.5.2022

Hội chứng chuyển hóa là một nhóm các rối loạn liên quan đến chuyển hóa bao gồm rối loạn lipid máu, béo trung tâm, tăng huyết áp, rối loạn glucose máu đói [4]. Hội chứng đã và đang trở thành vấn đề quan trọng của y tế cộng đồng do tỷ lệ mắc cao (25% người trưởng thành tại Mỹ, 13.4% người trong độ tuổi lao động ở Hồng Kông) và nguy cơ của nó (tăng nguy cơ đái tháo đường 5 lần, các bệnh lý tim mạch 3 lần so với người không mắc hội chứng chuyển hóa) [5]. Theo Hoàng Đăng Mịch năm 2010 nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở nội thành Hải Phòng, tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở người đến khám bệnh rất cao 45.6%. Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và thoái hóa khớp gối đã thu hút sự chú ý của nhiều nhà khoa học trên thế giới. Nhưng tại Hải Phòng lại chưa được quan tâm đúng mức, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2020-2021” nhằm mục tiêu: Mô tả tỷ lệ và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Tại khoa Nội 2 Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, từ tháng 11/2020 đến tháng 10/2021.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 146 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Chọn mẫu: Lấy theo phương pháp thuận tiện, không xác suất.

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, vòng bụng, huyết áp, Triglycerid máu, HDL-C máu, glucose máu đói, Xquang khớp gối...

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo WHO: khi có từ 3 yếu tố trở lên trong các yếu tố sau:

- Nam có vòng bụng ≥ 90 cm, nữ có vòng bụng ≥ 80 cm.
- Triglycerid máu ≥ 150 mg/dl (1.7 mmol/l)
- HDL-C < 40 mg/dl (1.0 mmol/l với nam) và < 50 mg/dl (1.3 mmol/l với nữ)
- Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg
- Tăng glucose máu khi đói ≥ 100 mg/dl (5.6 mmol/l).

Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo ACR 1991:

- Có gai xương ở rìa xương (trên Xquang)
 - Dịch khớp là dịch thoái hóa
 - Tuổi trên 38
 - Cứng khớp dưới 30 phút
 - Có dấu hiệu lực khức khi cử động khớp
- Chẩn đoán xác định khi có 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5

Xquang khớp gối: Phân độ Kellgren và Lawrence:

- Giai đoạn 0: Không có tổn thương
- Giai đoạn 1: Nghi ngờ hẹp khe khớp có thể có gai xương
- Giai đoạn 2: Gai xương rõ, có thể hẹp khe khớp
- Giai đoạn 3: Nhiều gai xương trung bình, hẹp khe khớp rõ, một vài đặc xương, có thể biến dạng xương
- Giai đoạn 4: Gai xương lớn, hẹp khe khớp đáng kể, đặc xương nặng, biến dạng xương rõ

2.4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm spss 13.0

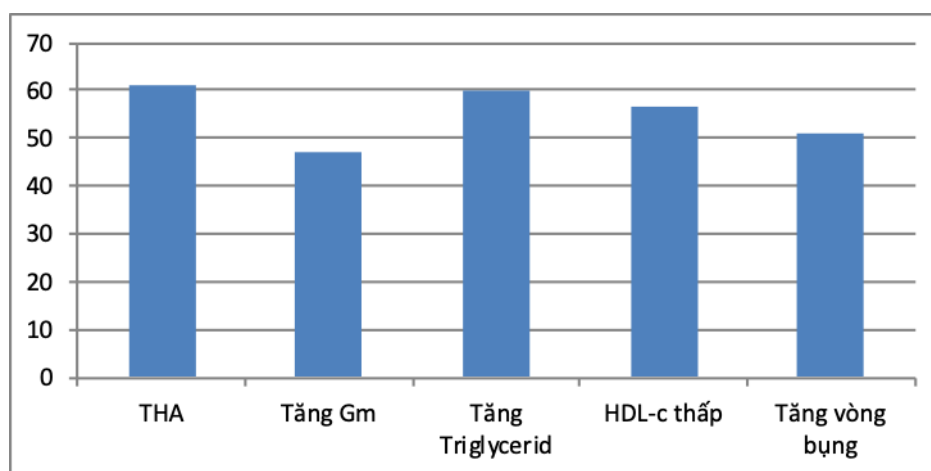
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

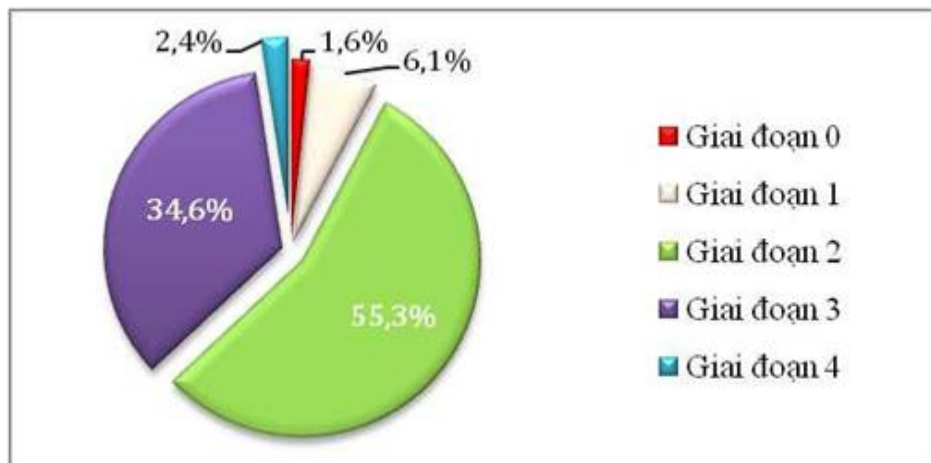
Thông số		N	%	p
Tuổi	<50	9	6,1	p < 0,05
	50 – 59	43	29,4	
	60 – 69	76	52,1	
	70 – 79	23	15,7	
	≥ 80	5	3,3	
	TB	64,1 ± 8,7		
Giới	Nam	40	27,4	
	Nữ	106	72,6	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	76	52,1	
	Lao động trí óc	70	47,9	
BMI	< 18,5	15	10,3	
	18,5-22,9	49	33,6	
	23-24,9	60	41,1	
	25-29,9	22	15,0	
	≥30	0	0	
	TB	23,3 ± 2,5		

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,1 ± 8,7. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới gấp 2,8 lần. THK gôi thường gặp ở những người lao động chân tay công việc nặng nhọc chiếm 52,1%. Đa số bệnh nhân THK gôi trong nghiên cứu có thừa cân, béo phì chỉ số BMI trung bình 23,3 ± 2,5 (kg/m²).



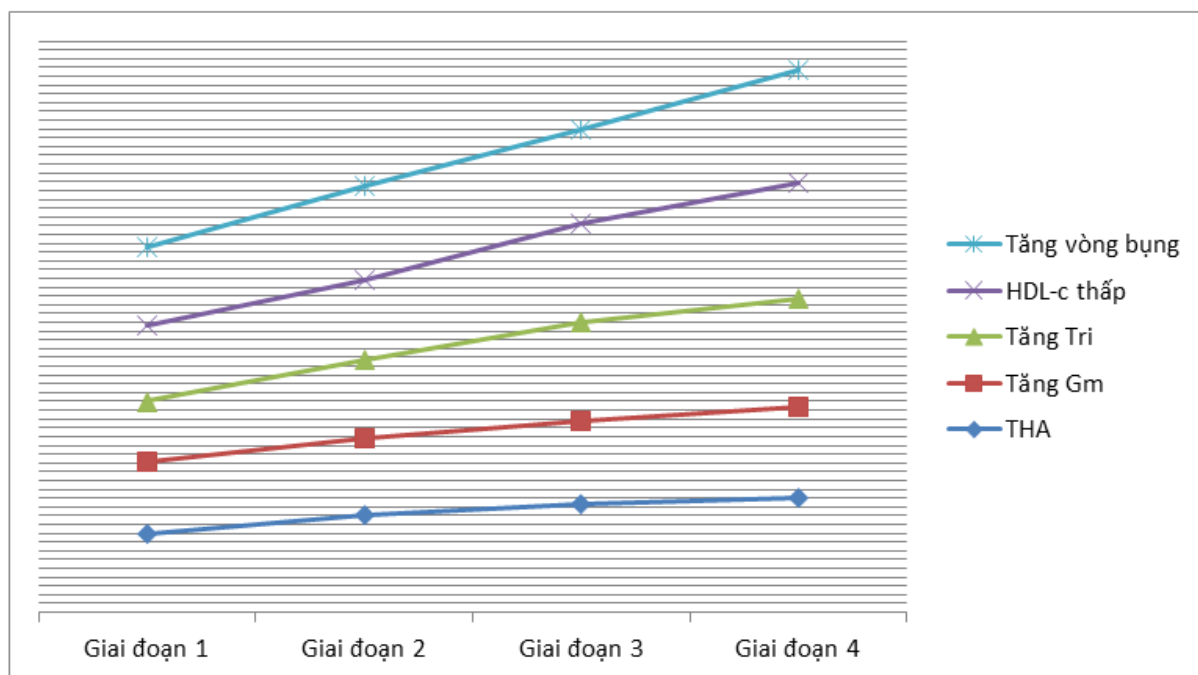
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các thành phần của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gôi trong nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa là 59,0% trong đó tăng huyết áp là 61,0%, tăng vòng bụng là 51,3%, tăng đường máu là 47,0%, tăng Triglycerid là 60,0%, HDL-c thấp là 56,7%.



Biểu đồ 3.3. Phân độ Xquang theo Kellgren và Lawrence của bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu

Nhận xét: Phân loại tổn thương Xquang theo Kellgren và Lawrence chủ yếu ở giai đoạn 2 (55,3%), số khớp gối tổn thương Xquang nặng (giai đoạn 4) chiếm 2,4%.



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm các thành phần của hội chứng chuyển hóa biến đổi theo mức độ thoái hóa khớp gối ở những bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ các thành phần của hội chứng chuyển hóa cũng tăng dần tỷ lệ thuận với mức độ thoái hóa khớp gối.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi xin có một số nhận xét như sau:

Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $64,1 \pm 8,7$, bệnh nhân cao tuổi nhất là 82 và ít tuổi nhất là 43 tuổi, phù hợp với kết quả của nhiều tác giả. Đặc điểm về tuổi này phù hợp với các y văn cho rằng lứa tuổi mắc thoái hóa khớp gối thường gặp là trên 50 tuổi. Về giới tính, nữ chiếm tỷ lệ cao, 72,6%. Các nghiên cứu dịch tễ học đều cho rằng THK gối thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh. Trước tuổi 55 tần xuất mắc THK gối cân bằng giữa nam và nữ, sau tuổi 55 tần xuất mắc THK gối ở nữ cao hơn nam giới. Sự khác biệt về tỷ lệ THK gối giữa nam và nữ có liên quan đến thể tích sụn khớp trong thời kỳ phát triển. Bình thường thể tích sụn khớp ở nam giới cao hơn nữ giới phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể và kích thước khối xương cũng như mức độ hoạt động sinh lý. Ngoài ra tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh hướng tới vai trò của hormon và sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương. Giai đoạn mãn kinh có liên quan đến tăng sản phẩm Interleukin 1 là một phản đáp ứng cytokin ở bệnh nhân THK. Ở phụ nữ sau mãn kinh nồng độ estrogen giảm, Interleukin 1 tăng dẫn tới nguy cơ THK. Tỷ lệ những người lao động chân tay, công việc nặng nhọc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với những người lao động trí óc, công việc nhẹ

nhàng (bảng 3.1). Kết quả này cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng những bệnh nhân THK gối thường bị ảnh hưởng bởi nghề nghiệp và sự quá tải trong nghề nghiệp. Theo Đinh Thị Diệu Hằng, tỷ lệ THK gối cao hơn ở những người thường xuyên mang vác nặng trên 50kg/lần hoặc đi bộ nhiều ($p < 0,05$). Cùng với tuổi và giới, tình trạng thừa cân béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng phát triển THK gối có triệu chứng. Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm hơn một nửa (56,1%). Tình trạng gia tăng béo phì hiện nay trong dân số nói chung và ở Việt Nam nói riêng đã và đang trở thành một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng không chỉ làm gia tăng các bệnh tim mạch chuyển hóa mà còn làm gia tăng tỷ lệ mắc THK gối trong cộng đồng.

Tỷ lệ và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,0% trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,0%, tăng vòng bụng là 51,3%, tăng đường máu là 47,0%, tăng Triglycerid là 60,0%, HDL-c thấp là 56,7%.

Phân loại giai đoạn trên Xquang trong thoái hóa khớp hiện nay dựa theo phân loại của Kellgren và Lawrence và nghiên cứu của chúng tôi cũng dựa theo phân loại này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp bệnh nhân ở giai đoạn 2 và 3 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là 34,6% và 55,3%. Nghiên

cứ của De Miguel Mendieta 2006 tỷ lệ này tương ứng là 34,56% và 56,79%. Nghiên cứu của Mermerci BB. năm 2011 tỷ lệ này tương ứng là 37,2% và 52,1%. Nghiên cứu của Cubukcu D. năm 2012 có tỷ lệ này là 34,2% và 50%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả các nghiên cứu trên.

Tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần khi mức độ thoái hóa khớp gối tăng dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 84,6% bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn 4 bị tăng huyết áp. Chỉ 3,2% bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn 1 có tăng vòng bụng trong khi 100% bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn 4 có tăng vòng bụng. Tỷ lệ vòng bụng tăng dần khi giai đoạn thoái hóa khớp gối tăng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tăng vòng eo liên quan chặt chẽ với thoái hóa khớp gối, ngược lại khi thoái hóa khớp gối bệnh nhân vận động khó khăn cũng sẽ làm tăng vòng bụng. Vòng bụng (chỉ số đánh giá mức độ béo bụng) có liên quan với mức độ nặng nhẹ của thoái hóa khớp gối, chứng tỏ béo bụng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây thoái hóa khớp gối. Tỷ lệ tăng đường máu tăng dần khi mức độ thoái hóa khớp gối tăng dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tăng đường huyết tác động qua lại với thoái hóa khớp gối theo cả cơ chế tại chỗ và hệ thống; các tác động tại chỗ của các tác nhân oxy hóa và các sản phẩm gắn đường gây phá hủy sụn khớp, còn đáp ứng viêm hệ thống mức độ thấp gây tích lũy glucose và tạo môi trường khởi phát thoái hóa khớp. Tỷ lệ tăng triglycerid máu tăng dần khi mức độ thoái hóa khớp gối tăng

dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lipid đóng vai trò hình thành thoái hóa khớp, nó làm tổn thương xương dưới sụn từ trước khi có thoái hóa khớp gối. Trong sụn khớp thoái hóa có bằng chứng lắng đọng lipid nội bào. Lắng đọng lipid lạc chỗ ở tế bào sụn do rối loạn lipid máu có thể khởi động thoái hóa khớp do giảm chuyển hóa lipid ở tổ chức khớp. Tỷ lệ giảm HDL-C máu tăng dần khi mức độ thoái hóa khớp gối tăng dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bệnh nhân thoái hóa khớp gối có hoạt độ men paraoxonase và arylesterase thấp. Cùng với HDL- C thấp ở các bệnh nhân này có thể xảy ra stress oxy hóa. Stress oxy hóa có ảnh hưởng đến giảm thời gian sống của tế bào sụn khớp, dẫn đến mất sụn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa là 59,0% trong đó tăng huyết áp là 61,0%, tăng vòng bụng là 51,3%, tăng đường máu là 47,0%, tăng Triglycerid là 60,0%, HDL-c thấp là 56,7%. Tỷ lệ các thành phần này của hội chứng chuyển hóa cũng tăng dần tỷ lệ thuận với mức độ thoái hóa khớp gối.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần lưu ý tầm soát hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, đặc biệt những bệnh nhân thoái hóa khớp gối mức độ nặng, và ngược lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cubukcu D, Sarsan A, Alkan H., Relationships between Pain, Function and Radiographic Findings in Osteoarthritis of the

- Knee. A Cross-Sectional Study. Arthritis. 2012; 2012:984060.
2. **De Miguel Mendieta E, Cobo Ibáñez T, Usón Jaeger J, Bonilla Hernán G, Martín Mola E.**, Clinical and ultrasonographic findings related to knee pain in osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2006; 14(6): 540-4.
3. **Đinh Thị Diệu Hằng**, Nghiên cứu thực trạng THK gối và hiệu quả nâng cao năng lực chẩn đoán, xử trí của cán bộ y tế xã tại Hải Dương. Luận án Tiến sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
4. **Hoàng Đăng Mịch**, Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở nội thành thành phố Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam 2010, tháng 6, số 1, tr 32-35.
5. **Lê Bảo Ngọc**, Một số đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát. Luận văn tốt nghiệp Cử nhân. Trường Đại học Thăng Long. 2015.
6. **Mermerci BB**, Clinic and ultrasound findings related to pain in patients with knee osteoarthritis". Clin Rheumatol. 2011 Aug; 30(8): 1055-62.
7. **Nguyễn Thị Ngọc Lan**, Thoái hóa khớp, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam 2008, trang 138 – 151.
8. **Vũ Đình Hùng, Nguyễn Đình Khoa**, Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp, NXB Y học 2020.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM Ở BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO DO STREPTOCOCCUS SUIIS TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2016 – 2020

Vũ Thị Nữ*, Nguyễn Hùng Cường*, Trịnh Thị Hằng*,
Nguyễn Ngọc Mỹ Trinh*, Lại Thị Quỳnh*, Trần Đức*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thiết kế mô tả hồi cứu nhằm mục đích: 1. Mô tả một số đặc điểm ở bệnh nhân viêm màng não do *Streptococcus suis*. 2. Xác định tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh của các chủng *S. suis* phân lập được. Nghiên cứu đã tiến hành phân tích hồi cứu 25 hồ sơ bệnh án có mẫu bệnh phẩm dịch não tủy cấy dương tính với *S. suis*. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* có tuổi trung bình là 60.3 tuổi, 23/ 25 bệnh nhân là nam giới (92%) và chủ yếu sống ở ngoại thành. Tỷ lệ bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* có kèm theo nhiễm khuẩn huyết là 60%. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoặc đỡ, giảm bệnh là 68% và tỷ lệ bệnh nhân nặng, xin về là 20%. *S. suis* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh tetracyclin (90%), clindamycin (75%), erythromycin (68.3%) nhưng còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm vancomycin cephalosporin và levofloxacin.

Từ khóa: *S. suis*, viêm màng não, kháng kháng sinh.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF MENINGITIS PATIENTS CAUSED BY

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Nữ

Email: vtneu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 19.6.2022

STREPTOCOCCUS SUIIS IN VIET TIEP HOSPITAL IN 2016- 2020

This study was designed to describe retrospectively for the purposes of: 1. Describe some characteristics in patients with meningitis caused by *Streptococcus suis*. 2. Determine the rate of resistance to antibiotics of *S. suis* strains were isolated. The study conducted 25 patients with positive *S. suis* CSF cultures. The study results showed that the meningitis patients with *S. suis* had an average age of 60.3 years, 23/25 patients were male (92%) and mainly lived in the suburbs. The percentage of patients with meningitis caused by *S. suis* with sepsis was 60%. The rate of patients recovering or reducing their disease was 68% and the rate of patients with severe illness and returning was 20%. *S. suis* had a high rate of resistance to tetracycline (90%), clindamycin (75%), erythromycin (68.3%) but they were still sensitive to vancomycin, cephalosporin and levofloxacin.

Keywords: *S. suis*, meningitis, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não là tình trạng viêm nhiễm màng não. Bệnh có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại những di chứng nặng nề ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Căn nguyên thường gặp ở người lớn là *S. suis* [1].

S. suis là cầu khuẩn gram dương, thuộc họ *Streptococcaceae*, là một căn nguyên gây

bệnh phổ biến ở lợn, được phân lập từ đường hô hấp trên (chủ yếu là amidan và hốc mũi), đường tiêu hóa và bộ phận sinh dục của Lợn [2]. Ngoài ra, *S. suis* còn là tác nhân gây bệnh từ lợn sang người. Trường hợp đầu tiên được xác định gây bệnh ở người vào năm 1968 [3]. Kể từ đó, số ca nhiễm *S. suis* ở người ngày càng tăng lên ở các quốc gia ở Châu Âu, Châu Á, Nam Mỹ, Úc và New Zealand. Nhóm đối tượng có nguy cơ nhiễm là những người tiếp xúc với lợn hoặc thịt lợn, đặc biệt là những người làm nghề chăn nuôi lợn, người làm trong lò mổ, người bán thịt lợn [2] và người ăn các món ăn từ lợn sống hoặc chưa nấu chín. *S. suis* khi xâm nhập vào cơ thể người có thể gây ra nhiều loại bệnh cảnh như viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc, viêm khớp [4], [5].

Việt Nam là đất nước nông nghiệp nên phần lớn người dân làm nghề trồng trọt và chăn nuôi gia súc, gia cầm. Hơn nữa, thịt lợn là thức ăn rất phổ biến trong bữa ăn của các gia đình Việt Nam và thói quen ăn các món từ lợn chưa nấu chín như tiết canh, nem chua, thịt chua, thịt tái,...cho nên nguy cơ nhiễm *S. suis* rất cao. Tại Hải Phòng có ghi nhận được các ca nhiễm *S. suis*. Tuy nhiên nghiên cứu về viêm màng não do vi khuẩn này cũng như đánh giá về sự đề kháng kháng sinh vẫn còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1) *Mô tả một số đặc điểm ở bệnh nhân viêm màng não do S. suis tại bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp-Hải Phòng năm 2016 đến năm 2020.*

2) *Xác định tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh của các chủng S. suis phân lập được.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp-Hải Phòng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thời điểm nhập viện từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. Có kết quả nuôi cấy dịch não tủy dương tính với *S. suis* và có kết quả kháng sinh đồ kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các xét nghiệm nuôi cấy dịch não tủy dương tính với *S. suis* không có kết quả kháng sinh đồ tương ứng.

Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/01/2016 đến 31/12/2020 tại bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp-Hải Phòng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Trong nghiên cứu này chúng tôi không tính cỡ mẫu mà tất cả các mẫu cấy dịch não tủy dương tính với *S. suis* từ 01/01/2016 đến 31/12/2020 đều được chọn vào nghiên cứu. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 25 bệnh án.

2.2.2. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Các biến số về: tuổi, giới, địa chỉ, tháng vào viện, có kèm nhiễm khuẩn huyết, kết quả điều trị của bệnh nhân và mức độ kháng sinh của các chủng *S. suis*.

2.2.3. Thu thập thông tin

Thu thập hồi cứu trên bệnh án điện tử các thông tin tuổi, giới, địa chỉ, thời gian nhiễm, có kèm NKH hay không, kết quả điều trị và kết quả kháng sinh đồ.

2.2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

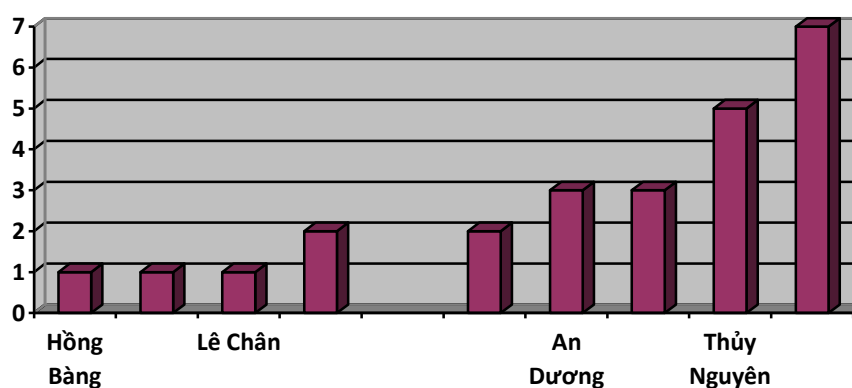
Tuổi $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	60.3 ± 6.2 (52 - 80)	
< 50	0	0
50-59	14	56.0
60-69	10	40.0
70-79	0	0
≥ 80	1	4.0
Tổng	25	100

Nhận xét. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 60.3 ± 6.2 . Bệnh nhân ít tuổi nhất là 52 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi. Đa số bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm độ tuổi từ 50 – 70, với tỷ lệ là 96% và nhiều nhất là ở nhóm tuổi 55 – 60 tuổi (11/ 25 BN).

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

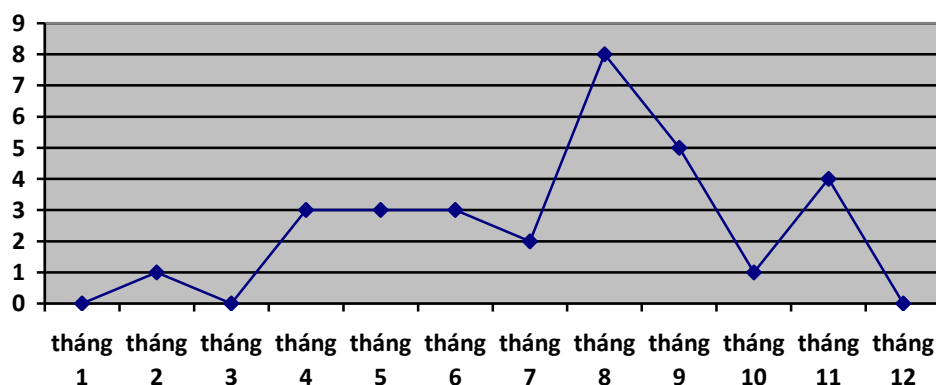
Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	23	92
Nữ	2	8
Tổng	25	100

Nhận xét. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đa số là nam giới (chiếm tỷ lệ 92%) cao gấp 11.5 lần so với nữ giới (chiếm tỷ lệ 8%).



Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư

Nhận xét. Đa số bệnh nhân nghiên cứu sống ở các huyện ngoại thành (chiếm tỷ lệ 80%), cao hơn gấp 4 lần so với số bệnh nhân sống ở nội thành Hải Phòng (20%).



Hình 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tháng

Nhận xét. Trong thời gian từ năm 2016 – 2020, số bệnh nhân nhiễm S. suis tập trung nhiều từ tháng 4 đến tháng 11.

Bảng 3.3. Viêm màng não kèm nhiễm khuẩn huyết

Viêm màng não	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kèm NKH	15	60.0
Không NKH	10	40.0
Tổng	25	100

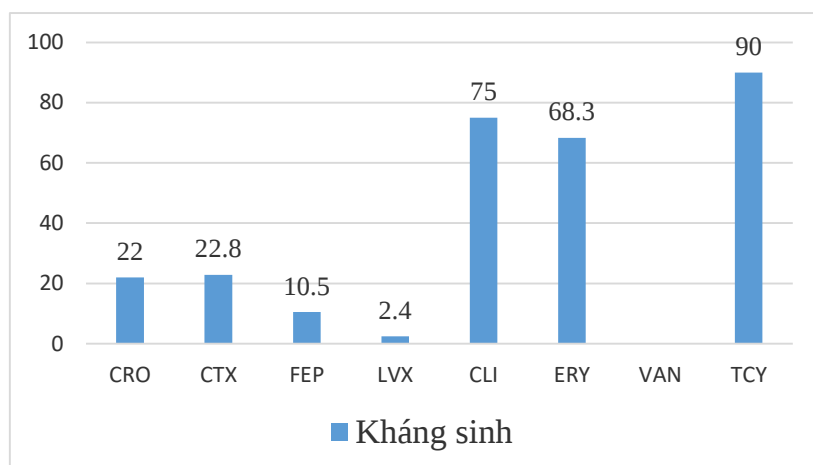
Nhận xét. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đa số là viêm màng não có kèm theo nhiễm khuẩn huyết (60%).

Bảng 3.4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ(%)
Ra viện	Khỏi	2	8.0
	Đỡ, giảm	15	60.0
Xin về	Không thay đổi	5	20.0
Chuyển viện		3	12.0
Tổng		25	100

Nhận xét. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 68% bệnh nhân được ra viện với kết quả khỏi bệnh là 8% BN và bệnh đỡ, giảm là 60%. Có 20% bệnh nhân tiến triển bệnh nặng không thay đổi, được gia đình xin về. Có 3 trường hợp bệnh nặng được chuyển lên bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai (chiếm tỷ lệ 12%).

3.2. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn S. suis phân lập được



Hình 3.3. Tỷ lệ *S. suis* kháng kháng sinh

Nhận xét. Các chủng *S. suis* phân lập được có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh tetracyclin (90%), clindamycin (75%) và erythromycin (68.3%). Đa số các chủng *S. suis* còn khá nhạy cảm với kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin (ceftriaxone với tỷ lệ kháng 22%, cefotaxime với tỷ lệ kháng 22.8% và cefepime với tỷ lệ kháng là 10.5%).

Xuất hiện vi khuẩn kháng với kháng sinh nhóm fluoroquinolon là levofloxacin với tỷ lệ 2.4%. Chưa ghi nhận trường hợp nào kháng với vancomycin.

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian từ 2016 đến 2020, chúng tôi có ghi nhận được 25 bệnh nhân có kết quả nuôi cấy dịch não tủy dương tính với *S. suis*. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60.3 tuổi, tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 50 đến 70 tuổi. Các bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới (92%), kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Wangkaew S tại Thái Lan năm 2006 [5] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Mai thực hiện tại Việt Nam năm 2008 [6]. Bệnh nhân sinh sống chủ yếu ở khu vực ngoại thành

(80%), nghề nghiệp chính là trồng trọt và chăn nuôi, cho nên họ có nhiều nguy cơ mắc bệnh do có làm nghề tiếp xúc với lợn hoặc thịt lợn.

Theo như kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Wangkaew S đều ghi nhận các ca viêm màng não do *S. suis* xảy ra ở các tháng trong năm và tập trung nhiều từ tháng 4 đến tháng 11 [5].

S. suis có thể gây nhiều bệnh cảnh lâm sàng như viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc, viêm khớp,...[4]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên nhóm đối tượng viêm màng não do *S. suis* nhưng có thể thấy tỷ lệ bệnh nhân viêm màng não có kèm theo nhiễm khuẩn huyết do *S. suis* cao hơn tỷ lệ bệnh nhân viêm màng não không có nhiễm khuẩn huyết (60% và 40%). Có thể thấy viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết là hai bệnh cảnh phổ biến của nhiễm trùng do *S. suis* [7].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có khoảng 20% bệnh nhân bệnh tiến triển nặng hoặc không thay đổi, tiên lượng tử vong cao được gia đình xin về. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Thái Lan vào năm 2006 của Wangkaew S (19.5%) [5] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các

tác giả Wertheim H, Rayanakorn A (3%; 12.03%;) [3],[7]. Kết quả của chúng tôi và nghiên cứu của Yonkiettrakul S đều thấy rằng các chủng *S. suis* phân lập được có tỷ lệ đề kháng cao với các kháng sinh tetracyclin, clindamycin và erythromycin. Các kháng sinh thuộc nhóm β lactam (bao gồm ceftriaxone, cefotaxime, cefepime), levofloxacin và vancomycin có tỷ lệ kháng thấp [8]. Do đó, những kháng sinh này có hiệu quả tốt cho điều trị các nhiễm trùng do *S. suis*.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi hay gặp của BN là 50 -70 tuổi (96%) và gặp chủ yếu ở nam giới (92%). Đa số bệnh nhân nhiễm bệnh sống ở khu vực ngoại thành (80%). Bệnh xảy ra quanh năm, hay gặp từ tháng 4 đến tháng 11. Trong số các bệnh nhân viêm màng não do *S. suis*, tỷ lệ bệnh nhân viêm màng não có kèm theo nhiễm khuẩn huyết là 60%. Đa số bệnh nhân được điều trị khỏi hoặc đỡ, giảm bệnh (68%), số còn lại là bệnh tiến triển nặng hoặc không thay đổi được gia đình xin về (20%) hoặc được xin chuyển viện (12%). Các chủng *S. suis* kháng cao với các kháng sinh tetracyclin, clindamycin và erythromycin. Chưa ghi nhận chủng *S. suis* kháng với vancomycin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Thị Doanh.** Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và nấm gây viêm màng não tại bệnh

viện Bạch Mai từ năm 2008 đến năm 2010. Luận văn thạc sĩ, 2012.

2. **Staats JJ, Feder I, Okwumabua O, Chengappa M.M.** Streptococcus suis: past and present. Vet Res Commun, 1997. **21**, p 381-407.
3. **Wertheim H.F., Nguyen H.N., Taylor W, et al.** Streptococcus suis, an important cause of adult bacterial meningitis in northern Vietnam. PLoS One, 2009. **4(6)**, p 5973.
4. **Kay R, Cheng A.F., Tse C.Y.** Streptococcus suis infection in Hong Kong. Qjm, 1995. **88(1)**, p 39-47.
5. **Wangkaew S, Chaiwarith R, Tharavichitkul P, et al.** Streptococcus suis infection: a series of 41 cases from Chiang Mai University Hospital. J Infect, 2006. **52(6)**, p 455-60.
6. **Mai N.T., Hoa N.T., Nga V.T., et al.** Streptococcus suis meningitis in adults in Vietnam. Clin Infect Dis, 2008. **46(5)**, p 659-67.
7. **Rayanakorn A, Katip W, Goh B.H., et al.** Clinical Manifestations and Risk Factors of Streptococcus suis Mortality Among Northern Thai Population: Retrospective 13-Year Cohort Study. ORIGINAL RESEARCH, 2019. **12**, p 3955-3965.
8. **Yongkiettrakul S, Maneerat K, Arechanajan B, et al.** Antimicrobial susceptibility of Streptococcus suis isolated from diseased pigs, asymptomatic pigs, and human patients in Thailand. BMC veterinary research, 2019. **15(1)**, p 5-5.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phạm Văn Trung^{1,2}, Phạm Vinh Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp chẩn đoán tế bào học ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành tính hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007. **Phương pháp:** Mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Các phương pháp chẩn đoán tế bào học đều có độ chính xác cao. Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ: độ nhạy 96,63%, độ đặc hiệu 91,11%, giá trị dự báo dương 95,56%, giá trị dự báo âm 93,18%, độ chính xác 94,78% và tỉ số đúng là 10,871. Chẩn đoán tế bào học tức thì: độ nhạy 91,67%, độ đặc hiệu 91,18%, giá trị dự báo dương 93,62%, giá trị dự báo âm 88,57%, độ chính xác 91,46% và tỉ số đúng là 10,389.

Từ khóa: chẩn đoán tế bào học, ung thư tuyến giáp.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF CYTOLOGICAL DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH THYROID CANCER

Objective: To evaluate the effectiveness of

cytological diagnostic methods in patients with thyroid cancer. **Study subjects:** 293 patients regardless of age, gender, healthy or malignant thyroid disease were treated at the Department of Thoracic Surgery - Vascular - Endocrinology Hospital 103 from 2003-2007. **Method:** Clinical description. **Results:** All cytologic methods are highly accurate. Diagnosis of cytology by fine needle aspiration: Se was 96.63%, Sp was 91.11%, PV (+) was 95.56%, PV (-) was 93.18%, Accuracy was 94.78% and LR was 10.871. Immediate cytology diagnosis: Se was 91.67%, Sp was 91.18%, PV (+) was 93.62%, PV (-) was 88.57%, Accuracy was 91.46% and LR was 10.389.

Keywords: cytology, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu của bệnh viện K Hà Nội, ung thư tuyến giáp chiếm 2,9% trong tổng số các loại ung thư nói chung [1] và 90% trong hệ thống nội tiết nói riêng [2] nhưng lại là nguyên nhân dẫn tới 63% các trường hợp chết do ung thư của hệ thống nội tiết. Khả năng phát hiện ung thư tuyến giáp qua các thăm khám lâm sàng là rất hiếm [1]. Do đó việc nghiên cứu các chỉ số cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, đặc biệt là chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý lành tính hay gặp khác như các u tuyến giáp lành tính và các bướu giáp đa nhân. Xuất phát từ những thực tiễn nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả của các phương pháp chẩn đoán tế bào học ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.”

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 293 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có bệnh lý lành hoặc ác tính của tuyến giáp được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - mạch máu - nội tiết Bệnh viện 103 từ 2003-2007.

Các bệnh nhân nghiên cứu được chia làm 2 nhóm :

Nhóm hồi cứu: gồm 118 bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

Nhóm tiền cứu: gồm 175 bệnh nhân (80 là ung thư tuyến giáp và 95 bệnh nhân có bệnh lý lành tính của tuyến giáp).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả lâm sàng

2.2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Thu thập thông tin:

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ 293 lần trên 95 tuyến giáp có bệnh lành tính, 198 tuyến giáp có bệnh ác tính ở 293 bệnh nhân.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hạch 102 lần trên 71 bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp (1 lành tính và 70 ác tính).

* Phương pháp xét nghiệm tế bào và mô bệnh học

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (F.N.A.B) trước mổ theo quy trình của Nguyễn V-ượng. Áp dụng chọc hút tại u và hạch sau đó phết lên phiến kính sạch, cố định và nhuộm giêma, soi trên kính hiển vi Nikon (Nhật Bản), có thể tiến hành nhiều lần, nhiều vị trí khác nhau khi nghi ngờ tại khoa Giải phẫu bệnh Viện Quân y 103.

Xét nghiệm mô bệnh học bướu giáp sau mổ được thực hiện theo quy trình sau:

Phẫu thuật viên lấy bệnh phẩm tại nhiều vị trí của khối u hoặc hạch, được bảo quản trong cồn 70⁰ và được cố định trong dung dịch formol 10% hoặc bouin.

Chuyển đúc bệnh phẩm trong parafin.

Cắt tiêu bản bằng máy cắt microtome

Nhuộm tiêu bản theo phương pháp HE (Hematoxylin Eosin)

Đọc tiêu bản dưới kính hiển vi quang học có độ phóng đại từ 100 - 1.000 lần.

Thực hiện tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện 103, với máy chuyển bệnh phẩm: Micro Med T/T MEGA (Italia) và máy cắt tiêu bản: Microtome 0325 (Shandon - Anh).

Phân loại kết quả chẩn đoán Giải phẫu bệnh theo phân loại của tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [164].

* So sánh kết quả chẩn đoán lâm sàng với giải phẫu bệnh.

2.2.4. Xử lý số liệu: bằng phần mềm Epi Info 6.04

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ tuyến giáp

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ được tiến hành 293 lần trên 95 tuyến giáp có bệnh lành tính, 198 tuyến giáp có bệnh ác tính ở 293 bệnh nhân.

Kết quả chẩn đoán tế bào học như sau:

- Chẩn đoán TBH lành tính: 88 lần (30%)
- Chẩn đoán TBH ác tính: 180 lần (61.4%)

- Chẩn đoán TBH theo dõi : 25 lần (8.5%)

So sánh chẩn đoán F.N.A.B u giáp và chẩn đoán GPB sau mổ bảng 3.1.

Bảng 3.1. So sánh chẩn đoán tế bào học tuyến giáp và chẩn đoán giải phẫu bệnh

		Tình trạng bệnh có thật (chẩn đoán GPB)		
		Ác tính (+)	Lành tính (-)	
Chẩn đoán TBH	(+) Ác tính	172	8	180
	(-) Lành tính	6	82	88
		178	90	268

Nhận xét. Từ bảng 3.1, ta có: - Tỷ lệ chẩn đoán dương tính giả: 2,9%

- Tỷ lệ chẩn đoán âm tính giả: 2,2 %

Từ các số liệu thống kê ở bảng 3.23, ta có:

Se = 96.63%; Sp = 91.11%; PV(+) = 95.56%; PV(-) = 93.18%;

A = 94.78%; LR = 10.871; OR: 293.833

3.2. Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ hạch cổ

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hạch cổ 102 lần trên 71 bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp (1 lành tính và 70 ác tính).

So sánh giữa chẩn đoán TBH và GPB hạch cổ được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. So sánh chẩn đoán tế bào học hạch cổ và chẩn đoán giải phẫu bệnh

		Tình trạng bệnh có thật (chẩn đoán GPB)		
		(+) (Có di căn hạch)	(-) (Không di căn hạch)	
Chẩn đoán TBH hạch cổ	(+) (Có di căn hạch)	24	9	33
	(-) (Không di căn hạch)	8	61	69
		32	70	102

Nhận xét. Từ bảng 3.2, ta có: Se = 75%; Sp = 91.11%; PV(+) = 87.14%; PV(-) = 72.73%;

A = 83.33%; LR = 5.833; OR: 20.333.

3.3. Chẩn đoán tế bào học tức thì

Chẩn đoán TBH tức thì bằng áp, miết hoặc phết một mảnh tổ chức tuyến giáp hoặc

hạch cổ lên lam kính và nhuộm nhanh theo phương pháp của bệnh viện K trên 82 mẫu bệnh phẩm (32 mẫu từ hạch cổ và 50 mẫu từ tuyến giáp).

So sánh kết quả chẩn đoán TBH tức thì với chẩn đoán GPB được trình bày trong bảng ma trận sau (bảng 3.3).

Bảng 3.3. So sánh kết quả chẩn đoán tế bào học tức thì với chẩn đoán giải phẫu bệnh

		Tình trạng bệnh có thật (chẩn đoán GPB)		
		+	-	
Chẩn đoán TBH tức thì	+	44	3	47
	-	4	31	35
		48	34	82

Nhận xét. Từ bảng 3.3, bằng các tính toán số học, ta có: Se = 91.67%; Sp = 91.18%; PV(+) = 93.62%; PV(-) = 88.57%; A = 91.46%; LR = 10.389; OR: 113.667.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ tuyến giáp

Khả năng chẩn đoán xác định nhờ F.N.A.B trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,5%, có 8,5% chưa kết luận được (chẩn đoán nghi ngờ là 8,5%). Tỷ lệ nghi ngờ F.N.A.B của chúng tôi (8,5%) thấp hơn của Ngô Thu Thoa và cộng sự (9,47%) [3].

Trong 268 lần chẩn đoán thì có 254 lần chẩn đoán phù hợp giữa F.N.A.B và GPB.

Vậy độ chính xác của phương pháp này là **94,78%**. Do độ chính xác khá cao nên tỷ số đúng của phương pháp cũng khá cao (**10,871**). Hai chỉ số này đã khẳng định: chẩn đoán F.N.A.B là một phương pháp có độ chính xác cao. Nếu áp dụng phương pháp này vào lâm sàng thì cứ hơn 10 lần (**10,871**) chẩn đoán đúng sẽ có một lần chẩn đoán sai. Chẩn đoán không phù hợp giữa F.N.A.B và GPB là 5.1%, trong đó: Dương tính giả là 2,9%, âm tính giả 2,2%. So sánh kết quả chẩn đoán không phù hợp của chúng tôi với một số tác giả trong và ngoài nước được tổng hợp ở bảng sau:

Bảng 4.1. So sánh kết quả chẩn đoán tế bào học và giải phẫu bệnh

Kết quả chẩn đoán TBH so với chẩn đoán GPB	Tác giả				
	Feldman P.S (1989)	Yeh M.W (2004)	Ko H.M (2003)	Sclabas G.M (2003)	Ngô Thu Thoa (1989)
Chẩn đoán dương tính giả	2,5%		1,8%	4%	0%
Chẩn đoán âm tính giả	6%	21%	21,5%	4%	4,5%

Như vậy, so với kết quả nghiên cứu của Feldman P.S [4]., Ko H.M [5], tỷ lệ dương tính giả của chúng tôi cao hơn. Tỷ lệ âm tính giả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả: Feldman P.S (6%) [4], Ko H.M (21,5%) [5], Ngô Thu Thoa (4,5%) [3].

Các thông số để đánh giá, giá trị đích thực của chẩn đoán tế bào học u tuyến giáp cho kết quả như sau: Se = 96,63%; Sp = 91,11%; PV(+) = 95,56%; PV(-) = 93,18%; A = 94,78% LR = 10,871; OR: 293,833.

So sánh kết quả với một số tác giả trong nước và thế giới trình bày trong bảng sau:

Bảng 4.2. So sánh kết quả chẩn đoán tế bào học với một số tác giả

Chỉ tiêu Tác giả	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Kết quả dự báo dương (%)	Kết quả dự báo âm (%)
Yang J et al (2007)	94	98,5	98,8	
Greenblatt D.Y et al (2006)	89	92	95	
Settakorn J et al (2001)	85,7	92,5	83,3	93,7
Lumachi F et al (2004)	81,4	99,4	97,1	95,8
Ko H. M et al (2003)	78,4	98,2	91,0	66,3
Phạm Văn Trung (2010)	96,63	91,11	95,56	93,18

Qua bảng này cho thấy: Độ nhạy của chúng tôi (**96,63%**) cao hơn so với Yang J [6]., Greenblatt D.Y [7]., Settakorn J. Độ đặc hiệu của chúng tôi (**91,11%**) thấp hơn so với các tác giả khác. Kết quả dự báo dương của chúng tôi (**95,56%**) cao hơn của Greenblatt D. Y [7]., Settakorn J và thấp hơn so với Yang J [6]. Các công trình nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới và trong nước đã khẳng định: kết quả nghiên cứu F.N.A.B phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: số lượng bệnh nhân tiến hành, kích thước, vị trí u và giai đoạn bệnh. Đặc biệt kết quả chẩn đoán F.N.A.B còn phụ thuộc rất nhiều vào kỹ thuật lấy bệnh phẩm và trình độ đọc phiên đồ.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác: chẩn đoán F.N.A.B là một phương pháp đơn giản, vô hại, ít gây tổn thương, ít tốn kém, cho kết quả nhanh chóng và có độ chính xác cao. Do các đặc điểm ưu việt nói trên nên phương pháp này ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn không những chỉ với mục đích chẩn đoán bệnh mà cả với mục đích sàng lọc phát

hiện sớm.

Theo Blondeau Ph.(1996), chẩn đoán FNAB không thể thay thế cho sinh thiết bằng phẫu thuật. Sinh thiết bằng phẫu thuật phải được tiến hành không phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm FNAB. Kết quả này cũng phù hợp với Cetin B và cộng sự .

Để tăng cường số lượng tế bào và có thể nghiên cứu tế bào trên một diện rộng, Settakorn J và cộng sự đã nghiên cứu trên phiên đồ áp. Cách làm như sau: lấy phần nghi ngờ trên tiêu bản sinh thiết ép mạnh vào một lam kính sạch làm khô rồi nhuộm Toluidin, hematoxinilin và Eosin. Độ chính xác của phương pháp này là 90,4.

Theo Nguyễn Vượng chẩn đoán tế bào học qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là một phương pháp có hiệu quả trong việc xác định các bệnh thường gặp của tuyến giáp. Tỷ lệ chẩn đoán đúng 88,12%. Tại bệnh viện K, Đặng Thế Căn và Hoàng Xuân Kháng đã nghiên cứu giá trị của chẩn đoán tế bào bằng phương pháp áp, miết hoặc phết bệnh phẩm nghi ngờ lên lam kính trên 127 bệnh nhân bị bệnh ở nhiều cơ quan khác nhau trong đó có

tuyến giáp. Mỗi bệnh phẩm được các tác giả áp, miết hoặc phết lên 2 - 3 lam kính, để khô từ 1 - 2 phút rồi nhúng xanh toluidin 1% trong 5 - 7 giây. Các tác giả nhận xét: đây là một phương pháp có giá trị thực hành lâm sàng.

Phương pháp chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ mô bệnh lý tuyến giáp là phương pháp được sử dụng khá phổ biến trong chẩn đoán các bệnh lý tuyến giáp. Ngày nay, xét nghiệm này đã được chỉ định như là một xét nghiệm thường quy ở nhiều bệnh viện. Kết quả chẩn đoán xác định của phương pháp này tùy thuộc từng tác giả, dao động từ 86% - 98%.

Để có thể đánh giá một cách khách quan và chính xác giá trị của phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt UTTG, chúng tôi đã tiến hành so sánh giữa kết quả chẩn đoán tế bào học bằng kim nhỏ và kết quả chẩn đoán GPB sau mổ (tiêu chuẩn vàng) được trình bày ở bảng 3.1, cho thấy: các chỉ số khách quan để đánh giá phương pháp chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ đều rất cao:

Se = 96,63% ; Sp = 91,11%; PV(+) = 95,56%; PV(-) = 93,18%; A = 94,78%

Điều đó chứng tỏ đây là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Phương pháp này có độ chính xác khá cao (94,78%). Kết quả nghiên cứu của này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong và ngoài nước.

Meunier P; Lebrun Y; Quatresooz P; và cộng sự đã kết luận: đây là phương pháp đặc

biệt có giá trị và không đắt, có thể phù hợp với một kỹ thuật thăm dò chẩn đoán. Phương pháp này quyết định đối với chẩn đoán phân biệt các nhân tuyến giáp và đưa ra được những chiến thuật điều trị phù hợp.

Hagag P; Strauss S; Weiss M đã chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. Nhờ hướng dẫn của siêu âm, có thể chọc hút được cả những nhân tuyến giáp không sờ thấy được trên lâm sàng (các nhân có kích thước nhỏ hơn 10 mm). Shemen LJ; Chess Q, đã sử dụng chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để xác định những thương tổn ác tính dạng nang và so sánh với những kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh trên các tiêu bản đông lạnh với 1000 tiêu bản chọc hút tế bào tuyến giáp. Tỷ lệ nghi ngờ và khẳng định chẩn đoán ung thư tuyến giáp là 23% .

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nhận thấy tỷ lệ phù hợp hoàn toàn của chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học theo loại phiên đồ đạt 94,4- 94,5% .

4.2. Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ hạch cổ

Nếu như các nghiên cứu chọc hút tế bào học tuyến giáp được rất nhiều công trình nghiên cứu, thì ngược lại, các nghiên cứu tế bào học tình trạng hạch cổ lại không nhiều. Kết quả nghiên cứu về chẩn đoán F.N.A.B tình trạng hạch cổ trên 102 bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy: tất cả các chỉ số Se =75%; Sp=91,11%; PV(+)=87,14%; PV(-)=72,73%; A=83,33%; LR=5,833; Odd Ratio: 20,333 đều thấp hơn so với chẩn đoán F.N.A.B của

tuyến giáp.

Độ chính xác của phương pháp này (83,33%) thấp hơn so với độ chính xác của phương pháp chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ đối với tuyến giáp (**94,78%**). Tỷ lệ chẩn đoán sai (**16,6%**) cũng cao hơn so với phương pháp chẩn đoán tế bào học đối với tuyến giáp (5,2%), trong đó, chẩn đoán dương tính giả là 8,82% và âm tính giả là 8,8%.

Nguyên nhân làm cho phương pháp chẩn đoán F.N.A.B di căn hạch cổ kết quả thấp hơn so với tuyến giáp có thể do: Vị trí hạch ở sâu, kích thước hạch nhỏ nên khó chọc. Do có nhiều hạch nên việc thăm khám lâm sàng để xác định hạch nào đã bị di căn là rất khó, bởi vậy sẽ dẫn tới tỷ lệ chẩn đoán sai cao. Có những hạch có di căn ung thư nhưng kích thước quá nhỏ nên không thể chọc hút được. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy việc đưa ra các chỉ số chẩn đoán di căn hạch cổ là quan trọng, cần thiết và có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của Cunha N chọc hút tế bào trên hạch cổ có độ nhạy 100% [2].

4.3. Chẩn đoán tế bào học tức thì

Hiện nay, ngày càng có nhiều tác giả nghiên cứu chẩn đoán tế bào học tức thì trong mổ nhằm thay thế cho phương pháp sinh thiết tức thì cổ điển. Để chẩn đoán tức thì trong mổ tình trạng di căn hạch bạch huyết, Cetin B. và cộng sự đã tiến hành áp các hạch bạch huyết và nhuộm nhanh. Nhờ phương pháp nhuộm nhanh nên có thể trả lời kết quả sau 6 - 10 phút. Kết quả nghiên cứu sinh thiết hạch tức thì trên 203 BN có độ

nhạy 87,1%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97,8%. Các tác giả cho rằng: chẩn đoán TBH tức thì là phương pháp chẩn đoán nhanh, đơn giản, hiệu quả, cho phép xác định có hay không có di căn ung thư vào hạch bạch huyết vùng với độ tin cậy cao.

Blondeau Ph.(1996), xét nghiệm mô học tức thì trên 111 BN ung thư đã được chẩn đoán trong mổ cho thấy: 71,2% dương tính, 21,6% âm tính và 7,2% nghi ngờ. Ở Việt Nam, nghiên cứu chẩn đoán tế bào học tức thì Đặng Thế Căn và Hoàng Xuân Kháng, kết luận: chẩn đoán tế bào học có giá trị thực sự trong sinh thiết tức thì, tỷ lệ chẩn đoán đúng khá cao (97%). Phương pháp đơn giản, tiết kiệm và rút ngắn thời gian trả lời kết quả từ 15 phút xuống 5 - 7 phút. Do tính ưu việt của phương pháp nên đã được bệnh viện K áp dụng ngày càng phổ biến gần như đã trở thành một xét nghiệm thường quy mỗi khi cần trả lời cấp tốc chẩn đoán tế bào học trong mổ.

Nghiên cứu chẩn đoán TBH tức thì theo phương pháp nhuộm nhanh của bệnh viện K được chúng tôi tiến hành trên 82 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu về chẩn đoán TBH tức thì được trình bày ở bảng 3.3: Se = 91,67%; Sp = 91,18%; PV(+) = 93,62%; PV(-) = 88,57%; A = 91,46%, LR = 10,389; Odd Ratio: 113,667. Có thể thấy, chẩn đoán TBH tức thì là phương pháp có độ nhạy cao (91,67%). Độ đặc hiệu của phương pháp này (91,18%) cao hơn so với phương pháp F.N.A.B (91,11%). Giá trị dự báo dương của phương pháp là 93,62%, có nghĩa là: nếu 1 người thật sự bị ung thư giáp mà có chẩn

đoán tế bào học tức thì dương tính thì, xác suất bị ung thư của người đó sẽ là 93,62%. Giá trị dự báo âm của phương pháp là 88,57%, có ý nghĩa là: nếu một người thật sự không bị ung thư giáp mà có chẩn đoán tế bào học tức thì, xác suất

người đó không bị ung thư sẽ là 88,57%. Độ chính xác của phương pháp là 91,46%, chính là hiệu suất chẩn đoán đúng của phương pháp này. Tỷ số đúng của phương pháp là 10,389, có nghĩa là khi dùng phương pháp này để chẩn đoán thì cứ khoảng 10 lần đúng mới có một lần chẩn đoán sai. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của chúng tôi (91,46%) thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thế Căn và Hoàng Xuân Kháng (97%) và của Cetin B (97,8%).

Tuy vậy, phương pháp chẩn đoán TBH tức thì cho phép xác định có hay không có ung thư, nhưng việc định typ mô học là khó khăn.

V. KẾT LUẬN

- **Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ:** độ nhạy 96,63%, độ đặc hiệu 91,11%, giá trị dự báo dương 95,56%, giá trị dự báo âm 93,18%, độ chính xác 94,78% và tỉ số đúng là 10,871.

- **Chẩn đoán tế bào học tức thì:** độ nhạy 91,67%, độ đặc hiệu 91,18%, giá trị dự báo dương 93,62%, giá trị dự báo âm 88,57%, độ chính xác 91,46% và tỉ số đúng là 10,389.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Hữu Nghị, Chu Hoàng Hạnh, Hoàng Văn Thi, Nguyễn Bá Đức (2002)**, “Nhận xét cơ cấu bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K qua ghi nhận năm 2001”, Tạp chí Y học thực hành, 431, tr. 401 - 405.
2. **Cunha N., Rodrigues F., Curado F., Ilhéu O., Cruz C., Naidenov P., et al. (2007)**, “Thyroglobulin detection in fine-needle aspirates of cervical lymph nodes: a technique for the diagnosis of metastatic differentiated thyroid cancer”, Eur J Endocrinol, Jul, 157(1), pp.101-7.
3. **Ngô Thu Thoa (1989)**, “Chẩn đoán tế bào học tuyến giáp” Chẩn đoán tế bào học các khối u ác tính, NXB Y học, Hà Nội, tr. 42- 51.
4. **Feldman PS., Covell JL., Kardos TF. (1989)**, “Fine needle aspiration cytology: Lymph node, thyroid and salivary gland”, ASCP Press, Chicago, 3, pp. 97-162.
5. **Ko H. M., Jhu I. K., Yang S. H. et al. (2003)**, “Clinicopathologic analysis of fine needle aspiration cytology of the thyroid. A review of 1613 cases and correlation with histopathologic diagnoses”, Acta. Cytol, 47(5), pp. 727- 732.
6. **Yang J., Schnadig V., Logrono R. et al. (2007)**, “Fine-needle aspiration of thyroid nodules: a study of 4703 patients with histologic and clinical correlations”, Cancer, 111(5), pp.306- 315.
7. **Greenblatt D.Y., Woltman T., Harter J. et al. (2006)**, “Fine-needle aspiration optimizes surgical management in patients with thyroid cancer”, Ann. Surg. Oncol, 13(6), pp. 859- 863.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ GIẢM BẠCH CẦU HẠT TRUNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG VÀ BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Quang¹, Trần Thị Thắm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bạch cầu hạt trung tính (BCHTT) có vai trò quan trọng trong hệ thống miễn dịch bảo vệ cơ thể và các phản ứng viêm cấp tính. Khi số lượng BCHTT giảm thấp làm tăng nguy cơ bị nhiễm trùng. Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của các trẻ giảm BCHTT ở tuyến tỉnh có thể khác tuyến Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 416 trẻ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTE) Hải Phòng và 1430 trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Nhóm ở BVTE Hải Phòng: tỉ lệ mắc, 0,8%; trẻ dưới 12 tháng, 44%; mức độ giảm BCHTT nặng và rất nặng, 15,5%; nhóm nguyên nhân tiên phát, 0,2%; nhóm nguyên nhân thứ phát, 97,8%; nguyên nhân nhiễm trùng, 93,6%. Nhóm Bệnh viện Nhi Trung ương: tỉ lệ mắc, 4,1%; trẻ dưới 12 tháng, 36%; mức độ giảm nặng và rất nặng, 17,8%; nhóm nguyên nhân tiên phát, 0,5%; nhóm nguyên nhân thứ phát, 90,7%; nguyên nhân nhiễm trùng, 83,1%; bệnh máu, tự miễn, hoá chất, 14,9%. **Kết luận:** Tỉ lệ mắc, mức độ giảm nặng và rất nặng, nguyên nhân tiên phát, và nhóm nguyên nhân do bệnh về máu, bệnh tự miễn và hoá chất tại Bệnh viện Nhi Trung ương cao hơn rõ rệt so với ở

BVTE Hải Phòng. Ngược lại, bệnh nhân giảm BCHTT tại BVTE Hải Phòng chủ yếu là nhóm nguyên nhân thứ phát, đứng đầu là nhiễm trùng.

Từ khoá: giảm bạch cầu hạt trung tính, giảm bạch cầu hạt trung tính di truyền

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES IN CHILDREN WITH NEUTROPENIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL AND NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Introduction: Neutrophils play an important role in the body's protective immune system and acute inflammatory responses. When the number of neutrophils is low, the risk of infection increases. Some clinical and laboratory characteristics of children with neutropenia at the provincial level may be different from those at the central level. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional study. The study subjects included 416 patients at Haiphong Children's Hospital and 1430 patients at the National Children's Hospital. **Results:** In Haiphong Children's Hospital: incidence, 0.8%; patients under 12 months old, 44%; severe and very severe neutropenia, 15.5%; group of primary causes, 0.2%; group of secondary causes, 97.8%; infectious causes, 93.6%. In National Children's Hospital: incidence rate, 4.1%; patients under 12 months, 36%; severe and very severe reduction, 17.8%; group of primary causes, 0.5%; group of secondary causes, 90.7%; infectious causes, 83.1%; blood diseases, autoimmune and

¹Trường đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quang

Email: vvquang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 09.02.2022

Ngày phản biện khoa học: 02.03.2022

Ngày duyệt bài: 15.6.2022

chemical, 14.9%. **Conclusions:** The incidence, severity and high severity, primary cause, and group of causes due to blood diseases, autoimmune diseases, and chemicals were significantly higher at the National Children's Hospital than at Haiphong Children's Hospital. In contrast, neutropenia patients at Haiphong Children's Hospital were mainly secondary causes, led by infections.

Key word: neutropenia, hereditary neutropenia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu hạt trung tính (BCHTT) có vai trò quan trọng trong hệ thống miễn dịch bảo vệ cơ thể và các phản ứng viêm cấp tính⁵. Khi số lượng BCHTT giảm thấp làm tăng nguy cơ bị nhiễm trùng. Giảm BCHTT được đặc trưng bởi việc giảm số lượng tuyệt đối của BCHTT trong máu ngoại vi. Đối với trẻ dưới 1 tuổi, số lượng BCHTT $\leq 1000 \text{ BC/mm}^3$ (1 G/l) còn đối với trẻ ≥ 1 tuổi, số lượng BCHTT $\leq 1500 \text{ BC/mm}^3$ ($1,5 \text{ G/l}$) được xác định là giảm². Giảm BCHTT ở trẻ em được chia thành các mức độ như sau: Nhẹ ($1 - 1,5 \times 10^9/\text{l}$); vừa ($0,5 - 1,0 \times 10^9/\text{l}$), nặng ($< 0,5 \times 10^9/\text{l}$) và rất nặng ($< 0,2 \times 10^9/\text{l}$)⁵. Giảm BCHTT kéo dài trên 3 tháng gọi là giảm bạch cầu hạt trung tính mạn tính⁴. Giảm BCHTT thường gặp ở trẻ em với các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, từ nhiễm khuẩn nhẹ đến nhiễm khuẩn nặng đe dọa đến tính mạng.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTE) là bệnh viện cấp 1 thành phố; đây là nơi đầu tiên chẩn đoán được bệnh nhân giảm BCHTT di truyền tại Việt Nam. Bệnh viện Nhi Trung Ương là trung tâm nhi khoa lớn nhất Việt Nam; bệnh viện tuyến cuối đối với bệnh nhi nặng, trong đó có bệnh liên quan đến giảm BCHTT. Vậy các bệnh nhân bị

giảm BCHTT ở hai bệnh viện này có gì khác nhau? Làm sao quản lý điều trị bệnh nhân giảm BCHTT ngay từ tuyến tỉnh? Xuất phát từ những câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ giảm bạch cầu hạt trung tính tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

1846 bệnh nhân giảm bạch cầu hạt trung tính vào điều trị tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Nhi trung ương được lựa chọn vào nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Nhi trung ương có kèm theo giảm bạch cầu hạt trung tính.

- Giảm bạch cầu hạt trung tính là giảm số lượng tuyệt đối của BCHTT ở máu ngoại vi. Tiêu chuẩn giảm bạch cầu hạt trung tính tùy theo lứa tuổi²⁵:

+ Dưới 1 tuổi $\leq 1,0 \text{ G/l}$.

+ Trên 1 tuổi $\leq 1,5 \text{ G/l}$.

- Giảm bạch cầu hạt trung tính di truyền: Xác định được gen đột biến gây giảm bạch cầu hạt trung tính.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trẻ có giảm bạch cầu hạt trung tính trong độ tuổi sơ sinh (0 – 28 ngày).

- Bố mẹ trẻ không đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại hai bệnh viện: Bệnh viện trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/01/2017 đến 31/12/2017 tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và từ 01/01/2018 đến 30/06/2018 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

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 cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

Áp dụng công thức: Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu thực trạng giảm bạch cầu hạt trung tính trong số các bệnh nhân nhập viện:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu

α : 0,05 (Mức ý nghĩa thống kê – độ tin cậy 95%)

$Z_{1-\alpha/2}$: 1,96 (Giá trị Z được tra từ bảng ứng với α)

$p = 10,2\%$. (Theo kết quả nghiên cứu của Srdjan Denic và CS năm 2016 về tỷ lệ bệnh nhân giảm BCHTT ở một số quốc gia trên thế giới 10

$d = 0,02$ (mức độ sai khác lớn nhất của nghiên cứu so với thực tế)

Như vậy, cỡ mẫu dự kiến là $n = 880$ Trên thực tế cỡ mẫu là: 1846 bệnh nhân.

- Cách chọn mẫu thuận tiện không xác suất

2.3. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

2.3.1. Một số đặc điểm lâm sàng: tỉ lệ mắc, độ tuổi, giới tính, nguyên nhân...

2.3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm thông thường, xét nghiệm gen

2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu

2.4.1. Cách tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu

- Tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng: Lấy danh sách bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt trung tính từ khoa Huyết học hàng ngày.

- Tại Bệnh viện Nhi Trung ương: Lấy danh sách bệnh nhân có giảm BCHTT từ thống kê của phòng Công nghệ thông tin.

- Các bệnh nhân vào viện được làm các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân tùy theo các triệu chứng lâm sàng gợi ý.

2.4.2. Cách lựa chọn các bệnh nhân giảm bạch cầu hạt trung tính để lấy máu xét nghiệm phát hiện đột biến gen

- Giảm bạch cầu hạt trung tính mạn tính, mức độ nặng: BCHTT $\leq 0,5G/l$, kéo dài ≥ 3 tháng.

- Giảm bạch cầu hạt trung tính cấp tính nặng, mức độ nặng $\leq 0,5G/l$ kèm theo có một trong các dấu hiệu cảnh báo của bệnh nhân suy giảm miễn dịch khác.

- Tất cả các bệnh nhân trên trước khi lấy máu xét nghiệm phát hiện đột biến gen đều được làm tuỷ đồ để loại trừ các bệnh về máu.

- Xét nghiệm phát hiện đột biến gen: theo đúng quy trình đã được chuẩn hoá

2.5. Quản lý và xử lý số liệu

- Số liệu sau khi đã thu thập sẽ được làm sạch sau đó được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Sử dụng các test thống kê để đánh giá sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ sẽ được sử dụng trong thống kê suy luận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc giảm BCHTT trong các bệnh lý Nhi khoa

Năm 2017, tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có 47487 nhập viện điều trị, trong đó số bệnh nhân giảm bạch cầu hạt trung tính là 416 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 0,9%. Trong 6

tháng 2018 (từ tháng 1 đến tháng 6), tại Bệnh viện Nhi trung ương có 34476 nhập viện điều trị, trong đó số bệnh nhân giảm bạch cầu hạt trung tính là 1430 bệnh nhân chiếm tỷ lệ

4,15%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

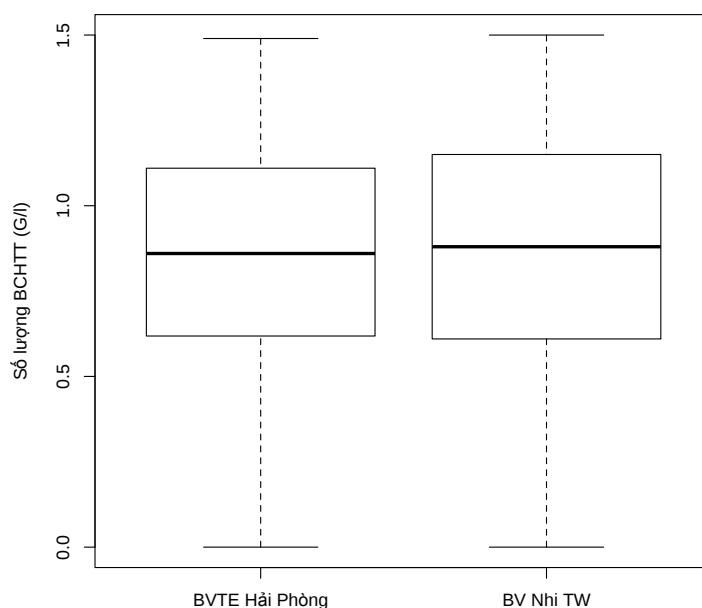
3.2. Độ tuổi, giới tính bệnh nhân

Bảng 1. So sánh về độ tuổi và giới tính giữa BVTE Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung ương

	BVTE Hải Phòng		Bệnh viện Nhi Trung ương		p
	n	%	n	%	
Nam	242	58	875	61	$> 0,05$
Nữ	174	42	555	39	$> 0,05$
< 12 tháng	183	44	512	36	0,006
Từ 12 tháng	233	56	908	64	0,007

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giới ở các đối tượng nghiên cứu giữa 2 bệnh viện. Tỷ lệ bệnh nhi < 12 tháng tại BVTE Hải Phòng cao hơn tại Bệnh viện Nhi Trung ương và ngược lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Mức độ giảm BCHTT tại thời điểm vào viện



Hình 1. So sánh số lượng bạch cầu hạt trung bình giữa nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung ương tại thời điểm vào viện.

Nhận xét: Không có sự khác biệt về số lượng tuyệt đối bạch cầu hạt trung bình giữa hai bệnh viện ($p=0,6$).

3.4. Mức độ giảm BCHTT

Bảng 2. So sánh mức độ giảm BCHTT giữa BVTE Hải Phòng và Bv Nhi Trung ương

	BVTE Hải Phòng		Bệnh viện Nhi Trung ương		p
	n	%	n	%	
Giảm nhẹ	127	30,5	495	34,6	0,13
Giảm vừa	224	54	682	47,6	0,03
Giảm nặng	48	11,5	170	11,9	0,9
Giảm rất nặng	17	4	83	5,9	0,21
Tổng	416	100	1430	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giảm BCHTT mức độ vừa ở BVTE Hải Phòng cao hơn ở Bệnh viện Nhi Trung ương. Sự khác biệt với $p = 0,03$.

3.5. Nhóm nguyên nhân giảm BCHTT

Bảng 3. So sánh theo nhóm nguyên nhân gây giảm BCHTT giữa BVTE Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung ương

Nhóm nguyên nhân	BVTE Hải Phòng		Bệnh viện Nhi Trung ương		p
	n	%	n	%	
Tiên phát	1	0,2	7	0,5	0,18
Thứ phát	407	97,8	1299	90,8	0,03
Không rõ nguyên nhân	8	2	124	8,7	0,04
Tổng	416	100	1430	100	

Nhận xét: nhóm nguyên nhân thứ phát ở BVTE Hải Phòng có tỷ lệ cao hơn ở Bệnh viện Nhi Trung ương. Sự khác biệt với $p=0,03$.

3.6. Nguyên nhân thứ phát

Bảng 4. So sánh nguyên nhân thứ phát gây giảm BCHTT giữa BVTE Hải Phòng và Bệnh viện Nhi Trung ương

Nguyên nhân thứ phát gây giảm BCHTT	BVTE Hải Phòng		Bệnh viện Nhi Trung ương		p
	n	%	n	%	
Nhiễm trùng	381	93,6	1079	83,1	<0,05
Bệnh về máu	16	4	135	10,4	<0,05
Bệnh tự miễn	2	0,5	4	0,3	<0,05
Hoá chất	5	1,2	54	4,2	<0,05
Thuốc	3	0,7	7	0,5	>0,05
Khác	0	0	20	1,5	
Tổng	407	100	1299	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nguyên nhân nhiễm trùng ở BVTE Hải Phòng cao hơn rõ rệt ở Bệnh viện Nhi Trung Ương ($p<0,05$). Ngược lại, Bệnh viện Nhi Trung ương có tỷ lệ nguyên nhân bệnh về máu, bệnh tự miễn, hoá chất cao hơn hẳn ở BVTE Hải Phòng ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ trẻ mắc giảm BCHTT trong thời gian nghiên cứu ở BVTE Hải Phòng là 0,9% và ở Bệnh viện Nhi Trung ương là 4,15%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này có thể được giải thích Bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cuối về điều trị các bệnh lý nhi khoa. Bởi vậy, rất nhiều các bệnh nhân nặng được gửi về từ các tỉnh thành phía Bắc. Các bệnh nhân này vào viện với chẩn đoán nhiễm trùng nặng, bệnh về máu hay ung thư cần điều trị hoá chất. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự dao động lớn về tỉ lệ mắc giữa các quốc gia⁸⁹¹⁰.

Từ Bảng 1 cho thấy trẻ nam mắc giảm BCHTT nhiều hơn trẻ nữ nhưng không có sự khác biệt về tỉ lệ giới giữa hai bệnh viện. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác¹⁸. Về độ tuổi, Số bệnh nhân trên 1 tuổi ở từng bệnh viện cũng chiếm tỉ lệ cao hơn số bệnh nhân dưới 1 tuổi. Tỉ lệ trẻ dưới 12 tháng tuổi ở BVTE Hải Phòng cao hơn ở Bệnh viện Nhi Trung ương ($p=0,006$); ngược lại, Bệnh viện Nhi Trung ương có tỉ lệ bệnh nhân giảm BCHTT từ 12 tháng tuổi cao hơn một cách rõ rệt ($p=0,007$). Các nghiên cứu khác cho độ tuổi trung bình của các bệnh nhân dao động từ 22-24 tháng. Các tác giả cũng đồng ý một điểm là trẻ giảm BCHTT ở nhóm dưới 12 tháng tuổi thường nhẹ và nhanh hồi phục hơn¹³⁷.

Về mức độ giảm BCHTT, từ Hình 1 cho thấy mức độ giảm BCHTT của các bệnh nhân ở cả hai bệnh viện là không có sự khác biệt. Khi chúng tôi phân loại theo mức độ giảm thì thấy tỉ lệ bệnh nhân có BCHTT giảm vừa ở BVTE Hải Phòng cao hơn ở Bệnh viện Nhi Trung ương một cách có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$). Tỉ lệ bệnh nhân giảm BCHTT mức độ nặng và rất nặng ở

Bệnh viện Nhi Trung ương cao hơn ở BVTE Hải Phòng nhưng không có sự khác biệt. Tổng thể, ở cả hai bệnh viện chủ yếu là bệnh nhân giảm BCHTT ở mức độ nhẹ và vừa. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Ngọc Đức và một số tác giả khác¹⁸.

Từ Bảng 3. thể hiện kết quả phân loại giảm BCHTT theo nhóm nguyên nhân. Theo cách phân loại này, giảm BCHTT thứ phát có số lượng bệnh nhân nhiều nhất ($n = 1706$) chiếm tỉ lệ 92,4%. Tỉ lệ nhóm nguyên nhân gây giảm BCHTT thứ phát ở BVTE Hải Phòng cao hơn rõ rệt ở Bệnh viện Nhi Trung ương ($p=0,03$). Trong khi đó, tỉ lệ bệnh nhân giảm BCHTT không xác định được nguyên nhân ở Bệnh viện Nhi Trung ương cao hơn hẳn BVTE Hải Phòng. Điều này có thể được giải thích vì tuyến Trung ương tập trung nhiều bệnh nhân phức tạp hơn mà chúng ta chưa đủ phương tiện kỹ thuật để chẩn đoán chính xác, chẳng hạn như giảm BCHTT tự miễn³⁴⁶. Hiện nay tại Việt Nam chưa có một báo cáo nào về giảm BCHTT tự miễn ở trẻ em. Nguyên nhân giảm BCHTT tiên phát có 8 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 0,4%. Mặc dù BVTE Hải Phòng là nơi đầu tiên chẩn đoán xác định được một trường hợp giảm BCHTT tiên phát bằng phân tích đột biến di truyền gen ELAN2, 7 bệnh nhân còn lại điều được phát hiện tại Viện Nhi Trung ương, trong đó phát hiện 6 bệnh nhân đột biến gen ELAN2 và 1 bệnh nhân đột biến gen HAX1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân giảm BCHTT tiên phát là giảm mức độ nặng, kéo dài trên 3 tháng, thường thành từng đợt kèm theo nhiễm khuẩn nặng đe dọa tính mạng⁶⁸. Do tần suất đột biến gen ELAN2 chiếm tới 60% nên gen này được ưu tiên phân tích trước. Một trường hợp không phát hiện đột biến gen ELAN2 nhưng có biểu hiện tổn thương

thần kinh và chậm phát triển tinh thần vận động, chúng tôi quyết định phân tích và tìm thấy đột biến gen HAX1. Có một số gen nữa khi đột biến gây giảm BCHTT nhưng với tần suất thấp và chúng tôi cũng chưa có điều kiện để phân tích; điều này cũng góp phần giải thích tại sao vẫn còn nhiều bệnh nhân giảm nặng BCHTT mạn tính không tìm được nguyên nhân³⁵⁶.

Từ Bảng 4 cho thấy một số nguyên nhân phổ biến gây giảm BCHTT thứ phát như sau nhiễm trùng, do dùng thuốc, do dùng hoá chất hay do các bệnh tự miễn... nhóm nguyên nhân nhiễm trùng ở BVTE Hải Phòng có tỉ lệ cao hơn rõ rệt ở Bệnh viện Nhi Trung ương ($p < 0,05$); trong khi nhóm bệnh về máu, bệnh tự miễn ở Bệnh viện Nhi Trung ương có tỉ lệ cao hơn một cách rõ rệt so với BVTE Hải Phòng ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích như sau: giảm BCHTT do nguyên nhân nhiễm trùng thường giảm mức độ nhẹ, trung bình và thường hồi phục sau 5 đến 7 ngày điều trị, ít khi phải chuyển viện. Trong khi đó nhóm bệnh về máu và tự miễn thì đa số bệnh nhân từ các tỉnh phải chuyển lên tuyến cuối là Bệnh viện Nhi Trung ương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 416 bệnh nhân giảm BCHTT tại BVTE Hải Phòng và 1430 bệnh nhân tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho phép chúng tôi có thể đưa ra một số kết luận sau: Tỉ lệ mắc, mức độ giảm nặng và rất nặng, nguyên nhân tiên phát, và nhóm nguyên nhân do bệnh về máu, bệnh tự miễn và hoá chất tại Bệnh viện Nhi Trung ương cao hơn rõ rệt so với ở BVTE Hải Phòng. Ngược lại, bệnh nhân giảm BCHTT tại BVTE Hải Phòng chủ yếu là nhóm nguyên nhân thứ phát, đứng đầu là nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Ngọc Đức (2015)**, "Khảo sát tình trạng giảm số lượng bạch cầu hạt trung tính ở bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
2. **Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Hoàng Nam (2016)**, Sách giáo khoa Nhi khoa, Giảm bạch cầu, NXB Y học, tr. 1024 - 1031.
3. **Angelino G et al (2014)**, "Etiology, clinical outcome, and laboratory features in children with neutropenia: Analysis of 104 cases", *Pediatric Allergy and Immunology* 25, 283 - 289.
4. **David C. Dale, Audrey Anna Bolyard (2017)**, "An update on the diagnosis and treatment of chronic idiopathic neutropenia", *Curr Opin Hematol*, 24(1), 46 - 53.
5. **Laurence A. Boxer (2012)**, "How to approach neutropenia", *Hematology*, 174 - 182.
6. **Karapinar TH, Y Oymak et al (2016)**, "Chronic neutropenia in childhood: Experience from a single center", *J Pediatr Hematol Oncol*, 38(1), 35 - 38.
7. **Pascual C, Trenchs V et al (2016)**, "Outcomes and infectious etiologies of fibrile neutropenia in non - immunocompromised children who present in an emergency department", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35(10), 1667 - 1672.
8. **Ruo - Lan Gong, Jing Wu, Tong - Xin Chen (2018)**, "Clinical, laboratory, and molecular characteristics and remission status in children with severe congenital and non-congenital neutropenia", *Frontiers in Pediatrics*, 6(305), 1- 8.
9. **Srdjan Denic, Saad Showqui et al (2009)**, "Prevalence, phenotype and inheritance of benign neutropenia in Arabs", *BMC Blood Disorders*, 9(3), 1 - 8.
10. **Srdjan Denic, Hassib Narchi et al (2016)**, "Prevalence of neutropenia in children by nationality", *BMJ Hematology*, 16(15), 1 - 7.

NGHIÊN CỨU CHẾ TẠO VẬT LIỆU HẤP PHỤ ION AMONI (NH_4^+) VÀ NITRAT (NO_3^-) TỪ BÃ MÍA TẠI PHÒNG THÍ NGHIỆM HÓA HỌC ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

Nguyễn Văn Dưỡng*

TÓM TẮT

Các ion NH_4^+ và NO_3^- khi vào cơ thể chúng chuyển hóa thành ion nitrit (NO_2^-) là hợp chất tiền ung thư. Hàng năm phòng thí nghiệm hóa học của trường Đại Học Y Dược Hải Phòng thường dùng khá nhiều lượng hóa chất thí nghiệm, trong đó có một lượng đáng kể hóa chất chứa NH_4^+ , NO_3^- và NO_2^- . Vì vậy, chúng tôi đã sử dụng phương pháp hấp phụ để loại bỏ các ion trên ra khỏi nước bằng vật liệu hấp phụ chế tạo từ bã mía. Vật liệu hấp phụ (VLHP) từ bã mía bằng phương pháp than hóa bởi axit sulfuric đặc 98%. Kết quả nghiên cứu cho thấy vật liệu hấp phụ than hoạt tính từ bã mía có khả năng hấp phụ rất tốt đối với NH_4^+ và NO_3^- có trong nước thải của phòng thí nghiệm Hóa Học – Đại Học Y Dược Hải Phòng, sau hấp phụ hàm lượng NH_4^+ và NO_3^- đều đạt qui chuẩn “QCVN 24:2009/BTNMT”.

Từ khóa: Hấp phụ, than hoạt tính

SUMMARY

RESEARCH AND PRODUCTION OF MATERIALS FOR SUPPLYING AMONIUM (NH_4^+) AND NITAT (NO_3^-) ION SUPPLYING MATERIALS FROM SUCCESSFUL LABOR AT CHEMICAL

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dưỡng

Email: duongnv@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.1.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

LABOR - HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

When entering the body, NH_4^+ and NO_3^- ions are converted into nitrite ions (NO_2^-) which are precancerous compounds. Every year, the chemistry laboratory of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy often uses a lot of laboratory chemicals, including a significant amount of chemicals containing NH_4^+ , NO_3^- and NO_2^- . Therefore, we used the adsorption method to remove the above ions from the water by using an adsorbent made from bagasse. Adsorbent material (VLHP) from bagasse by carbonization by concentrated sulfuric acid 98%. The research results show that the activated carbon adsorbent from bagasse has a very good adsorption capacity for NH_4^+ and NO_3^- present in the wastewater of the Chemistry laboratory - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, after adsorption. NH_4^+ and NO_3^- content meet the standard "QCVN 24:2009/BTNMT".

Keywords: Adsorption, activated carbon

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các hóa chất phát thải trong công nghiệp, nông nghiệp, đời sống và trong nghiên cứu...là nguyên nhân chính gây ra sự ô nhiễm nguồn nước, ảnh hưởng đến sức khỏe con người và môi trường sinh thái. Cùng với các hóa chất độc hại khác, các ion NH_4^+ và NO_3^- khi vào cơ thể chúng chuyển hóa thành ion nitrit (NO_2^-). Nitrit có tác dụng oxy hóa hemoglobin (huyết sắc tố) chứa trong hồng

cầu, biến hemoglobin (Hb) thành methemoglobin (MetHb) không có khả năng vận chuyển O_2 . Mặt khác, nitrit sẽ kết hợp với các axit amin trong thực phẩm làm thành một họ chất nitrosamine là hợp chất tiền ung thư. Hàng năm phòng thí nghiệm hóa học của trường Đại Học Y Dược Hải Phòng thường dùng khá nhiều lượng hóa chất thí nghiệm, trong đó có một lượng đáng kể hóa chất chứa NH_4^+ , NO_3^- và NO_2^- . Chúng tôi đã sử dụng phương pháp hấp phụ để loại bỏ các ion trên ra khỏi nước bằng vật liệu hấp phụ chế tạo từ bã mía.

Mục tiêu của đề tài:

- Mục tiêu 1: Chế tạo vật liệu hấp phụ ion amoni (NH_4^+) và nitrat (NO_3^-) từ bã mía.

- Mục tiêu 2: Nghiên cứu khả năng hấp phụ của loại vật liệu trên đối với ion NH_4^+ và NO_3^- trong nước thải phòng thí nghiệm Hóa Học

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nước thải có chứa ion NH_4^+ và NO_3^- phát sinh tại phòng thí nghiệm hóa học – Đại Học Y Dược Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Chế tạo VLHP từ bã mía bằng phương pháp than hóa bởi axit sulfuric đặc 98%.

Các thông số vật lý của vật liệu hấp phụ được xác định bằng phương pháp đo: diện tích bề mặt riêng, chụp bề mặt vật liệu hấp phụ bằng kính hiển vi điện tử quét, đo phổ hồng ngoại Fourier.

Nồng độ của các ion NH_4^+ và NO_3^- được xác định bằng phương pháp trắc quang.

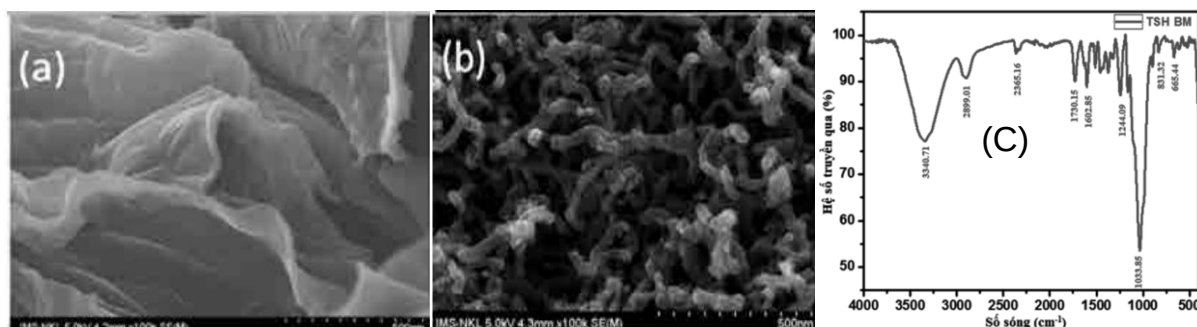
Hiệu suất quá trình hấp phụ được đánh giá bằng cách so sánh nồng độ của các ion NH_4^+ và NO_3^- trong nước thải trước và sau khi ngâm với vật liệu hấp phụ sau thời gian 30 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chế tạo vật liệu hấp phụ từ bã mía

Bã mía được rửa sạch bằng nước cất, được phơi khô tự nhiên và được sấy khô ở nhiệt độ 80 - 90°C trong 24h sau đó cho vào cốc thủy tinh và được đốt bằng axit H_2SO_4 98% theo tỉ lệ 1:1 về khối lượng, ngâm trong 24h. Vật liệu sau đó được rửa sạch nhiều lần bằng nước cất rồi ngâm trong dung dịch $NaHCO_3$ 2% trong 24h, tiếp tục rửa sạch vật liệu bằng nước cất đến môi trường trung tính, sấy khô ở 120 – 150°C trong vòng 6h rồi nghiền nhỏ đến kích thước 0,25 -2mm, thu được VLHP.

- Phân tích hình thái bề mặt của vật liệu chúng tôi chụp ảnh bề mặt và bên trong vật liệu bằng kính hiển vi điện tử quét.

**Hình 3.1**

- a. Ảnh SEM của bã mía trước biến tính.
 b. Ảnh SEM của bã mía sau biến tính.
 c. Phổ FTIR của bề mặt bã mía sau biến tính.

Kết quả trên hình 3.1(a, b) cho thấy có sự khác biệt đáng kể về hình thái bề mặt của bã mía đã biến tính so với nguyên liệu bã mía ban đầu. Theo đó, vật liệu đã biến thay đổi từ hình thái dạng tấm với bề mặt tương đối nhẵn nhụi của sang hình thái dạng các sợi hình trụ đan xen nhau, cùng với sự xuất hiện của các hốc rỗng của bã mía. Kết quả này có thể được giải thích là do sự phân hủy các thành phần kém bền của bã mía trong quá trình nhiệt phân và sự tạo thành các liên kết mới. Các lỗ xốp trên bề mặt bã mía có dạng hình đa giác, kích thước lỗ xốp dao động trong khoảng 20 - 100 nm với mật độ phân bố xấp xỉ 30 lỗ xốp/ μm . Tính chất này dự báo bã mía sau hấp phụ có khả năng làm vật liệu hấp phụ các chất ô nhiễm.

Kết quả phân tích phổ hồng ngoại FTIR trên thiết bị Nicolet 6700 FT-IR, USA trên

hình 3.1c cho thấy xuất hiện các dao động liên kết tại số sóng 3340cm^{-1} đặc trưng cho nhóm hydroxyl (O - H), $2365 - 2899\text{cm}^{-1}$: đặc trưng cho nhóm cacbonyl ($\text{O}=\text{C}=\text{O}$), $1200 - 1400\text{cm}^{-1}$: đặc trưng cho liên kết C-C, $1600 - 1800\text{cm}^{-1}$: đặc trưng cho liên kết C=C của anken, các dao động liên kết trong dải số sóng từ $600 - 900\text{cm}^{-1}$ đặc trưng cho liên kết C-H của vòng aromatic. Ngoài ra, còn xuất hiện thêm dao động liên kết tại số sóng 1033cm^{-1} đặc trưng cho liên kết O-H của phenol [10].

3.2. So sánh khả năng hấp phụ NH_4^+ và NO_3^- của VLHP trước và sau khi biến tính

Với cùng một lượng VLHP và ở các điều kiện khác không đổi, chúng tôi tiến hành khảo sát khả năng hấp phụ của vật liệu vỏ trấu trước và sau khi biến tính.

Bảng 3.1. Khả năng hấp phụ các ion kim loại của VLHP trước và sau biến tính

Ion	Hàm lượng ban đầu (mg)	Hàm lượng sau xử lý với VLHP đã biến tính	Hiệu suất (%) của VLHP đã biến tính
NH_4^+	0,5	0,0286	94,28
NO_3^-	0,5	0,0732	85,36

Kết quả trên bảng 3.1 cho thấy sau khi biến tính bã mía thì hiệu suất hấp phụ NH_4^+ và NO_3^- đều tăng lên rõ rệt, ở đây có vai trò rất lớn của quá trình than hóa. Tác dụng của axit H_2SO_4 đặc làm cho than thu được có bề mặt riêng lớn hơn, mặt khác số tâm hấp phụ trao đổi cũng được tạo ra nhiều hơn dẫn đến hiệu suất hấp phụ lớn.

3.3. Xây dựng đường chuẩn xác định NH_4^+ và NO_3^- bằng phương pháp trắc quang

Amoni trong môi trường kiềm phản ứng với thuốc thử Nessler (K_2HgI_4). Sau khi tiến hành thực nghiệm đã xác định được độ hấp thụ Abs (mật độ quang) phụ thuộc vào hàm

lượng NH_4^+ theo phương trình: $y = 0,1804x - 0,0002$, trong đó y là mật độ quang và x là hàm lượng amoni (mg).

NO_3^- được xác định theo phương pháp trắc quang với thuốc thử axit phenoldisulfonic tạo thành nitrophenoldisulfonic trong môi trường kiềm. Đo màu vàng đặc trưng của dung dịch có độ hấp thụ quang cực đại ở bước sóng 410 nm, sau khi tiến hành thực nghiệm đã xác định được độ hấp thụ Abs (mật độ quang) phụ thuộc vào hàm lượng NO_3^- theo phương trình: $y = 29,179x - 0,0211$, trong đó y là mật độ quang và x là hàm lượng NO_3^- (mg).

3.4. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình hấp phụ NH_4^+

Bảng 3.2. Ảnh hưởng của hàm lượng (VLHP) đến quá trình hấp phụ NH_4^+

STT	Khối lượng VLHP (g)	Nồng độ đầu vào (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	0,1	1	0,195
2	0,3	1	0,165
3	0,5	1	0,092
4	0,7	1	0,091
5	0,9	1	0,090
6	1,0	1	0,090
7	1,5	1	0,090

Kết quả trên bảng 3.2 cho thấy: hiệu suất của quá trình hấp phụ tăng dần khi lượng VLHP tăng từ 0,1g đến 0,5g. Hiệu suất tăng lên không đáng kể khi tăng thêm khối lượng VLHP. Chọn khối lượng VLHP tối ưu là 0,5 g.

Bảng 3.3. Ảnh hưởng của pH đến quá trình hấp phụ NH_4^+

STT	pH	Nồng độ đầu vào (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	1	1	0,153
2	2	1	0,097
3	3	1	0,286
4	4	1	0,307
5	5	1	0,409
6	6	1	0,504
7	7	1	0,698

Kết quả trên bảng 3.3 cho thấy: khi pH = 1- 2 thì khả năng hấp phụ là tốt nhất. Chọn pH bằng 2 cho những nghiên cứu tiếp theo.

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của thời gian đến quá trình hấp phụ NH_4^+

STT	Thời gian (phút)	Nồng độ đầu vào (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	10	1	0,252
2	15	1	0,159
3	20	1	0,146
4	25	1	0,107
5	30	1	0,095
6	40	1	0,094
7	50	1	0,094

Kết quả trên bảng 3.4 cho thấy: Hàm lượng NH_4^+ được hấp phụ nhanh nhất ở 25 phút đầu, và thời gian đạt cân bằng hấp phụ là 30 phút. Chọn thời gian bằng 30 phút cho những nghiên cứu tiếp theo.

3.5. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình hấp phụ NO_3^-

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của hàm lượng VLHP đến quá trình hấp phụ NO_3^-

STT	Khối lượng (g)	Nồng độ đầu vào (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	0,1	1	0,675
2	0,3	1	0,278
3	0,5	1	0,126
4	1,0	1	0,107
5	2,0	1	0,099
6	3,0	1	0,098
7	4,0	1	0,098

Kết quả trên bảng 3.5 cho thấy: hiệu suất của quá trình hấp phụ tăng dần khi VLHP tăng từ 0,5 đến 2g. Hiệu suất tăng lên không đáng kể khi tăng thêm khối lượng VLHP. Chọn khối lượng VLHP tối ưu để hấp phụ ion NO_3^- là 2 g.

Bảng 3.6. Ảnh hưởng của pH đến quá trình hấp phụ NO_3^-

STT	pH	Nồng độ đầu (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	2	1	0,216
2	3	1	0,104
3	4	1	0,099
4	5	1	0,099
5	6	1	0,101
6	7	1	0,107
7	8	1	0,231

Kết quả trên bảng 3.6 cho thấy: khi pH = 3 - 6 thì khả năng hấp phụ là tốt nhất. Chọn pH bằng 4 cho những nghiên cứu tiếp theo

Bảng 3.7. Ảnh hưởng của thời gian đến quá trình hấp phụ NO_3^-

STT	Thời gian (phút)	Nồng độ đầu vào (mg/l)	Nồng độ sau (mg/l)
1	10	1	0,525
2	15	1	0,291
3	20	1	0,161
4	25	1	0,097
5	30	1	0,095
6	40	1	0,091
7	50	1	0,091

Kết quả trên bảng 3.7 cho thấy: lượng NO_3^- được hấp phụ nhanh nhất ở 25 phút đầu, và thời gian đạt cân bằng hấp phụ là 30 phút. Chọn thời gian bằng 30 phút cho những nghiên cứu tiếp theo

3.6. Xử lý với mẫu thực

Sau khi đã tìm được các điều kiện tối ưu của quá trình hấp phụ NH_4^+ và NO_3^- , chúng tôi

tiến hành sử dụng vật liệu hấp phụ đã chế tạo để hấp phụ NH_4^+ và NO_3^- đối với mẫu nước thải chứa NH_4^+ và NO_3^- của phòng thí nghiệm Hóa Học – Đại Học Y Dược Hải Phòng. Kết quả được thể hiện trên bảng 3.8 và bảng 3.9

Bảng 3.8. Kết quả xử lý NH_4^+ đối với mẫu nước thải

Nồng độ NH_4^+ trong nước thải (mg/ml)	Nồng độ NH_4^+ trong nước thải sau khi xử lý (mg/ml)	Hiệu suất (%)
10,17	1,18	88,34

Bảng 3.9. Kết quả xử lý NO_3^- với nước thải

Nồng độ NO_3^- trong thải (mg/ml)	Nồng độ NO_3^- trong nước thải sau khi xử lý (mg/ml)	Hiệu suất (%)
4,78	0,28	94,14

Kết quả trên cho thấy khả năng hấp phụ của vật liệu đối với NH_4^+ và NO_3^- trong mẫu nước thải cho kết quả tốt, sau khi xử lý hàm lượng NH_4^+ và NO_3^- đều đạt qui chuẩn “QCVN 08:2008/BTNMT”

IV. BÀN LUẬN

Vật liệu hấp phụ được tạo ra từ bã mía có nhiều lỗ trống, xốp, có khả năng hấp phụ, quá trình than hóa bằng H_2SO_4 đặc làm tăng khả năng hấp phụ của bã mía. Khảo sát và

tìm được các điều kiện tối ưu của quá trình hấp phụ NH_4^+ và NO_3^- như: Khối lượng bã mía tối ưu là 0,5gam đối với quá trình hấp phụ NH_4^+ và 2 gam đối với quá trình hấp phụ NO_3^- , pH = 1 – 2 tối ưu với quá trình hấp phụ

NH_4^+ và $\text{pH} = 3 - 6$ tối ưu đối với quá trình hấp phụ NO_3^- , thời gian đạt cân bằng hấp phụ của vật liệu đối với các ion NH_4^+ và NO_3^- là 30 phút.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình khảo sát nghiên cứu khả năng tách loại NH_4^+ và NO_3^- bằng vật liệu hấp phụ than hoạt tính từ bã mía, chúng tôi thu được một số kết luận sau:

Vật liệu hấp phụ than hoạt tính từ bã mía có khả năng hấp phụ rất tốt đối với NH_4^+ và NO_3^- có trong nước thải của phòng thí nghiệm Hóa Học – Đại Học Y Dược Hải Phòng, sau hấp phụ hàm lượng NH_4^+ và NO_3^- đều đạt qui chuẩn “QCVN 24:2009/BTNMT”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Huy** “Nghiên cứu chế tạo than hoạt tính từ xơ dừa bằng phương pháp oxy hóa và ứng dụng làm chất hấp phụ trong xử lý nước thải”, Khóa luận tốt nghiệp – Trường ĐHDL Hải Phòng 2012.
2. **Bộ Tài nguyên và Môi trường**, “QCVN 24:2009/BTNMT Quy chuẩn Quốc gia về chất lượng nước mặt,” 2009.
3. **M. Nujić, D. Milinković, M. Habuda-Stanić**, “Nitrate removal from water by ion exchange”, *Croatian Journal of Food Science and Technology*, vol. 9, pp. 182–186, 2017.
4. **M. Kalaruban, P. Loganathan, W.G. Shim, J. Kandasamy, G. Naidu, T.V. Nguyen, et al.**, “Removing nitrate from water using iron-modified Dowex 21K XLT ion exchange resin: Batch and fluidised-bed adsorption studies”, *Separation and Purification Technology*, vol. 158, pp. 62–70, 2016.
5. **Y. Zhang, X.L. Song, S.T. Huang, B.Y. Geng, C.H. Chang, I.Y. Sung**, “Adsorption of nitrate ions onto activated carbon prepared from rice husk by NaOH activation”, *Desalination and Water Treatment*, vol. 52, pp. 4935–4941, 2014.
6. **M. Inyang, B. Gao, P. Pullammanappallil, W. Ding, and A. R. Zimmerman**, “Bioresource Technology Biochar from anaerobically digested sugarcane bagasse,” *Bioresour. Technol.*, 2010, vol. 101, no. 22, pp. 8868–8872.

CHẾ TẠO VÀ KHẢO SÁT KHẢ NĂNG KHÁNG E. COLI CỦA HẠT NANO BẠC VÀ HẠT NANO TITAN DIOXIT

Phan Minh Châu*, Nguyễn Thị Hương*,
Đông Thị Mai*, Nguyễn Thị Phương Thảo*

TÓM TẮT

Hỗn dịch nano bạc (AgNPs) được điều chế bằng phương pháp khử hóa học và nano titan dioxit được chế tạo bằng phương pháp thủy nhiệt sau đó tiến hành tạo màng bằng phương pháp điện di. Cả nano bạc và nano titan dioxit đều có khả năng kháng khuẩn và diệt khuẩn và cho thấy những hiệu quả khác nhau. Chúng tôi xác định khả năng diệt vi khuẩn của nano bạc và nano titan dioxit theo TCVN 6187-2:1996 và tiến hành so sánh khả năng kháng khuẩn của chúng đến sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh đường ruột Escherichia coli.

Từ khóa: nano bạc, nano titan dioxit, vi khuẩn E. Coli.

SUMMARY

SYNTHESIS AND EVALUATION OF ANTIBACTERIAL EFFECT OF SILVER NANOPARTICLES AND TITANIUM DIOXIDE NANOPARTICLES AGAINST E.COLI

Silver nanoparticles (AgNPs) were prepared by chemical reduction and titanium dioxide nanoparticles (TiO₂NPs) were prepared by hydrothermal method. We synthesized TiO₂ thin film by electrophoresis. Both of AgNPs and TiO₂NPs have antibacterial and bactericidal

activities and show different effects. We determined the antibacterial and bactericidal ability of AgNPs and TiO₂NPs according to TCVN 6187-2:1996 and compared their effect to the growth of pathogenic bacteria Escherichia coli.

Keywords: Silver nanoparticles, titanium dioxide nanoparticles, E. Coli.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với công nghệ nano, đặc biệt là trong y học, có những bước tiến dài trong lịch sử. Ví dụ: nhiều phương pháp điều trị khác nhau đã được thử nghiệm để có thể hạn chế các khối u phát triển và tiêu diệt chúng ở cấp độ tế bào. Không dừng lại ở đó, các nhà khoa học còn nghiên cứu những dự án nanorobot có kích thước siêu nhỏ, có thể đi vào bên trong cơ thể con người để đưa thuốc điều trị đến những bộ phận cần thiết.

Ở một hướng đi khác, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu được tiến hành tìm kiếm những vật liệu có thể kháng khuẩn, diệt khuẩn. Tiềm phân nano bạc đường kính 5 - 32 nm được cho là có khả năng làm tăng tác dụng diệt khuẩn của nhiều loại kháng sinh như Penicillin G, Amoxicillin, Erythromycin, Clindamycin và Vancomycin trên vi khuẩn tụ cầu vàng và E.coli [1]. Bên cạnh đó, hạt nano titan dioxit được chế tạo bằng phương pháp thủy nhiệt đã được chứng minh là có hoạt tính diệt khuẩn chọn lọc, loại bỏ gần 50% tế bào trực khuẩn mủ xanh và khoảng 20% tế bào tụ cầu vàng [2].

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Châu
Email: pmchau@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 29.5.2022

Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu nhận thấy chưa có công bố nào về so sánh khả năng kháng khuẩn của hạt nano bạc và hạt nano titan dioxit. Vì vậy, đề tài: “Chế tạo và khảo sát khả năng kháng E.Coli của hạt nano bạc và hạt nano titan dioxit” đã được thực hiện với hai mục tiêu là điều chế hỗn dịch nano bạc, màng nano titan dioxit và khảo sát hoạt

tính kháng E.Coli của hai chế phẩm thu được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hỗn dịch nano bạc, màng nano titan dioxit và chủng vi khuẩn gây bệnh đường ruột E. Coli.

2.2. Hóa chất nghiên cứu

2.2.1. Hóa chất điều chế nano bạc và nano titan dioxit

STT	Hóa chất	Công thức	Nơi sản xuất
1	Bạc nitrat	AgNO ₃	Trung Quốc
2	Acid nitric	HNO ₃	Trung Quốc
3	Natri bohidrua	NaBH ₄	Hàn Quốc
4	Ethanol	C ₂ H ₅ OH	Việt Nam
5	Polyvinyl pyrrolidon (PVP K30)	(C ₆ H ₉ NO) _n	Trung Quốc
6	Natri clorua	NaCl	Trung Quốc
7	Nước cất, nước trao đổi ion đạt tiêu chuẩn DĐVN IV	H ₂ O	Việt Nam
8	Acid sulfuric	H ₂ SO ₄	Trung Quốc
9	Titan oxit (TiO ₂ thương mại)	TiO ₂	Đức
10	Natri hydroxid	NaOH	Việt Nam

2.2.2. Môi trường nuôi cấy vi sinh vật (VSV)

STT	Môi trường	Mục đích	Nơi sản xuất
1	Canh thang lauryl tryptozin (LSB)	Môi trường phân lập	Merk, Đức
2	Môi trường canh thang lactozin – lục sáng mật BGBL	Kiểm tra tính sinh khí	Merk, Đức
3	Môi trường EC	Kiểm tra tính sinh khí	Merk, Đức
4	Nước trypton	Thử phản ứng indol	Merk, Đức

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp điều chế nano bạc

Chúng tôi sử dụng phương pháp khử hóa học để khử các ion bạc tạo thành các hạt nano bạc. Nguyên lý cơ bản của phương pháp được thể hiện như sau:



Ion Ag⁺ dưới tác dụng của chất khử tạo ra nguyên tử Ag⁰. Sau đó, các nguyên tử này kết hợp với nhau tạo thành hạt Ag có kích thước nano [3].

2.3.2. Phương pháp điều chế nano titan dioxit

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng hệ thủy nhiệt tự chế gồm có hai bộ phận chính là bình thủy nhiệt và bộ phận gia nhiệt. Bình thủy nhiệt gồm có bình chứa mẫu và bình bảo vệ. Dung dịch hóa chất (TiO_2 thương mại P25 và dung môi) được đưa vào bộ phận chứa mẫu, đậy kín, đặt vào bộ phận bảo vệ; sau đó tiến hành gia nhiệt cho quá trình thủy nhiệt. Phương pháp thủy nhiệt TiO_2 với các loại bazơ khác nhau (như NaOH , KOH , LiOH ,...) sẽ cho sản phẩm có cấu trúc đơn, kích thước tương đối nhỏ, và diện tích bề mặt lớn [5].

Sau khi chế tạo thành công bột nano titan dioxit, tiếp tục tiến hành tạo màng trên đế dẫn điện trong suốt truyền qua (ITO) bằng phương pháp lắng đọng điện di (EPD).

2.3.3. Xác định khả năng diệt vi khuẩn của nano bạc và nano titan dioxit theo TCVN 6187-2:1996

Chúng tôi sử dụng quy trình “Xác định -

phát hiện và đếm vi khuẩn Coliform, vi khuẩn Coliform chịu nhiệt và *Escherichia coli* giả định” của Công ty cổ phần công nghệ và phân tích chất lượng cao Hải Dương

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

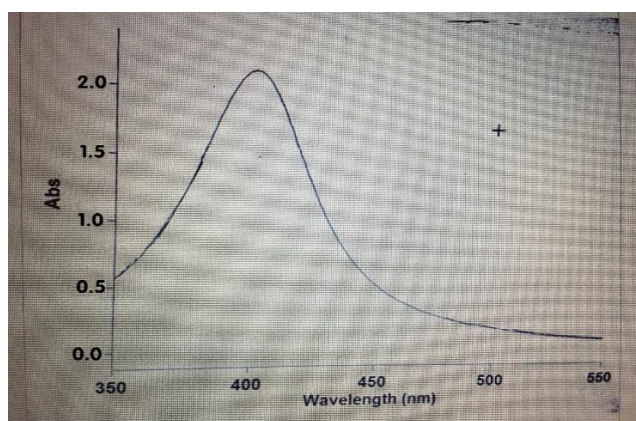
3.1. Điều chế và khảo sát khả năng kháng E. Coli của nano bạc

3.1.1. Điều chế dung dịch keo nano bạc bằng phương pháp khử hóa học

Cho 50 ml dung dịch NaBH_4 0,002M vào cốc mỏ 100 ml. Sau đó cho 4 ml dung dịch AgNO_3 0,001M từ buret vào cốc mỏ trên (1giọt/giây), đồng thời sử dụng khuấy từ (500 vòng/phút). Đến khi thể tích của AgNO_3 thêm vào khoảng 2 ml thì dung dịch sẽ chuyển sang màu vàng nhạt rồi đậm dần ta thu được dung dịch keo nano bạc. Tiếp tục nhỏ từ từ 0,5 ml dung dịch chất ổn định PVP 0,1% vào dung dịch đang khuấy từ (3 giọt/giây). Kết thúc khuấy từ, cho dung dịch keo nano bạc vào bình tối màu sạch, bảo quản ở nơi khô mát, tránh ánh sáng.



Hình 1. Hỗn dịch nano bạc điều chế bằng phương pháp khử hóa học



Hình 2. Phổ UV-VIS của dung dịch keo nano bạc điều chế

Về mặt cảm quan, dung dịch keo nano bạc điều chế trong suốt, có màu vàng sậm, không mùi, không có hiện tượng vẩn đục hay biến màu sau khi bảo quản một thời gian.

3.1.2. Nghiên cứu khả năng kháng khuẩn của dung dịch keo nano bạc

Sử dụng quy trình “Xác định - phát hiện và đếm vi khuẩn Coliform, vi khuẩn Coliform chịu nhiệt và Escherichia coli giả định” của Công ty Cổ phần công nghệ và phân tích chất lượng cao Hải Dương. Phương pháp này giúp xác định vi khuẩn E. coli trong các loại nước bằng việc nuôi cấy chúng trong môi trường ở một hệ gồm nhiều ống

thử nghiệm và tính toán số có xác suất cao nhất của chúng có trong mẫu thử.

3.1.2.1. Chuẩn bị môi trường nuôi cấy vi khuẩn

Để khảo sát khả năng diệt khuẩn của dung dịch keo bạc nano điều chế được, nhóm nghiên cứu pha chế môi trường phân lập canh thang lauryl tryptosa (LSB) với các nồng độ nano bạc khác nhau là mẫu đối chứng âm (mẫu nước cất tiệt trùng), mẫu đối chứng dương (mẫu vi khuẩn), 5ppm, 10ppm, 15ppm, 20ppm sau đó hấp khử trùng và nuôi cấy vi khuẩn ở nhiệt độ 37°C trong 24 - 48 giờ.

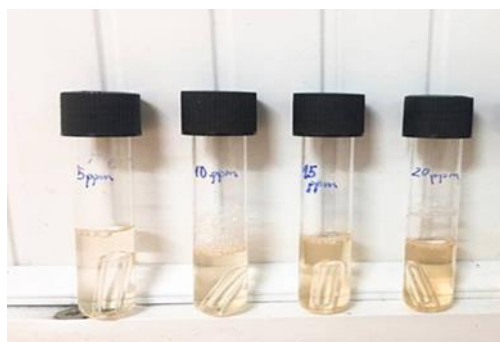
Bảng 1. Các môi trường nuôi cấy vi khuẩn

STT	Nồng độ bạc trong môi trường LSB (ppm)	Thể tích dung dịch nano bạc điều chế (ml)	Khối lượng LSB (g)	Thể tích nước cất (ml)
1	Đối chứng âm (ĐCÂ)	0 ml	3,56	Vừa đủ 100ml
2	Đối chứng dương (ĐCD)	0 ml	3,56	Vừa đủ 100ml
3	5ppm	x ml	3,56	Vừa đủ 100ml
4	10ppm	2x ml	3,56	Vừa đủ 100ml
5	15ppm	3x ml	3,56	Vừa đủ 100ml
6	20ppm	4x ml	3,56	Vừa đủ 100ml

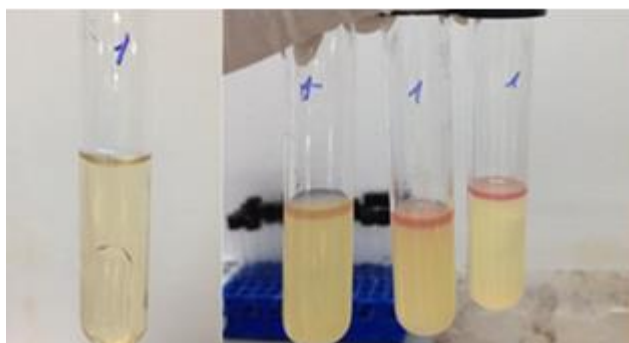
3.1.2.2. Nuôi cấy vi khuẩn

Tiến hành pha loãng mẫu vi khuẩn để có độ pha loãng 10^{-1} , 10^{-2} , 10^{-3} bằng các ống nước muối (9ml/ống) và cấy vào 2 loại môi trường LSB có chứa nano bạc và không chứa nano bạc. Các thao tác được thực hiện trong tủ an toàn sinh học đã được tiệt trùng. Nuôi các ống môi trường đã cấy mẫu trong 48 giờ ở nhiệt độ $37 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ trong tủ ấm. Kiểm tra

các ống sau 24 giờ nuôi ấm. Để khẳng định sự có mặt của E.coli, cấy truyền các ống dương tính (vẩn đục, sinh khí trong ống Durham) vào ống trypton để tạo indol trong vòng 24 giờ. Sau đó cho 0,2 ml, 0,3 ml thuốc thử kovac vào ống nước trypton (đã cấy mẫu). Việc xuất hiện một màu đỏ sau khi lắc nhẹ chứng tỏ sự có mặt của indol.



Hình 3. Các môi trường phân lập vi khuẩn có chứa nano bạc ở các nồng độ khác nhau



Hình 4. Môi trường trước (trái) và sau (phải) khi nuôi cấy phân lập vi khuẩn E. coli

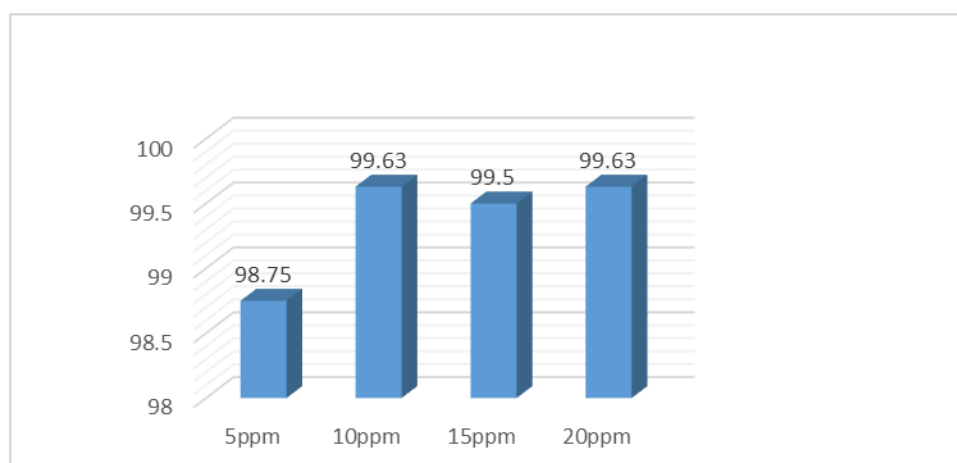
3.1.2.3. Khảo sát khả năng kháng khuẩn của nano bạc

Lặp lại thí nghiệm 3 lần, cứ sau mỗi lần làm thí nghiệm chúng tôi tiến hành xác định số ống có dấu hiệu dương tính. Từ đó tính toán bằng cách tham khảo bảng tra thống kê.

Dựa trên bảng tra thống kê trong TCVN 9716:2013 (ISO 8199:2005) (Phụ lục 1) nhóm nghiên cứu xác định được phần trăm vi khuẩn bị tiêu diệt, kết quả được thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2. Đánh giá khả năng diệt khuẩn của nano bạc (Đơn vị%)

Nồng độ	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Trung bình
5ppm	99,07	98,80	98,38	98,75
10ppm	99,60	99,60	99,68	99,63
15ppm	99,47	99,47	99,57	99,50
20ppm	99,60	99,60	99,68	99,63



Hình 5. Biểu đồ cột thể hiện khả năng kháng khuẩn của nano bạc ở các nồng độ khác nhau

3.2. Điều chế và khảo sát khả năng kháng E. Coli của nano titan dioxit

3.2.1. Điều chế nano titan dioxit bằng phương pháp thủy nhiệt

Tạo 20 ml dung dịch NaOH ở nồng độ 10M với dung môi nước cất hai lần sau đó cho 3g TiO_2 thương mại P25 vào tiến hành trộn đều sử dụng máy rung siêu âm trong 60 phút. Hỗn hợp thu được cho vào bình thủy nhiệt và được giữ nhiệt ở nhiệt độ 130°C trong 13 giờ. Mẫu lấy ra hòa vào nước cất hai lần, rung siêu âm, xử lý axit HCl loãng, sau đó tiến hành rửa với nước cất hai lần bằng bộ lọc chân không nhiều lần. Tiếp đó hỗn hợp được đem đi sấy khô ở nhiệt độ 100°C trong 24 giờ. Cuối cùng vật liệu được nghiền nhỏ bằng cối mã não và được nung lên 500°C trong 2 giờ.

3.2.2. Đánh giá khả năng diệt khuẩn của màng nano titan dioxit

Để thử nghiệm khả năng diệt khuẩn của vật liệu nano TiO_2 (TNT) chúng tôi lựa chọn loại vi sinh được sử dụng trong thí nghiệm là vi khuẩn E. coli. Các thí nghiệm về diệt khuẩn được tiến hành tại Công ty Cổ Phần Công nghệ và Phân tích chất lượng cao Hải Dương. Để tăng diện tích tiếp xúc giữa vật liệu và vi khuẩn, vật liệu TNT được tiến hành tạo màng trên đế dẫn điện trong suốt

truyền qua (ITO) bằng phương pháp lắng đọng điện di (EPD).

3.2.2.1. Thiết kế thí nghiệm

Môi trường nuôi cấy có bổ sung đế ITO lắng đọng điện di màng nano titan dioxit. Các công thức cho thí nghiệm khảo sát tính diệt khuẩn của vật liệu màng nano titan dioxit trên vi khuẩn E. coli ATCC 25922

- Canh thang LSB + mẫu nước cất khử trùng (mẫu đối chứng âm)

- Canh thang LSB + mẫu vi khuẩn (mẫu đối chứng dương)

- Canh thang LSB + màng nano titan dioxit lắng đọng bằng dòng điện 75V trong 1, 3, 5, 7 phút trên đế ITO + mẫu vi khuẩn

3.2.2.2. Pha môi trường nuôi cấy

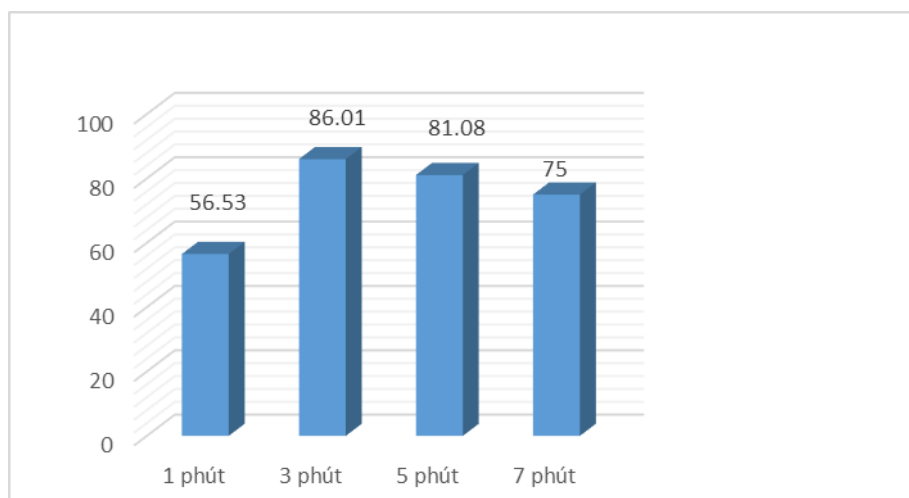
Các bước pha môi trường nuôi cấy như trong quy trình TCVN 6187-2:1996, thêm màng nano titan dioxit lắng đọng bằng dòng điện 75V trên đế ITO ở các thời gian khác nhau (vật liệu diệt khuẩn).

3.2.2.3. Khảo sát khả năng kháng khuẩn của nano titan dioxit

Các bước thí nghiệm tiến hành theo quy trình “Xác định Coliform, Coliform chịu nhiệt và E. coli” của Công ty cổ phần công nghệ và phân tích chất lượng cao Hải Dương. Thí nghiệm được lặp lại 3 lần để đảm bảo tính chính xác khách quan.

Bảng 3. Đánh giá khả năng diệt khuẩn của màng nano titandioxit (Đơn vị%)

Thời gian	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Trung bình
1 phút	47,83	67,39	54,35	56,52
3 phút	83,69	83,69	90,65	86,01
5 phút	79,78	79,78	83,69	81,08
7 phút	67,39	73,91	83,69	75,0



Hình 6. Biểu đồ cột thể hiện khả năng kháng khuẩn của nano titan dioxit ở các nồng độ khác nhau

IV. BÀN LUẬN

Phân tích phổ UV-VIS của mẫu dung dịch nano bạc điều chế cho thấy sự xuất hiện đỉnh hấp thụ cực đại tại bước sóng 407 nm nằm trong khoảng 400 – 430 nm. Điều này cho thấy sự có mặt của các hạt nano bạc trong dung dịch [4]. Chúng tôi tiến hành kiểm nghiệm hình dạng và kích thước nano bạc bằng SEM. Kết quả thu được cho thấy mẫu nano bạc điều chế có tỷ lệ tiểu phân bạc hình cầu khá cao với 91,5% và đều có kích thước tiểu phân bạc ở mức nano (từ 15 - 100 nm) với đa số trong khoảng kích thước rất nhỏ 15 - 30 nm với tỷ lệ 94,5%. Về tính kháng khuẩn, ngay từ nồng độ rất thấp 5 ppm, nano bạc tiêu diệt được xấp xỉ 90,67 % lượng vi khuẩn so với ống chứng dương (+), nồng độ 10 ppm tỷ lệ vi khuẩn bị tiêu diệt đạt 99,63% với số ống có phản ứng dương tính là 1 ống trong môi trường phân lập. Từ số liệu thực nghiệm xác định nồng độ nano bạc tối thiểu cho phép tiêu diệt 98,75% vi khuẩn E. coli là 5ppm. Tuy nhiên, nồng độ bạc tăng không

làm tăng khả năng diệt khuẩn của bạc. Điều này có thể giải thích như sau. Ở nồng độ càng cao, các tiểu phân bạc sẽ dễ dàng bị kết tụ tạo thành tiểu phân có kích thước lớn hơn và làm giảm khả năng diệt khuẩn của dung dịch bạc nano. Nano bạc ở nồng độ 15 ppm tiêu diệt được 99,63% lượng vi khuẩn. Vì vậy nồng độ 5 ppm cũng là nồng độ diệt khuẩn tối ưu của nano bạc điều chế được.

Kết quả ảnh SEM của mẫu nano titan dioxit cho thấy, P25 ban đầu là các hạt nano kính thước khoảng 25 -40 nm. Sau khi phản ứng thủy nhiệt tại nhiệt độ 130°C sản phẩm thu được có dạng ống nanô đường kính cỡ 8 nm, chiều dài ống khoảng 200 đến 450 nm. Khi được ủ nhiệt tại nhiệt độ 500°C, kích thước các ống thay đổi lớn dần có cấu trúc dạng ống rỗng đi kèm xuất hiện các hạt nano TiO_2 có kích thước từ 20 nm đến 40 nm xen kẽ với các ống nano. Khả năng kháng khuẩn tốt nhất với màng được lắng đọng hạt nano titan dioxit bằng dòng điện 75V với thời gian 3 phút. Tăng thời gian lắng đọng

điện di cũng không làm tăng khả năng kháng khuẩn có thể là do thời gian lâu nên các hạt nano titan dioxit bị kết tụ lại không còn giữ được cấu trúc nano như ban đầu khiến bề mặt lớp màng không còn được che phủ tốt như ở 3 phút nữa.

Xét về khả năng kháng khuẩn, theo kết quả thu được, khả năng kháng khuẩn của hạt nano bạc tốt hơn của hạt nano titan dioxit. Phân tích một số ưu và nhược điểm của hạt nano bạc và hạt nano titan dioxit như sau:

Vật liệu nano	Ưu điểm	Nhược điểm
Nano bạc	Có khả năng kháng khuẩn rất tốt, dùng được trong rất nhiều trường hợp	- Giá của nguyên vật liệu đắt do bạc là một kim loại quý hiếm trong tự nhiên có giá trị cao về mặt kinh tế. Nếu dùng trên diện rộng, quy mô lớn rất tốn kém. - Điều chế ở dạng dung dịch thì khó có thể thu hồi lại do đã hòa tan tạo dung dịch đồng nhất, khó tái sử dụng.
Nano titan dioxit	- Giá của nguyên vật liệu, hóa chất điều chế chế tạo rẻ hơn, do kim loại titan không đắt bằng bạc. - Chế tạo ở dạng màng, tức là dạng vật liệu rắn sẽ dễ dàng thu hồi và làm sạch, dễ tái sử dụng nhiều lần.	Khả năng kháng khuẩn chưa tốt bằng nano bạc, không thích hợp sử dụng trong những trường hợp cần có khả năng kháng khuẩn diệt khuẩn tối ưu, phù hợp trong những trường hợp phòng và sàng lọc.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã điều chế được nano bạc và chế tạo được màng nano titan dioxit. Màng nano titan dioxit được xác định là có khả năng kháng vi khuẩn E.coli tốt nhất ở khi được phủ nano titan dioxit trong 3 phút với mức điện áp là 75V, tỷ lệ kháng khuẩn là 86,01%. Bên cạnh đó, dung dịch keo nano bạc điều chế có khả năng kháng vi khuẩn E.coli ở nồng độ thấp từ 5ppm, tối ưu nhất ở

10ppm với tỷ lệ kháng khuẩn là 99,63%. Nhóm nghiên cứu khẳng định khả năng kháng khuẩn trên vi khuẩn E. coli của hạt nano bạc tốt hơn hạt nano titan dioxit.

VI. KIẾN NGHỊ

Nhóm nghiên cứu hướng đến tiếp tục khảo sát những thông số khác ảnh hưởng đến quá trình điều chế nano bạc và hạt nano titan dioxit để tìm ra điều kiện tốt nhất giúp quá

trình tổng hợp đạt hiệu suất cao hơn, kích thước nhỏ hơn và đồng đều hơn. Đồng thời chúng tôi tiến hành mở rộng nghiên cứu thử nghiệm tính kháng khuẩn của nano bạc và hạt nano titan dioxit với các chủng vi khuẩn gây bệnh khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shahverdi, A. R., Fakhimi, A., Shahverdi, H. R., & Minaian, S.** (2007). Synthesis and effect of silver nanoparticles on the antibacterial activity of different antibiotics against *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli*. *Nanomedicine: Nanotechnology, Biology, and Medicine*, 3(2), 168–171.
2. **Bhadra, C. M., Khanh Truong, V., Pham, V. T. H., Al Kobaisi, M., Seniutinas, G., Wang, J. Y., Juodkazis, S., Crawford, R. J., & Ivanova, E. P.** (2015). Antibacterial titanium nano-patterned arrays inspired by dragonfly wings. *Scientific Reports*, 5, 1–12.
3. **Chaloupka, K., Malam, Y., & Seifalian, A. M.** (2010). Nanosilver as a new generation of nanoparticle in biomedical applications. *Trends in Biotechnology*, 28(11), 580–588.
4. **Bùi Duy Du, Đặng Văn Phú, Nguyễn Triệu, Nguyễn Quốc Hiến.** (2007). Nghiên cứu chế tạo bạc nano bằng phương pháp chiếu xạ. *Hóa Học Và Ứng Dụng*, 3, 40-43
5. **Chen, X., & Mao, S. S.** (2007). Titanium Dioxide Nanomaterials: Synthesis, Properties, Modifications, and Applications. *Chemical Reviews*, 107(7), 2891–2959.

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG TRÊN SOI CỔ TỬ CUNG VỚI TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV CỦA PHỤ NỮ TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2018 - 2019

Lê Anh Nam*, Vũ Văn Tâm*, Phạm Anh Vũ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương cổ tử cung trên soi cổ tử cung với tình trạng nhiễm HPV. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 800 phụ nữ tuổi từ 18 đến 69 đã có quan hệ tình dục đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng đồng ý tham gia nghiên cứu và được làm xét nghiệm HPV DNA và soi cổ tử cung từ 01/12/2018 đến 01/04/2019. **Kết quả và kết luận:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm Human Papilloma với tổn thương lộ tuyến cổ tử cung trên soi cổ tử cung. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố kích thích tổn thương lộ tuyến, vết trắng acetic và dấu hiệu tăng sinh mạch máu bất thường ở cổ tử cung trên soi cổ tử cung với tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus.

Từ khóa: Tỷ lệ nhiễm, Human Papilloma Virus, lộ tuyến, vết trắng acetic, tăng sinh mạch máu.

SUMMARY

COMMENTING THE RELATIONSHIP BETWEEN PHOTOGRAPHY OF CERVICAL INSULATION ON THE CONCEPT AND HPV

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Nam
Email: dr.leanhnam@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 19.5.2022

INVESTIGATION OF WOMEN BACK TO HOSPITAL IN HAI PHONG GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL IN 2018-2019

Objectives: To evaluate the relationship between cervical lesions on colposcopy and HPV infection status. **Methods:** A cross-sectional descriptive study, 800 sexually active women aged 18 to 69 who visited Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital agreed to participate in the study and had HPV DNA testing and screening done. cervix from December 1, 2018 to April 1, 2019. **Results and conclusions:** There is a statistically significant relationship between the rate of Human Papilloma infection and cervical lesions on colposcopy. No relationship has been found between the size of the exposed lesion, the white acetic stain and the signs of abnormal vascular proliferation in the cervix on colposcopy with the rate of Human Papilloma Virus infection.

Keywords: Infection rate, Human Papilloma Virus, glandular, acetic white stain, vascular proliferation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ. Theo tổ chức Y tế Thế giới, ung thư cổ tử cung chiếm 12% trong các ung thư nữ giới và 85% ung thư cổ tử cung xảy ra ở các nước đang phát triển. Nguyên nhân gây ung thư cổ tử

cung là do nhiễm Human Papilloma Virus (HPV) sinh dục nguy cơ cao mạn tính. Một tỷ lệ nhỏ (3% - 7%) các trường hợp nhiễm các type HPV nguy cơ cao, type HPV nguy cơ cao này tồn tại dai dẳng và gây ra các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung và ung thư cổ tử cung. Quá trình biến đổi gây tổn thương tiền ung thư cổ tử cung và ung thư cổ tử cung được xác định kéo dài từ 10 - 20 năm. Đặc biệt giai đoạn tiền ung thư cổ tử cung gần như không có triệu chứng gì, vì vậy rất khó phát hiện nếu không đi khám phụ khoa định kì. Hiện nay, có rất nhiều phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung để giúp phát hiện sớm và điều trị các tổn thương tiền ung thư như: xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, quan sát cổ tử cung bằng mắt thường sau khi bôi acid acetic, quan sát bằng mắt thường sau khi bôi lugol, xét nghiệm Human Papilloma Virus (HPV), soi cổ tử cung, sinh thiết cổ tử cung để chẩn đoán [5]

Hiện nay, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng triển khai rộng rãi mô hình khám, tư vấn và sàng lọc HPV cho phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện nhưng chưa có nghiên cứu nào xác định liên quan của HPV với các tổn thương của cổ tử cung. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nhận xét mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương cổ tử cung trên soi cổ tử cung với tình trạng nhiễm HPV*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Tất cả phụ nữ tuổi từ 18 đến 69 đã có quan hệ tình dục đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng đồng ý tham gia nghiên cứu và được làm xét nghiệm HPV DNA, soi cổ tử cung

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những chống chỉ định làm tế bào cổ tử cung, soi cổ tử cung hoặc sinh thiết

+ Những trường hợp điều trị tổn thương cổ tử cung nhưng không theo dõi.

+ Bệnh nhân đã cắt tử cung toàn phần và phần phụ.

+ Phụ nữ đang có bệnh cấp hoặc mạn tính.

+ Đang mang bệnh lý tâm thần hoặc giao tiếp không bình thường.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/12/2018 đến 01/04/2019 tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu:

Lấy mẫu thuận tiện không xác suất tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 0.1. Tình trạng nhiễm HPV ở phụ nữ có kết quả soi CTC bất thường.

Soi CTC HPV	Bình thường n (%)	Bất thường n (%)			Hình ảnh khác n (%)
		Lộ tuyến	Vết trắng acetic	Mạch máu bất thường	
Dương tính	98 (21,08)	43 (16,41)	1 (33,33)	1 (25)	3 (4,55)
Âm tính	367 (78,92)	219 (83,59)	2 (66,67)	3 (75)	63 (95,45)
p	0,111				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ có kết quả soi CTC bình thường là 13,52%, kết quả

soi CTC bất thường là 11,11%, hình ảnh khác là 4,55%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 0.2. Tình trạng nhiễm HPV ở phụ nữ có tổn thương lộ tuyến trên soi CTC.

HPV \ Lộ tuyến CTC	Lộ tuyến n (%)	Không lộ tuyến n (%)
Dương tính	43 (16,41)	59 (10,97)
Âm tính	219 (83,59)	479 (89,03)
OR (CI - 95%)	0,627 (0,41 - 0,959)	
p	0,03	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ có tổn thương lộ tuyến CTC chiếm 16,41%. Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ không có tổn thương lộ tuyến CTC chiếm 10,97%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ ($p < 0,05$).

Bảng 0.3. Tình trạng nhiễm HPV với kích thước tổn thương lộ tuyến trên soi CTC.

HPV \ KT lộ tuyến	<0,5 cm n (%)	0,5 - < 1 cm n (%)	1 - < 2 cm n (%)	≥ 2 cm n (%)
Dương tính	28 (18,06)	9 (14,06)	3 (10)	3 (23,08)
Âm tính	127 (81,93)	55 (85,94)	27 (90)	10 (76,92)
p	0,135			

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở phụ nữ có kích thước tổn thương lộ tuyến > 2 cm (23,08%). Tỷ lệ nhiễm HPV thấp nhất ở phụ nữ có kích thước tổn thương CTC lớn hơn 1 và nhỏ hơn 2cm (10%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,135$ ($p > 0,05$).

Bảng 0.4. Tỷ lệ nhiễm HPV so với vết trắng acetic trên soi CTC.

HPV \ Vết trắng acetic	Dương tính n (%)	Âm tính n (%)
HPV Dương tính	1 (33,33)	101 (12,67)
HPV Âm tính	2 (66,67)	696 (87,33)
OR (CI - 95%)	0,29 (0,26 - 3,23)	
p	0,336	

Nhận xét: Phụ nữ có tổn thương vết trắng trên soi CTC có tỷ lệ nhiễm HPV (33,33%) cao hơn phụ nữ không có vết trắng acetic trên soi CTC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,336$ ($p > 0,05$).

Bảng 0.5. Tỷ lệ nhiễm HPV và tổn thương mạch máu bất thường trên soi CTC.

HPV \ Mạch máu bất thường	Dương tính n (%)	Âm tính n (%)
Dương tính	1 (0,98)	3 (0,43)
Âm tính	101 (99,02)	695 (99,57)
OR (CI - 95%)	0,436 (0,045 - 4,232)	
p	0,461	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ có tổn thương mạch máu bất thường chiếm 0,98%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,461$ ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Liên quan giữa tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus với kết quả soi CTC.

Theo bảng 3.1 cho thấy, phương pháp tầm soát bệnh lí cổ tử cung bằng soi CTC và xét nghiệm HPV không có liên quan với nhau ($p>0,05$). Soi CTC là phương pháp chẩn đoán nhưng chưa phải phương pháp chẩn đoán xác định nên chúng tôi nhằm đánh giá lại tổn thương CTC, các bệnh nhân nên được sinh thiết để đánh giá lại tổn thương tế bào CTC. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV cũng tăng dần theo độ nặng của kết quả soi CTC (vết trắng acetic có tỷ lệ nhiễm HPV chiếm 33,33%, mạch máu bất thường tỷ lệ nhiễm HPV chiếm 25%). Tương tự nghiên cứu của Cung Thị Thu Thủy tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương khi soi CTC ở phụ nữ có tế bào CTC bất thường, HPV dương tính ở nhóm phụ nữ có kết quả soi CTC bất thường là 62,4% tăng lên 100% khi soi nghi ngờ ung thư CTC [1]. Theo Guan P. tỷ lệ nhiễm HPV tăng dần ở phụ nữ có tổn thương CTC từ viêm nhiễm đến tiền ung thư và ung thư CTC [4].

Liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV và tổn thương lộ tuyến CTC.

Lộ tuyến CTC là tình trạng các tế bào tuyến nằm trong ống CTC phát triển ra ngoài, xâm lấn mặt ngoài CTC, làm biến đổi cấu trúc giải phẫu CTC tạo điều kiện cho HPV xâm nhập và gắn kết vào DNA của tế bào ký chủ. Chính vì vậy, lộ tuyến CTC là yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HPV ở phụ nữ.

Tại bảng 3.2 ghi nhận phụ nữ lộ tuyến CTC có tỷ lệ nhiễm HPV (16,41%) cao hơn phụ nữ không có tổn thương lộ tuyến (10,97%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$ ($p<0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với quá trình gây bệnh của HPV. Tương tự nghiên cứu của Cung Thị Thu Thủy tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cũng ghi nhận phụ nữ có tổn thương lộ tuyến CTC có tỷ lệ nhiễm HPV cao hơn ở phụ nữ không có tổn thương lộ tuyến trên soi CTC [1].

Liên quan giữa tình trạng nhiễm Human Papilloma Virus với kích thước tổn thương lộ tuyến trên soi CTC.

Quá trình biến đổi tế bào đòi hỏi có thời gian để HPV tồn tại lâu dài, gây ra những rối loạn sinh sản tế bào, tạo ra những tổn thương từ tân sinh trong biểu mô mức độ nhẹ đến trung bình, nặng rồi ung thư CTC. Tổn thương tiền ung thư hay ung thư CTC cần thời gian dài phát triển tại biểu mô và tại chỗ CTC. Khoảng thời gian trung bình cho sự tiến triển này khoảng 10- 20 năm. Chính vì vậy, lộ tuyến CTC là một yếu tố thuận lợi để HPV xâm nhập và gắn vào tế bào ký chủ nhưng kích thước tổn thương lộ tuyến không làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HPV [3], [5].

Theo kết quả bảng 3.3, ghi nhận kích thước tổn thương cổ tử cung không ảnh hưởng tỷ lệ nhiễm HPV với $p>0,05$. Tương tự nghiên cứu của Lâm Đức Tâm kích thước tổn thương lộ tuyến không ảnh hưởng tình trạng nhiễm HPV của phụ nữ thuộc đối tượng nghiên cứu [2].

Liên quan giữa tình trạng nhiễm Human Papilloma Virus với vết trắng acetic CTC.

Vết trắng CTC là các tổn thương sừng hóa trong đó biểu mô vảy bị thay đổi sừng hóa dày lên, có màu trắng ngà, không bắt màu lugol, bôi acid thì bờ càng nổi rõ lên.

Tổn thương CTC khi có sự lây nhiễm HPV có sự tăng sinh tế bào CTC làm cho lượng protein trong tế bào tăng nhiều nên biểu mô CTC sẽ bắt màu trắng với acid acetic [5].

Tại bảng 3.4 ghi nhận phụ nữ có vết trắng acetic có tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus cao hơn phụ nữ không có hình ảnh vết trắng acetic trên soi CTC (33,33% so với 12,67%); sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,336$; có kết quả này có thể do tỷ lệ dương tính acid axetic quá ít (3 trên tổng số 800 bệnh nhân).

Liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV và mạch máu bất thường trên soi CTC.

Tăng sinh mạch máu có thể gặp ở phụ nữ có lộ tuyến cổ tử cung hoặc gặp trong trường hợp có bất thường cổ tử cung. Về hình ảnh mạch máu trong CIN độ cao khi sử dụng kính lọc màu xanh, độ phóng đại cao thường là dạng đám, khảm. Nếu các hình ảnh mạch máu dạng đám mịn hoặc dạng khảm mịn có thể là các CIN độ thấp [5]. Bảng 3.5 ghi nhận CTC có xuất hiện mạch máu bất thường trên soi CTC có tỷ lệ nhiễm HPV (0,98%) cao hơn CTC không có hình ảnh mạch máu bất thường (0,43%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có kết quả này có thể do tỷ lệ xuất hiện mạch máu bất thường ở CTC trên soi CTC thấp (4 phụ nữ trên tổng số 800 phụ nữ tham gia nghiên cứu).

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm Human Papilloma với tổn thương lộ tuyến cổ tử cung trên soi cổ tử cung.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố kích thích tổn thương lộ tuyến, vết trắng

acetic và dấu hiệu tăng sinh mạch máu bất thường trên soi cổ tử cung với tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus.

KIẾN NGHỊ

Cần làm sàng lọc HPV và ung thư cổ tử cung như một xét nghiệm thường quy ở các trường hợp có tổn thương cổ tử cung khi soi, đặc biệt với viêm lộ tuyến cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cung Thị Thu Thủy & Hồ Thị Phương Thảo (2012).** "Nghiên cứu kết quả soi cổ tử cung ở những bệnh nhân có tế bào âm đạo- cổ tử cung bất thường nhiễm Human Papilloma Virus tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương". tạp chí phụ sản, tập 10(số 2), tr. 152- 157.
2. **Lâm Đức Tâm (2017).** "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Papilloma virus, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị các tổn thương cổ tử cung ở phụ nữ thành phố Cần Thơ". Luận văn Tiến sỹ Y học, Trường đại học Y- Dược Huế,
3. **F. X. Bosch, A. N. Burchell, M. Schiffman & Et Al (2008).** "Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia". Vaccine, 26 Suppl 10(K1-16).
4. **P. Guan, R. Howell-Jones, N. Li, L. Bruni, S. De Sanjose, S. Franceschi & G. M. Clifford (2012).** "Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer". Int J Cancer, 131(10), 2349-59.
5. **World Health Organization (2011).** "WHO guidelines Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia". WHO press. Geneva, Switzerland

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LAO PHỔI KHÁNG THUỐC VÀ GIÁ TRỊ CỦA XPERT MTB/RIF TRONG CHẨN ĐOÁN KHÁNG RIFAMPICIN VÀ ĐA KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG TỪ 2018 ĐẾN 2019

Trần Quang Phục*, Nguyễn Đức Thọ*, Đàm Quang Sơn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 158 bệnh nhân lao phổi điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2018 đến 2019 gồm 99 bệnh nhân lao phổi kháng thuốc (trong đó có 26 trường hợp đa kháng) và 59 bệnh nhân không kháng thuốc. Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi kháng thuốc và giá trị của xpert MTB/Rif trong chẩn đoán kháng Rifampicin (RMP) và đa kháng thuốc tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2018 đến 2019. Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng lâm sàng của lao phổi thường gặp là ho kéo dài, đau ngực, khó thở, sốt, mệt mỏi, gầy sút cân. Độ nhạy Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán lao kháng RMP là 89,3%; độ đặc hiệu là 91,5% và trong chẩn đoán lao đa kháng thuốc độ nhạy là 88,5%; độ đặc hiệu là 90,2%. **Kết luận:** Xpert MTB/RIF có giá trị cao trong chẩn đoán lao phổi kháng RMP hoặc MDR.

Từ khóa: Bệnh lao, Xpert MTB/RIF, Rifampicin, kháng thuốc, đa kháng thuốc, Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL OF DRUG RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS AND XPERT MTB/RIF VALUE IN DIAGNOSIS THE RIFAMPICIN RESISTANCE AND MDR AT HAIPHONG LUNG HOSPITAL FROM 2018 TO 2019

A retrospective study of 158 tuberculosis (TB) patients treated at Hai Phong Lung Hospital from 2018 to 2019 among 99 drug-resistant pulmonary tuberculosis patients (including 26 Multi drugs resistance (MDR) tuberculosis patients) and 59 non resistant patients. Study aims at describing the clinical and sub-clinical of drug resistant pulmonary tuberculosis and Xpert MTB/RIF value in diagnosis the rifampicin resistance (RMP) and MDR at Haiphong Lung Hospital from 2018 to 2019. The research results shown that symptoms of pulmonary tuberculosis are common persistent cough, chest pain, dyspnea, fever, fatigue, weight loss. The sensitivity of Xpert MTB/RIF in RMP-resistant tuberculosis diagnosis is 89.3%, the specificity is 91.5% and in the diagnosis of MDR-TB, the sensitivity is 88.5%, the specificity is 90.2%. **Conclusion:** Xpert MTB/RIF is highly valuable in the diagnosis of tuberculosis pulmonary resistance with RMP or MDR.

Key words: Tuberculosis, Xpert MTB/RIF, Rifampicin, drug resistance, MDR, HaiPhong Lung Hospital.

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thọ

Email: ndtho@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.6.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của WHO năm 2018 toàn cầu có khoảng 10 triệu người mắc lao và 1,5 triệu người chết do lao. Khoảng 484.000 trường hợp kháng với rifampicin (RMP) trong đó 78% là lao kháng đa thuốc (MDR). Việt Nam đứng thứ 16 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu và khoảng 8.600 bệnh nhân lao kháng RMP [1]. Hiện nay điều trị bệnh lao chủ yếu dựa trên tính kháng thuốc đặc biệt là kháng RMP. Khi vi khuẩn kháng RMP thì hầu như kháng các thuốc chống lao hàng 1 khác trong đó có Isoniazide (INH), những trường hợp kháng RMP và INH sẽ phải điều trị theo phác đồ lao đa kháng thuốc. Xpert MTB/RIF là một kỹ thuật sinh học phân tử mang tính đột phá, tích hợp 3 công đoạn (chiết tách gen, nhân gen và phân tích kết quả...). Kỹ thuật Genexpert (thời gian có kết quả sau 2 giờ với độ chính xác cao, xét nghiệm cho biết có vi khuẩn lao và vi khuẩn lao có kháng với RMP hay không, qua đó chẩn đoán nhanh ca bệnh lao và lao đa kháng thuốc [2]. Nuôi cấy vi khuẩn lao và làm kháng sinh đồ mất nhiều thời gian nên việc áp dụng kỹ thuật Xpert MTB/RIF chẩn đoán nhanh vi khuẩn lao kháng RMP để quyết định phác đồ điều trị rất cần thiết vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi kháng thuốc và giá trị của xpert MTB/RIF trong chẩn đoán kháng RMP và đa kháng thuốc tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2018 đến 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 158 bệnh nhân (BN) lao phổi được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2018 – 2019 chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gồm 99 BN lao phổi kháng ít

nhất 1 loại thuốc chống lao hàng 1.

+ Nhóm 2: gồm 59 BN lao phổi không kháng thuốc chống lao.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN lao phổi trên 15 tuổi có xét nghiệm Xpert MTB/RIF và cấy đờm MTB dương tính.

+ Chẩn đoán lao phổi và xác định kháng thuốc bằng nuôi cấy MTB làm kháng sinh đồ. Đa kháng thuốc là vi khuẩn lao đã kháng RMP và INH.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đủ tiêu chuẩn lựa chọn, hồ sơ thiếu thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm của BN: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử điều trị lao.

- Triệu chứng lâm sàng: ho kéo dài, sốt, đau ngực, khó thở, ran ở phổi...

- Cận lâm sàng: Soi đờm trực tiếp tìm AFB, phân tích tổn thương trên Xquang ngực thẳng. Xét nghiệm Xpert MTB/RIF, cấy đờm tìm MTB và làm kháng sinh đồ. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán lao kháng RMP và đa kháng thuốc.

Độ nhạy: tỷ lệ số trường hợp xét nghiệm đờm bằng genexpert có MTB kháng RMP trong tổng số trường hợp MTB kháng RMP bằng phương pháp nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Độ đặc hiệu: tỷ lệ số trường hợp xét nghiệm đờm bằng genexpert có MTB không kháng RMP trong tổng số trường hợp MTB không kháng RMP bằng phương pháp nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2018 đến 2019.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y

học dựa trên phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán sử dụng: tính tỷ lệ %, so sánh 2 tỷ lệ bằng test χ^2 .

đồng ý của lãnh đạo và thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện. Tất cả các thông tin nghiên cứu được bảo mật.

2.6: Đạo đức nghiên cứu: đề tài được sự

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi và giới của bệnh nhân lao phổi kháng thuốc

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 20	1	1,0	2	2,0	3	3,0
20-29	7	7,1	2	2,0	9	9,1
30-39	15	15,2	7	7,1	22	22,2
40-49	21	21,2	1	1,0	22	22,2
50-59	23	23,2	2	2,0	25	25,3
≥ 60	15	15,2	3	3,0	18	18,2
Tổng	82	82,8	17	17,2	99	100

Nhận xét: Tuổi của bệnh nhân lao phổi kháng thuốc từ 20 – 59 chiếm tỉ lệ 78,8%; nam giới gấp 5 lần nữ.

- Nghề nghiệp của bệnh nhân lao phổi kháng thuốc: lao động tự do 55/99 BN chiếm 55,6%; nông dân 16/99 BN chiếm 16,2%; công nhân 13/99 BN chiếm 13,1%; hưu trí 9/99 BN chiếm 9,1%; học sinh, sinh viên và

cán bộ, viên chức đều có 3/99 BN chiếm 3,0%.

- Trong 158 BN lao phổi có 61 BN có tiền sử điều trị lao chiếm 38,6% trong đó lao phổi kháng thuốc có 47/99 BN có tiền sử điều trị lao chiếm 47,5%; lao phổi không kháng thuốc có 14/59 BN có tiền sử điều trị lao chiếm 23,7%, $p < 0,05$.

Bảng 3.2. So sánh triệu chứng lâm sàng của lao phổi kháng và không kháng thuốc

Bệnh nhân	Tổng chung		Kháng thuốc		Không kháng		p
Triệu chứng	n =158	%	n = 99	%	n = 59	%	
Ho kéo dài	149	94,3	94	94,9	55	93,2	> 0,05
Ho ra máu	19	12,0	12	12,1	7	11,9	> 0,05
Đau ngực	126	79,7	80	80,8	46	78,0	> 0,05
Khó thở	81	51,3	54	54,5	27	45,8	> 0,05
Sốt về chiều	124	78,5	79	79,8	45	76,3	> 0,05
Mệt mỏi	144	91,1	90	90,9	54	91,5	> 0,05
Gầy sút cân	122	77,2	75	75,8	47	79,7	> 0,05
Ran ở phổi	123	77,8	80	80,8	41	69,5	> 0,05

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân lao phổi chủ yếu là ho kéo dài, đau ngực, sốt về chiều, mệt mỏi, kém ăn và gầy sút cân, không có sự khác biệt giữa lao phổi kháng thuốc và lao phổi không kháng thuốc.

Bảng 3.3. So sánh tổn thương trên Xquang ngực thẳng của bệnh nhân lao phổi kháng và không kháng thuốc

Bệnh nhân	Tổng chung		Kháng thuốc		Không kháng		P
	n = 158	%	n = 99	%	n = 59	%	
Xquang							
Thâm nhiễm	64	40,5	38	38,4	26	44,1	> 0,05
Nốt	131	82,9	82	82,8	49	83,1	> 0,05
Hang	109	69,0	64	64,6	45	76,3	> 0,05
Xơ	83	52,5	55	55,6	28	47,5	> 0,05
Mức độ I	13	8,2	6	6,1	7	11,9	> 0,05
Mức độ II	64	40,5	44	44,4	20	33,9	> 0,05
Mức độ III	81	51,3	49	49,5	32	54,2	> 0,05

Nhận xét: Tổn thương cơ bản trong lao phổi là nốt, thâm nhiễm, hang và xơ; mức độ tổn thương thường trung bình và nặng, không có sự khác biệt giữa nhóm kháng thuốc và không kháng thuốc.

- Trong 158 BN lao phổi xét nghiệm Xpert MTB dương tính, tỉ lệ soi đờm trực

tiếp dương tính 133 BN chiếm 84,2%; âm tính 25 BN chiếm 15,8%.

- Trong số 99 BN lao phổi kháng thuốc, tỷ lệ kháng SM 86 BN chiếm 86,9%; kháng INH 77 BN chiếm 77,8%; kháng RMP 28 BN chiếm 28,3% và kháng EMB 23 BN chiếm 23,2%.

Bảng 3.4. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm Gene Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán lao phổi kháng RMP

Xét nghiệm	Cây kháng RMP		Cây không kháng RMP	
	n = 28	%	n = 130	%
Xpert Kháng RMP	25	89,3	11	8,5
Xpert không Kháng RMP	3	10,7	119	91,5
Tổng	28	100	130	100

(RMP: Rifampicin)

Nhận xét: Độ nhạy của Gene Xpert trong chẩn đoán lao kháng RMP là 89,3%; độ đặc hiệu là 91,5%.

Bảng 3.5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm gen Xpert MTB/RIF chẩn đoán lao phổi đa kháng thuốc

Xét nghiệm	MDR		Không MDR	
	n = 26	%	n = 132	%
Xpert Kháng RMP	23	88,5	13	9,8
Xpert không Kháng RMP	3	11,5	119	90,2
Tổng	26	100	132	100

(RMP: Rifampicin; MDR: Multi drugs Resistance)

Nhận xét: Độ nhạy của Gene Xpert trong chẩn đoán lao đa kháng thuốc là 88,5%; độ đặc hiệu là 90,2%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 158 BN lao phổi trong đó có 99 BN lao phổi kháng thuốc và 59 BN lao phổi không kháng thuốc tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng được thực hiện từ 2018 đến năm 2019 chúng tôi có một số nhận xét: BN lao phổi kháng thuốc tập trung chủ yếu từ 20 tuổi đến 59 tuổi chiếm 78,8%; tỷ lệ Nữ/Nam là 1/5; đa số bệnh nhân là lao động tự do chiếm 55,6%; gần một nửa bệnh nhân đã có tiền sử điều trị (47,5%); so với nhóm không kháng thuốc sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu tương tự như nhiều nghiên cứu trước đó: Nguyễn Anh Quân nghiên cứu lao phổi kháng thuốc nhóm tuổi 25 - 54 chiếm 57,14%; nữ/nam là 1/5 [3]. Đàm Quang Sơn lao phổi kháng thuốc nhóm tuổi 20-59 chiếm 82,5%; nghề tự do chiếm 55,7% [4]. Các triệu chứng lâm sàng như ho khạc kéo dài chiếm 94,9%; đau tức ngực chiếm 80,8%; ho ra máu chiếm 12,1%; khó thở chiếm 54,5%; sốt chiếm 79,8%; mệt mỏi 90,9%; gầy sút cân 75,8%; có ran ở phổi chiếm 80,3%. Kết quả nghiên cứu nhìn chung giống với các triệu chứng thường gặp của lao phổi và một số công trình nghiên cứu gần đây về lao phổi kháng thuốc [5] [6].

Trong số 99 bệnh nhân kháng thuốc: kháng SM chiếm 86,9%; INH chiếm 77,8%; RMP chiếm 28,3%; kháng EMB chiếm 23,2% tương tự như nhiều nghiên cứu trước đó, kháng thuốc nhiều nhất là kháng SM và INH [3] [7]. Tồn thương X-quang hay gặp là nốt 82,8%; hang 64,6%; xơ là 55,6%; mức độ tổn thương X-quang đa số là độ II và III chiếm 93,9%. Điều này hoàn toàn phù hợp vì số người có tiền sử đã điều trị lao khá cao. Trần Quang Phục nghiên cứu trên bệnh nhân lao phổi tái phát thấy tổn thương độ II và III chiếm 83,3% [8].

Trong tổng số 158 BN có kết quả Gene Xpert MTB dương tính trong đờm thì xét nghiệm soi đờm trực tiếp dương tính 84,2%, như vậy Gene Xpert đã phát hiện thêm được 25 BN chiếm 15,8%. Xét nghiệm đờm bằng phương pháp soi trực tiếp cho kết quả nhanh, rẻ tiền tuy nhiên độ nhạy của phương pháp không cao và không xác định được vi khuẩn lao có kháng thuốc hay không nên xét nghiệm Gene Xpert khắc phục được nhược điểm này. Khi làm kháng sinh đồ bằng hệ thống BACTEC-MGIT 960 có 28 trường hợp có vi khuẩn lao kháng RMP thì 25 trường hợp Gene Xpert xác định kháng RMP chiếm 89,3% và 130 trường hợp cấy không kháng RMP thì 119 trường hợp có kết quả Gene Xpert không kháng RMP chiếm 91,5%. Như vậy độ nhạy của xét nghiệm Gene Xpert trong chẩn đoán lao kháng RMP là 89,3%; độ đặc hiệu là 91,5%. Lao đa kháng thuốc là khi vi khuẩn lao đồng thời kháng cả RMP và INH [1]. Xét nghiệm Gene Xpert cho kết quả nhanh nhưng chỉ cho biết vi khuẩn lao có kháng RMP hay không, hiện nay chỉ có cấy đờm tìm MTB và làm kháng sinh đồ mới xác định chắc chắn vi khuẩn lao kháng INH tuy nhiên kết quả cấy thường chậm. Kết quả bảng 3.5 cho thấy khi làm kháng sinh đồ vi khuẩn lao kháng đồng thời RMP và INH có 26 trường hợp mắc lao đa kháng thuốc trong số đó có 23 trường hợp Gene Xpert có MTB và kháng RMP chiếm 88,5%; có 132 trường hợp không mắc lao đa kháng thuốc thì Gene Xpert MTB dương tính và không kháng RMP có 119 trường hợp chiếm 90,2%. Như vậy độ nhạy của xét nghiệm Gene Xpert trong chẩn đoán lao đa kháng thuốc là 88,5%; độ đặc hiệu là 90,2%. Điều quan trọng là khi đã xác định lao đa kháng thuốc thì phác đồ điều trị phải thay đổi, hiện nay các thuốc chống lao hàng 2 được sử dụng

trong các trường hợp này. Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán lao đa kháng thuốc nên xét nghiệm Gene Xpert có MTB và kháng RMP giúp thầy thuốc quyết định phác đồ điều trị lao thích hợp. Một số nghiên cứu trước đây cũng thấy Gene Xpert có giá trị trong chẩn đoán bệnh lao kháng RMP và đa kháng thuốc. Nghiên cứu của Trần Quang Phục nghiên cứu chẩn đoán kháng RMP xét nghiệm Xpert có độ nhạy 88,9% và độ đặc hiệu 84,6%; chẩn đoán MDR, xét nghiệm Xpert có độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 78,1% [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 158 bệnh nhân lao phổi trong đó 99 bệnh nhân lao phổi kháng thuốc trong đó có bệnh nhân đa kháng chúng tôi có một số kết luận như sau: Bệnh nhân kháng thuốc thường từ 20-59 tuổi, nam gấp 5 lần nữ và 47,5% có tiền sử điều trị lao. Triệu chứng khi vào viện; ho có đờm 94,4%, ho ra máu 12,1%, khó thở 54,5%, ran ở phổi 80,8%. Xquang tổn thương tổn thương rộng 49,5%. Độ nhạy của Gene Xpert trong chẩn đoán lao kháng RMP là 89,3%; độ đặc hiệu là 91,5%. Độ nhạy của Gene Xpert trong chẩn đoán lao đa kháng thuốc là 88,5%; độ đặc hiệu là 90,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.**, Global Tuberculosis Report. WHO. 2019.
2. **Stephen D Lawn†; Mark P Nicol.**, Xpert® MTB/RIF assay: development, evaluation and implementation of a new rapid molecular diagnostic for tuberculosis and rifampicin resistance. *Future Microbiol.* 2011. Sep. 6(9): 1067–1082.
3. **Nguyễn Anh Quân.**, Nghiên cứu hiệu quả của phác đồ 6 K R H Z E O/12 R H Z E O điều trị lao phổi mạn tính kháng thuốc tại tỉnh Bình Định. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y. 2012.
4. **Đàm Quang Sơn.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau sáu tháng điều trị lao phổi kháng thuốc bằng phác đồ IVa tại Hải Phòng. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y-Dược Hải Phòng. 2016.
5. **Phạm Văn Tạ.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị lao phổi kháng đa thuốc tại bệnh phổi Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Quân Y. 2013.
6. **Nguyễn Thu Hà, Trần Văn Sáng, Đinh Ngọc Sỹ.**, Lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc của VK lao ở bệnh nhân lao phổi tái phát”, *Tạp chí Hô hấp Pháp-Việt / JFVP.* 2011. 2, 3. tr. 64 – 68.
7. **Lê Thị Luyện.**, Nghiên cứu một số đặc điểm của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi tái trị được chỉ định điều trị bằng thuốc chống lao hàng một. *Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam.* Số 60 tháng 7 năm 2018.
8. **Trần Quang Phục, Nguyễn Thị Phúc.**, Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kháng thuốc của lao phổi tái phát muộn tại bệnh viện lao và bệnh phổi Hải Phòng 2008 - 2011. *Y học thực hành.* Số 991-2015.
9. **Trần Quang Phục, Phạm Ngọc Vượng, Nguyễn Đức Thọ, Phùng Thị Huyền.**, Giá trị của xét nghiệm Xpert trong chuẩn đoán bệnh lao và lao KĐT ở bệnh nhân lao phổi tại Hải Phòng 2013 - 2014. *Y học thực hành* số 991-2015.

SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH TẠI NHÀ CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI BỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH, TẠI PHÒNG KHÁM CẤP CỨU BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG, NĂM 2016

Phạm Thúy Hằng*, Nguyễn Thị Thu Hương*, Nguyễn Huy Điện*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả việc sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà cho trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 249 bà mẹ. **Kết quả:** Trong số 52,6% bà mẹ sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà cho trẻ, chỉ có 5,2 % tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ (phù hợp với khuyến cáo của WHO). Việc giáo dục cho các bà mẹ biết tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh tại nhà cho trẻ theo chỉ dẫn của bác sĩ qua nhiều kênh thông tin là cần thiết.

Từ khóa: kháng sinh, nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

SUMMARY

USE ANTIBIOTICS AT HOME FOR CHILDREN BELOW 5 YEARS OLD WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION AT THE EMERGENCY CLINIC OF HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL, 2016

Objectives: Describe the using antibiotics for acute respiratory infections at home for children below 5 years old at the emergency room of children's Hospital from April to September

2016. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study in 249 mothers. **Result:** 52.6% of mothers used antibiotics at home for their children. Only 5.2% of them adherenced with the doctor's prescriptions in accordance with WHO guideline. **Conclude:** It should be educated to mothers the importance of using home-based antibiotics as directed by the doctor through multiple channels.

Keywords: antibiotics, acute respiratory infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là chất kháng khuẩn hoạt động chống lại vi khuẩn. Các thuốc kháng sinh được sử dụng rộng rãi trong điều trị và phòng ngừa nhiễm khuẩn, chúng có thể diệt khuẩn hoặc kìm hãm sự phát triển của vi khuẩn. Việc sử dụng thuốc kháng sinh đúng chỉ định, đúng liều dùng sẽ mang lại hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, sử dụng không đúng sẽ dẫn đến nguy cơ kháng kháng sinh, dị ứng, tiêu chảy, tăng nguy cơ các bệnh tự miễn dịch, thừa cân... Tổ chức Y tế Thế giới nhận định kháng kháng sinh là "mối đe dọa nghiêm trọng không chỉ là dự đoán cho tương lai mà nó đang xảy ra ngay lúc này, ở mọi nơi trên thế giới và có tiềm năng ảnh hưởng đến bất kỳ ai, ở bất kỳ độ tuổi nào, bất kỳ quốc gia nào".

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHC) là bệnh nhiễm khuẩn của đường thở từ tai, mũi, họng, đường dẫn khí (thanh quản, khí quản, phế quản), cho đến phổi. Bệnh thường

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thúy Hằng
Email: pthang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 25.5.2022

có biểu hiện ho không quá 30 ngày, sốt.... Đây là bệnh phổ biến nhất, nguyên nhân nhập viện và tử vong hàng đầu ở trẻ em, nhất là trẻ dưới 5 tuổi. Ước tính một trẻ dưới 5 tuổi có thể bị NKHHCT 5 - 8 lần mỗi năm, nguyên nhân chủ yếu do virus. Theo World Health Organization (WHO) virus hợp bào hô hấp (hay còn gọi RSV- Respiratory Syncytial Virus) là tác nhân quan trọng gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cả trên và dưới ở trẻ em, là nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, gặp 60 % ở trẻ em và 80 % ở trẻ < 1 tuổi. Tình trạng tự mua kháng sinh điều trị là nguyên nhân của tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng tăng [2]. Ở nước ta, đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh và việc chỉ định kháng sinh hợp lý trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn nói chung và nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính nói riêng đang là một yêu cầu cấp thiết và đã được nhiều tác giả quan tâm. Tuy nhiên, nhiều bà mẹ do thiếu kiến thức, có những suy nghĩ sai lầm nên bà mẹ đã tùy tiện hoặc lạm dụng sử dụng kháng sinh tại nhà cho trẻ khi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Từ thực tế đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục tiêu: “Mô tả việc sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà cho trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bà mẹ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bà mẹ có con dưới 5 tuổi và có biểu hiện nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính có đến khám tại phòng khám cấp

cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trong thời gian 04/2016 - 09/2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: bà mẹ **không** đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu này được tiến hành trong thời gian từ tháng 04/2016 - 09/2016, tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp lựa chọn tất cả các bà mẹ thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 249 bà mẹ.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Gồm các bước:

Lập phiếu thu thập thông tin.

Các bà mẹ cho con tới khám tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng đều được phỏng vấn trực tiếp, trong thời gian nghiên cứu. Những bà mẹ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được phỏng vấn trực tiếp theo mẫu phiếu thu thập thông tin chung.

Nhập dữ liệu và xử lý số liệu.

Phân tích số liệu.

Đánh giá dựa trên khuyến cáo

Theo WHO 2014 (World Health Organization) để giảm tỷ lệ kháng kháng sinh cần phải tuân thủ: Chỉ sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính khi có chỉ định của bác sĩ [7].

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 15.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu có sự cho phép của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ các bà mẹ đã sử dụng thuốc tại nhà cho trẻ

Sử dụng thuốc	Số lượng bà mẹ	Tỷ lệ (%)
Đã sử dụng thuốc trước khi vào viện	194	77,9
Chưa sử dụng thuốc trước khi vào viện	55	22,1
Tổng	249	100

Trong tổng số 249 bà mẹ, đa số các bà mẹ đã sử dụng thuốc cho con trước khi vào viện chiếm 77,9% (194 bà mẹ); 22,1% bà mẹ chưa sử dụng thuốc trước khi vào viện.

Bảng 2: Tỷ lệ các bà mẹ nhớ loại thuốc đã sử dụng

Khả năng ghi nhớ loại thuốc sử dụng cho trẻ	Số lượng bà mẹ	Tỷ lệ (%)
Có nhớ rõ	131	52,6
Không nhớ rõ	63	25,3
Tổng	194	77,9

Trong tổng số 194 bà mẹ (chiếm 77,9%) đã sử dụng thuốc tại nhà cho trẻ, 52,6% bà mẹ nhớ đã dùng thuốc kháng sinh cho con trước khi tới viện. 25,3% không nhớ đã sử dụng thuốc loại gì.

Bảng 3: Tỷ lệ các bà mẹ nhớ tên thuốc kháng sinh đã sử dụng

Nhớ tên thuốc	Số lượng bà mẹ	Tỷ lệ (%)
Có nhớ tên thuốc kháng sinh đã sử dụng cho trẻ	22	8,8
Không nhớ tên thuốc kháng sinh	109	43,8
Tổng	131	52,6

Trong tổng số 131 bà mẹ (chiếm 52,6%) đã sử dụng tại nhà cho trẻ, chỉ có 8,8% bà mẹ nhớ tên thuốc kháng sinh đã dùng cho con trước khi tới viện. 109 bà mẹ (chiếm 43,8%) không nhớ tên kháng sinh đã sử dụng cho con trước khi tới viện.

Bảng 4: Tỷ lệ các bà mẹ sử dụng kháng sinh tại nhà cho trẻ theo chỉ dẫn

	Số lượng bà mẹ	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	13	5,2
Nhân viên nhà thuốc	115	46,2
Tự ý mua dùng	3	1,2
Tổng	131	52,6

Trong số 131 bà mẹ (gồm 109 bà mẹ không nhớ và 22 bà mẹ nhớ tên thuốc) chiếm 52,6% bà mẹ có sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà cho trẻ trong đó 46,2% sử dụng theo chỉ dẫn của nhân viên nhà thuốc. Chỉ có 5,2 % tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ phù hợp với khuyến cáo của WHO.

Bảng 5: Tỷ lệ các nhóm kháng sinh được bà mẹ sử dụng

Nhóm thuốc / Hoạt chất		Số lượng bà mẹ	Tỷ lệ (%)
Beta-lactam	Amoxicillin 250mg	5	2,0
	Ampicilin	2	0,8
	Augmentin	2	0,8
	Unasyn	2	0,8
	Mecefex (cefixim) 75mg	4	1,6
Macrolid	Azithromycin 100mg	3	1,2
	Erythromycin 250mg	2	0,8
	Clarythromycin	2	0,8
Tổng		22	8,8

Trong tổng số 22 bà mẹ (chiếm 8,8%) nhớ tên thuốc kháng sinh đã sử dụng tại nhà cho trẻ, kháng sinh nhóm beta- lactam chiếm tỷ lệ chủ yếu (6,0%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 249 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 04 - 09/2016 chúng tôi bàn luận một số vấn đề sau:

Kết quả trong bảng 3.1, 3.2 cho thấy đa số các bà mẹ (chiếm 77,9%) đã sử dụng thuốc cho con trước khi vào viện, trong đó 52,6% là kháng sinh. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Huệ và cộng sự (2012) trên đối tượng bà mẹ ở Thái Nguyên 71,0% bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi đến viện khi có biểu hiện nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính [1]. Điều này có thể giải thích, đối tượng trẻ dưới 5 tuổi ở bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn trẻ ở bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên. Một kết quả công bố từ Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung Ương (2017), trung bình một trẻ em bị khoảng 5 - 7 đợt nhiễm trùng hô hấp cấp tính mỗi năm bởi các nguyên nhân chủ yếu do ô

nhiễm môi trường, khí hậu nhiệt đới nóng ẩm của Việt Nam, thời tiết thay đổi thất thường trong khu vực miền Nam và mùa đông lạnh của miền Bắc Việt Nam. Nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính biểu hiện dưới các tình trạng khác nhau: ho, khó thở, sốt...biểu hiện ở các mức độ từ nhẹ đến nặng, có thể đe dọa tính mạng của trẻ. Theo WHO (1990), nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi hàng năm có khoảng 14 triệu tử vong trên thế giới, trong đó 95% gặp ở các nước đang phát triển [2],[7]. PGS.TS.BS. Nguyễn Tiến Dũng, nguyên Trưởng khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai, thành viên Ban cố vấn quốc tế của CIPP (Hội nghị khoa học về bệnh phổi trẻ em 2017), cho biết "trong rất nhiều trường hợp trẻ bị viêm đường hô hấp cấp tính không cần phải sử dụng kháng sinh vì không phải do vi khuẩn gây ra". Vì vậy, việc sử dụng thuốc tại nhà cho trẻ đặc biệt là thuốc kháng sinh làm ảnh hưởng tới việc khám và điều trị tại viện của trẻ.

Kết quả bảng 3.4: Trong số 52,6% bà mẹ có sử dụng kháng sinh tại nhà, 46,2% bà mẹ đã sử dụng kháng sinh điều trị bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ theo kinh nghiệm của nhân viên nhà thuốc và chỉ 5,2% sử dụng theo đơn của bác sĩ, phù hợp với khuyến cáo của WHO. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của bệnh viện nhi Trung Ương (44% bà mẹ tự ý mua thuốc cho con mà không cần bác sĩ)[1]. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Chan G và cộng sự 5,5% bà mẹ tự mua thuốc kháng sinh cho con bị nhiễm khuẩn hô hấp. Sự khác biệt này có thể do các bà mẹ trong nghiên cứu của Chan G có kiến thức về bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi [5]. Tuy nhiên kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Bi P và cộng sự, 59,4% cha mẹ tự ý mua kháng sinh điều trị cho con. Giải thích sự khác biệt này do trình độ của các bà mẹ còn thấp, chưa ý thức việc sử dụng kháng sinh cần phải theo chỉ dẫn của bác sĩ [4]. Theo nghiên cứu của Andreas R và cộng sự, 69,3% (n=1462) bà mẹ sử dụng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ, trình độ học vấn của cha mẹ thấp là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng nhất liên quan đến việc lạm dụng kháng sinh [3], tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Bằng chứng của sự không theo đơn của bác sĩ là tình trạng kháng kháng sinh. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính, Bệnh viện nhiệt đới TW, năm 2011 đã chỉ ra với từng nhóm kháng sinh tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh đều đã ở trên 50%. Nghiên cứu của trường Đại học Bristol và Imperial College London chỉ ra rằng: "Thói quen sử

dụng kháng sinh đã gây nên sự kháng thuốc. Sự kháng thuốc của trẻ em dưới 5 tuổi cao hơn nhiều so với trẻ em có độ tuổi từ 6-17 ". Kết luận của họ dựa trên sự phân tích của 58 nghiên cứu trước đó, bao gồm 77.783 trường hợp nhiễm khuẩn ở 26 quốc gia. Tổ chức Y tế Thế giới cho rằng sự kháng thuốc kháng sinh sẽ gây tổn thất 10 triệu sinh mạng một năm trong những thập kỉ tới [6].

Bảng 3.3, 3.5 chỉ ra 22 bà mẹ (chiếm 8,8%) nhớ tên thuốc kháng sinh đã sử dụng tại nhà cho trẻ, và kháng sinh nhóm beta-lactam chiếm tỷ lệ chủ yếu (6,0%) và chỉ có 5,2 % tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ. Theo khuyến cáo của WHO "Chỉ nên sử dụng kháng sinh nếu có bằng chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm cho thấy nhiễm khuẩn. Sử dụng cho bệnh virus hoặc sốt không phân biệt là không phù hợp trong hầu hết các trường hợp; nó gây ra tác dụng phụ của thuốc mà không mang lại lợi ích gì và góp phần làm vi khuẩn kháng thuốc". Kháng sinh nhóm beta- lactam là kháng sinh phổ rộng trên vi khuẩn gram (-) và gram (+), có hoạt tính diệt khuẩn phụ thuộc vào thời gian. Vì vậy, những bà mẹ tự ý sử dụng không theo chỉ dẫn của bác sĩ có thể vô tình để lại nhiều hậu quả: loạn khuẩn ruột, nhiễm khuẩn, tăng nguy cơ kháng thuốc kháng sinh, lây lan tính kháng thuốc từ vi khuẩn này sang vi khuẩn khác, gây ra hiện tượng vi khuẩn đa kháng kháng sinh, tăng gánh nặng chi phí cho người bệnh...[7].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại nhà cho trẻ dưới 5 tuổi

của bà mẹ; (52,6%) sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà cho trẻ, nhưng chỉ có 5,2% tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ phù hợp với khuyến cáo của WHO. Việc giáo dục cho các bà mẹ biết tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh tại nhà cho trẻ theo chỉ dẫn của bác sĩ qua nhiều kênh thông tin là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Huệ và cộng sự**, “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên năm 2012”, Y học thực hành (876) – số 07/2013.
2. **Hoàng Thị Tâm**, “Tìm hiểu căn nguyên vi khuẩn gây NKHHCT ở trẻ em dưới 5 tuổi và độ nhạy cảm với KS của chúng tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, Luận văn thạc sĩ y học, 2003. tr59-62.
3. **Andreas R., Vassiliki P., Adamos H., Sotiria P., Maria T., George S. and Christos H.** Descriptive Study on Parents' knowledge, Attitudes and Practices on Antibiotic Use and Misuse in Children with Upper Respiratory Tract Infections in Cyprus, Int. J. Environ. Res. Public Health, **8**, 2001. p3246-3262; doi: 10.3390/ijerph 8083246. www.mdpi.com/journal/ijerph.
4. **Bi P, Tong SL, Parton KA.** Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. Soc Sci Med. 2000 May;50(10):1445–1450. doi:10.1016/S0277-9536(99)00304-4. [PubMed].
5. **Chan G, Tang SF.** Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. Singapore Med J.2006;47(4):266–270. [PubMed].
6. **Marlieke E. A. de Kraker, Andrew J. Stewardson, Stephan Harbarth,** Will 10 Million People Die a Year due to Antimicrobial Resistance by 2050?, Published online 2016 Nov 29. doi: 10.1371/journal.pmed.1002184.
7. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137319/9789241507813_eng.pdf, 2014.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LAO PHỔI AFB ÂM TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG TRONG 2 NĂM 2018 - 2019

Nguyễn Huy Điện*, Phạm Thúy Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi AFB âm tính Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2018 - 2019. **Đối tượng:** Gồm 170 bệnh nhân lao phổi AFB âm tính được chẩn đoán tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới và Chương trình chống lao quốc gia từ 1/2018- 12/2019. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu với mẫu thuận tiện. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,90 \pm 17,21$. Tỷ lệ nam/nữ là 2,77/1. Bệnh gặp nhiều ở nhóm lao động tự do là 41,2%. Lý do đến khám bệnh chủ yếu là ho kéo dài chiếm 72,4%. Triệu chứng toàn thân hay gặp là mệt mỏi 72,9%, sốt 61,2%, gầy sút cân 52,4%. Triệu chứng cơ năng hay gặp ho khạc đờm 88,8% và đau ngực 63,5%. Tổn thương trên phim chụp X-quang ngực chủ yếu là dạng phổi hợp chiếm 74,7% trong đó tổn thương hang 63,5%, nốt 32,4%, tổn thương thâm nhiễm 64,7%, tổn thương xơ 22,4%. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực cho thấy tổn thương ở cả 2 bên phổi (55,9%), phổi phải (30,6%) nhiều hơn so với phổi trái (13,5 %). Chụp cắt lớp vi tính đã phát hiện nhiều tổn thương mà chụp X-quang ngực thẳng không thấy được ở cả 2 phổi. Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao trong đờm bằng phương pháp:

cây cổ điển 76,6%, cây MGIT 80,4%, Gene Xpert là 76,3% cho kết quả rất cao.

Từ Khóa: Lao phổi AFB âm tính.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF AFB NEGATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AT HAIPHONG LUNG HOSPITAL FROM 2018 TO 2019

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of AFB negative pulmonary tuberculosis (TB) at Haiphong Lung Hospital from 2018 - 2019. **Subjects:** Including 170 AFB negative pulmonary tuberculosis patients diagnosed at Haiphong Lung Hospital according to the standards of the World Health Organization and the National Tuberculosis Program from 1/2018 to 12/2019. **Method:** Retrospective description with convenient sample. **Results and conclusions:** The mean age of the study group was 47.90 ± 17.21 . The male/female ratio is 2.77/1. The disease was more common in the self-employed group, 41.2%. The main reason for going to the doctor was a persistent cough, accounting for 72.4%. Common systemic symptoms were fatigue 72.9%, fever 61.2%, weight loss 52.4%. Common symptoms are cough and phlegm expectoration 88.8% and chest pain 63.5%. Lesions on chest X-ray film are mainly combined, accounting for 74.7%, of which cavernous lesions 63.5%, nodules 32.4%, infiltrative lesions 64.7%, fibrous lesions 22, 4%. Chest computed tomography image showed more

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Điện

Email: nhdien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.6.2022

damage in both lungs (55.9%), right lung (30.6%) more than left lung (13.5%). Computed tomography revealed many lesions that were not visible on a straight chest X-ray in both lungs. The proportion of detecting TB bacteria in sputum by methods: traditional culture 76.6%, MGIT culture 80.4%, Gene Xpert is 76.3% with very high results.

Keywords: AFB negative pulmonary tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao hiện nay vẫn là mối quan tâm của nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước kém và đang phát triển bởi tỷ lệ mắc cao và đang có xu hướng gia tăng, đồng thời làm tăng tỷ lệ biến chứng, di chứng của bệnh, đặc biệt làm gia tăng tỷ lệ bệnh lao kháng thuốc. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là mục tiêu hết sức quan trọng của chương trình chống lao quốc gia hiện nay. Tuy nhiên chẩn đoán lao phổi, đặc biệt là lao phổi AFB âm tính thường khó, ảnh hưởng đến việc điều trị cho bệnh nhân, vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lao phổi AFB âm tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2018- 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Bệnh nhân nghiên cứu

Gồm 170 bệnh nhân lao phổi AFB âm tính được chẩn đoán tại Bệnh viện phổi Hải Phòng theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới và Chương trình chống lao quốc gia từ 1/2018-12/2019.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Hải Phòng

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Chẩn đoán xác định lao phổi AFB âm tính theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới và Chương trình chống lao quốc gia năm 2015.

- Bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng lâm sàng: Ho khạc đờm kéo dài, ho ra máu, sốt, mệt mỏi sút cân, khó thở tức ngực và các triệu chứng khác kèm theo.

- Cận lâm sàng: có tổn thương trên XQ phổi thường quy.

- Kết quả XN đờm trực tiếp AFB (-) qua 2 lần khám.

- Bảng chứng xác định lao: Kết quả xét nghiệm đờm bằng phương pháp nuôi cấy và/hoặc Gen Xpert có vi khuẩn lao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu, cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Chỉ số về tuổi, giới, địa dư, tiền sử tiếp xúc nguồn lây, các triệu chứng lâm sàng về cơ năng và thực thể ở phổi, và các triệu chứng khác liên quan.

2.3.2. Chỉ số các xét nghiệm: XQ thường quy, Soi đờm trực tiếp tìm AFB, nuôi cấy tìm vi khuẩn lao, Gen Xpert, Công thức máu, men gan, và các xét nghiệm khác.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0. Phân tích so sánh, xử lý kết quả theo các phương pháp thống kê y học.

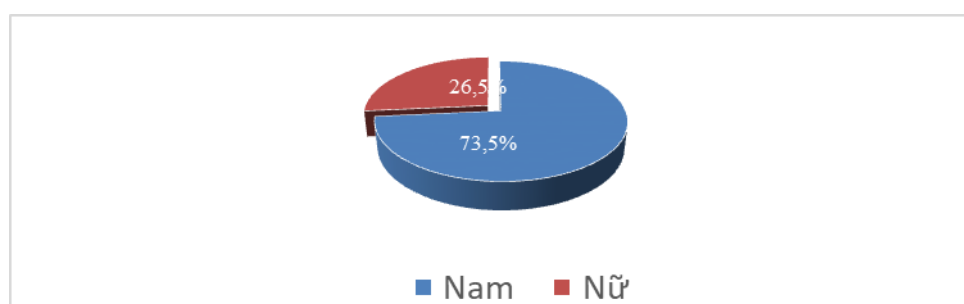
Thuật toán sử dụng: tính tỷ lệ %, giá trị trung bình bằng T-test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi, giới, nghề nghiệp

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=170)

Nhóm tuổi	Số lượng (n = 170)	Tỷ lệ %
16 - 19	3	1,8
20 - 29	32	18,8
30 - 39	20	11,8
40 - 49	30	17,6
50 - 59	43	25,0
60 - 69	26	15,3
≥ 70	16	9,4
Tổng số	170	100
Trung bình	47,90 ± 17,21	



Hình 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp (n=170)

Nghề nghiệp	Số lượng (n = 170)	Tỷ lệ %
Công nhân	23	13,5
Nghỉ hưu	20	11,8
Học sinh - sinh viên	9	5,3
Lao động tự do	70	41,2
Nội trợ	4	2,4
Nông dân	41	24,1
Nhân viên văn phòng	3	1,8
Tổng số	170	100

3.2. Mắc các bệnh phối hợp khác

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tiền sử bệnh khác (n=170)

Bệnh kèm theo	Số lượng (n =170)	Tỷ lệ %
Bệnh phổi khác	16	9,4
Đái tháo đường	14	8,2

Tăng huyết áp	13	7,6
Viêm dạ dày	7	4,1
Xơ gan	3	1,8
Bệnh khác	20	11,8

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.4. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám bệnh (n=170)

Thời gian	Số lượng (n=170)	Tỷ lệ %
< 2 tuần	35	20,6
2 – 4 tuần	78	45,9
> 4 tuần	57	33,5

Bảng 3.5. Lý do đến khám bệnh của bệnh nhân nghiên cứu (n=170)

Triệu chứng	Số lượng (n = 170)	Tỷ lệ (%)
Ho khan	17	10,0
Ho đờm	88	49,4
Ho máu	22	12,9
Đau ngực	22	17,6
Sốt	14	8,2
Khó thở	10	5,9
Vô tình phát hiện	7	4,1

Bảng 3.6. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu (n=170)

Triệu chứng	Số lượng (n=170)	Tỷ lệ %
Khó thở	65	38,2
Đau ngực	108	63,5
Ho khạc đờm	151	88,8
Ho khan	97	57,1
Ho ra máu	22	12,9

Bảng 3.7. Triệu chứng toàn thân của đối tượng nghiên cứu (n=170)

Triệu chứng toàn thân	Số lượng (n= 170)	Tỷ lệ %
Sốt nhẹ: 37 ⁰ 1-38 ⁰ C	82	48,2
Sốt vừa: 38 ⁰ 1-39 ⁰ C	19	11,2
Sốt cao: 39,1 ⁰ C trở lên	3	1,8
Mệt mỏi	124	72,9
Ra mồ hôi đêm	25	14,7
Hạch ngoại biên	5	2,9

Bảng 3.8. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu (n=170)

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n= 170)	Tỷ lệ %
Rung thanh tăng	4	2,3
Rung thanh giảm	10	5,9
Gõ đục	10	5,9
Gõ vang	4	2,3
Ran ẩm	108	62,8
Ran nổ	35	20,6
Ran rít, ngáy	4	2,4

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.9. Số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu máu ngoại vi (n=170)

Bảng 3.3: Số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu máu ngoại vi (n = 170)

Số lượng và công thức bạch cầu			Số lượng (n = 170)	Tỷ lệ %
Số lượng bạch cầu	Bình thường		120	70,6
	Tăng		47	27,6
	Giảm		3	1,8
Công thức bạch cầu	BC ĐNTT	< 60%	5	2,9
		60 – 70%	125	73,5
		> 70%	40	23,5
	BC Lympho	≤ 30%	152	89,4
		> 30%	18	10,6

Bảng 3.10. Số lượng hồng cầu máu ngoại vi của đối tượng nghiên cứu (n=170)

Số lượng hồng cầu	n = 170	Tỷ lệ %
< 3 T/l	3	1,7
3 – 4 T/l	30	17,6
> 4 T/l	137	80,7

Bảng 3.11. Tổn thương cơ bản trên X-quang ngực thẳng của đối tượng nghiên cứu (n=170)

Dạng tổn thương	Số lượng (n=170)	Tỷ lệ %
Nốt	55	32,4
Thâm nhiễm	110	64,7
Hang	108	63,5
Xơ	38	22,4
Phối hợp	127	74,7

Bảng 3.12. Kết quả CT scanner lồng ngực đối tượng nghiên cứu (n=91)

CT scanner phổi		Số lượng n = 91	Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương	Bên trái	15	16,4
	Bên phải	29	31,9
	Hai bên	47	51,6
Hình ảnh tổn thương	Nốt	39	42,8
	Thâm nhiễm	66	72,5
	Hang	63	70,0
	Xơ	37	40,7
	Phối hợp	69	75,8

Bảng 3.13. Kết quả các phương pháp phát hiện vi khuẩn lao

Phương pháp	Kết quả dương tính/n	Tỷ lệ %
Cấy cổ điển	82/107	76,6
Cấy MGIT	86/107	80,4
Gene Xpert	87/114	76,3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi, giới, nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.1) cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,90 \pm 17,21$; tuổi cao nhất là 90; thấp nhất là 17. Nhóm tuổi 20-29 và 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất theo thứ tự là 18,8% và 25,0%. Về giới tính có 73,5% bệnh nhân là nam và bệnh nhân nữ là 26,5%. Điều này hoàn toàn phù hợp với tất cả các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Hầu hết các tác giả đều thống nhất giải thích do nam giới lao động nặng nhọc hơn, có nhiều thói quen có hại hơn, giao lưu đi lại nhiều hơn vì vậy mà tỷ lệ mắc cũng cao hơn.

Bảng (3.2) Nhóm nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%, xếp thứ 2 là nhóm nông dân 24,1%, các nghề khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả của chúng tôi hoàn

toàn phù hợp với tất cả các nghiên cứu của các tác giả trong nước khi nghiên cứu về lao phổi.

Lê Trọng Thạch (2016), gặp nhiều ở lứa tuổi 50 – 69 chiếm 48,8%, nhóm tuổi 16-49 tuổi chiếm tỷ lệ 34,9%, nhóm tuổi 16-19 chiếm 2%. Tỷ lệ lao phổi ở nam (78%) cao gấp 3,5 lần so với nữ (22%), tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn là 72%, sống ở thành phố là 28% [6].

4.2. Mắc các bệnh phối hợp.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.3) tỷ lệ bệnh nhân lao có bệnh kết hợp với bệnh phổi phế quản khác chiếm tỷ lệ 9,4% sau đó là đái tháo đường 8,2% các bệnh tăng huyết áp 7,6%, loét dạ dày tá tràng 4,1%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của Lê Trọng Thạch (2016), tỷ lệ lao phổi AFB (-) có ĐTĐ là 14,3% [6] cao hơn của chúng tôi,

có thể do đối tượng bệnh nhân ở các vùng khác nhau.

4.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng (3.4) Chẩn đoán sớm trước 2 tuần đây là thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân đến khám. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân đến khám bệnh thường từ 2 - 4 tuần chiếm 45,9%; trước 2 tuần chiếm 20,6% và sau 4 tuần chiếm 33,5%. Hiện nay tỷ lệ bệnh nhân đến viện sớm hơn theo chúng tôi là do sự hiểu biết của người dân về bệnh lao đã khá tốt, đồng thời các kỹ thuật hiện đại đã được áp dụng vào chẩn đoán sàng lọc trong cộng đồng.

Nghiên cứu của Lê Trọng Thạch (2016) số bệnh nhân đi khám bệnh trong vòng 2 tuần đầu là 33,3%, số bệnh nhân đến muộn sau 2 tuần là 66,7% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân đến khám muộn sau 2 tuần tương đối cao 74,7%. Điều này có thể giải thích là bệnh lao là bệnh nhiễm trùng mạn tính, các triệu chứng thường khởi phát từ từ, không rầm rộ, không cấp tính (bản cấp). Theo một số tác giả thì đây là cách khởi phát hay gặp nhất ở lao phổi người lớn, chiếm khoảng 70- 80% các trường hợp.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: bệnh nhân vào viện chủ yếu là ho kéo dài (59,4%), ho ra máu chiếm (12,9%), đây là những triệu chứng rất hay gặp trong lao phổi. Nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với y văn.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.6) cho thấy: triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là ho khạc đờm 88,8%, ho khan là

57,1%, ho ra máu là 12,9%. Đau ngực có tỷ lệ cao thứ hai sau ho có đờm chiếm 63,5%. Khó thở là triệu chứng ít gặp hơn chiếm 38,2%.

Kết quả (bảng 3.7) cho thấy sốt là triệu chứng toàn thân hay được nhắc đến trong nghiên cứu lao phổi. Sốt trong lao thường sốt nhẹ, sốt về chiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sốt chiếm 61,2%, trong đó sốt nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 48,2%, sốt vừa chiếm 11,2%, sốt cao gặp với tỷ lệ ít chỉ 1,8%.

Khi thăm khám thực thể bệnh nhân lao phổi AFB (-), các triệu chứng thường không rõ ràng và không đặc hiệu. Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu, các tác giả thường quan tâm đến nghe phổi. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.8) tỷ lệ bệnh nhân có gõ phổi và rung thanh phổi bình thường chiếm 91,8%. Nghe phổi không có rale với chiếm 36,5%, có rale ẩm chiếm 62,8%, rale nổ 20,6%, rale rít và ngáy thấp nhất chiếm 2,4%.

Lê Trọng Thạch (2016) triệu chứng ho có đờm là 65,06%, ho khan là 19,19%, sốt 40,7%, nghe thấy ran phổi là 24,3% [6].

Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Trọng Thạch.

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.9) tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 70,6%. Bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/l chiếm 27,6%. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 70% chiếm 23,5%, tỷ lệ bạch cầu Lympho tăng trên 30% chiếm 10,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.10), số lượng hồng cầu trên 4 T/l có tỷ lệ cao nhất chiếm 80,7%, số lượng hồng cầu 3 - 4 T/l chiếm 17,6%, tỷ lệ bệnh nhân có HC dưới 3T/l là 1,7%. Kết quả máu ngoại vi ở bệnh nhân lao phổi AFB (-) ít thay đổi.

Bảng (3.11) hình ảnh XQ cho thấy tổn thương hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là hình ảnh thâm nhiễm, chiếm 64,7%. Tổn thương dạng hang chiếm 63,5%. Tổn thương dạng nốt chiếm 32,4%. Tổn thương dạng xơ chiếm 22,4%.

Chụp cắt lớp vi tính là một kỹ thuật mới có giá trị để chẩn đoán lao phổi nhất là những trường hợp chẩn đoán khó trên phim X-quang phổi thường quy khó xác định được vị trí tổn thương và hay bị bỏ sót. Nghiên cứu của tôi (bảng 3.12) vị trí tổn thương: gặp nhiều nhất là tổn thương hai bên chiếm 51,6%, bên phải chiếm 31,9%, bên trái chiếm 16,4%.

Kết quả này khá phù hợp với kết quả của tác giả Lê Trọng Thạch (2016), bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường là 60,5%, tăng là 35,4%, bạch cầu lympho tăng là 31,1%, hình ảnh tổn thương XQ ngực thẳng cả hai bên phổi là 46,56%, bên phải là 36,5%, bên trái 16,93%, tổn thương thâm nhiễm 77,2%, nốt là 17,5%, hang là 5,3%. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được tổn thương hai bên chiếm 50,26%, bên phải chiếm 34,39%, bên trái chiếm 15,34% [6].

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.13) cho thấy tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao bằng phương pháp cấy MGIT cao hơn cấy cổ điển, 80,4% với 76,6%, tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao bằng

phương pháp Gene Xpert là 76,3%. Đây là những kỹ thuật hiện đại phát hiện bằng chứng vi khuẩn rất cao tránh bỏ sót những trường hợp mà lâm sàng và XQ không điển hình.

Kết quả nghiên cứu của Lê Trọng Thạch (2016) tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao bằng phương pháp cấy cổ điển là 42,86% [6]. Nghiên cứu của Phạm Thị Ánh Tuyết (2016) tỷ lệ bệnh nhân đồng dương tính phương pháp cấy cổ điển và cấy MGIT dương tính là 52,1% [7]. Kết quả của chúng tôi cao hơn của 2 tác giả trên khi áp dụng các phương pháp nuôi cấy để tìm vi khuẩn lao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 170 bệnh nhân lao phổi AFB (-) tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng trong 2 năm 2018-2019. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

5.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $47,90 \pm 17,21$. Tỷ lệ nam/nữ là 2,77/1. Bệnh gặp nhiều ở nhóm lao động tự do là 41,2%.

5.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do đến khám bệnh chủ yếu là ho kéo dài chiếm 72,4%. Triệu chứng toàn thân hay gặp là mệt mỏi 72,9%, sốt 61,2%, gầy sút cân 52,4%. Triệu chứng cơ năng hay gặp ho khạc đờm 88,8% và đau ngực 63,5%, khó thở ít gặp hơn 38,2%. Triệu chứng thực thể rale ẩm 62,8%, ran nổ 20,6%, ran rít, ngáy rất ít gặp 2,4%.

5.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Hình ảnh X-quang cho thấy tổn thương chủ yếu là dạng phổi hợp chiếm 74,7% trong đó hang 63,5%, nốt 32,4%, thâm nhiễm

64,7%, xơ 22,4%. Hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực cho thấy tổn thương chủ yếu là ở cả 2 bên phổi (55,9%), phổi phải (30,6%) nhiều hơn so với phổi trái (13,5%), mặt khác phát hiện được những tổn thương mà X-quang thường quy không phát hiện được. Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao trong đờm bằng phương pháp cấy cổ điển là 76,6%, cấy MGIT 80,4%, Gene Xpert là 76,3%.

VI. KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 170 bệnh nhân lao phổi AFB (-) tại Bệnh viện phổi Hải Phòng với những kết quả thu được chúng tôi đưa ra kiến nghị như sau:

Đối với những bệnh nhân nghi ngờ lao phổi khi làm các xét nghiệm đờm AFB (-) và X-quang phổi nghi ngờ, cần phải chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và xét nghiệm đờm bằng các phương pháp nuôi cấy cổ điển, cấy MGIT, Gene Xpert để chẩn đoán xác định lao phổi tránh bỏ sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Ngọc Am (1999)**, Bài giảng bệnh lao và bệnh phổi, Nhà xuất bản Y học: Tr 147-155.
2. **Bộ Y tế (2011)**, "Hướng dẫn quy trình triển khai kỹ thuật Gene Xpert tại Việt Nam", QĐ-BYT số 4912, ngày 21/12/2011, Bộ Y tế.
3. **Lê Huy Chính (2002)**, Vi sinh Y học, NXB Y học, Hà Nội
4. **Chương trình chống lao Quốc gia (2016)**, Báo cáo tổng kết công tác phòng chống lao giai đoạn 2010-2016, phương hướng kế hoạch giai đoạn 2016-2020.
5. **Nguyễn Việt Cồ (1999)**, “Đại cương về bệnh lao”, Bài giảng bệnh lao và bệnh phổi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.5.
6. **Nguyễn Thu Hà (2006)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi mới AFB(-) và kết quả phát hiện vi khuẩn lao của kỹ thuật nuôi cấy, PCR, MGIT”, Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Trọng Thạch (2016)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nuôi cấy đờm tìm vi khuẩn lao bằng phương pháp MGIT ở bệnh nhân lao phổi AFB âm tính tại bệnh viện 71 trung ương năm 2014- 2016”, Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
8. **Phạm Thị Ánh Tuyết (2016)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nuôi cấy trực khuẩn lao bằng MGIT, LOEWENSTEIN - JENSEN ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính tại Bệnh viện 74 Trung ương", Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
9. **World Health Organization GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT (2017)**, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ THAY ĐỔI TRONG KẾT QUẢ Ở MÔN ĐIỀU KINH TRÊN ĐỐI TƯỢNG SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM HỌC 2020 - 2021

Nguyễn Khánh Hưng*, Nhữ Văn Thuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành và kết quả đạt được ở môn học điều kinh trên đối tượng sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trước và sau tác động dạy/học tiến hành trên 1090 sinh viên năm thứ nhất (412 nam và 678 nữ). **Kết quả và kết luận:** Trước các nội dung học và hoạt động tập luyện, tỉ lệ sinh viên nam đạt yêu cầu ở nội dung chạy 60 mét là 39,8%. Tỷ lệ này ở nhóm sinh viên nữ là 48,2%. Ở nội dung chạy 1000 mét, tỷ lệ đạt của trên các nhóm sinh viên nam và nữ lần lượt là 22,8% và 35,1%. Sau các nội dung học và quá trình tập luyện, tỷ lệ sinh viên đạt mục tiêu kiến thức là 93% trong đó 21% đạt một phần trong các kỹ thuật được yêu cầu. Tỷ lệ sinh viên có thái độ phù hợp chiếm 86% trong đó 49% có thái độ yêu thích đối với học phần. Tỷ lệ sinh viên có điểm chuyên cần đạt yêu cầu chiếm 93,8%. Kết quả đánh giá cuối học phần, tỷ lệ đạt yêu cầu với các nội dung 60 mét nam, 60 mét nữ, 1000 mét nam, 500 mét nữ lần lượt 96,6 % 94,1 %, 95,1% và 97,3%.

Từ khóa: Kiến thức-thái độ-thực hành, kết quả, rèn luyện thể chất, môn điều kinh

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE AND RESULT GAIN IN ATHLETICS ON 1st YEAR STUDENTS IN HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN ACADEMIC YEAR 2020-2021

Objective: Describe the knowledge, attitudes, practice and result gain obtained in athletics on first-year students of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy in the academic year 2020-2021. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study performed in the field of physical education before and after the teaching/learning and training processes of athletics. Study was conducted on 1090 first-year students (412 males and 678 females). **Results and conclusions:** Before the learning and practice activities, the percentage of students who met the sex-adjusted requirements in contents of men's 60 metres, women's 60 metres, men's 1000 metres, women's 500 metres were 39.8%, 48.2%, 22.8% and 35.1% respectively. After teaching/learning and practice processes, the percentage of students achieving the knowledge goal was 93%, of which 21% achieved a part of required contents. The percentage of students who got suitable attitude accounted for 86% of which 49% had a favorable attitude towards the course. The percentage of students with satisfactory attendance scores was 93.8%. The satisfactory rates assessed at the end of module (athletics) for contents of men's 60 metres, women's 60 metres, men's 1000 metres, and

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nhữ Văn Thuấn
Email: nvthuan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 15.6.2022

women's 500 metres were 96.6%, 94.1%, 95.1% and 97%, respectively.

Keywords: Knowledge – attitude – practice, outcomes, physical training, athletics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục thể chất (GDTC) trong nhà trường là một bộ phận không thể tách rời của nền giáo dục xã hội chủ nghĩa. GDTC có tác dụng tích cực đối với việc hoàn thiện nhân cách, thể chất cho sinh viên, nhằm đào tạo con người mới phát triển toàn diện phục vụ sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước và giữ vững an ninh quốc phòng.

Quán triệt mục tiêu này, trong nhiều năm qua bộ Giáo dục và Đào tạo, các ngành chủ quản rất quan tâm đến công tác GDTC trong các trường Đại học, Cao đẳng, Trung học chuyên nghiệp, điều đó được thể hiện qua việc thường xuyên ban hành các văn bản và chỉ đạo chương trình nội khóa, tổ chức các hoạt động ngoại khóa, ban hành các tiêu chuẩn rèn luyện thân thể, cải tiến chương trình GDTC cho phù hợp với điều kiện hoàn cảnh đất nước.

Thực hiện theo quy định của bộ GD&ĐT Trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã đưa nội dung điền kinh vào giảng dạy và học tập. Bộ môn Giáo dục thể chất đã thực hiện giảng dạy và đánh giá kết quả môn học một cách nghiêm túc. Tuy nhiên trong bộ môn cần có một cách đánh giá kiến thức và thái độ thực hành môn điền kinh để từ đó điều chỉnh phương pháp giảng dạy cho bộ môn nhằm đáp ứng yêu cầu học tập của sinh viên và trang bị cho sinh viên tố chất thể lực cần thiết để đáp ứng yêu cầu học tập và công tác được tốt.

Với mong muốn nâng cao chất lượng giảng dạy giảng viên cho bộ môn chúng tôi

tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả kiến thức thực hành môn học điền kinh môn học điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 – 2021.*

2. *Mô tả thái độ thực hành môn học điền kinh môn học điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 – 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 1090 sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 – 2021, trong đó có 412 nam và 678 nữ. Đối tượng nghiên cứu là sinh viên có đủ sức khỏe học môn Điền kinh (thông qua kết quả khám sức khỏe đầu năm học của Phòng Y tế cơ quan). Những sinh viên bị các bệnh tim mạch, huyết áp, bị chấn thương và dị tật bẩm sinh bị loại ra khỏi nghiên cứu này.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Năm học 2020– 2021

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Trường đại học Y Dược Hải Phòng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng số liệu tiến cứu và hồi cứu.

2.4.2. Thu thập số liệu:

- **Cho mục tiêu 1:** Phỏng vấn kiến thức môn điền kinh, kiểm tra thành tích chạy 60m, 500m với nữ và 60m,1000m với nam trước và sau khi học môn Điền kinh. Cán bộ bộ môn Giáo dục thể chất trực tiếp kiểm tra đánh giá kết quả.

- **Cho mục tiêu 2:** Phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế từ trước về thái độ và thực hành môn học điền kinh của đối tượng nghiên cứu.

2.4.3. Phân tích số liệu

Chúng tôi sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0 để nhập số liệu và xử lý số liệu

thu được. Cụ thể tính giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình bằng t test, có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả kiến thức môn học điền kinh của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 - 2021.

3.1.1. Phỏng vấn sinh viên để kiểm tra kiến thức môn học điền kinh.

Bảng 3.1. Phỏng vấn hiểu biết kiến thức môn học điền kinh năm học 2020 - 2021 (n = 143)

Câu hỏi	Có nắm được		Nắm được ít		Không nắm được	
	n	%	n	%	n	%
Em có nắm được vị trí, vai trò và tác dụng của môn điền kinh không ?	80	55,9	50	35	13	9,1
Em có nắm được sơ lược lịch sử môn điền kinh không ?	98	68,5	32	22,4	13	9,1
Em có nắm được kỹ thuật xuất phát thấp không?	103	72	30	21	10	7
Em có nắm được kỹ thuật xuất phát cao không?	105	73,4	31	21,7	7	4,9
Em có nắm được kỹ thuật chạy lao sau xuất phát không ?	100	70	30	21	13	9
Em có nắm được kỹ thuật chạy giữa quãng không?	107	74,8	26	18,2	10	7
Em có nắm được kỹ thuật về đích không ?	100	70	30	21	13	9
Em có nắm được yêu cầu của bài tập sức nhanh không ?	105	73,4	30	21	8	5,6
Em có nắm được yêu cầu của bài tập sức bền không?	105	73,4	30	21	8	5,6
Em có nắm được kỹ thuật đánh tay trên đường thẳng và đường vòng trong chạy cự ly trung bình không ?	107	74,8	26	18,2	10	7
Em có nắm được kỹ thuật bước chạy trong chạy cự ly ngắn và cự ly trung bình không ?	115	80,4	15	10,6	13	9
Em có nắm được kỹ thuật thở trong chạy cự ly ngắn và cự ly trung bình không ?	110	76,9	30	21	3	2,1
Trung bình	103	72	30	21	10	7

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ sinh viên nắm được kiến thức môn điền kinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 72%, Sinh viên nắm được ít kiến thức chiếm tỷ lệ 21%. Số sinh viên không nắm được kiến thức môn điền kinh chiếm được tỷ lệ ít nhất là 7%.

3.1.2. Kiểm tra thành tích trước khi học điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 - 2021.

Bảng 3.2. Chỉ tiêu đạt cự ly 60m, 500m và 1000m theo chỉ tiêu đạt của bộ môn Giáo dục thể chất (n=1090; nam 412 và nữ 678).

Cự ly	Nữ đạt	Nam đạt
60m (giây)	$\leq 11,6$	$\leq 9,3$
500 - 1000m (phút)	$\leq 2,30$	$\leq 4,35$

Nhận xét. Căn cứ vào chỉ tiêu đạt của bộ môn giáo dục thể chất của Trường chúng tôi tiến hành kiểm tra và đánh giá 1090 sinh viên năm thứ nhất năm học 2020 - 2021, gồm 412 nam và 678 nữ. Kết quả được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3.3. Thành tích chạy 60m và 500m và 1000m trước khi học môn điền kinh.

Cự ly	Thành tích trước khi học ĐK của nam sinh viên (n = 412)					Thành tích trước khi học ĐK của nữ sinh viên (n= 678)				
	$\bar{X} \pm \delta$	Đạt	%	Không Đạt	%	$\bar{X} \pm \delta$	Đạt	%	Không Đạt	%
60m (giây)	$9,5 \pm 0,95$	164	39,8	247	60,2	$11,7 \pm 1,1$	327	48,2	351	51,8
500 - 1000m (giây)	320 ± 33	94	22,8	318	77,2	170 ± 18	238	35,1	440	64,9

Nhận xét: Thành tích kiểm tra ban đầu trước khi học môn điền kinh của sinh viên năm thứ nhất vẫn còn yếu, tỷ lệ sinh viên chưa đạt yêu cầu vẫn còn cao. Thành tích trung bình 60m của nam là $9,5'' \pm 0,95''$. Tỷ lệ không đạt yêu cầu là 60,2%. thành tích trung bình 60m của nữ là $11,7'' \pm 1,1''$, tỷ lệ không đạt yêu cầu là 51,8%. Thành tích trung bình 1000m của nam là $320'' \pm 33''$, tỷ lệ không đạt yêu cầu là 77,2%, thành tích trung bình 500m của nữ là $170'' \pm 18''$, tỷ lệ không đạt yêu cầu là 64,9%.

3.1.3. Thành tích sau khi học môn Điền kinh của sinh viên năm thứ nhất.

Bảng 3.4. Thành tích chạy 60m , 500m và 1000m sau khi học môn điền kinh.

Cự ly	Thành tích trước khi học ĐK của nam sinh viên (n = 410)					Thành tích trước khi học ĐK của nữ sinh viên (n= 674)				
	$\bar{X} \pm \delta$	Đạt	%	K Đạt	%	$\bar{X} \pm \delta$	Đạt	%	K Đạt	%
60m (giây)	$8,6 \pm 0,85$	398	96,6	14	3,4	$10,7 \pm 1,0$	638	94,1	40	5,9
500 - 1000m (giây)	240 ± 23	392	95,1	20	4,9	130 ± 12	660	97,3	18	2,8

Nhận xét: Thành tích kiểm tra sau khi học môn điền kinh của của sinh viên năm thứ nhất, thành tích trung bình 60m của nam là $8,6'' \pm 0,85''$. Tỷ lệ đạt yêu cầu là 96,6%. Thành tích trung bình 60m của nữ là $10,7'' \pm$

1'', tỷ lệ đạt yêu cầu là 94,1%. Thành tích trung bình 1000m của nam là $240'' \pm 23''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 95,1%, thành tích trung bình 500m của nữ là $130'' \pm 12''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 97,3%.

3.1.4. So sánh thành tích trước và sau khi học môn điền kinh của sinh viên năm thứ nhất năm học 2020 – 2021.

Bảng 3.5. So sánh thành tích trước và sau khi học môn điền kinh.

TT	Cự ly	Nam			Nữ		
		Trước học môn ĐK	Sau học môn ĐK	P	Trước học môn ĐK	Sau học môn ĐK	P
		$\bar{X} \pm \delta$ (giây)			$\bar{X} \pm \delta$ (giây)		
1	Chạy 60m	$9,5 \pm 0,95$	$8,6 \pm 0,85$	<0,01	$11,7 \pm 1,1$	$10,7 \pm 1,1$	<0,01
2	Chạy 500 - 1000m	320 ± 33	240 ± 23	<0,01	170 ± 18	130 ± 12	<0,01

Nhận xét: So sánh thành tích trước và sau khi học của 2 nội dung kiểm tra ta thấy thấy ở cả 2 nội dung kiểm tra đều có $p < 0,01$ chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác là thành tích của sinh viên sau khi học là tốt hơn trước khi học rất nhiều.

3.2. Kết quả thái độ thực hành môn học điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất

3.2.1. Thống kê số điểm chuyên cần của sinh viên năm thứ nhất

Bảng 3.6. Kết quả điểm chuyên cần của môn học điền kinh năm học 2020 - 2021

TT	Điểm	Số người	Tỷ lệ %	Tỷ lệ điểm
1	10	271	24,9	Đạt 93,8%
2	9	255	23,4	
3	8	200	18,3	
4	7	152	13,9	
5	6	80	7,3	
6	5	55	5,0	
7	4	30	2,8	Không đạt 6,2 %
8	3	15	1,4	
9	2	9	0,8	
10	1	7	0,6	
11	0	7	0,6	

Nhận xét: Sau khi thống kê điểm chuyên cần của sinh viên chúng tôi nhận thấy: Điểm đạt chiếm tỉ lệ 93,8%, không đạt chiếm tỷ lệ 6,2%.

3.2.1. Kết quả về thái độ của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2020 - 2021.

Bảng 3.7. Phỏng vấn thái độ học tập môn học điền kinh năm học 2020 – 2021 (n = 143)

Câu hỏi	Có		Bình thường (ít)		Không	
	n	%	n	%	n	%
Em có thích học môn điền kinh không?	50	35	55	38	38	27
Em có tự giác, tích cực trong giờ học không?	80	56	60	42	3	2
Em có chú ý nghe giảng trong giờ học không?	100	70	40	28	3	2
Em có đi tập ngoại khóa môn điền kinh không?	50	35	57	40	36	25
Trung bình	70	49	53	37	20	14

Nhận xét: Có 49% sinh viên được hỏi trả lời có yêu thích môn học, nhóm câu hỏi yêu thích bình thường chiếm 37%, nhóm câu hỏi không yêu thích chiếm 14%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức thực hành môn học điền kinh

Chúng tôi phỏng vấn 143 sinh viên để đánh giá về nhận thức về kiến thức môn học điền kinh ở bảng 3.1. Ở bảng này nhóm câu hỏi nắm được kiến thức chiếm tỷ lệ cao nhất là 72%, sinh viên nắm được ít kiến thức chiếm tỷ lệ 21%. Số sinh viên không nắm được kiến thức môn điền kinh chiếm được tỷ lệ thấp nhất là 7%. Nhóm câu hỏi nắm được kiến thức chiếm tỷ lệ cao trên 70% chúng tôi cho rằng đó là sinh viên của trường có điểm thi đầu vào cao nên mức độ tiếp thu kiến thức rất nhanh, thứ hai là các giảng viên có phương pháp giảng dạy tốt đã tạo được sự hưng phấn cho người học.

Đánh giá thành tích trước khi học môn điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất. Kết

quả được trình bày ở bảng 3.3. Thành tích kiểm tra ban đầu trước khi học môn điền kinh của của sinh viên năm thứ nhất đối chiếu với chỉ tiêu đạt của bộ môn GDTC và đối chiếu với Quy định về việc đánh giá, xếp loại thể lực học sinh, sinh viên (quyết định số 53/2008/QĐ - BGĐT ngày 18/9/2008) [6] thì thành tích của sinh viên năm thứ nhất vẫn còn yếu, tỷ lệ sinh viên không đạt yêu cầu vẫn còn cao. Thành tích trung bình 60m của nam là $9,5'' \pm 0,95''$. Tỷ lệ không đạt là 60,2%. thành tích trung bình 60m của nữ là $11,7'' \pm 1,1''$, tỷ lệ không đạt là 51,8%. Thành tích trung bình 1000m của nam là $320'' \pm 33''$, tỷ lệ không đạt là 77,2%, thành tích trung bình 500m của nữ là $170'' \pm 18''$, tỷ lệ không đạt là 64,9%. Chúng tôi cho rằng thành tích kiểm tra trước khi học điền kinh của các em chưa cao là các em vừa mới trải

qua kỳ thi tốt nghiệp và xét tuyển đại học nên các em không có thời gian để tập luyện. Mà theo Daxioroxki V.M [2] nếu không tập luyện thường xuyên liên tục thì thành tích sẽ bị giảm sút.

Sau khi học môn học điền kinh chúng tôi kiểm tra, đánh giá và đối chiếu với chỉ tiêu đạt của bộ môn GDTC và đối chiếu với Quy định về việc đánh giá, xếp loại thể lực học sinh, sinh viên (quyết định số 53/2008/QĐ - BGĐT ngày 18/9/2008) [6]. Kết quả được trình bày ở bảng 3.4. Ở bảng 3.4 cho thấy thành tích kiểm tra sau khi học môn điền kinh của của sinh viên năm thứ nhất là rất tốt, tỷ lệ sinh viên đạt yêu cầu cao. Thành tích trung bình 60m của nam là $8,6'' \pm 0.85''$. Tỷ lệ đạt yêu cầu là 96,6%. thành tích trung bình 60m của nữ là $10,7'' \pm 1''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 94,1%. Thành tích trung bình 1000m của nam là $240'' \pm 23''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 95,1%, thành tích trung bình 500m của nữ là $130'' \pm 12''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 97,3%. So sánh thành tích trước và sau tập luyện ở bảng 3.5 có $p < 0.01$ Chúng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác là thành tích sau tập luyện tốt hơn hẳn trước tập luyện. Chúng tôi cho rằng thành tích của các em tốt hơn trước khi học là do các giảng viên đã truyền đạt cho sinh viên tốt kỹ thuật và phương tập luyện. Sinh viên đã nắm được các phương pháp tập luyện và áp dụng vào trong quá trình tập luyện đã có hiệu quả. Mặt khác trong quá trình học tập các em đã tập luyện thường xuyên. Theo Hedoman. R [3] nếu tập luyện thường xuyên liên tục thì các cơ quan, bộ phận trong cơ thể được tăng

cường, củng cố và phát huy ở mức cao nên thành tích tốt hơn.

4.2. Thái độ thực hành môn học điền kinh

Chúng tôi đã tiến hành tổng hợp điểm chuyên cần của giáo viên bộ môn giảng dạy môn điền kinh ở bảng 3.6. Ở bảng 3.6 điểm giỏi chiếm đa số, chiếm 67,5%, điểm khá và trung bình chiếm tỷ lệ thấp là 26,3%. Điểm yếu kém chiếm tỷ lệ rất thấp 6,2%. Qua bảng 3.6 ta thấy ý thức học tập của sinh viên năm thứ nhất của trường là tốt, tỷ lệ sinh viên đạt yêu cầu từ 5 điểm trở nên là rất cao, chiếm 93,8%, trong đó giỏi là 67,5%. Số sinh viên không đạt chiếm tỷ lệ thấp 6,2%.

Để đánh giá thái độ thực hành môn học điền kinh chúng tôi cũng tiến hành phỏng vấn 143 sinh viên, kết quả được trình bày ở bảng 3.7. Qua bảng 3.7 ta thấy thái độ học tập môn điền kinh ở nhóm câu hỏi có yêu thích chiếm 49%, nhóm câu hỏi yêu thích bình thường chiếm 37%, nhóm câu hỏi không yêu thích chiếm 14%.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả và bàn luận chúng tôi có một số kết luận sau đây:

5.1. Kiến thức thực hành môn học điền kinh sinh viên năm thứ nhất.

Tỷ lệ sinh viên nắm được kiến thức môn điền kinh là 72%, Sinh viên nắm được ít kiến thức là 21%. Số sinh viên không nắm được kiến thức là 7%.

Thành tích trước khi học điền kinh: Thành tích trung bình 60m của nam là $9,5'' \pm 0.95''$. đạt là 39,9%. Thành tích trung bình 60m của

nữ là $11,7'' \pm 1,1''$, đạt 48.2 %. Thành tích trung bình 1000m của nam là $320'' \pm 33''$, đạt là 22.8 %, thành tích trung bình 500m của nữ là $170'' \pm 18''$, không đạt yêu cầu là 35.1 %.

Thành tích sau khi học điền kinh: Thành tích trung bình 60m của nam là $8,6'' \pm 0.85''$. Đạt yêu cầu là 96,6%. Thành tích trung bình 60m của nữ là $10,7'' \pm 1.0''$, tỷ lệ đạt yêu cầu là 94,1%. Thành tích trung bình 1000m của nam là $240'' \pm 23''$. Đạt yêu cầu là 95,1%, thành tích trung bình 500m của nữ là $130'' \pm 12''$. Đạt yêu cầu là 97,3%.

5.2. Thái độ thực hành môn học điền kinh sinh viên năm thứ nhất

Tỷ lệ đạt chiếm 93.8 %, nhóm câu hỏi có yêu thích 49%, nhóm câu hỏi yêu thích bình thường 37%, nhóm câu hỏi không yêu thích 14%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả chúng tôi có khuyến nghị sau:

Cần tiếp tục đưa môn điền kinh vào học tập, rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể chất

cho sinh viên trường đại học Y Dược Hải Phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aulic.I.V (1982)**. Đánh giá trình độ tập luyện thể thao. NXB TDTT Hà Nội.
2. **Daxioroxki V.M (1978)**. Các tổ chất thể lực của VĐV. NXB TDTT Hà Nội
3. **Hedoman. R (2000)**, Sinh lý thể thao cho mọi người, NXB TDTT, Hà Nội.
4. **Một số văn bản về xã hội hoá TDTT** trong thời kỳ đổi mới ở Việt Nam (1996), NXB TDTT, Hà Nội.
5. **Bộ Giáo dục và đào tạo (1996)**, Quy hoạch phát triển TDTT ngành GD&ĐT thời kỳ 1996 - 2000 và định hướng đến năm 2025.
6. **Bộ Giáo dục và đào tạo (2008)**, Quy định về việc đánh giá, xếp loại thể lực học sinh, sinh viên,(quyết định số 53/2008/QĐ - BGĐT ngày 18/9/2008).
7. **Nguyễn Khánh Hưng, Nhữ Văn Thuận (2017)**. Đánh giá thành tích môn học điền kinh cho sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

NGHIÊN CỨU CÁC TÁC DỤNG PHỤ TRÊN DA SAU KHI TIÊM VACCINE PHÒNG BỆNH COVID-19

Nguyễn Thị Liên*, Phạm Thị Thu Trang*,
Nguyễn Thị Lệ Thủy*, Lưu Huệ Phương*, Cao Việt Phương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1232 sinh viên Đại Học Y Dược Hải Phòng đã tiêm đủ 2 mũi vaccine phòng Covid-19 từ 01/7 đến 20/11/2021 với mục tiêu mô tả tỷ lệ, đặc điểm các tác dụng phụ trên da sau khi tiêm vaccin phòng Covid 19. Kết quả nghiên cứu thấy tỷ lệ các phản ứng trên da ngoài vị trí tiêm, sau mũi 1 là 7,5% sau mũi 2 là 8,9% thấp hơn so với tỷ lệ các phản ứng trên da tại vị trí tiêm (51,4% sau tiêm mũi 1; 48,6% sau tiêm mũi 2). 78,9% các phản ứng tại vị trí tiêm xuất hiện sớm ngay trong ngày đầu tiên sau tiêm và ở mức độ nhẹ. Trong các phản ứng ngoài vị trí tiêm dát đỏ sần phù là triệu chứng có tỷ lệ nặng phải nhập viện cao nhất là 11,6%. Kết luận: Tác dụng phụ trên da sau khi tiêm vaccine phòng Covid-19, biểu hiện chủ yếu tại vị trí tiêm. Các triệu chứng tại chỗ tiêm xuất hiện sớm ngay trong ngày đầu tiên sau tiêm và ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: Tác dụng phụ trên da, vaccine, Covid-19.

SUMMARY

RESEARCH CUTANEOUS REACTIONS AFTER COVID-19 VACCINATION

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên
Email: ntlien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.3.2022
Ngày duyệt bài: 20.6.2022

A cross-sectional descriptive study was carried out on 1232 students of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy who received 2 full doses of Covid-19 vaccine from 7/2021-11/2021 with the goal of describing the rate and characteristics side effects on the skin after vaccination with Covid 19. Research results show that the rate of skin reactions outside the injection site, 7,5% after the 1st dose, 8,9% after the 2nd dose, lower than that of the rate of skin reactions at the injection site (51.4% after 1st dose – 48,6% after 2nd dose). 78,9% of reactions at the injection site appeared early within the first day after injection and were of mild severity. Among the reactions outside the injection site eryderma is the symptom with the highest rate of serious hospitalization (11,6%). Conclusion: Side effects on the skin after vaccination with Covid-19, mainly at the injection site. Injection site symptoms appeared early within the first day after injection and were of mild severity.

Keyword: vaccination COVID-19, cutaneous reactions,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh COVID-19, được xác định lần đầu tiên tháng 1/2020, bệnh do virus corona gây nên, lây lan nhanh, trở thành đại dịch trên ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống, sức khỏe trong toàn cầu. Trong bối cảnh dịch bùng phát, vaccine được xác định là biện pháp y tế quan trọng nhất để bảo vệ sức khỏe. Tác động sinh miễn dịch của vaccine

có hiệu lực bảo vệ cơ thể khỏi sự tấn công của virus, đồng thời gây ra những phản ứng phụ sau khi tiêm. Trên thế giới đã có những nghiên cứu theo dõi tác dụng phụ biểu hiện trên da sau khi tiêm vaccine phòng bệnh Covid 19 [1][2][3][4]. Ở Việt Nam, chúng tôi chưa tham khảo được nghiên cứu báo cáo biểu hiện tác dụng phụ của tiêm vaccine phòng Covid 19 trên da. Từ tháng 7 năm 2021, tiêm vaccine phòng Covid 19 được thực hiện cho sinh viên Đại học Y Dược Hải Phòng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả tỷ lệ, đặc điểm các tác dụng phụ trên da sau khi tiêm vaccine Covid 19 trên những sinh viên đã thực hiện tiêm phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Là sinh viên (SV) Đại học Y Dược Hải Phòng đã tiêm đủ 2 mũi vaccine phòng Covid-19 từ 01/7 đến 20/11/2021. Tiêu chuẩn chọn: Sinh viên Đại học Y Dược Hải Phòng đã tiêm đủ 2 mũi vaccine phòng Covid-19 từ 01/7 đến 20/11/2021; không dùng các thuốc hạ sốt, giảm đau, corticoid, kháng histamine H1 tại thời điểm tiêm vaccine; đồng ý tham gia. Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên chưa tiêm đủ 2 mũi vaccine; dùng các thuốc hạ sốt, giảm đau, corticoid, kháng histamine H1 tại thời điểm tiêm vaccine; SV không đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ 01/7/2021 đến 20/11/2021 tại trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cơ mẫu nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gửi phiếu thu thập thông tin sau khi tiêm vaccine đến các SV

Đại học Y - Dược Hải Phòng đã tham gia tiêm phòng Covid 19 từ 01/7/2021 đến 30/11/2021. Đánh giá các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, kết quả lựa chọn được 1232 phiếu thông tin đủ tiêu chuẩn.

2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Thống kê đối tượng nghiên cứu theo từng loại vaccine đã sử dụng. Ghi nhận các tổn thương da xuất hiện tại vị trí tiêm (sưng cục, mẩn dát đỏ, đau nhức tại vị trí tiêm) sau tiêm vaccine lần 1; sau tiêm vaccine lần 2; sau cả 2 lần tiêm vaccine. Các tác dụng phụ rải rác toàn thân ngoài vị trí tiêm (dát đỏ, sẩn phù; sẩn cục; mụn nước dạng herpes) sau tiêm vaccine lần 1; sau tiêm vaccine lần 2; sau cả 2 lần tiêm vaccine. Ở các đối tượng xuất hiện xuất hiện các tác dụng phụ trên da, tính sau cả 2 lần tiêm, đánh giá mức độ của tác dụng phụ theo các mức nhẹ - vừa - nặng. Trong đó, mức độ nhẹ là các trường hợp có tác dụng phụ nhưng không cần dùng thuốc điều trị triệu chứng. Vừa: các triệu chứng mức độ vừa chỉ dùng thuốc điều trị tại nhà. Nặng: phải nhập viện điều trị các triệu chứng sau tiêm vaccine. Ở các đối tượng xuất hiện xuất hiện các tác dụng phụ trên da, tính sau cả 2 lần tiêm, ghi nhận thời điểm xuất hiện các tác dụng phụ này theo các mốc thời gian: ở tuần 1 sau tiêm (ngay trong ngày đầu tiêm vaccine; ngày 2 – ngày 4; ngày 5- ngày 7); Tuần thứ 2 sau tiêm.

2.5. Thu thập thông tin nghiên cứu

Xây dựng bộ câu hỏi để thu thập thông tin nghiên cứu sau khi tiêm vaccine phòng Covid 19.

Gửi phiếu thu thập thông tin đến sinh viên Đại học Y - Dược Hải Phòng đã tham gia tiêm phòng Covid 19 từ 01/7/2021 đến 30/11/2021

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22 và Excel 2010. Tính số lượng và tỉ lệ phần (%). Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ % bằng chi-square test, tính p. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường ĐHY Dược Hải Phòng. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng

tham gia và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thu thập thông tin về các phản ứng trên da sau tiêm phòng Covid-19 ở sinh viên ĐHY Dược Hải Phòng, từ 01/7/2021 đến 20/11/2021, chúng tôi phân tích 1232 trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong giai đoạn nghiên cứu của chúng tôi, sinh viên được sử dụng 3 loại vaccine là AstraZeneca, Sinopharm, m-ARN vaccine.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo từng loại vaccine đã tiêm

Loại vaccine	n	%
AstraZeneca	484	37,3
Sinopharm	420	33,8
m-RNA	328	28,8
Tổng	1232	100

Nhận xét: Có 3 loại vaccine được sử dụng trong giai đoạn nghiên cứu, trong đó tỷ lệ cao nhất là vaccine AstraZeneca chiếm 37,3%

Bảng 2. Tỷ lệ tổn thương da tại vị trí tiêm sau khi tiêm mũi 1

Tác dụng phụ tại vị trí tiêm	AstraZeneca (n = 484)	Sinopharm (n = 420)	m-ARN vaccine (n= 328)	Tổng (n=1232)	P
Có	297 (61,3%)	194 (46,3%)	158 (48,2%)	649 (52,7%)	0,0005
Không	187 (38,7%)	226 (53,7)	170 (51,8%)	583 (47,3%)	

Sau khi tiêm vaccine mũi 1, 649/1232 (52,7%) có tác dụng phụ tại vị trí tiêm. Trong nhóm tiêm AstraZeneca, có 61,3% gặp tác dụng phụ tại vị trí tiêm, tỷ lệ này là cao nhất trong 3 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3. Tỷ lệ tổn thương da tại vị trí tiêm sau khi tiêm mũi 2

Tác dụng phụ tại vị trí tiêm	AstraZeneca (n = 484)	Sinopharm (n = 420)	m-ARN vaccine (n= 328)	Tổng (n=1232)	P
Có	215 (44,4%)	188 (44,8%)	211 (64,3%)	614 (49,8%)	0,0005
Không	269 (55,6%)	232 (55,2%)	117 (35,7%)	618 (50,2%)	

Sau khi tiêm vaccine mũi 2, 614/1232 (49,8%) có tác dụng phụ tại vị trí tiêm. 64,3% nhóm tiêm m-ARN vaccine gặp tác dụng phụ tại vị trí tiêm tỷ lệ này là cao nhất trong 3 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Các hình thái tổn thương da ngoài vị trí tiêm, sau khi tiêm mũi 1

Loại vaccine Hình thái tổn thương da sau tiêm vaccin	AstraZeneca (n = 484)	Sinophar (n = 420)	m-ARN vaccine (n = 328)	Tổng (n=1232)	p
	35 (7,2%)	40(9,5%)	18(5,5%)	93(7,5%)	0,110
Dát đỏ, sẩn phù	19(3,9%)	24(5,7%)	11(4,3%)	54(4,4%)	0,791
Sẩn cục	10(2,1%)	13(3,1%)	6(1,8%)	29(2,4%)	
Mụn nước dạng herpes	6(1,2%)	3(0,7%)	1(0,3%)	10 (0,8%)	

Sau khi tiêm vaccine mũi 1, 7,5% (93/1232) số người tiêm biểu hiện tác dụng phụ trên da ngoài vị trí tiêm. Nhóm tiêm Sinopham gặp tác dụng phụ ngoài vị trí tiêm cao hơn so với 2 nhóm còn lại (9,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Các hình thái tổn thương da ngoài vị trí tiêm, sau khi tiêm mũi 2

Loại vaccine Hình thái tổn thương da sau tiêm vaccin	AstraZeneca (n = 484)	Sinopharm (n = 420)	m-ARN vaccine (n = 328)	Tổng (n=1232)	p
	37 (7,7%)	36(8,6%)	37(11,3%)	110(8,9%)	0,193
nhóm đã có phản ứng ở mũi 1	11/35 (31,4%)	12/40 (30%)	5/18 (27,8%)	28/93 (30,1%)	0,999
Dát đỏ, sẩn phù	7/19 (36,8%)	7/24 (29,2%)	3/11 (27,3%)	17/54	0,999
Sẩn cục	4/10 (40%)	5/13 (38,5%)	2/6 (33,3%)	11/29	
Mụn nước dạng herpes	0	0	0	0	
nhóm chưa có phản ứng ở mũi 1	26/484 (5,4%)	24/420 (5,7%)	32/328 (9,7%)	82/1232 (6,7%)	0,030
Dát đỏ, sẩn phù	17 (3,5%)	11 (2,6%)	17 (5,2%)	45 (3,6%)	0,733
Sẩn cục	7 (1,5%)	10 (2,4%)	12 (3,7%)	29 (2,3%)	
Mụn nước dạng herpes	2 (0,4%)	3 (0,7%)	3 (0,9%)	8 (0,6%)	

Sau khi tiêm vaccine mũi 2 có 110/1232 (8,9%) trường hợp biểu hiện tác dụng phụ trên da ngoài vị trí tiêm. Nhóm tiêm m-ARN vaccine gặp tác dụng phụ ngoài vị trí tiêm cao hơn so với 2 nhóm còn lại (11,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Trong số những người gặp tác dụng phụ trên da sau tiêm mũi 1, có 28/93(30,1%)

lặp lại các tác dụng phụ tương tự sau tiêm mũi 2, sự khác biệt giữa các nhóm vaccine không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong các tác dụng phụ ngoài vị trí tiêm, tỷ lệ có dát đỏ sẩn phù cao hơn triệu chứng mụn nước dạng herpes, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

Bảng 6. Thời điểm xuất hiện các tổn thương da

Thời điểm Hình thái	Tuần 1			Tuần 2
	Trong ngày đầu sau tiêm	2-4 ngày	5-7 ngày	
Phản ứng tại vị trí tiêm (sau cả 2 lần tiêm, n=1263)	997 (78,9%)	266 (21,1%)	0	0
Phản ứng ngoài vị trí tiêm (sau cả 2 lần tiêm, n=203)				
Dát đỏ, sẩn phù	0	94 (81%)	22 (18,9%)	0
Sẩn cục	0	27 (39,1%)	42 (60,9%)	0
Mụn nước dạng herpes	0	0	11 (61,1%)	7 (38,9%)

Trong các trường hợp có tác dụng phụ tại vị trí tiêm, 78,9% trường hợp xuất hiện sớm ngay trong ngày đầu tiên sau tiêm.

Các phản ứng ngoài vị trí tiêm thường xuất hiện sau 24 giờ sau tiêm. 81% các trường hợp dát đỏ xuất hiện trong khoảng ngày 2-4 sau tiêm. 60,9% sẩn cục, 61,1% mụn nước dạng herpes xuất hiện ở khoảng ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 sau tiêm.

Bảng 7. Mức độ các tổn thương da sau tiêm

Mức độ Hình thái	Nhẹ	Vừa	Nặng
Phản ứng tại vị trí tiêm (sau cả 2 lần tiêm, n=1263)	997 (78,9%)	266 (21,1%)	0
Phản ứng ngoài vị trí tiêm (sau cả 2 lần tiêm, n=203)			
Dát đỏ, sẩn phù	66 (56,9%)	33(28,4%)	17(14,7%)
Sẩn cục	40(58%)	29(42%)	0
Mụn nước dạng herpes	14(77,8%)	4(22,2%)	0

Trong số các trường hợp có phản ứng tại vị trí tiêm, 997/1263 (78,9%) các phản ứng mức độ nhẹ, không cần dùng thuốc điều trị triệu chứng.

Trong các phản ứng ngoài vị trí tiêm, dát đỏ sần phù là triệu chứng có tỷ lệ nặng phải nhập viện là 11,6%, các triệu chứng ngoài vị trí tiêm khác như sần cục, mụn nước dạng herpes không có trường hợp nặng phải nhập viện điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Các tác dụng phụ trên da sau khi tiêm vaccine Covid 19 được mô tả trong cả các thử nghiệm lâm sàng và trong thực hành tiêm chủng. Các tác giả đề xuất chia thành 2 nhóm chính bao gồm các phản ứng khu trú tại vị trí tiêm và các phản ứng ngoài vị trí tiêm [1][2]. Phản ứng tại vị trí tiêm biểu hiện là tình trạng sưng cục, dát đỏ và đau các phản ứng ngoài vị trí tiêm thường gặp là dát đỏ, sần phù lan tỏa; sần cục và các mụn nước dạng herpes ở 1 vị trí bất kì trên cơ thể [1][2][3][4]. Thu thập thông tin về các phản ứng trên da sau tiêm phòng Covid-19 ở sinh viên ĐHYD Hải Phòng, từ 01/7/2021 đến 20/11/2021, chúng tôi phân tích 1232 trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 2,3 cho thấy sau khi tiêm vaccine mũi 1, có 52,7%; sau khi tiêm vaccine mũi 2, có 49,8% có tác dụng phụ tại vị trí tiêm.

Các phản ứng trên da ngoài vị trí tiêm tương đối đa dạng, tuy nhiên ít gặp hơn phản ứng tại vị trí tiêm. Trong các báo cáo loạt ca bệnh ghi nhận các triệu chứng ngoài vị trí tiêm gồm phát ban dát sần, bệnh hồng ban dạng vảy nến phát ban, sự tái hoạt động của virus varicella zoster, liken phẳng, ban đỏ bùng phát quá mẫn đa dạng và không đặc hiệu [1],[2]. Nghiên cứu của chúng tôi, kết

quả bảng 4,5 cho thấy tỷ lệ các phản ứng trên da ngoài vị trí tiêm, sau mũi 1 là 7,5% sau mũi 2 là 8,9% thấp hơn so với tỷ lệ các phản ứng trên da tại vị trí tiêm. So với sau tiêm mũi 1, nhóm tiêm vaccine astraZeneca và sinopham, tỷ lệ tác dụng phụ sau khi tiêm mũi 2 thấp hơn; nhóm tiêm m-ARN vaccine tỷ lệ tác dụng phụ sau khi tiêm mũi 2 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Fernandez-Nieto D đánh giá tác dụng phụ của vaccine mRNA sau tiêm có 54% bệnh nhân sau liều Moderna đầu tiên và 70% sau liều thứ hai xuất hiện phản ứng tại vị trí tiêm. Các biểu hiện phổ biến nhất của phản ứng tại chỗ tiêm là sưng (44% sau liều đầu tiên, 68% sau liều thứ hai), dát đỏ (49% và 67%) và đau (35% và 59%) [3].

Trong số những người gặp tác dụng phụ trên da ngoài vị trí tiêm ở lần tiêm thứ nhất, kết quả bảng 4,5 cho thấy có 28/93(26,7%) lặp lại các tác dụng phụ tương tự ở lần tiêm thứ 2, không có sự khác biệt giữa các nhóm vaccine ($p > 0,05$). So sánh giữa tiêm mũi 1 và tiêm mũi 2, nhóm tiêm AstraZeneca và nhóm tiêm vaccine loại m-RNA có tỉ lệ gặp tác dụng phụ ngoài vị trí tiêm sau tiêm mũi 2 (7,7% và 11,3%) cao hơn so với sau tiêm mũi 1 (7,2% và 5,5%); nhóm tiêm Sinopham có tỉ lệ gặp tác dụng phụ sau tiêm mũi 2 (8,6%) thấp hơn so với sau tiêm mũi 1 (9,5%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm nghiên cứu, vaccine phòng covid 19 được tổ chức Y tế thế giới cấp phép sử dụng khẩn cấp. Chưa có đầy đủ các nghiên cứu phân tích cơ chế xảy ra các tác dụng không mong muốn ngoài tác dụng phòng bệnh. Nghiên cứu của các tác giả trên các nhóm vaccine đã được sử dụng cho nhiều kết quả khác nhau. Tham khảo nghiên cứu đánh giá tác dụng phụ của vaccine sinopham cho thấy, các tác

dụng phụ sau liều vaccine đầu tiên là đau tại chỗ tiêm, mệt mỏi và nhức đầu phổ biến hơn ở những người tham gia từ ≤ 49 tuổi so với > 49 tuổi, trong khi đau tại vị trí tiêm vaccine, mệt mỏi, hôn mê, đau đầu và đau nhức là những tác dụng phụ phổ biến nhất sau tiêm liều thứ hai ở cả hai nhóm [2]. Tác giả Selami Aykut Temiz, nghiên cứu các đối tượng tiêm vaccine nhóm mRNA, phân tích 405 trường hợp biểu hiện tác dụng phụ trên da sau khi tiêm. Kết quả của tác giả này cho thấy, các phản ứng trên da được phân loại tại vị trí tiêm ('COVID arm', 32,1%), mề đay (14,6%), ban đỏ đa dạng (8,9%); ngoài vị trí tiêm là các phản ứng dạng sẩn phù (6,4%), ban xuất huyết (4%). Sự tái hoạt động của virus varicella zoster và herpes simplex chiếm 13,8% [4].

Phân tích thời điểm xuất hiện và mức độ nặng của các phản ứng phụ, kết quả bảng 6, bảng 7 cho thấy 78,9% các phản ứng tại vị trí tiêm xuất hiện sớm ngay trong ngày đầu tiên sau tiêm và ở mức độ nhẹ. Người được tiêm thấy khó chịu tại vị trí tiêm nhưng không cần dùng thuốc để kiểm soát triệu chứng. Các phản ứng ngoài vị trí tiêm thường xuất hiện sau 24 giờ sau tiêm. Trong đó, dát đỏ sẩn phù là triệu chứng có tỷ lệ nặng phải nhập viện cao nhất là 11,6%. Các triệu chứng ngoài vị trí tiêm khác như sẩn cục, mụn nước dạng herpes không có trường hợp nặng phải nhập viện điều trị.

Các phản ứng trên da sau khi tiêm vaccine phòng Covid 19, đặc biệt là các phản ứng ngoài vị trí tiêm tương đối đa dạng. Hầu hết các phản ứng ở mức độ nhẹ đến trung bình và tự hồi phục. Kiến thức về những phản ứng này trong quá trình tiêm chủng có thể giúp các chuyên gia chăm sóc và giải thích cho bệnh nhân về các phản ứng có thể gặp giúp giải quyết các vấn đề bệnh nhân quan tâm [4]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tác dụng phụ trên da ở 1232 sinh viên Đại học Y - Dược Hải Phòng sau khi tiêm 2 mũi vaccine phòng Covid 19, từ 7/2021 đến 11/2021, kết quả tỷ lệ các phản ứng trên da ngoài vị trí tiêm thấp hơn so với tỷ lệ các phản ứng trên da tại vị trí tiêm lần lượt là 7,5% so với 51,4% sau tiêm mũi 1 và 8,9% so với 48,6% sau tiêm mũi 2. Trong các trường hợp có phản ứng tại vị trí tiêm, 78,9% xuất hiện sớm ngay trong ngày đầu tiên sau tiêm và ở mức độ nhẹ. Các phản ứng ngoài vị trí tiêm chủ yếu xuất hiện sau 24 giờ sau tiêm. Trong đó, dát đỏ sẩn phù là triệu chứng có tỷ lệ nặng phải nhập viện cao nhất là 11,6%, các triệu chứng ngoài vị trí tiêm khác như sẩn cục, mụn nước dạng herpes không có trường hợp nặng phải nhập viện điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Catal a et al:** Cutaneous reactions after SARS-CoV-2 vaccination: a cross-sectional Spanish nationwide study of 405 cases British Journal of Dermatology (2021) 13 July 2021
2. **B.Q. Saeed, R. Al-Shahrabi, S.S. Alhaj et al.** Side effects and perceptions following Sinopharm COVID-19 vaccination. International Journal of Infectious Diseases 111 (2021) 219–226
3. **Fernandez-Nieto D, Hammerle J, Fernandez-Escribano M et al.** Skin manifestations of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in healthcare workers. 'COVID-arm': a clinical and histological characterization. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021; 35:e425–7.
4. **Selami Aykut Temiz MD1 et al.:** Cutaneous and Allergic reactions due to COVID-19. vaccinations: A review. J Cosmet Dermatol. 2021;00:1–9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM Ở TRẺ BỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN SỞI TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ GREEN NĂM 2018-2019

Trần Thị Hải Yến*, Phạm Thị Ngọc*, Vũ Văn Quang*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do virus sởi (họ paramyxovirus) gây nên, biểu hiện đặc trưng là sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban, có thể dẫn đến nhiều biến chứng. Tổn thương hô hấp rất thường gặp trong sởi, có thể do chính virus sởi hoặc có thể là do biến chứng suy giảm miễn dịch của bệnh. Biến chứng viêm phổi có thể gặp ở 80% số trẻ mắc bệnh sởi và chiếm 20 - 100% nguyên nhân tử vong do sởi ở các nước đang phát triển. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là phương pháp nghiên cứu hồi cứu tiến hành trên 98 trẻ được chẩn đoán viêm phổi liên quan đến sởi tại khoa Nhi bệnh viện Quốc tế Green. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có viêm phổi khi mắc sởi là 86%. Số ca mắc bệnh cao nhất là tháng 3 và tháng 4 năm 2019, sau đó giảm dần và kết thúc vào tháng 7/ 2019. Có 51,8% bệnh nhân chưa được tiêm mũi vaccin sởi nào, 39,9% trẻ mới được tiêm 1 mũi vaccin sởi. Chỉ có 13,5% trẻ đã hoàn thành đủ 2 liều vaccin sởi. Đa số bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của bệnh sởi và viêm phổi. Triệu chứng suy hô hấp gặp ở 4/98 bệnh nhân. Có 13% bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi trên lâm sàng nhưng kết quả X quang ngực bình thường. Có 29,6% bệnh nhân có giảm số lượng bạch cầu,

và 19,4% có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi. 51% bệnh nhân có giảm bạch cầu lympho. **Kết luận.** Số lượng trẻ mắc bệnh tăng cao nhất vào các tháng 3 và 4 năm 2019. Phần lớn trẻ chưa tiêm đủ hai mũi vaccin sởi. Đa số bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng điển hình của sởi và của viêm phổi.

Từ khoá: sởi, viêm phổi liên quan đến sởi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH MEASLES-ASSOCIATED PNEUMONIA AT THE PEDIATRIC DEPARTMENT OF GREEN INTERNATIONAL HOSPITAL 2018-2019

Introduction: Measles is an infectious disease of respiratory tract caused by the measles virus (paramyxovirus family), characterized by fever, respiratory tract inflammation, conjunctivitis, and rash, which can lead to many complications. Respiratory damage is very common in measles, which may be caused by the measles virus itself or may due to immunodeficiency. Pneumonia can occur in 80% of children with measles and account for 20 – 100% deaths from measles in developing countries. **Materials and Methods:** This is a retrospective study method conducted on 98 children who were diagnosed with measles – associated pneumonia at the Pediatrics Department of Green International Hospital. **Results:** The rate of patients with pneumonia when having measles was 86%. The highest number of cases was in March and April 2019,

*Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Yến

Email: tthyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.03.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 18.6.2022

then gradually decreased and ended in July 2019. There were 51.8% of patients who had not received any dose of measles vaccine, 39.9% of children had just received one dose of measles vaccine. Only 13.5% of children completed 2 doses of measles vaccine. The majority of patients have had the full clinical spectrum of measles and pneumonia. Symptoms of respiratory failure were seen in 4/98 patients. 13% of patients were clinically diagnosed with pneumonia but chest X-ray results were normal. There were 29.6% patients with decreased white blood cell count, and 19.4% with increased leukocytes in the peripheral blood. 51% of patients had lymphopenia. **Conclusions:** The highest number of cases were increased in March and April 2019. Most children had not received two doses of measles vaccine. Most patients had clinical symptoms of measles and pneumonia. There are 4/98 patients with respiratory failure. 13% of patients had a normal chest X-ray. There were 29.6% patients with decreased white blood cell count.

Keyword: measles, measles-associated pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do virus sởi (họ paramyxovirus) gây nên, biểu hiện đặc trưng là sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban, có thể dẫn đến nhiều biến chứng. Bệnh thường xảy ra vào mùa đông xuân, chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi nhưng cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn chưa được tiêm phòng hoặc đã tiêm phòng nhưng không đầy đủ. Mặc dù đã có vaccin phòng bệnh sởi an toàn và hiệu quả nhưng năm 2018 bệnh sởi vẫn bùng phát mạnh mẽ

tại Việt Nam và nhiều nước trên thế giới (2). Tổn thương hô hấp rất thường gặp trong sởi, có thể do chính virus sởi hoặc có thể là do biến chứng suy giảm miễn dịch của bệnh. Biến chứng viêm phổi có thể gặp ở 80% số trẻ mắc bệnh sởi và chiếm 20 - 100% nguyên nhân tử vong do sởi ở các nước đang phát triển. Để giúp cho quá trình điều trị và tiên lượng bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến sởi, chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu “*đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi liên quan đến sởi ở trẻ em tại khoa Nhi bệnh viện Quốc tế Green từ năm 2018 – 2019*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu:

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ nhi dưới 15 tuổi được chẩn đoán sởi có biến chứng viêm phổi dựa trên hướng dẫn chẩn đoán bệnh sởi của Bộ Y tế năm 2014 (3) và Chẩn đoán viêm phổi và phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi của Bộ y tế năm 2014 (4).

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có sốt, phát ban nhưng không có dịch tể tiếp với bệnh nhân sởi hoặc các xét nghiệm chẩn đoán sởi (PCR virus sởi hoặc IgM virus sởi) âm tính.

- Bệnh nhân khởi phát bệnh sởi khi đang điều trị viêm phổi tại cộng đồng hoặc bệnh viện (triệu chứng của viêm phổi xuất hiện trước khi khởi phát ban sởi ít nhất 5 ngày).

- Bệnh nhân có được chẩn đoán các bệnh lý suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải trước đó.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/10/ 2018 đến ngày 31/07/2019

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nhi bệnh viện Quốc tế Green.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả trẻ nhi phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu đều được tham gia nghiên cứu. Bao gồm 98 trẻ đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, điều trị tại khoa Nhi bệnh viện quốc tế Green từ tháng 1/10/ 2018 đến tháng 31/7/2019.

2.2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu chính

- Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng

- Đặc điểm cận lâm sàng

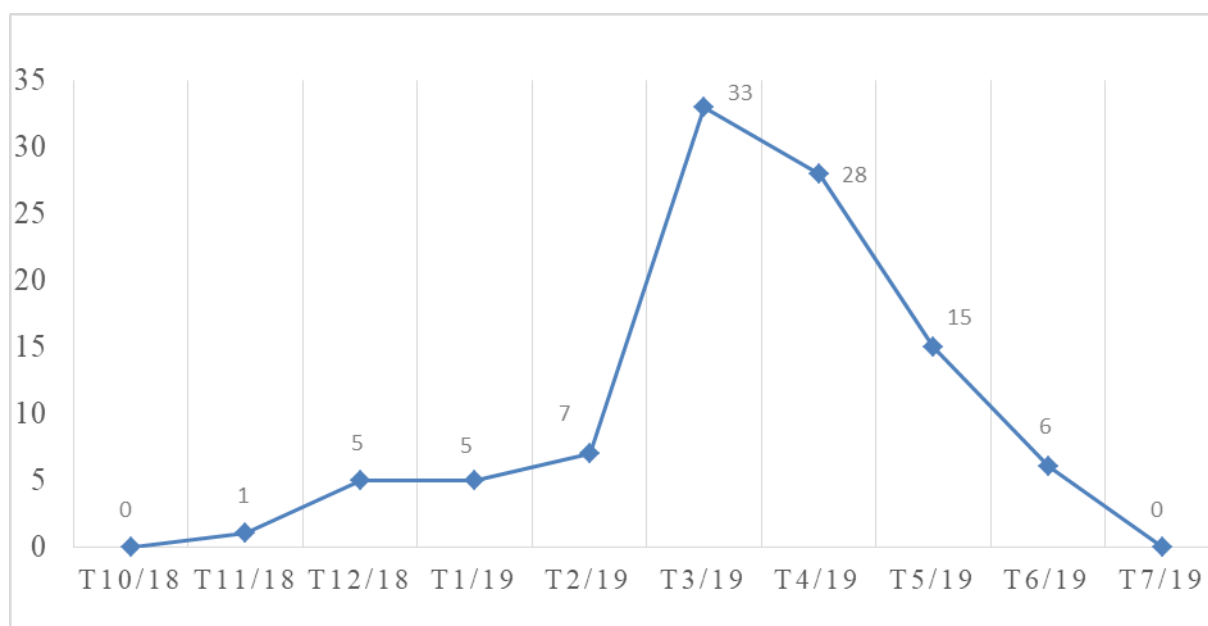
2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập hồi cứu thông tin của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ bệnh án điều trị của bệnh nhân tại bệnh viện. Mỗi bệnh nhân có một bệnh án nghiên cứu riêng, nội dung thông tin thu thập thống nhất.

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS 20.0

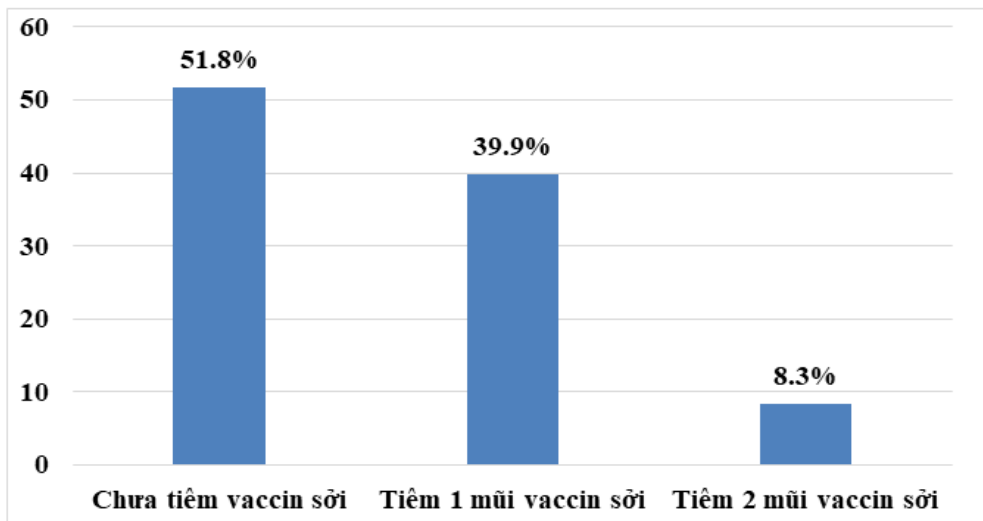
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu nhận được 114 bệnh nhân được chẩn đoán sởi tại bệnh viện Quốc tế Green từ tháng 1/10/ 2018 đến ngày 31/7/2019. Trong đó có 98 ca được chẩn đoán là viêm phổi liên quan đến sởi, chiếm tỷ lệ 86%.



Hình 3.1: Phân bố bệnh nhân viêm phổi do sởi theo tháng trong vụ dịch sởi 2018 – 2019

Nhận xét: Số bệnh nhân cao nhất vào tháng 3/ 2019 với 33 bệnh nhân. Các tháng tiếp theo số bệnh nhân giảm dần và kết thúc vào tháng 7/2019 khi chỉ ghi nhận 1 ca mắc viêm phổi do sởi



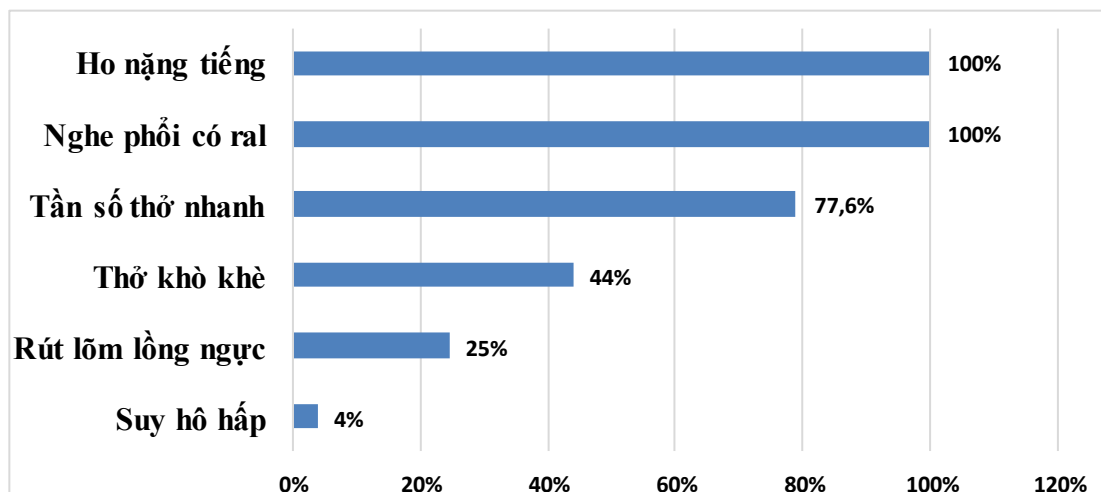
Hình 3.2. Tỷ lệ tiêm phòng sởi của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến sởi

Nhận xét: Có 51,8% bệnh nhân chưa được tiêm mũi vaccin sởi nào, 39,9% trẻ mới được tiêm 1 mũi vaccin sởi. Chỉ có 13,5% trẻ đã hoàn thành đủ 2 liều vaccin sởi.

Bảng 3.1. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của sởi

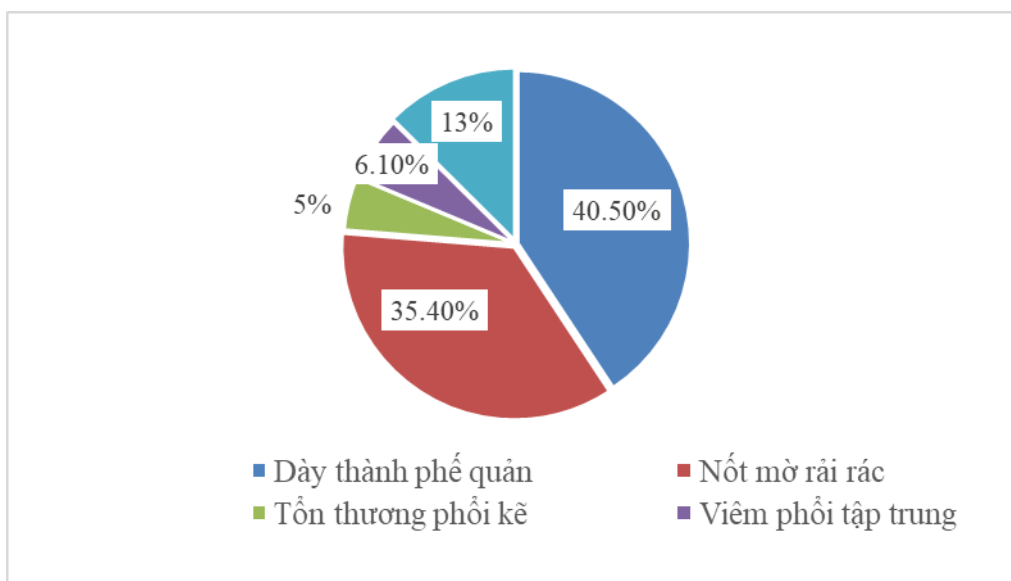
Triệu chứng lâm sàng	Tần suất gặp	Số ngày tồn tại triệu chứng (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) ngày
Sốt	100%	$6 \pm 2,2$
Phát ban đỏ toàn thân	100%	$5 \pm 2,5$
Viêm long đường hô hấp	100%	$7 \pm 1,8$
Hạt Koplik	53,8%	$3 \pm 1,5$
Mắt đỏ không dữ	97%	$4, 5 \pm 1,5$

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của bệnh sởi.



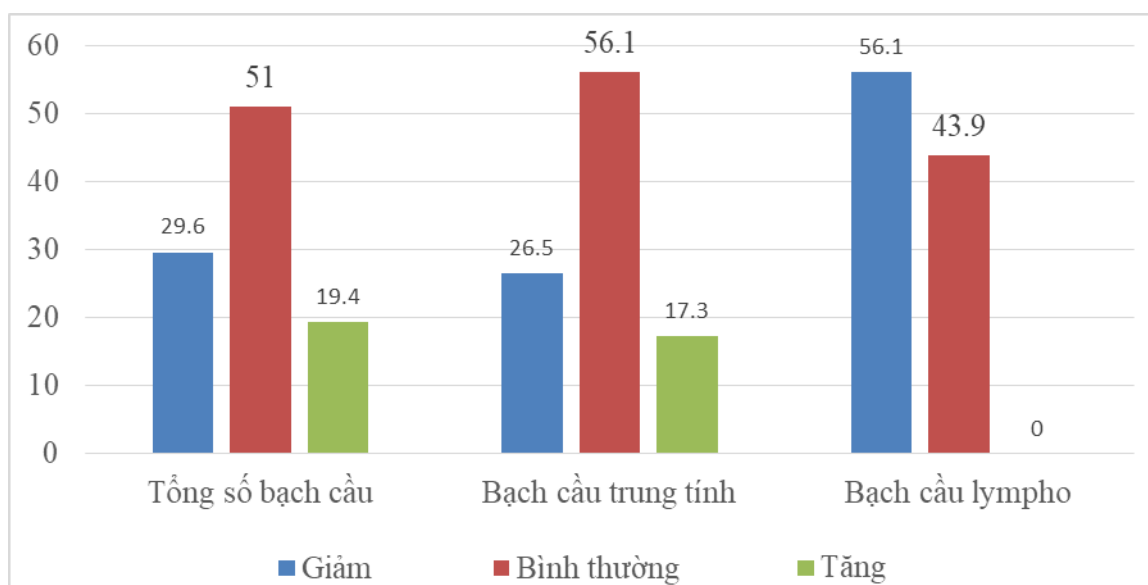
Hình 3.3. Tần suất gặp các triệu chứng hô hấp của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến sởi

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có triệu chứng điển hình của viêm phổi. Có 4/98 trẻ bị suy hô hấp.



Hình 3.4. Tỷ lệ các hình ảnh trên Xquang phổi ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến sỏi

Nhận xét: Có 13% trường hợp Xquang phổi không phát hiện thấy tổn thương.



Hình 3.5. Tỷ lệ các biến đổi trong công thức bạch cầu máu ngoại biên

Nhận xét: Có 29,6% bệnh nhân có giảm số lượng bạch cầu, và 19,4% có tăng bạch cầu.

IV. BÀN LUẬN

Theo số liệu từ hình 1, tại bệnh viện đa khoa quốc tế Green ghi nhận ca nhập viện

đầu tiên với chẩn đoán sỏi là vào tháng 11/ 2019. Số ca mắc các tháng sau đó tiếp tục tăng cao và đạt đỉnh là vào tháng 3/ 2019. Do

đó các ca viêm phổi liên quan đến sởi cũng tăng cao nhất vào tháng này với 33 ca. Sau đó các ca mắc sởi xu hướng giảm dần, đến tháng 8/2019 số ca mắc mới bệnh sởi giảm đáng kể và cũng chỉ ghi nhận 1 trường hợp viêm phổi liên quan đến sởi nhập viện. Đây cũng là tình hình chung theo ghi nhận của các báo cáo trong nước và quốc tế cùng thời điểm. Tại Mỹ, theo báo cáo của tác giả Jane R. Zucker dịch sởi bùng phát trở lại sau vào năm 2018 sau 18 năm nước Mỹ tuyên bố đã loại trừ dịch sởi. Đỉnh điểm của dịch sởi cũng được ghi nhận là vào tháng 3 – 4/ 2019, với hơn 60 000 ca mắc mới/ ngày chỉ tính riêng tại New York (1). Theo nhiều báo cáo, bệnh sởi xảy ra trên toàn thế giới theo các kiểu mùa nhất định, ở các nước ôn đới dịch sởi thường bùng phát vào cuối mùa đông và đầu mùa xuân; còn các nước có khí hậu nhiệt đới bệnh sởi xuất hiện và tăng cao sau mùa mưa (5).

Tại Việt Nam, mặc dù vaccin sởi được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng từ năm 1980, nhưng gần đây phong trào không tiêm vaccin xuất hiện trong nhóm nhỏ cộng đồng đã làm tăng ca mắc sởi. Các nghiên cứu cho thấy 97% trẻ không có đáp ứng miễn dịch sau lần tiêm chủng đầu tiên có đáp ứng miễn dịch ở lần tiêm chủng thứ 2. Tiêm vắc xin sởi mũi 2 là để tạo miễn dịch cho những trẻ không có đáp ứng miễn dịch ở mũi tiêm đầu tiên và gây miễn dịch cho những trẻ chưa tiêm chủng (6). Trong nghiên cứu của chúng tôi (hình 2) chỉ có 13,5% trẻ được tiêm đủ hai mũi vaccin sởi. Bệnh nhân tiêm phòng sởi không đầy đủ (1 mũi) hoặc không

tiêm phòng sởi chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 39,9% và 51,8%. So sánh với các tác giả thực hiện nghiên cứu tại Mỹ cũng chỉ ra rằng: tại Mỹ, chương trình tiêm chủng quốc gia thực hiện tiêm phòng 2 liều vaccine sởi – quai bị - rubella cho các trẻ lứa tuổi trước khi đến trường và đến trường. Với sự bao phủ của vaccin duy trì ở tỷ lệ cao nên quốc gia này đã thành công trong việc kiểm soát bệnh sởi và duy trì loại bỏ bệnh sởi từ năm 2000 – 2011. Tuy nhiên năm 2018 – 2019, Mỹ vẫn có 639 ca mắc sởi, trong đó 73,3% ca bệnh không được tiêm chủng vaccin và tập trung cao nhất ở nhóm trẻ từ 1 – 5 tuổi; 7,1% chỉ được chủng ngừa 1 liều vaccin; 5,1% đã được tiêm đủ 2 liều vaccin, đa số là ở nhóm bệnh nhân > 18 tuổi; 14,5% bệnh nhân không rõ tình trạng tiêm phòng sởi của mình, tất cả họ đều > 18 tuổi (5).

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong bảng 1 đa số bệnh nhân có các triệu chứng của một ca mắc sởi điển hình với thời gian tồn tại triệu chứng trung bình từ 5 – 7 ngày. Triệu chứng hạt Koplik ở miệng và mắt đỏ không đủ gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 68% và 88%; thời gian tồn tại triệu chứng cũng ngắn hơn. Tỷ lệ các triệu chứng của sởi trong nghiên cứu của tôi cao hơn trong báo cáo về triệu chứng của bệnh sởi ở nhóm trẻ < 5 tuổi tại Jerusalem năm 2018 – 2019 của tác giả E. Ben Chetrit khi chỉ có 72% trẻ có sốt, 97,7% trẻ có phát ban, 75,6% trẻ bị viêm kết mạc, 87,2% trẻ có viêm long đường hô hấp và không thấy báo cáo tỷ lệ trẻ bị viêm loét miệng (7).

Từ kết quả của hình 3, các triệu chứng của viêm phổi như ho, nghe phổi có ral gấp ở 100% bệnh nhân vì đây là dấu hiệu chính giúp chẩn đoán viêm phổi. Chỉ có 4/ 98 bệnh nhân có suy hô hấp; 27,6 % bệnh nhân có dấu hiệu rút lõm lồng ngực mạnh. Phân độ mức độ viêm phổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ: 27,6% bệnh nhân là viêm phổi nặng và 72,4% bệnh nhân được phân loại là viêm phổi. Tỷ lệ suy hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều trong báo cáo về những ca bệnh sởi phải nhập viện ở Jerusalem năm 2018 – 2019 của tác giả E. Ben – Chetrit khi có tới 43% ca nhập viện vì viêm phổi do sởi có độ bão hòa Oxy < 90%, trong số đó chủ yếu là trẻ em (7).

Theo phân tích các số liệu của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (hình 4) hình ảnh Xquang ngực của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến sởi có 40,5% có hình ảnh dày thành các phế quản; 35,4% có tổn thương dạng nốt mờ rải rác hai bên phế trường. Các hình ảnh tổn thương phổi dạng kẽ và tổn thương phổi tập trung thành đám mờ gấp lần lượt là 5% và 6,1% các trường hợp. Có 13% trường hợp được chẩn đoán viêm phổi dựa trên lâm sàng nhưng hình ảnh Xquang phổi không phát hiện thấy tổn thương. Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Hoàng Kim Lân khi có tới 40% bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả này có hình ảnh tổn thương phổi dạng kẽ (8). Trong nghiên cứu của Fabrizio Albarellol và cộng sự, các về hình ảnh Xquang ngực ở bệnh nhân viêm phổi liên quan đến sởi thì đặc điểm hay gặp

nhất là dày thành phế quản/ tiểu phế quản (gặp ở 88,5% trường hợp) có thể kèm theo hoặc không kèm theo hình ảnh nốt mờ tập trung ở trung tâm, hình ảnh kính mờ lan tỏa, tràn dịch màng phổi. Tác giả cũng cho rằng Xquang ngực của viêm phổi liên quan đến sởi không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm viêm phổi sớm và viêm phổi muộn cũng như viêm phổi do vi khuẩn và viêm phổi không có vi khuẩn (9).

Kết quả nghiên cứu thể hiện qua hình 5 có ghi nhận sự thay đổi của công thức bạch cầu máu ngoại vi: 29,6% bệnh nhân có giảm số lượng bạch cầu; 51% bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường và 19,4% có tăng bạch cầu. Trong đó 56,1% bệnh nhân có giảm bạch cầu lympho. Tác giả Daniele Lombardo lại ghi nhận tỷ lệ giảm số lượng bạch cầu và tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân sởi có biến chứng viêm phổi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân sởi không có biến chứng viêm phổi (10). Trong nghiên cứu của tác giả Jaap ten Oever cũng cho thấy 36% bệnh nhân mắc sởi giảm số lượng bạch cầu, trong đó chủ yếu là bạch cầu lympho, tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với con số 14% ở nhóm không mắc sởi ($p < 0,05\%$) (37). Tác giả lý giải giảm bạch cầu lympho là một đặc trưng trong pha phản ứng cấp tính khi nhiễm virus sởi, và góp phần làm suy giảm miễn dịch do virus sởi. Tác giả Juth J Ryon và William J Moss cũng nhận xét giảm bạch cầu lympho nặng có liên quan đến đến tình trạng suy dinh dưỡng và giới tính nữ. Số lượng giảm tế bào bạch cầu không dự đoán được mức độ nghiêm trọng của bệnh nếu

đánh giá bằng ngày điều trị nội trú. Sự giảm số lượng tế bào lympho trong pha cấp tính của nhiễm sởi có thể do virus sởi gây chết của tế bào lympho T và do sự tăng thoát ra của tế bào lympho T hỗ trợ từ vòng tuần hoàn vào các mô lympho thứ phát để tăng tính nhận diện kháng nguyên. Tuy nhiên, giảm số lượng tế bào lympho chỉ thoáng qua và sẽ bình thường trở lại khi hết sốt và phát ban (11).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 98 trẻ được chẩn đoán viêm phổi liên quan đến sởi tại bệnh viện Quốc tế Green năm 2018 – 2019 chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: số lượng trẻ mắc bệnh tăng cao nhất vào các tháng 3 và 4 năm 2019. Phần lớn trẻ chưa tiêm đủ hai mũi vaccin sởi. Đa số bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng của sởi và của viêm phổi. Có 4/98 bệnh nhân bị suy hô hấp. 13% bệnh nhân có Xquang ngực bình thường. Có 29,6% bệnh nhân có giảm số lượng bạch cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zucker JR, Rosen JB, Iwamoto M, Arciuolo RJ, Langdon-Embry M, Vora NM, et al. Consequences of Undervaccination - Measles Outbreak, New York City, 2018-2019. *N Engl J Med*. 2020 Mar 12;382(11):1009–17.
2. UNICEF. (2018) Thông cáo báo chí: UNICEF quan ngại bùng phát dịch sởi trên thế giới đang ngày càng đe dọa đến tính mạng của trẻ em. Available from: <https://www.unicef.org/vietnam>.
3. Bộ y tế (2014) HD chẩn đoán và điều trị bệnh sởi.docx.
4. Bộ y tế (2014) hướng dẫn chẩn đoán và xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
5. Lo Vecchio A, Krzysztofciak A, Montagnani C, Valentini P, Rossi N, Garazzino S, et al. Complications and risk factors for severe outcome in children with measles. *Arch Dis Child*. 2020 Sep;105(9):896–9.
6. Measles cases spike globally due to gaps in vaccination coverage [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-11-2018-measles-cases-spike-globally-due-to-gaps-in-vaccination-coverage>
7. Ben-Chetrit E, Oster Y, Jarjou'i A, Megged O, Lachish T, Cohen MJ, et al. Measles-related hospitalizations and associated complications in Jerusalem, 2018-2019. *Clin Microbiol Infect*. 2020 May;26(5):637–42.
8. Hoàng Kim Lâm (2015), “Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của viêm phổi liên quan đến sởi và một số yếu tố tiên lượng bệnh tại bệnh viện Nhi Trung Ương”. Luận văn Thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội 2015.
9. Albarello F, Cristofaro M, Busi Rizzi E, Giancola ML, Nicastri E, Schininà V. Pulmonary measles disease: old and new imaging tools. *Radiol Med*. 2018 Dec;123(12):935–43.
10. Lombardo D, Ciampi G, Spicuzza L. Severe and fatal measles-associated pneumonia during an outbreak in Italy: data from the heart of the epidemic. *Advances in Respiratory Medicine*. 2020;88(3):197–203.
11. Ryon JJ, Moss WJ, Monze M, Griffin DE. Functional and phenotypic changes in circulating lymphocytes from hospitalized zambian children with measles. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2002 Sep;9(5):994–1003.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÌNH THÁI ĐỘT QUY NÃO Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân*, Nguyễn Mai Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét một số yếu tố liên quan đến hình thái đột quy não ở bệnh nhân đột quy não cấp tại khoa Thần kinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả trên 143 bệnh nhân đột quy não cấp điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 04/2020. Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình: $63,42 \pm 12,11$, đa số ≥ 60 tuổi, nam 58,7% nhiều hơn nữ (41,3%). 82,51% là đột quy lần đầu, đột quy tái phát 17,49%, tỷ lệ tái phát lần 2, 3, 4 lần lượt 12,59%; 4,20%; 0,70%. Đột quy nhồi máu não (90,21%), đột quy xuất huyết não (9,79%). Tăng huyết áp 89,51%, chế độ ăn nhiều muối 85,31%, rối loạn lipid máu 68,53%, hút thuốc lá 52,45%; đái tháo đường 21,68%. Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá làm tăng nguy cơ nhồi máu não hơn xuất huyết não (OR=1,72; 95%CI 1,2-3,2; $p=0,04$; OR=1,96 95%CI 1,5-2,4 $p=0,03$; OR=1,30; 95%CI 1,1-2,5; $p=0,02$; OR=1,10; 95%CI 1,03-2,14; $p=0,04$). Không có mối liên quan giữa thừa cân, ăn nhiều muối, với hình thái đột quy não (OR=0,80; 95%CI 0,23-0,97; $p=0,06$; OR=1,13; 95%CI 1,09-2,45; $p=0,06$). **Kết luận:** tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá là các yếu tố liên quan

đến hình thái đột quy não

Từ khóa: đột quy não cấp, hình thái, yếu tố liên quan.

SUMMARY

THE RELATION OF CEREBRAL STROKED MORPHOLOGY WITH SOME RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL STROKE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: to describe some factors related to acute cerebral stroke morphology. **Subjects and research methods:** a descriptive study on 143 acute cerebral stroke patients under treatment at the Department of Neurology - Viet Tiep Hospital from January 2020 to April 2020. **Results:** Mean age: 63.42 ± 12.11 , most are ≥ 60 years old, male sex had higher rate of 58.7% compared to female (41.3%). 82.51% were first-time stroke, 17.49% recurrent stroke, 2nd, 3rd and 4th recurrence rates, respectively 12.59%; 4.20%; 0.70%. The rate of ischemic stroke rate was 90.21%, hemorrhagic stroke rate was 9.79%. hypertension was 89.51%, high salt diet was 85.31%, dyslipidemia was 68.53%, smoking was 52.45%, diabetes was 21.68%. Hypertension, diabetes, dyslipidemia, smoking increased the risk of cerebral infarction compare to cerebral hemorrhage (OR=1.72; 95%CI 1.2-3.2; $p=0.04$; OR=1.96 95%CI 1.5-2.4 $p=0.03$; OR=1.30; 95%CI 1.1-2.5; $p=0.02$; OR=1.10 ; 95%CI 1.03-2.14; $p=0.04$). There was no association between overweight, high salt intake, and stroke morphology (OR=0.80; 95%CI 0.23-0.97; $p=0.06$; OR=1.13; 95 %CI 1.09-2.45; $p=0.06$). **Conclusions:** hypertension, diabetes,

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 09.3.2022
Ngày duyệt bài: 20.6.2022

dyslipidemia, smoking were factors related to brain stroke morphology.

Keyword: acute cerebral stroke, morphology, relation, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não cho đến nay vẫn là một vấn đề thời sự của y học bởi tỉ lệ mắc, tử vong cao cũng như có nhiều di chứng về thần kinh và là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo Tổ chức Đột quy não Thế giới (World Stroke Organization/ WSO), mỗi năm có khoảng 16 triệu trường hợp đột quy não và 6 triệu trường hợp tử vong. Trên 80% trường hợp xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [10]. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015) đột quy là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%) với tỷ lệ tử vong hàng năm là 150.000 (Health Grove, 2013).

Các nghiên cứu về đột quy não đã chỉ ra rằng có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quy não cũng như liên quan đến hình thái của đột quy não. Nghiên cứu của Margaret cho thấy tỷ lệ mắc bệnh gia tăng gấp đôi sau 40 tuổi và hơn 75% số case ở nhóm tuổi trên 60 [2]. Reeves M.J cho thấy có sự khác biệt giới tính trong đột quy, trong đó nam giới có tỷ lệ đột quy cao hơn nữ [6]. Nghiên cứu INTERSTROKE trên 13.447 trường hợp đột quy não cấp lần đầu tiên được tuyển bệnh từ năm 2007 đến 2015 tại 32 quốc gia đã xác định được 10 yếu tố nguy cơ có liên quan 91% nguy cơ quy thuộc quần thể (PAR): Tăng huyết áp, hút thuốc, tỷ lệ eo/hông - béo phì, chế độ ăn uống, hoạt động thể chất, rối loạn lipid máu, các yếu tố tâm lý xã hội, căn nguyên tim mạch, uống rượu và đái tháo đường [4].

Việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa quan trọng trong việc dự phòng

đột quy não xảy ra trong tương lai. Để góp phần làm sáng tỏ hơn các yếu tố nguy cơ này ở các bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Hải Phòng, đề tài “*Một số yếu tố liên quan đến hình thái đột quy não ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*” được tiến hành với mục tiêu:

Nhận xét một số yếu tố liên quan đến hình thái đột quy não ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 4/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Gồm 143 bệnh nhân đột quy não cấp điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 04/2020.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Đột quy não cấp theo định nghĩa của Hội tim mạch Hoa Kỳ/Hội đột quy Hoa Kỳ [6]

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có đột quy não cũ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, không xác suất.

2.2.3. Các chỉ số/ biến số nghiên cứu và phương pháp đánh giá

- + Các chỉ số/ biến số lâm sàng
- Tuổi: tính theo số năm. Phân chia tuổi bệnh nhân thành các nhóm tuổi: <40; 40-59; 60-69; 70-79; ≥80
- Giới: nam và nữ.
- Chiều cao, cân nặng.
- Chỉ số khối cơ thể (BMI) = cân nặng (kg) / (chiều cao (m))²
- Huyết áp đo 3 lần khác nhau (mmHg).

Phân mức độ huyết áp theo Hội tim mạch Việt Nam 2018

- Mạch (lần/phút)
- Tiền sử: Tăng huyết áp Nhồi máu cơ tim, Suy tim, bệnh mạch não, bệnh mạch máu ngoại vi, hen/COPD, đái tháo đường, trầm cảm, Aizheimer, bệnh thận mức độ trung bình/nặng, ung thư, bệnh gan mãn tính vừa/nặng, HIV/AIDS.

+ Các chỉ số về các yếu tố nguy cơ và thói quen hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe

- Khẩu phần ăn uống, chế độ ăn muối và kiến thức về muối

- Hút thuốc lá: nhóm bệnh nhân đang hoặc đã từng hút thuốc và nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá, thuốc lào

- Uống bia, rượu: Nhóm bệnh nhân có uống bia, rượu và nhóm bệnh nhân không uống bia, rượu

- Tăng huyết áp: bệnh nhân có tăng huyết áp (theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của bộ y tế Việt Nam: Tăng

huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.)

- Cân nặng (kg), chiều cao (cm)

- BMI (kg/m^2): Phân loại chỉ theo WHO năm 2000 cho người châu Á - Thái Bình Dương

- Chỉ số lipid máu: Theo NCEP ATP III 2001

2.2.5. Xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Microsoft EXCEL 2010 và SPSS 22.0.

- Tính giá trị $\bar{X} \pm SD$ với các biến liên tục. Tính giá trị phần trăm với các biến logical. Dùng test t - student để so sánh hai giá trị trung bình. Dùng Test khi bình phương để so sánh giá trị phần trăm, tìm mối liên quan giữa 2 biến định tính.

- Tính chỉ số OR (odds ratio) để đánh giá liên quan giữa các yếu tố đột quy não cấp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=143)		Kết quả
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)		63,42 $\pm$ 12,11
Lứa tuổi (n,%)	< 40	2 (1,40%)
	40-49	6 (4,20%)
	50-59	23 (16,08%)
	60-69	46 (32,17%)
	70-79	37 (25,57%)
	≥ 80	30 (20,98%)
Giới tính (n,%)	Nam	59 (41,26%)
	Nữ	84 (58,74%)
Chiều cao ($\bar{X} \pm SD$) (m)		159,74 $\pm$ 8,37
Cân nặng ($\bar{X} \pm SD$) (kg)		55,37 $\pm$ 7,85
BMI ($\bar{X} \pm SD$)		21,66 $\pm$ 2,26

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ và các thói quen ảnh hưởng đến sức khỏe

Yếu tố nguy cơ (n=143)	n	%
Tăng huyết áp	128	89,51
Đái tháo đường	31	21,68
Rối loạn lipid máu	98	68,53
Thừa cân	45	31,47
Hút thuốc lá	98	68,53
Chế độ ăn nhiều muối	122	85,31

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có tăng huyết áp và chế độ ăn nhiều muối, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá là các yếu tố nguy cơ thường gặp

Bảng 3.3. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo hình thái đột quỵ não

Hình thái đột quỵ não (n=143)	n	%
Lần đầu	118	82,51
Tái phát	Lần 1	18
	Lần 2	6
	Lần 3	1
Xuất huyết não	14	9,79
Nhồi máu não	129	90,21

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là đột quỵ não lần đầu, hầu hết là nhồi máu não

Bảng 3.4. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và thói quen hành vi đến hình thái đột quỵ não

Yếu tố nguy cơ		Nhồi máu não	Xuất huyết não	OR	95%CI	p
Tăng huyết áp	Có	114	14	1,72	1,2-3,2	0,04
	Không	14	1			
Đái tháo đường	Có	26	5	1,96	1,5-2,4	0,03
	Không	102	10			
Rối loạn lipid máu	Có	87	11	1,30	1,1-2,5	0,02
	Không	41	4			
Thừa cân, béo phì	Có	40	4	0,80	0,23-0,97	0,06
	Không	88	11			
Hút thuốc lá	Có	88	10	1,10	1,03-2,14	0,04
	Không	40	5			
Chế độ ăn nhiều muối	Có	109	13	1,13	1,09-2,45	0,06
	Không	19	2			

Nhận xét: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá là các yếu tố liên quan tới nhồi máu não

IV. BÀN LUẬN

(Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $63,42 \pm 12,11$, nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Margaret về ảnh hưởng của tuổi tác và các hành vi sức khỏe đến nguy cơ đột quỵ, tỷ lệ mắc bệnh gia tăng gấp đôi sau 40 tuổi và hơn 75% số trường hợp ở nhóm tuổi trên 60 [2]. Điều này có thể lý giải do ở người già, hay gặp nhiều bệnh nền, suy giảm khả năng tập luyện và hoạt động thể lực, bên cạnh đó có sự lão hóa thành mạch, dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ dẫn đến nguy cơ đột quỵ não cao hơn. Bệnh nhân nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với 58,74% (n=84) ở nam và 41,26% (n=59) ở nữ, tương tự với kết quả nghiên cứu của Reeves M.J. và cộng sự [5]. Có thể lý giải là do bệnh nhân nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ hơn nữ giới như tình trạng hút thuốc lá và uống rượu.

Qua nghiên cứu, đề tài cho thấy: Số bệnh nhân đột quỵ não nhập viện tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (89,51%), bệnh nhân có chế độ ăn muối chiếm tỷ lệ cao (85,31%), bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm 68,53%, số bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 52,45% (Bảng 3.4). Như vậy, số bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: chế độ ăn muối, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và hút thuốc lá cao hơn với số bệnh nhân không có những yếu tố nguy cơ này. Kết quả này tương tự kết quả của các thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới [1], [3]

Kết quả từ bảng 3.5 cho thấy: có 118 bệnh nhân đột quỵ não nhập viện là lần đầu, chiếm

82,51%, có 25 bệnh nhân đột quỵ tái phát, chiếm 17,49%, trong đó có 12,59 % bệnh nhân đột quỵ lần 2, 4,20% bệnh nhân đột quỵ lần 3 và 0,70% bệnh nhân đột quỵ lần 4. Sở dĩ có kết quả này bởi những bệnh nhân có đột quỵ tái phát nhiều lần có bệnh cảnh nặng nề hơn và có nguy cơ tử vong cao hơn trước khi nhập viện. Phần lớn bệnh nhân đột quỵ não nhập viện là nhồi máu não chiếm 90,21%, có 9,79% số bệnh nhân xuất huyết não, tương tự thống kê của Hiệp hội đột quỵ Mỹ (ASA): nhồi máu não chiếm khoảng 87% và xuất huyết não chiếm khoảng 13% tổng.

Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố với hình thái đột quỵ não, Bảng 3.4 cho thấy:

- Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ nhồi máu não 1,72 lần so với xuất huyết não (OR=1,72; 95%CI 1,2-3,2; p=0,04), tương tự với kết quả nghiên cứu INTERSTROKE, nguy cơ tăng huyết áp từ quần thể được xác định bởi tăng huyết áp tự báo cáo hoặc huyết áp $\geq 140/90$ mmHg là 46% đối với đột quỵ nhồi máu não và 56% đối với đột quỵ xuất huyết não [4]

- Đái tháo đường làm tăng nguy cơ nhồi máu não 1,96 lần so với xuất huyết não (OR = 1,96 95%CI 1,5-2,4 p=0,03), tương tự kết quả nghiên cứu phân tích 102 nghiên cứu tiến cứu (530.083 người tham gia) của Sargaw N., cùng cộng sự, tỷ số rủi ro đối với đột quỵ thiếu máu não là 2,3 (95 %CI 2,0-2,7) cao hơn 1,6 (95%CI 1,2-2,1) đối với đột quỵ chảy máu não ở những người bị so với những người không bị đái tháo đường [7].

- Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ gây đột quỵ nhồi máu não cao hơn xuất huyết

não 1,30 lần (95%CI 1,1-2,5; $p=0,02$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu quan sát tiến cứu của Shadi Yaghi và Mitchell về nồng độ lipid huyết thanh và các bệnh mạch máu não, nguy cơ đột quỵ não có liên quan với mức Cholesterol toàn phần và LDL huyết thanh trong đột quỵ thiếu máu não nhưng liên quan nghịch với chảy máu não [9],

- Thể trạng thừa cân béo phì không có mối liên quan với hình thái đột quỵ não với OR 0,80 (95%CI 0,23-0,97 $p=0,06$). Kết quả này phù hợp với những kết luận từ các nghiên cứu đã công bố cho thấy liên quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) cao (≥ 25 kg/m²) với tăng nguy cơ đột quỵ não chưa rõ ràng. Đột quỵ thiếu máu não tăng theo tỷ lệ BMI, trong khi mối liên quan giữa đột quỵ chảy máu não và BMI ít rõ ràng.

- Hút thuốc lá làm gia tăng nguy cơ nhồi máu não 1,10 lần so với xuất huyết não (OR=1,10; 95%CI 1,03-2,14; $p=0,04$). Trong nghiên cứu phân tích gộp của Shinton R, và cộng sự về mối liên quan giữa hút thuốc và đột quỵ chỉ ra rằng hút thuốc lá liên quan đến đột quỵ nhồi máu não với OR 1,9 (95%CI 1,7-2,2), trong khi không rõ mối liên quan với đột quỵ chảy máu não OR 0,7 (95% CI 0,6-1,0), và hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ được các định rõ với đột quỵ nhồi máu não [8].

- Chế độ ăn nhiều muối cũng là một trong các yếu tố không có mối liên quan đến hình thái đột quỵ não OR=1,13 (95% CI 1,09-2,45; $p=0,06$). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Aburto NJ. và cộng sự về

tác động của lượng natri lên cơ thể rằng lượng Natri cao nạp vào cơ thể có ảnh hưởng đến huyết áp tâm thu, gián tiếp dẫn đến nguy cơ đột quỵ não chung, song chưa có nghiên cứu nói về mối liên quan riêng với từng hình thái đột quỵ não [1].

V. KẾT LUẬN

- 82,51% là đột quỵ lần đầu, đột quỵ tái phát 17,49%, trong đó tỷ lệ tái phát lần 2, 3, 4 lần lượt 12,59%; 4,20%; 0,70%. Hầu hết là đột quỵ nhồi máu não (90,21%), số ít còn lại là đột quỵ xuất huyết não (9,79%).

- Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá làm tăng nguy cơ nhồi máu não hơn xuất huyết não (OR=1,72; 95%CI 1,2-3,2; $p=0,04$; OR=1,96 95%CI 1,5-2,4 $p=0,03$; OR=1,30; 95%CI 1,1-2,5; $p=0,02$; OR=1,10; 95%CI 1,03-2,14; $p=0,04$). Không có mối liên quan giữa thừa cân, ăn nhiều muối, với hình thái đột quỵ não (OR=0,80; 95%CI 0,23-0,97; $p=0,06$; OR=1,13; 95%CI 1,09-2,45; $p=0,06$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L et al. (2013), "Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses", BMJ 2013, 346:f1326.
2. Margaret Kelly-Hayes (2010), "Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies", Lancet. 2010 Oct; 58(Suppl 2): S325-S328.
3. Noubiap JJ, Essouma M, Bigna JJ (2015), "Targeting Household Air Pollution for Curbing the Cardiovascular Disease Burden: A Health Priority in Sub-Saharan Africa". J

- Clin Hypertens (Greenwich) 2015, 17(10):825-829
4. **O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S et al. (2016)**, “Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study”, Lancet 2016, 388(10046):761-775.
 5. **Reeves M.J, Bushnell C.D. (2008)**, “Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes”, Lancet neurol 2008. 7(10):915-26.
 6. **Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, 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 2013; 44: 2064–89.
 7. **Sarwar N, Gao P, Seshasai SR et al. (2010)**, “Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies”, Lancet 2010, 375(9733):2215-2222.
 8. **Shinton R, Beevers G (1989)**, “Metaanalysis of relation between cigarette smoking and stroke”. BMJ 1989; 298:789-94
 9. **Wang Z, Li M, Song Y, Peng R (2020)**, “Levels of non-high-density-lipoprotein cholesterol are positively correlated with the risk of cognitive impairment in patients with intracerebral hemorrhage stroke”, Int J Neurosci 2020:1-7.
 10. **Zhang FL, Guo ZN, Wu YH et al. (2017)**, “Prevalence of stroke and associated risk factors: a population based cross sectional study from northeast China”, BMJ Open 2017, 7(9):e015758.

TỈ LỆ NHIỄM BỆNH LÂY TRUYỀN ĐƯỜNG MÁU QUA SÀNG LỌC Ở NGƯỜI HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN TẠI TRUNG TÂM HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU NGHỆ AN TỪ 2014 - 2018

Bạch Thị Như Quỳnh¹, Dương Thị Hương¹, Phạm Văn Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định được tỉ lệ nhiễm bệnh lây nhiễm qua đường máu được sàng lọc trên người hiến máu tình nguyện (NHMTN) và trên đơn vị máu. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả hồi cứu trên 123.936 hồ sơ bệnh án của NHMTN và người hiến máu nhắc lại (NHMNL) tại Trung tâm Huyết học-Truyền máu Nghệ An được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HBV, HCV, HIV, Syphilis từ các đơn vị máu tích lũy chung từ năm 2014-2018 là 0,76%, 0,36%, 0,14, 0,01% tương ứng. Tỷ lệ HBV, HCV, HIV ở NHMLĐ và NHMNL là 1,53% và 0,31%; 0,53% và 0,16%; 0,17% và 0,06% tương ứng. Tỷ lệ kết quả xét nghiệm bất đồng trên túi máu và mẫu xét nghiệm là 0,08%. **Kết luận:** kết quả cho thấy việc đảm bảo xét nghiệm túi máu và sàng lọc trước mỗi lần hiến máu là cần thiết cho an toàn truyền máu.

Từ khoá: Hiến máu tình nguyện, HIV, HCV, HBV, Syphilis.

SUMMARY

PREVALENCE OF BLOOD-BORNE INFECTION IN VOLUNTARY BLOOD DONORS AT NGHE AN HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION CENTER IN 2014-2018

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Trung tâm Huyết học - Truyền máu Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Như Quỳnh
Email: btnquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

Objective: The objective was to determine the incidence of blood-borne infections by screening in voluntary blood donors and per blood unit. **Materials and methods:** It was a retrospective and descriptive study and research materials were medical records of 123,936 voluntary blood donors and repeat blood donors at the Center for Hematology- Blood transfusion of Nghe An. **Results:** The rates of HBV, HCV, HIV, and syphilis were 0.76%, 0.36%, 0.14, 0.01% respectively. The rates of HBV, HCV, and HIV in the NHM and NHM were 1.53% and 0.31%; 0.53% and 0.16%; 0.17% and 0.06% respectively. The rate of inconsistent test results on blood bags and samples was 0.08%. **Conclusions:** The results showed that ensuring blood bag testing and screening before each blood donation were essential for blood transfusion safety.

Keywords: Blood donation, HIV, HCV, HBV, Syphilis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc bệnh truyền nhiễm theo đường máu ở người hiến máu và đơn vị máu được qui định rõ ràng trong truyền máu an toàn tại các quốc gia. Tỷ lệ nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai ở đơn vị máu thu nhận cao hơn ở các nước đang phát triển [1]. Tỷ lệ nhiễm virus HIV, HBV, HCV, giang mai ở các nước thu nhập cao lần lượt là 0,003%, 0,03%, 0,02%, 0,05% và tương ứng ở các nước thu nhập thấp là 0,20%, 1,60%, 0,40%, 0,58% [2]. Năm 2018,

Trung tâm thu gom và sản xuất được hơn 33.000 đơn vị máu, chiếm 1,1% tỷ lệ dân số, chưa đủ đáp ứng cung cấp cho các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Nghệ An và một số huyện của Hà Tĩnh như mong đợi. Nhận thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa tính sẵn có với chất lượng, an toàn của chế phẩm máu dẫn tới an toàn truyền máu (không xảy ra biến cố truyền máu và lây truyền các bệnh truyền nhiễm) [3] phong trào hiến máu tình nguyện hiện nay đang được phát triển mạnh. Xây dựng nguồn người hiến máu có chất lượng, thường xuyên và an toàn đáp ứng nhu cầu máu điều trị là nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu của tất cả các ngân hàng máu trên thế giới. Làm thế nào để duy trì được nguồn người hiến máu an toàn, cải thiện chất lượng máu, tăng dự trữ máu trong điều kiện hiện nay và chiến lược chăm sóc y tế thời gian tiếp theo. Tại Nghệ An, Trung tâm Huyết học – Truyền máu Nghệ An là nơi duy nhất tiếp nhận người hiến máu do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm:

Xác định tỉ lệ nhiễm bệnh lây truyền đường máu qua sàng lọc ở người hiến máu tình nguyện tại Trung tâm Huyết học - Truyền máu Nghệ An từ 2014 – 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người tham gia hiến máu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người tham gia HMTN có danh sách lưu tại Trung tâm từ 2014 – 2018. Đơn vị máu lưu tại Trung tâm từ 2014 - 2018.

Việc tuyển chọn người hiến máu và kỹ thuật xét nghiệm thực hiện qui trình an toàn truyền máu đã được thực hiện theo hướng dẫn của Bộ y tế tại thông tư 26/2013/TT-BYT.

Thực hiện lấy máu và xét nghiệm theo

đúng qui trình an toàn. Sàng lọc HbsAg bằng test nhanh sau đó các xét nghiệm túi máu đều được làm bằng xét nghiệm HBV, anti HCV, HIV bằng kỹ thuật ELISA. Từ 10/2017 TTHHTM Nghệ An triển khai thực hiện kỹ thuật xét nghiệm hoá miễn dịch huỳnh quang và NAT được áp dụng đối với tất cả các đơn vị máu, thành phần máu theo lộ trình quy định tại Điều 70 của thông tư 26/2013/TT-BYT.

Quản lý thông tin người hiến máu bằng phần mềm, những người đủ tiêu chuẩn hiến máu sẽ được mời hiến máu nhắc lại.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Trung tâm Huyết học - Truyền máu Nghệ An, nghiên cứu tiến hành từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu sử dụng số liệu được quản lý từ năm 2014 – 2018 tại Trung tâm huyết học truyền máu (TTHHTM) Nghệ An.

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chúng tôi nghiên cứu toàn bộ hồ sơ bệnh án (HSBA) trong 5 năm từ 2014 - 2018 được lưu trữ tại TTHHTM Nghệ an với 123.936 người hiến máu, đơn vị máu 123.936 đơn vị máu được chọn toàn bộ cho phương pháp chọn mẫu tiện ích.

2.5 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu ở đối tượng người hiến máu tình nguyện như tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử hiến máu

Bệnh truyền nhiễm HBV; HCV; HIV; giang mai; sốt rét

2.6 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu kỹ HSBA, chọn hồ sơ đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và lấy thông tin cần thiết cho nghiên cứu vào bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế từ trước. HSBA được lựa chọn nếu tích xuất được số liệu được lưu

trong phần mềm quản lý người hiến máu.

2.7 Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được tổng hợp và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel. Phân tích các chỉ số về bệnh sàng lọc trước và tỷ lệ mắc trên các

đơn vị máu, tỷ lệ sàng lọc bất đồng giữa ống mẫu và túi máu... So sánh các tỷ lệ sử dụng test χ^2 . Mức ý nghĩa thống kê 95%, giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ đơn vị máu tiếp nhận theo đối tượng hiến máu và theo năm (n = 123.936)

Đối tượng hiến máu	Tỷ lệ (%) theo năm					Tổng
	2014	2015	2016	2017	2018	
Hiến máu tình nguyện (n)	91,3 (17.591)	91,4 (21.305)	92,9 (22.988)	96,1 (25.861)	98,2 (29.204)	94,4 (116.949)
Hiến máu người nhà (n)	8,7 (1.666)	8,6 (2.004)	7,1 (1.757)	3,9 (1.046)	1,8 (514)	5,6 (6.987)
Tổng số mẫu theo năm (n)	19.257	23.309	24.745	26.907	29.718	123.936

Ghi chú: Tỷ lệ % của đối tượng hiến máu theo năm = Số người thuộc đối tượng hiến máu trong năm/Tổng số người hiến máu trong năm.

Nhận xét: Tổng số đơn vị máu tiếp nhận trong 5 năm từ năm 2014 đến năm 2018 là 123.936 đơn vị, trong đó từ người hiến máu tình nguyện và từ người nhà là 94,4% và 5,6% không có người hiến máu chuyên nghiệp. Số lượng đơn vị máu tiếp nhận từ NHMTN tăng hàng năm.

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ đơn vị máu tiếp nhận theo giới tính người hiến máu, theo năm (n = 123.936)

Giới tính	Tỷ lệ (%) theo năm					Tổng
	2014	2015	2016	2017	2018	
Nam (n)	63,0 (12.132)	58,0 (13.519)	61,0 (15.095)	63,0 (16.943)	54,8 (16.282)	59,7 (73.971)
Nữ (n)	37,0 (71.251)	42,0 (9.790)	39,0 (9.650)	37,0 (9.964)	45,2 (13.436)	40,3 (49.965)
Tổng số (n)	19.257	23.309	24.745	26.907	29.718	123.936

Ghi chú: Tỷ lệ % giới tính theo năm = Số người theo giới tính hiến máu trong năm/Tổng số người hiến máu trong năm.

Nhận xét: Sự tham gia hiến máu tương đối đồng đều cả ở nam và nữ trong các năm từ 2014-2018. Tỷ lệ hiến máu trung bình ở nam và nữ là 59,7% và 40,3% tương ứng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đơn vị máu tiếp nhận theo nhóm tuổi của người hiến máu (n =123.936)

Tuổi	Tỷ lệ (%) theo năm					
	2014	2015	2016	2017	2018	Tổng
18- 24 (n)	34,8 (6.701)	32,1 (7.482)	31,8 (7.868)	30,7 (8.260)	28,4 (8.438)	31,3 (38.749)
25 – 34 (n)	24,5 (4.718)	26,4 (6.153)	26,7 (6.607)	26,9 (7.238)	27,7 (8.231)	26,6 (32.947)
35 – 44 (n)	21,7 (4.178)	22,5 (5.244)	24,2 (5.988)	24,7 (6.646)	26,5 (7.873)	26,6 (29.929)
45 – 54 (n)	15,9 (3.063)	16,1 (3.755)	14,3 (3.540)	14,6 (3.929)	14,1 (4.205)	14,9 (18.492)
≥ 55 (n)	3,1 (597)	2,9 (675)	3,0 (742)	3,1 (834)	3,3 (971)	3,1 (3.813)
Tổng số (n)	19.257	23.309	24.745	26.907	29.718	123.936
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	0,05	0,05

Ghi chú: Tỷ lệ % đơn vị máu theo nhóm tuổi= Số người hiến máu theo nhóm tuổi trong năm/ Tổng số người hiến máu trong năm.

Tỷ lệ hiến máu cao ở nhóm tuổi trẻ tuổi 18-24 tuổi, 25 -34 tuổi, 35-44 tuổi 45 – 54 tuổi và ≥ 55 tuổi là 31,3%, 26,6%, 26,6%, 14,9% và 3,1% tương ứng. Nhóm tuổi 18-24 chiếm tỷ lệ cao nhất, tỷ lệ này tương đồng giữa các năm

Bảng 3.4. Tỷ lệ HBV dương tính được xác định sàng lọc trước và sau khi hiến máu (n = 123.936)

HBV dương tính	Tỷ lệ (%) theo năm					
	2014	2015	2016	2017	2018	chung
sàng lọc trước khi HM ở NHMTN lần đầu	7,09	7,52	7,33	6,03	5,65	6,69
ở đơn vị máu của NHMTN lần đầu	0,88	0,91	0,93	1,21	1,53	1,12
ở NHMTN nhắc lại	0,42	0,31	0,28	0,26	0,31	0,30

Nhận xét: Tỷ lệ HBV dương tính sàng lọc trước hiến máu tình nguyện theo dõi qua các năm từ 2014-2018 là 6,69%, từ đơn vị máu ở NHMTN lần đầu là 1,12%, từ NHMTN nhắc lại là 0,3%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhiễm các bệnh truyền nhiễm ở đơn vị máu tính theo năm (n = 123.936)

Xét nghiệm	Tỷ lệ % theo năm					
	2014	2015	2016	2017	2018	Chung
HBV dương	0,72	0,7	0,68	0,82	0,99	0,76
HCV dương	0,28	0,30	0,29	0,35	0,37	0,36

HIV dương	0,08	0,06	0,09	0,11	0,12	0,14
Giang mai	-	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HBV, HCV, HIV, Giang mai từ các đơn vị máu tích lũy chung từ năm 2014-2018 là 0,76%, 0,36%, 0,14, 0,01% tương ứng. Không phát hiện mẫu có sốt rét.

Bảng 3.6. Kết quả xét nghiệm sàng lọc bất đồng giữa túi máu và ống mẫu xét nghiệm (n = 123.936)

Loại	Kết quả theo năm					
	2014	2015	2016	2017	2018	Tổng
Bất đồng	24	27	28	15	10	104
Không bất đồng	19.253	23.382	24.717	26.892	29.708	123.832
Tổng cộng	19.257	23.309	24.745	26.907	29.718	123.96

Nhận xét: Tích lũy xét nghiệm sàng lọc bất đồng kết quả giữa túi máu và ống xét nghiệm trong 5 năm 2014-2018 đã phát hiện 104 trường hợp bất đồng chiếm 0,08%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ nhiễm bệnh của đơn vị máu ở đối tượng hiến máu lần đầu và nhắc lại năm 2018

% xét nghiệm dương tính	Đối tượng		
	Người hiến máu lần đầu (n= 16.791)	Người hiến máu nhắc lại (n=12.747)	p
HBV	1,53	0,31	p < 0,05
HCV	0,5	0,16	p < 0,05
HIV	0,17	0,06	p < 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ đơn vị máu của người hiến máu có kết quả xét nghiệm sàng lọc dương tính với HBV ở NHMLĐ và NHMNL là 1,53% và 0,31%; HCV ở NHMLĐ và NHMNL là 0,53% và 0,16%; HIV ở NHMLĐ và NHMNL là 0,17% và 0,06% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số đơn vị máu tiếp nhận trong 5 năm từ năm 2014 đến năm 2018 là 123.936 đơn vị, trong đó từ người hiến máu tình nguyện là 116.949 đơn vị, chiếm 94,4%, 5,6% còn lại là số đơn vị máu do người nhà hiến máu. Số lượng đơn vị máu tiếp nhận tăng dần qua các năm, tỷ lệ tăng theo năm khoảng từ 6% - 21%. Do vận động và tổ chức hiến máu tình nguyện đã tăng hiến máu tình nguyện, tỷ lệ

hiến máu người nhà chỉ còn 1,8%, xu hướng này cũng tương đồng như các địa phương khác, tại Huế không còn hiến máu người nhà [4].

Tỷ lệ hiến máu là nam và nữ là 59,7% và 40,3% nhóm tuổi trẻ là chủ yếu và cao nhất ở nhóm tuổi 18-24 là 31,3%, kết quả này cũng tương đồng với một số đơn vị tiếp nhận máu tại TTHHTM Chợ Rẫy, Thái Nguyên [6,7].

Tỷ lệ mang HbsAg, sàng lọc trước hiến máu ở người đăng ký hiến máu tình nguyện là 5,2%, đặc biệt vẫn phát hiện tỷ lệ này ở đơn vị máu đối với người hiến máu lần đầu và người hiến máu nhắc lại là 1,12% và 0,30% đây là một yêu cầu sàng lọc bắt buộc đối với an toàn truyền máu, và các kỹ thuật chẩn đoán xét nghiệm gần đây đã hỗ trợ rất nhiều, đặc biệt là kỹ thuật NAT với công nghệ gen giúp tăng tỷ lệ phát hiện bệnh truyền nhiễm so với công nghệ ELISA [8].

Hiện nay, nhiều ngân hàng máu trên thế giới đã bổ sung kỹ thuật xét nghiệm NAT (Nucleic acid test) để phát hiện sớm hơn tình trạng nhiễm 3 loại virus: HIV, HBV, HCV nhờ đó đã rút ngắn hơn nữa giai đoạn cửa sổ người nhiễm virus viêm gan B xuống còn khoảng 14,1 ngày, ở người nhiễm virus viêm gan C xuống còn khoảng 1,3 ngày, ở người nhiễm virus HIV còn khoảng 2,9 ngày [10]. Tại Thái Lan áp dụng kỹ thuật này phát hiện gần 1/800 HBV NAT dương tính ở người cho máu HBsAg âm tính. Kỹ thuật sàng lọc HBV NAT ở người cho máu có giá trị chi phí hiệu quả cao hơn ở vùng có tỷ lệ nhiễm HBV cao [10].

Kết quả xét nghiệm trong các đơn vị máu, tỷ lệ nhiễm HBV, HCV, HIV, Giang mai từ các đơn vị máu tích lũy chung từ năm 2014-2018 là 0,76%, 0,36%, 0,14, 0,01% tương ứng. Không ghi nhận mẫu có sốt rét. Kiểm tra bất đồng kết quả xét nghiệm giữa ống máu và túi đơn vị máu thấp nhưng phản ánh tầm quan trọng của quy trình kiểm tra các túi máu đảm bảo máu truyền an toàn.

Tỷ lệ đơn vị máu của người hiến máu có kết quả xét nghiệm sàng lọc dương tính với HBV ở NHMLĐ và NHMNL là 1,53% và 0,31%; HCV ở NHMLĐ và NHMNL là 0,53% và 0,16%; HIV ở NHMLĐ và NHMNL là 0,17% và 0,06% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này tương đồng với các trung tâm truyền máu huyết học của Việt Nam [6,7,8] và thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ mắc HBV, HCV ở Thái Lan. Tỷ lệ hiện mắc HBV ở người cho máu lần đầu ở Thái Lan là 7,1% năm 1988 và 2,6% năm 2009 [11], tỷ lệ này ở Thái Lan giảm được ghi nhận rõ rệt hiệu quả của chương trình tiêm chủng mở rộng đối với HBV, với tỷ lệ bao phủ vaccin viêm gan B là 98% ở Thái Lan, tỷ lệ bao phủ vaccin viêm gan B ở Việt Nam hiện nay cũng tương tự.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HBV, HCV, HIV, Giang mai từ các đơn vị máu tích lũy chung từ năm 2014-2018 là 0,76%, 0,36%, 0,14, 0,01% theo thứ tự. Tỷ lệ HBV, HCV, HIV ở NHMLĐ và NHMNL là 1,53% và 0,31%; 0,53% và 0,16%; 0,17% và 0,06% theo thứ tự. Tỷ lệ kết quả xét nghiệm bất đồng trên túi máu và mẫu xét nghiệm là 0,08%. Kết quả cho thấy việc đảm bảo xét nghiệm túi máu và sàng lọc trước mỗi lần hiến máu là cần thiết cho an toàn truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. 2017. Global hepatitis report. Truy cập ngày 1/11/2021.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

- 255016/9789241565455%20eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. **WHO. 2017.** Blood safety and availability. Truy cập ngày 01/11/2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254987/9789241565431-eng.pdf>
 3. **Mary, AT.** Transfusion safety and federal regulatory requirements, Modern blood banking and transfusion practicces, fourth edition. FA Davis book. 2008; 310 - 325.
 4. **Nguyễn Thị Tuyết Trâm, Đồng Sĩ Sảng, Trần Văn Lượng và cộng sự.** “Nghiên cứu tình hình tiếp nhận máu tại trung tâm Truyền máu khu vực Huế trong 10 năm”. Tạp chí Y học thành phố HCM. 2017; Phụ bản tập 21 (6): 552 - 561.
 5. **Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Duy Thăng, Đồng Sĩ Sảng và cộng sự.** “Nghiên cứu tình hình nhiễm một số tác nhân lây nhiễm qua đường truyền máu ở người hiến máu tình nguyện tại trung tâm Huyết học Truyền máu Bệnh viện Trung ương Huế năm 2017”. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018; 466: 178 - 193.
 6. **Lê Hoàng Oanh, Nhữ Thị Dung.** “Nghiên cứu một số đặc điểm xã hội học và sinh học của người hiến máu tình nguyện tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy năm 2014”. Tạp chí Y học Việt Nam. 2016; 446: 34 - 42.
 7. **Nguyễn Thế Tùng, Nguyễn Kiều Giang, Nguyễn Phương Sinh và cộng sự.** “Đánh giá hiệu quả sàng lọc HBV, HCV, HIV đơn vị máu bằng xét nghiệm khuếch đại gen - NAT tại TT Huyết học Truyền máu Thái Nguyên”. Tạp chí Y học Tp. HCM. 2017; phụ bản tập 21 (6): 596 - 601.
 8. **Đoàn Thành, Nguyễn Duy Thăng, Đồng Sĩ Sảng và cộng sự.** “Nghiên cứu kết quả sàng lọc người hiến máu tình nguyện có bổ sung kỹ thuật NAT tại Trung tâm Truyền máu Khu vực Huế”. Tạp chí Y học Tp HCM. 2017; Phụ bản tập 21 (6): 585 - 595.
 9. **Weusten, J., Vermeulen, M., van Drimmelen, H., and et al.** “Refinement of a viral transmission risk model for blood donations in seroconversion window phase screened by nucleic acid testing in different pool sizes and repeat test algorithms. Transfusion”. 2011; 51 (1): 203 - 215.
 10. **Niwes, N., Lakkana T., Satawat, T., et al.** “Evaluation of a multiplex human immunodeficiency virus-1, hepatitis C virus, and hepatitis B virus nucleic acid testing assay to detect viremic blood donors in northern Thailand”. Transfusion. 2007 Oct;47(10):1803-8.
 11. **Nitinan, C., S. O., Soisaang, P., et al.** “Hepatitis B and hepatitis C virus in Thai blood donors.” Southeast Asian J Trop Med Public Health 2011 May;42(3):609-15.

MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN, VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân*, Nguyễn Mai Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét các rối loạn tâm thần, vận động và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ não cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả trên 143 bệnh nhân đột quỵ não cấp điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 04/2020. **Kết quả nghiên cứu:** 37,07% bệnh nhân đột quỵ não giảm thích thú, hài lòng với công việc; 54,24% chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng. Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ giảm thích thú hài lòng với công việc (OR=0,87; 95%CI 0,59 - 2,59; p=0,78) cũng như với nguy cơ chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng (OR=1,47; 95%CI 0,50 - 4,29; p=0,59). 70,63% bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực tính theo thời gian vận động trong tuần; 80,42% bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực theo WHODAS 2.0. Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ gây suy giảm hoạt động thể lực (OR=1,17; 95%CI 0,35 - 3,88; p=0,54), cũng như với nguy cơ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống (OR=0,57; 95%CI 0,06 - 5,23; p=0,49). **Kết luận:** ở bệnh nhân đột quỵ não cấp, các rối loạn về tâm thần, vận động thường gặp là: giảm thích thú, hài lòng với công việc; chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng; giảm hoạt động thể lực theo thời gian

vận động trong tuần và theo WHODAS 2.0; không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với các nguy cơ về rối loạn tâm thần, vận động.

Từ khóa: đột quỵ não cấp, liên quan, hình thái đột quỵ, rối loạn tâm thần và vận động

SUMMARY

MENTAL AND MOTOR DISORDERS IN PATIENTS WITH A CUTE CEREBRAL STROKE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: to describe some mental and motor disorders in patients with a acute cerebral stroke. **Subjects and research methods:** a descriptive study on 143 acute cerebral stroke patients under treatment at the Department of Neurology - Viet Tiep Hospital from January 2020 to April 2020. **Results:** The rate of decreased interest and satisfaction in working was 37.07%; the rate of suffer depressed, depressed or hopeless was 54.24% There was no association between stroke morphology and the risk of decreased job satisfaction (OR=0.87; 95%CI 0.59 - 2.59; p=0.78) as well as the risk of discouraged, depression, despair (OR=1.47; 95%CI 0.50 - 4.29; p=0.59). 70.63% of patients have a decrease in amount of physical activity according to the exercise time of the week; 80.42% of patients had a decline in physical activity according to WHODAS 2.0. There was no relation between stroke morphology and the risk of impaired physical activity (OR=1.17; 95%CI 0.35 - 3.88; p=0.54), and the risk of decrease quality of life (OR=1.76; 95%CI 0.19-

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022
Ngày duyệt bài: 22.6.2022

16.13; $p=0.61$). **Conclusions:** in patients with a acute cerebral stroke, common mental and motor disorders were: decreased interest and satisfaction in working; discouraged, depressed, hopeless; reduced physical activity level when monitoring activities during a week and by WHODAS 2.0; There was no relation between stroke morphology and the risk of mental and motor disorders.

Keywords: acute cerebral stroke, mental and motor disorders, relation, stroke morphology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não cấp là một trong những bệnh lý mạch máu não thường gặp trên lâm sàng, có tỷ lệ tử vong cao. Theo Tổ chức Đột quỵ não Thế giới (World Stroke Organization/ WSO), mỗi năm có khoảng 16 triệu trường hợp đột quỵ não và 6 triệu trường hợp tử vong. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015) đột quỵ là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%).

Những người bệnh sống sót sau đột quỵ não thường để lại di chứng giảm hoặc mất khả năng vận động, là nguyên nhân thứ hai của gánh nặng bệnh tật (được đo bằng năm sống với khuyết tật DALYs) sau bệnh tim - mạch vành vào năm 2016 [2]. Ở Việt Nam, theo thống kê của bộ môn Thần kinh - trường đại học Y Hà Nội, tỷ lệ mắc đột quỵ não là 11,592/100000 dân. Trong đó di chứng về vận động chiếm 2,96%, di chứng vừa và nhẹ chiếm 62,41%.

Bên cạnh những di chứng thực thể về thần kinh thì các rối loạn tâm thần cũng hay gặp. Tỷ lệ suy giảm nhận thức mạch máu chung (Vascular cognitive impairment VCI) là 66%. Tỷ lệ suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ (vascular cognitive impairment – non dementia VCI-ND) là 24,3%. Tuy nhiên, Ở nước ta trước kia, sự

ảnh hưởng về tâm thần chưa được quan tâm đúng mức. Trong cộng đồng, đa số người dân cho rằng các vấn đề tâm thần và nhận thức là bệnh của tuổi già, dù việc phát hiện sớm các rối loạn tâm thần có ý nghĩa quan trọng trong điều trị để cải thiện tiên lượng và hồi phục cho bệnh nhân đột quỵ não. Do vậy đề tài “*Một số rối loạn tâm thần, vận động ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*” được tiến hành với mục tiêu:

Nhận xét các rối loạn về tâm thần, vận động và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 4/2020..

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Gồm 143 bệnh nhân đột quỵ não cấp điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 04/2020.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Đột quỵ não cấp theo định nghĩa của Hội tim mạch Hoa Kỳ/Hội đột quỵ Hoa Kỳ [5]

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý tâm thần kinh trước đó
- Bệnh nhân có bệnh lý có di chứng giới hạn vận động khác
- Bệnh nhân không nói hoặc không nghe được
- Bệnh nhân không có khả năng hoặc không muốn hợp tác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương

pháp thuận tiện, không xác suất.

2.2.3. Các chỉ số/ biến số nghiên cứu và phương pháp đánh giá

- + Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu
 - Tuổi: tính theo số năm. Phân chia tuổi bệnh nhân thành các nhóm tuổi: <40; 40-59; 60-69; 70-79; ≥80
 - Giới: nam và nữ.
 - Chiều cao, cân nặng.
 - Chỉ số khối cơ thể (BMI) = cân nặng (kg) / (chiều cao (m))²
 - Huyết áp đo 3 lần khác nhau (mmHg). Phân mức độ huyết áp theo Hội tim mạch Việt Nam 2018
- + Các chỉ số về rối loạn tâm thần, vận động sau đột quỵ
 - Hoạt động thể lực: Đánh giá dựa trên khoảng thời gian bệnh nhân có thể sinh hoạt như ngồi đọc sách, xem phim, tăng độ nặng như đi bộ, đi xe đạp và mang vác vật nặng, lao động nặng (bốc vác, leo trèo, tập tạ, chạy xa...)
 - Sức khỏe tâm thần trong 2 tuần qua (sự

giảm thích thú hoặc trầm cảm). Dựa trên chủ quan của bệnh nhân có giảm hay không sự thích thú hài lòng với công việc, trầm cảm, chán nản hay tuyệt vọng

- Mức độ tàn tật WHODAS II
- Đánh giá chất lượng cuộc sống 5Q-5D-5L [1]
- Đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 [6]

2.2.5. Xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Microsoft EXCEL 2010 và SPSS 22.0.
 - Tính giá trị $\bar{X} \pm SD$ với các biến liên tục. Tính giá trị phần trăm với các biến logical. Dùng test t - student để so sánh hai giá trị trung bình. Dùng Test khi bình phương để so sánh giá trị phần trăm, tìm mối liên quan giữa 2 biến định tính.
 - Tính chỉ số OR (odds ratio) để đánh giá liên quan giữa các yếu tố với nguy cơ ảnh hưởng tâm thần, vận động.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm rối loạn tâm thần vận động của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=143)		Kết quả
Tuổi (X ±SD)		63,42± 12,11
Lứa tuổi (n,%)	< 40	2 (1,40%)
	40-49	6 (4,20%)
	50-59	23 (16,08%)
	60-69	46 (32,17%)
	70-79	37 (25,57%)
	≥80	30 (20,98%)
Giới tính (n,%)	Nam	59 (41,26%)
	Nữ	84 (58,74%)
Chiều cao (X±SD) (m)		159,74 ± 8,37
Cân nặng (X±SD) (kg)		55,37 ± 7,85
BMI (X±SD)		21,66 ± 2,26

Nhận xét: Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm đa số, nữ nhiều hơn nam

Bảng 3.2. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo mức độ ảnh hưởng sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân đột quỵ não cấp

Thông số	n	%
Không giảm thích thú, hài lòng với công việc	90	62,93
Giảm thích thú, hài lòng vài ngày với công việc	40	27,97
Thường xuyên giảm thích thú hài lòng với công việc	11	7,69
Hầu như luôn giảm thích thú, hài lòng với công việc	2	1,41
Không chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng	64	44,76
Vài ngày có chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng	59	41,26
Thường xuyên chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng	16	11,19
Hầu như luôn chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng	4	2,79

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không giảm thích thú, hài lòng với công việc

3.2. Một số yếu tố liên quan tới rối loạn tâm thần, vận động của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Liên quan giữa hình thái đột quỵ và giảm thích thú, hài lòng với công việc

Hình thái đột quỵ	Giảm thích thú, hài lòng với công việc	Không giảm thích thú, hài lòng với công việc	OR	95%CI	p
Nhồi máu não	47	81	0,87	0,59 - 2,59	0,78
Xuất huyết não	6	9			
Tổng	53	90			

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ với giảm thích thú, hài lòng với công việc

Bảng 3.4. Liên quan giữa hình thái đột quỵ với chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng

Hình thái đột quỵ	Chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng	Không chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng	OR	95%CI	p
Nhồi máu não	72	56	1,47	0,50 - 4,29	0,59
Xuất huyết não	7	8			
Tổng	79	64			

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng

Bảng 3.5. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo mức độ ảnh hưởng hoạt động thể lực theo thời gian vận động trong tuần

Mức độ ảnh hưởng	n	%
Chưa có sự suy giảm hoạt động thể lực	42	29,37
Có sự suy giảm hoạt động thể lực	101	70,63
Tổng	143	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực theo thời gian vận động trong tuần

Bảng 3.6. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo mức độ ảnh hưởng hoạt động thể lực theo Thang đánh giá WHODAS 2.0

Mức độ ảnh hưởng	n	%
Chưa có sự suy giảm hoạt động thể lực	28	19,58
Có sự suy giảm hoạt động thể lực	115	80,42
Tổng	143	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực theo Thang đánh giá WHODAS 2.0

Bảng 3.7. Liên quan giữa hình thái đột quỵ với rối loạn vận động

Hình thái đột quỵ	Suy giảm hoạt động thể lực	Chưa suy giảm hoạt động thể lực	OR	95%CI	p
Nhồi máu não	38	90	1,17	0,35 - 3,88	0,54
Xuất huyết não	4	11			

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với rối loạn vận động

Bảng 3.8. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo mức độ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

Mức độ ảnh hưởng	n	%
Suy giảm chất lượng cuộc sống	137	95,80
Không ảnh hưởng chất lượng cuộc sống	6	4,20
Tổng	143	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đột quỵ não cấp có suy giảm chất lượng cuộc sống

Bảng 3.9. Liên quan giữa hình thái đột quỵ với ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

Hình thái đột quỵ	Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống	Chưa ảnh hưởng chất lượng cuộc sống	OR	95%CI	p
Nhồi máu não	5	123	0,57	0,06 - 5,23	0,49
Xuất huyết não	1	14			
Tổng	6	137			

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

IV. BÀN LUẬN

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 63,42±12,11, nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Margaret cho thấy 75% số

trường hợp ở nhóm tuổi trên 60 [3], có lẽ do người cao tuổi, hay gặp nhiều bệnh nền, đặc biệt các bệnh lý thúc đẩy sự hình thành và tiến triển của mảng vữa xơ mạch não, dẫn đến nguy cơ đột quỵ não cao hơn. Bệnh nhân nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với

58,74% (n=84) ở nam và 41,26% (n=59) ở nữ, tương tự với kết quả nghiên cứu của Reeves M.J. và cộng sự [4], có thể lý giải là do bệnh nhân nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ hơn nữ giới như tình trạng hút thuốc lá và uống rượu.

Qua nghiên cứu, đề tài cho thấy: Số bệnh nhân đột quỵ não không giảm thích thú, hài lòng với công việc chiếm 62,93%, số bệnh nhân không chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng chiếm 44,76%. Số bệnh nhân có giảm thích thú, hài lòng với công việc chiếm 37,07%, trong đó, 28% số bệnh nhân giảm thích thú, hài lòng với công việc trong vài ngày, 7,69% bệnh nhân thường xuyên giảm thích thú hài lòng với công việc, còn 1,41% số bệnh nhân hầu như luôn giảm thích thú hài lòng với công việc. Số bệnh nhân có chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng chiếm 54,24%, trong đó có 41,26% bệnh nhân vài ngày có chán nản, trầm cảm, 11,19% bệnh nhân thường xuyên chán nản, trầm cảm và 2,79% bệnh nhân hầu như luôn chán nản, trầm cảm (Bảng 3.5). Giải thích kết quả này, chúng tôi cho rằng số bệnh nhân đột quỵ não ở nhóm già yếu không phải thực hiện công việc chính để nuôi sống bản thân hay gia đình, không chịu áp lực công việc nhiều, nên tỷ lệ số bệnh nhân không giảm thích thú với công việc chiếm tỷ lệ cao hơn. Những bệnh nhân đột quỵ não thường đi kèm với các triệu chứng ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân làm bệnh nhân trở nên chán nản, tuyệt vọng, nên tỷ lệ số bệnh nhân có tình trạng chán nản, trầm cảm và tuyệt vọng chiếm tỷ lệ cao hơn so với số bệnh nhân không có chán nản.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.3 và Bảng 3.4 cho thấy: không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ giảm thích thú hài lòng với công việc (OR=0,87;

95%CI 0,59 - 2,59; p=0,78) đồng thời cũng không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng (OR=1,47; 95%CI 0,50 - 4,29; p=0,59). Điều này có thể lý giải do các hậu quả của bệnh nhân đột quỵ não phụ thuộc vào vùng não bị tổn thương và mức độ tổn thương cũng như những rối loạn chức năng của vùng não bị tổn thương chi phối hơn là những cơ chế gây nên hình thái đột quỵ não.

Số bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực tính theo thời gian vận động trong tuần (trung bình dưới 4 ngày/tuần) chiếm tỷ lệ 70,63% cao hơn số bệnh nhân chưa có sự suy giảm hoạt động thể lực 29,37%, phù hợp với kết quả khi tính theo thang đánh giá WHODAS 2.0 (dưới 32 điểm) số bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực chiếm 80,42% cao hơn số bệnh nhân chưa có sự suy giảm hoạt động thể lực chiếm 19,58%. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân đột quỵ não có biểu hiện triệu chứng yếu liệt hoặc các chức năng vận động khác làm hạn chế khả năng hoạt động thể lực của bệnh nhân, đồng thời bệnh hay gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, cũng là một yếu tố góp phần làm suy giảm chức năng vận động của bệnh nhân.

Kết quả từ Bảng 3.7 cho thấy: không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ gây suy giảm hoạt động thể lực (OR=1,17; 95%CI 0,35 - 3,88; p=0,54). Có thể lý giải do bệnh nhân đột quỵ não có triệu chứng phụ thuộc vào chức năng vùng bị tổn thương, theo phân bố của mạch máu, không phụ thuộc vào cơ chế bệnh sinh nên không có mối liên quan với hình thái đột quỵ.

Số bệnh nhân đột quỵ não có suy giảm chất lượng cuộc sống chiếm tỷ lệ 95,80%, cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có suy giảm chất lượng cuộc sống chiếm 4,20%. Điều này có thể giải thích do bệnh

nhân đột quỵ não thường có triệu chứng và để lại di chứng về vận động, giảm khả năng vận động sinh hoạt bình thường và cả hoạt động thể lực như: liệt nửa người hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, có thể liệt tứ chi, ảnh hưởng cả các chức năng khác như nhìn, ăn, nói, nuốt, nhận thức cơ thể, giảm cảm giác,... gây nên sự suy giảm chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Bảng 3.9 cho thấy: Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống ($OR=0,57$; $95\%CI$ 0,06 - 5,23; $p=0,49$). Có thể lý giải do cả hai hình thái đều không có sự khác biệt về hậu quả tâm thần và hoạt động thể, dẫn đến chất lượng cuộc sống chung không có sự khác biệt có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

- 37,07% bệnh nhân đột quỵ não giảm thích thú, hài lòng với công việc chiếm 37,07%; 54,24% chán nản, trầm cảm hay tuyệt vọng. Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ giảm thích thú hài lòng với công việc ($OR=0,87$; $95\%CI$ 0,59 - 2,59; $p=0,78$) cũng như với nguy cơ chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng ($OR=1,47$; $95\%CI$ 0,50 - 4,29; $p=0,59$).

- 70,63% bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực tính theo thời gian vận động trong tuần; 80,42% bệnh nhân có sự suy giảm hoạt động thể lực chiếm theo WHODAS 2.0. Không có mối liên quan giữa hình thái đột quỵ não với nguy cơ gây suy giảm hoạt động thể lực ($OR=1,17$; $95\%CI$ 0,35 - 3,88; $p=0,54$), cũng như với nguy cơ

ảnh hưởng chất lượng cuộc sống ($OR=0,57$; $95\%CI$ 0,06 - 5,23; $p=0,49$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balestroni G., Bertolotti G. (2012), "EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life", *Monaldi Arch Chest Dis* 2012 Sep;78(3):155-9.doi: 10.4081/monaldi.2012.121.
2. DALYs GBD, Collaborators H. (2017), "Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *Lancet* 2017, 390(10100):1260-1344.
3. Margaret Kelly-Hayes (2010), "Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies", *Lancet*. 2010 Oct; 58(Suppl 2): S325-S328.
4. Reeves M.J, Bushnell C.D. (2008), "Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes", *Lancet neurol* 2008. 7(10):915-26.
5. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, 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* 2013; 44: 2064-89.
6. Steward, A.L., Sherbourne, C., Hayes, R.D., et al. (1992), "Summary and Discussion of MOS Measures", in A.L. Stewart & J.E. Ware (eds.), *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcome Study Approach* (pp. 345-371). Durham, NC: Duke University Press, 1992.

KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA BỆNH NHI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2016 - 2020

Trần Đức Tâm*, Hà Thị Thu Huyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mô hình bệnh tật của bệnh nhi vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 5 năm từ 2016 đến 2020. **Đối tượng:** Tất cả bệnh nhi vào điều trị nội trú từ 1/1/2016 đến 31/12/2020. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Số trẻ đến khám và nhập viện ổn định trong 4 năm 2016- 2019, riêng năm 2020 số lượng bệnh nhân giảm khoảng 25% so với các năm trước. Tỷ lệ trẻ nhập viện ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1), chủ yếu ở lứa tuổi dưới 6 tuổi. Nhóm bệnh chủ yếu ở trẻ nhập viện là bệnh truyền nhiễm. Tỷ lệ tử vong và bệnh nặng chiếm 0,17% số trẻ nhập viện, chủ yếu trong 24 giờ đầu sau sinh. Tỷ lệ tử vong ở lứa tuổi sơ sinh giảm dần từ 48% xuống 32,1%. Sơ sinh chiếm 7,7% số ca nhập viện. **Kết luận:** Mô hình bệnh tật tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng tương tự các nước đang phát triển. Tỷ lệ bệnh truyền nhiễm còn cao. Mô hình bệnh tử vong tại bệnh viện gặp chủ yếu là trẻ dưới 24 giờ tuổi, tỷ lệ tử vong sơ sinh chiếm tỷ cao, nhưng giảm dần từ năm 2016 đến 2020.

Từ khóa: bệnh viện trẻ em, mô hình bệnh tật, trẻ em.

SUMMARY

SURVEY OF DISEASE MODELS OF INPATIENTS TREATMENT AT HAI

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Tâm
Email: tdtam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022
Ngày duyệt bài: 17.6.2022

PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2016 - 2020

Objective: to investigate the disease pattern of pediatric patients admitted to inpatient treatment at Hai Phong Children's Hospital during 2016 to 2020. **Subjects:** all pediatric patients were hospitalized from January 1, 2016 until December 31, 2020. **Methods:** Retrospective and descriptive study. **Results:** The number of patients who went to see doctor and were hospitalized was stable during 4 years from 2016 to 2020 but in 2020 it went down approximately 25% compared to years before. The rate of hospitalization among boys were higher than that of girls (male/female ratio is 1.3/1), mainly at the age of under 6 years old. The main disease group was communicable one. Mortality and severe illness accounted for 0.17% of hospitalized children, mainly in the first 24 hours after birth. The infant mortality rate gradually decreased from 48% to 32.1%. Neonates accounted for 7.7% of hospital admissions. **Conclusion:** The disease pattern at Hai Phong Children's Hospital is similar to that of developing countries. The rate of infectious diseases is still high. The hospital mortality pattern is mainly found in children under 24 hours of age, the neonatal mortality rate accounts for a high rate, but gradually decreases from 2016 to 2020.

Keywords: children's hospital, disease model, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế xã hội của quốc gia hay

cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước giảm tần suất mắc bệnh và tỉ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân. Từ mô hình bệnh tật và tử vong người ta có thể xác định được các bệnh tật phổ biến, các bệnh tử vong cao giúp cho định hướng kế hoạch phòng chống bệnh tật trong từng khu vực cụ thể. Một số bệnh viện cũng đã khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong, tuy nhiên mô hình bệnh tật của các bệnh viện sẽ khác nhau tùy thuộc chuyên khoa, hoặc theo lứa tuổi. Nghiên cứu của Hoàng Quang Trung [5] tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh từ 2011 đến 2019, các nhóm bệnh thường gặp nhất là bệnh hô hấp (47,2%) sau đó là bệnh nhiễm khuẩn (18,3%) và bệnh tiêu hoá (15,9%). Nghiên cứu của Trần Duy Vĩnh [3] tại bệnh viện Trung Ương Huế trong 3 năm

2017 – 2019 cũng có nhận định tương tự. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài “Khảo sát mô hình bệnh tật của bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2016 - 2020” với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 5 năm (2016-2020)*
2. *Xác định cơ cấu bệnh của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân nhập viện và điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2016 – 31/12/2020
- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. Cỡ mẫu: thuận tiện. Các bước tiến hành: Mã hoá số bệnh án và các dữ liệu theo các mặt bệnh theo ICD 10. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Số lượng bệnh nhi đến khám – nhập viện- chuyển viện

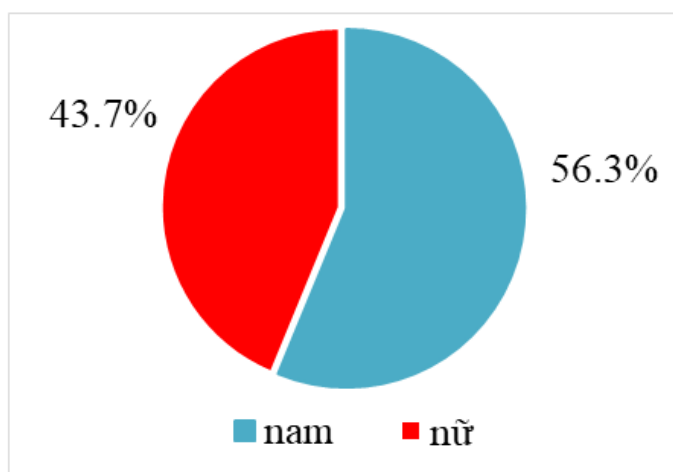
Năm	Tổng số khám (100%)	Nhập viện(%)	Chuyển viện(%)
2016	213.658	45.328 (21,2%)	1.530 (0,72%)
2017	218.384	47.487 (21,74%)	1.773 (0,81%)
2018	199.431	51.216 (25,68%)	1.686 (0,85%)
2019	219.468	47.460 (21,62%)	1.619 (0,73%)
2020	160.147	36.102 (22,54%)	1.442 (0,9%)
Tổng	1.011.088	227.593 (22,51%)	8.050 (0,8%)

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân ổn định trong 4 năm (từ 2016 – 2019) và giảm rõ rệt vào năm 2020.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Năm	Sơ sinh (%)	≤ 1 tuổi (%)	>1-6 tuổi (%)	> 6 tuổi (%)	Tổng (%)
2016	3.758 (8,3%)	14.232 (31,4%)	22.029 (48,6%)	5.303 (11,7%)	45.328
2017	3.786 (7,8%)	17.950 (37,8%)	19.944 (42,0%)	5.888 (12,4%)	47.487
2018	3.750 (7,3%)	16.747 (32,2%)	24.430 (47,7%)	6.555 (12,8%)	51.216
2019	3.717 (7,8%)	15.519 (32,7%)	21.452 (45,2%)	6.739 (14,2%)	47.460
2020	2.613 (7,2%)	13.899 (38,5%)	15.401 (42,6%)	4.224 (11,7%)	36.102
Tổng	17.624 (7,7%)	78.347 (34,42%)	103.256 (45,36%)	28.709 12,6%	227.593

Nhận xét: Số lượng bệnh nhi từ 1 đến 6 tuổi có tỷ lệ nhập viện cao nhất, sơ sinh có số nhập viện thấp nhất.

**Hình 1: Phân bố bệnh nhân theo giới**

Nhận xét: trong số 227.593 trẻ nhập viện, tỷ lệ % trẻ nam và nữ lần lượt là 56,2% và 43,7%, tỷ lệ nam/ nữ là 1,3/ 1.

Bảng 3. Phân bố theo địa dư

Năm	Nội thành (%)	Ngoại thành (%)	Ngoại tỉnh
2016	35,5%	48,8%	15,7%
2017	36,2%	45,2%	18,6%
2018	36,3%	45,5%	13,2%
2019	38,4%	48,7%	12,9%
2020	38,5%	54,8%	6,7%

Nhận xét: Trẻ ở nông thôn nhập viện chiếm tỷ lệ cao nhất. Năm 2020, tỷ lệ nhập viện ngoại tỉnh giảm mạnh.

3.2. Xác định cơ cấu bệnh của bệnh viện

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo khoa

Khoa	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	Trung bình (%)
Hồi sức cấp cứu	1.338 2,95%	1.350 2,9%	1.068 2,15%	1.000 2,1%	947 2,6%	2,5%
Hô hấp	5.505 12,14%	5.302 11,85%	3.810 7,41%	3.800 8%	2.563 11,1%	9,22%
Tim mạch	2.350 5,18%	2.474 5,2%	2.771 5,41%	2.741 5,77%	1.836 5,1%	5,35%
Tiêu hóa	5.630 12,6%	5.830 12,3%	6.431 12,55%	4.681 9,86%	3.067 8,5%	11,29%
Thần kinh tâm bệnh	3.505 7,7%	3.980 8,4%	4.376 8,54%	3.966 8,35%	2.649 7,33%	8,12%
Truyền nhiễm	6.102 13,46%	6.260 13,2%	6.474 12,65%	6.712 14,14%	4.227 11,7%	13,08%
Sơ sinh	3.358 7,4%	3.386 7,1%	3.350 6,6%	3.317 6,99%	2.313 6,4%	6,9%
Tự nguyện A	4.023 8,86%	4.006 8,4%	4.382 8,56%	4.051 8,5%	2.997 8,3%	8,55%
Tự nguyện B	4.315 9,5%	4.270 9,0%	4.496 8,78%	4.282 9,2%	3.508 9,72%	9,21%
Thận máu	4.025 8,88%	4.038 8,5%	4.819 9,4%	4.207 8,86%	3.692 10,25%	9,13%
Tai mũi họng	2.213 4,9%	2.226 4,7%	2.143 4,2%	1.742 3,67%	1.131 3,13%	4,15%
Mắt – Răng hàm mặt	1.202 2,65%	1.365 2,9%	1.130 2,2%	1.151 2,42%	963 2,66%	2,55%
Ngoại chấn thương	4.105 9,0%	4.094 8,6%	4.415 8,6%	4.338 9,14%	4.014 11,12%	9,2%
Ngoại tổng hợp	4.630 10,2%	4.349 9,15%	4.926 9,6%	4.553 9,6%	4.193 11,61%	9,95%
Đông Y	242 0,5%	236 0,49%	455 0,89%	582 1,23%	363 1,0%	0,82%
Tổng	45.328	47.487	51.216	47.460	36.102	100%

Nhận xét: Bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ nhiều nhất, sau đó là bệnh tiêu hoá, bệnh hô hấp, bệnh ngoại khoa, bệnh mạn tính thận máu. Số lượng bệnh nhân nặng chuyển khoa Hồi sức cấp cứu giảm từ 2,95% còn 2,1%.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong và bệnh nặng

Năm	Tử vong	BN nặng	Tổng số	Tỷ lệ (%)
2016	15	58	73	0,16%
2017	12	62	74	0,15%
2018	19	34	53	0,10%
2019	51	43	94	0,20%
2020	28	42	70	0,19%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi tử vong tại viện và bệnh nhân nặng cao nhất là năm 2019 với 94 trường hợp, chiếm tỷ lệ 0,2% bệnh nhi nội trú.

Bảng 6. Mô hình tử vong

Tuổi	2016	2017	2018	2019	2020
SS	7 (48%)	5 (41,7%)	8 (42,1%)	19 (37,25%)	9 (32,1%)
Ngoài SS	8 (52%)	7 (58,3%)	11 (57,9%)	32 (62,75%)	19 (67,9%)
Tổng	15	12	19	51	28

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở sơ sinh giảm dần trong 5 năm (từ 48% xuống 32,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số lượng bệnh nhân tương đối ổn định trong 4 năm từ 2016 đến 2019 khoảng hơn 200.000 lượt khám bệnh/ năm và nhập viện khoảng 45.000- 50.000 bệnh nhân/ năm. Cao nhất là năm 2018 với 51.216 bệnh nhân nhập viện. Tuy nhiên năm 2020, do ảnh hưởng của đại dịch covid - 19, số bệnh nhân đến khám và nhập viện giảm khoảng 25% so với năm 2019 (chỉ 36.102 ca nhập viện). Số lượng bệnh nhân nặng nhập khoa hồi sức cấp cứu giảm 30% từ 1350 ca (2017) xuống còn 1000 ca (2019). Điều này cho thấy, dân trí ngày càng cao, điều kiện chăm sóc trẻ tốt hơn, bố mẹ trẻ phát hiện sớm những bệnh lý trẻ mắc phải, đưa trẻ đến bệnh viện kịp thời.

Tuổi: Số trẻ sơ sinh nhập viện trung bình 7,7% thấp nhất, giảm từ 8,3% năm 2016 còn 7,2% năm 2020. Điều này có lẽ do mức sống

và sự hiểu biết của người dân ngày càng tăng làm giảm mắc các bệnh nhiễm trùng ở trẻ. Tỷ lệ nhập viện cao nhất ở trẻ từ 1 - 6 tuổi (45,36%). Điều này do giai đoạn này trẻ đã hết miễn dịch từ mẹ truyền sang, bắt đầu cai sữa, chuyển sang ăn dặm, và đi học mầm non, trẻ dễ mắc các bệnh hô hấp và nhiễm trùng, và các bệnh ngoại khoa do tai nạn sinh hoạt. Số trẻ từ 6 - 15 tuổi chiếm tỷ lệ 12,6%. Kết quả nghiên cứu của Young Ho Kwak [9] cho thấy bệnh nhi đến khoa cấp cứu gặp chủ yếu là trẻ 1 - 4 tuổi, có thể Hàn quốc là nước phát triển nên điều kiện chăm sóc bà mẹ, trẻ sơ sinh tốt vậy nên trẻ sơ sinh ít phải nhập viện.

Số lượng bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/ nữ: 1,3/1. Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu khác[8],[9].

Đa số các bệnh nhân đến nhập viện đều sinh sống tại Hải Phòng, chiếm 74,3% -

93,3%, trong đó ngoại thành cao chiếm đa số (40,2%- 54,8%). Bệnh nhi từ các huyện ngoại tỉnh lân cận như Hải Dương đến khám và nhập viện có xu hướng giảm từ 28,6% xuống 18,9% từ 2016 đến 2019, đặc biệt giảm xuống còn 6,7% năm 2020 do giãn cách xã hội và khó khăn đi lại giữa các thành phố.

4.1 Mô hình bệnh tật tại bệnh viện

Mặt bệnh nổi bật vào viện là bệnh truyền nhiễm 13,08%, sau đó là bệnh tiêu hóa 11,29%, bệnh hô hấp 9,22%, ngoại tổng hợp và ngoại chấn thương trung bình 9,2% và 9,55%, sau đó đến các bệnh mạn tính thận máu và bệnh thần kinh lần lượt là 9,13% và 8,12% . So sánh với nghiên cứu của Lê Thanh Hải, Nguyễn Thị Hồng Lạc [2] cho thấy mô hình bệnh trẻ em là: bệnh hô hấp (79,5%), bệnh tiêu hóa (17,7%), bệnh bẩm sinh (0,9%), bệnh thần kinh (1,5%), bệnh tim mạch (17,5%). Theo Võ Phương Khanh [1], nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cho thấy bệnh đường hô hấp 39,9%, bệnh nhiễm trùng 28,2%, bệnh đường tiêu hóa 8,9% và bệnh bẩm sinh 4,3%. Theo nghiên cứu của Okechukwu [7] ở châu Phi, cho thấy bệnh tiêu chảy, sốt rét chiếm tỷ lệ cao nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số lượng bệnh nhi nặng nhập viện tại khoa Hồi sức cấp cứu giảm liên tục trong 5 năm. Bệnh lý hô hấp và tiêu hóa có xu hướng giảm, do điều kiện kinh tế ngày càng tốt, ý thức của người dân được nâng cao, trẻ được tiêm vaccin đầy đủ, đặc biệt là phế cầu và rota virus. Số lượng bệnh nhi nhập viện của bệnh lý mạn tính như Thận máu và đông y

vẫn ổn định dù trong đợt dịch covid - 19. Ngoài ra, khoa Ngoại có số bệnh nhân nhập viện không giảm trong đợt dịch, các trường hợp nhập viện vì tai nạn sinh hoạt tăng lên do trẻ được nghỉ học ở nhà và thiếu người trông giữ trẻ. Các bệnh truyền nhiễm có tỷ lệ nhập viện cao nhất 13,08% (11,7%-14,14%), đặc biệt là năm 2019, có nhiều bệnh truyền nhiễm tạo thành đợt dịch bệnh nặng như dịch sởi, cúm mùa và sốt xuất huyết, và giảm mạnh vào năm 2020 chỉ có 4227 ca mặc dù dịch covid – 19 bùng phát mạnh trên thế giới nhưng Việt Nam vẫn khống chế dịch hiệu quả. Kết quả của chúng tôi cũng như nhiều thống kê mới của nhiều tác giả [6], [5] cho thấy tỷ lệ bệnh nhiễm trùng hô hấp, tiêu hoá chiếm ưu thế, đây cũng là mô hình bệnh tật phổ biến ở các nước đang phát triển.

Mô hình tử vong: Lứa tuổi sơ sinh chiếm 7,7% bệnh nhi nhập viện nhưng tỷ lệ tử vong 32,1% - 46,7%, sau đó giảm dần trong các năm từ 2016 - 2020, chủ yếu là do suy hô hấp sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh non yếu. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong giảm dần trong các năm qua do đa số trẻ được sinh tại bệnh viện phụ sản thành phố, hạn chế được tai biến sản khoa, chất lượng chăm sóc phụ nữ có thai và sơ sinh ngày càng cải thiện. Với trẻ >1 tháng tuổi, nguyên nhân tử vong chính là nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, các dị tật bẩm sinh. Các bệnh nhân tử vong chủ yếu là sơ sinh trong 24 giờ đầu sau sinh. Kết quả nghiên cứu này cũng giống các tác giả khác [3], [4]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số lượng bệnh nhân nhập viện điều trị ổn định trong các năm từ 2016 đến 2019, nhưng giảm 25% trong năm 2020 do tình hình dịch bệnh covid - 19. Tỷ lệ bệnh nhi nam/nữ = 1,3:1. Tỷ lệ bệnh nhân ngoại thành cao hơn nội thành. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhập viện chiếm tỷ lệ thấp (7,7%). Mô hình bệnh tật ở Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng tương tự tại các nước đang phát triển: các bệnh nhiễm trùng còn cao, tử vong tại viện gặp chủ yếu ở sơ sinh dưới 24 giờ tuổi, tuy nhiên tỷ lệ tử vong sơ sinh giảm dần từ 48% năm 2016 xuống 32,1% năm 2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Phương Khanh và CS (2008):** "Mô hình bệnh tật tại bệnh viện nhi đồng 2", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 12 – Supplement of No 4: 92 – 98
2. **Lê Thanh Hải, Nguyễn thị Hồng Lạc (2010):** "Khảo sát thực trạng tình hình cấp cứu Khoa Nhi Bệnh viện Nông nghiệp", Y học thực hành(714)-số 4 tr. 21-23.
3. **Hoàng Thị Thanh và Khúc Văn Lập (2006):** "Nhận xét kết quả cấp cứu Bệnh Nhi nặng trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình". Nhi Khoa, tập 14, (số đặc biệt), Tr. 61-66.
4. **Phạm Văn Thắng, Đinh Phương Hòa, Nguyễn Công Khanh (2004):** "Nghiên cứu tử vong 24 giờ đầu nhập viện của trẻ em trong 2 năm 2001-2002". Tạp chí Y học Thực hành, (số 449), tháng 11, Tr. 317- 319.
5. **Hoàng Quang Trung, Dương Văn Giáp (2021):** Mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh giai đoạn 2011 – 2019. DOI:10.51298/vmj.v502i1.559
6. **Trần Duy Vĩnh, Hoàng Thị Anh Thư (2020):** Mô hình bệnh tật trẻ em tại khoa Nhi bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2 trong 3 năm (2017 – 2019). Tạp Chí Y Học Lâm Sàng - Số 59/2020, Tr 44 – 52.
7. **Okechukwu AA, Nwalozie C. (2011):** "Morbidity and mortality pattern of admissions into the Emergency Pediatric Unit of University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada", Niger J Med. 2011 Jan-Mar; 20(1):109-13.
8. **Acworth J, et al (2011):** "Patterns of presentation to the Australian and New Zealand Pediatric Emergency Research Network", Emerg Med Australas. 2009 Feb; 21(1):59-66.
9. **Young Ho Kwak, Do Kyun Kim and Hye Young Jang (2012):** "Utilization of Emergency Department by in Korea", J Korean Med Sci 2012; 27: 1222-1228.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI THEO PHƯƠNG PHÁP ALL INSIDE TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP

Phạm Văn Thương¹, Đinh Thế Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng phương pháp All inside tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh hồi cứu kết hợp tiền cứu với 87 bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng phương pháp All inside (tạo đường hầm xương chày và xương đùi từ trong ra ngoài) sử dụng gân chân ngỗng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Kết quả:** 87 bệnh nhân với đường kính mảnh ghép gân trung bình $8,22 \pm 0,64$ mm, chiều dài gân trung bình $61 \pm 1,2$ mm. Điểm Lysholm trước mổ $51,61 \pm 8,77$, sau mổ 3 tháng là $83,38 \pm 4,78$, sau 9 tháng là $94,57 \pm 3,9$. **Kết luận:** Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng phương pháp All inside là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Tái tạo dây chằng chéo trước, All inside, gân chân ngỗng

SUMMARY

RESULTS OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING ALL INSIDE TECHNIQUE AT VIET TIEP HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022

Objective: To remark the results of anterior cruciate ligament reconstruction using all inside technique at Viet Tiep hospital from 01/2019 to 06/2021. **Method:** Descriptive study with 87 patients retrospective and prospective who were operated anterior cruciate ligament reconstructions using All inside technique (Both of femur tunnel and tibia tunnel were made from inside to outside) at Viet Tiep Hospital. **Results:** 87 patients with graft's diameter average 8.22 ± 0.64 mm, length average 61 ± 1.2 mm. Lysholm's point before operation was 51.61 ± 8.77 , 3 months postoperation was 83.38 ± 4.78 and 9 months postoperation was 94.57 ± 3.9 . **Conclusion:** Arthroscopy anterior cruciate ligament reconstruction using All inside technique was feasible and safety.

Keywords: Anterior cruciate ligament reconstruction, All inside, Hamstring ligament

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một trong những khớp đóng vai trò chịu lực chính của cơ thể, có cấu trúc phức hợp, độc đáo và vững chắc. Trong các thành phần đảm bảo sự vững chắc của khớp gối, dây chằng chéo trước (DCCT) đóng một vai trò quan trọng bởi tác dụng chống trượt ra trước và xoay trong của xương chày so với xương đùi. Đứt DCCT là hình thái tổn thương thường gặp ở bệnh nhân chấn thương kín khớp gối nhất là những vận động viên trẻ. Khi đứt DCCT khớp gối mất vững, đi lại khó khăn và gây ra các tổn thương thứ phát khác như rách sụn chêm, giãn dây chằng, bao

khớp và gây thoái hóa khớp sớm. Lúc này, chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước là rất cần thiết, nhằm phục hồi lại độ vững chắc của khớp gối, lập lại chức năng và biên độ vận động bình thường của khớp.

Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và những hiểu biết ngày càng rõ hơn về giải phẫu, sinh lý của dây chằng chéo trước, những cải tiến về kỹ thuật khoan đường hầm, chất liệu tạo mảnh ghép, các phương tiện cố định đã góp phần cải thiện đáng kể hiệu quả phẫu thuật. So với các kỹ thuật tái tạo DCCT cũ như tái tạo từ bên ngoài vào phẫu thuật viên khó kiểm soát được chiều dài đường hầm, đường mổ dài gây hậu phẫu đau nhiều hơn thì hiện nay kỹ thuật All inside sử dụng mảnh ghép gân chân ngỗng ngày càng khẳng định được tính ưu việt. Kỹ thuật có ưu điểm là mảnh ghép được tăng cường về đường kính vì không đòi hỏi chiều dài như các kỹ thuật tạo đường hầm xuyên, mặt khác phẫu thuật viên chủ động khoan chiều dài đường hầm xương đùi và xương chày phù hợp với kích thước mảnh ghép, không đi hết chiều dài xương cứng nên nhanh chóng được lấp đầy bởi tổ chức xương tân tạo; hai đầu mảnh ghép được cố định vững chắc bằng nút treo điều chỉnh chiều dài. Vì vậy giúp khớp gối đạt độ vững cao, kết quả phục hồi đạt tốt và rất tốt tỉ lệ cao.

Hiện nay, kỹ thuật này đã được triển khai tại các trung tâm chấn thương chỉnh hình lớn như BV hữu nghị Việt Đức, BV Trung ương Quân đội 108, BV đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh... và mới được triển khai tại BV hữu nghị Việt Tiệp- Hải Phòng những năm gần đây nhưng chưa có một nghiên cứu được tiến hành để đánh giá kết quả phẫu thuật. Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị đứt dây chằng chéo trước tại BV hữu nghị Việt Tiệp- Hải Phòng chúng tôi tiến hành nghiên

cứu với mục tiêu “*Nhận xét kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối theo phương pháp All inside tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp*”.

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

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm 87 bệnh nhân với tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 18 trở lên
- Khám lâm sàng các nghiệm pháp Lachman, ngăn kéo trước, pivot shift dương tính.
- Trên phim cộng hưởng từ có tổn thương đứt DCCT
- Được phẫu thuật bằng phương pháp All inside sử dụng mảnh ghép gân chân ngỗng tự thân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có tổn thương các dây chằng khác như: dây chằng chéo sau, dây chằng bên trong, dây chằng bên ngoài, tổn thương góc sau trong hoặc góc sau ngoài khớp gối.

- Các BN có gãy xương vùng gối đi kèm
- Bong điểm bám của dây chằng chéo trước
- Bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu một loạt các ca bệnh sử dụng số liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân (được 87 bệnh nhân) theo phương pháp thuận tiện.

Chỉ số và biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, xương, mức độ đau sau mổ, mức độ gấp duỗi chân chấn thương, nhận xét đường kính, gôi sau mổ, chức năng khớp gôi sau mổ. chiều dài mảnh ghép gân và đường hầm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=87)

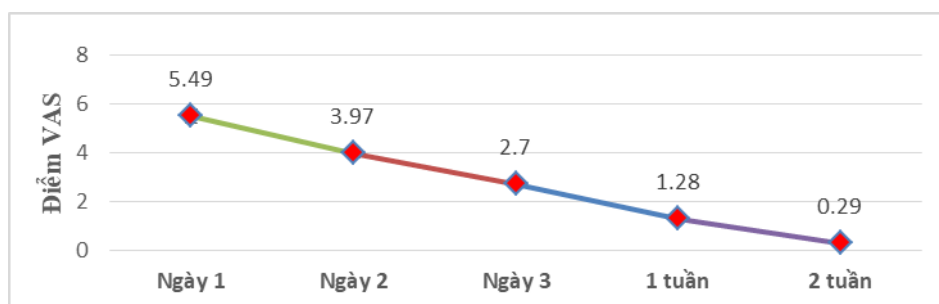
Đặc điểm	Tuổi trung bình (năm)	Giới (n=87)		Chân chấn thương (n=87)	
		Nam	Nữ	Chân trái	Chân phải
	36,5 ±10,6 (18-61)	70,1%	29,9%	52,9%	47,1%

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân là nam giới, chân trái nhiều hơn chân phải

Bảng 3.2. Các thông số đo đạc trong mổ

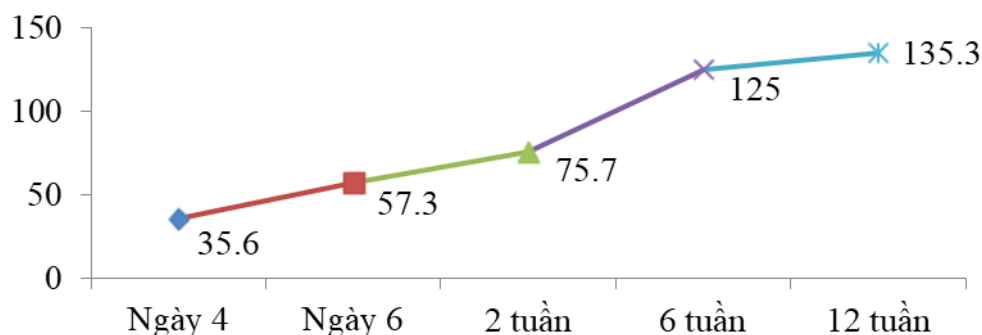
Thông số	Giá trị trung bình
Đường kính mảnh ghép gân	8,22 ± 0,64 (7 – 9,5) mm
Chiều dài mảnh ghép gân	61 ± 1,2 (60 – 65) mm
Chiều dài đường hầm đùi	50,24 ± 0,22 (44 – 55) mm
Chiều dài đường hầm mâm chày	41,63 ± 0,17 (40 – 46) mm

Nhận xét: Đường kính mảnh ghép gân trung bình đều được trên 7mm, với chiều dài mảnh ghép trung bình 61 ± 1,2 mm, đường hầm đùi 50,24 ± 0,22 mm, đường hầm chày 41,63 ± 0,17 mm



Hình 3.1. Thay đổi mức độ đau sau mổ

Nhận xét: Mức độ đau giảm dần sau mổ, bệnh nhân hầu như không đau sau 2 tuần với VAS trung bình 0,29 điểm.



Hình 3.2. Mức độ gấp gối sau mổ

Nhận xét: Biên độ gấp gối cải thiện tốt dần sau mổ

Bảng 3.3. Kết quả chức năng khớp gối sau mổ theo Lyshoml

Thời điểm	TB $\pm$ SD	Min	Max
Trước phẫu thuật	51,61 $\pm$ 8,27	34	75
Sau phẫu thuật 3 tháng	83,38 $\pm$ 4,78	66	91
Sau phẫu thuật 9 tháng	94,57 $\pm$ 3,9	68	100

Nhận xét: Chức năng khớp gối của bệnh nhân cải thiện tốt dần sau mổ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $36 \pm 10,6$ tuổi. Chỉ định tái tạo DCCT không dựa vào tuổi mà phụ thuộc vào mức độ và nhu cầu hoạt động của bệnh nhân. Các bệnh nhân lớn tuổi thường không có nhu cầu hoạt động mạnh, kèm theo tình trạng thoái hóa khớp nên phẫu thuật tái tạo DCCT ở người lớn tuổi thường không được áp dụng rộng rãi, đặc biệt người trên 60 tuổi. Các bệnh nhân đa phần là nam giới với 70,1%, chân trái gặp nhiều hơn chân phải. Điều này cũng là do nam giới mức độ vận động và chơi thể thao nhiều hơn so với nữ giới và chân không thuận của bệnh nhân là chân trụ nên chịu lực tác động nhiều hơn và phản xạ trước chấn thương cũng kém hơn.

4.2. Chiều dài, đường kính mảnh ghép

Chiều dài trung bình của mảnh ghép là $61 \pm 1,2$ mm, ngắn nhất là 60mm và dài nhất là 65mm, so sánh với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khác như của Dương Đình Toàn [1] là $60,5 \pm 3,2$ mm, của Tăng Hà Nam Anh [2] là $60,7 \pm 2,04$ mm, Mark Schurz cùng cộng sự [3] báo cáo kết quả phẫu thuật tái tạo DCCT tất cả bên trong ở

92 bệnh nhân với chiều dài trung bình của mảnh ghép là 6,67mm.. Chiều dài gân rất quan trọng trong kỹ thuật “All inside” nếu ngắn quá sẽ không đảm bảo chiều dài mảnh ghép trong các đường hầm để cố định chắc chắn và tạo điều kiện liền mảnh ghép trong đường hầm xương hoặc dài quá mảnh ghép sẽ bị chùng dẫn đến lỏng khớp gối và thất bại sau phẫu thuật [4],[5].

Đường kính trung bình của mảnh ghép là $8,22 \pm 0,64$ mm, thấp nhất là 7 mm, cao nhất là 9.5 mm, đường kính mảnh ghép từ 7,5- 8,5 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1%, đường kính từ 9-9,5 mm chiếm 18,3%. Tác giả Tăng Hà Nam Anh [2] cũng áp dụng kỹ thuật All inside sử dụng mảnh ghép là gân cơ thon và gân cơ bán gân có đường kính trung bình của mảnh ghép là $9,4 \pm 1,3$ mm (8mm - 10mm), Mark Schurz cùng cộng sự [3] đường kính trung bình mảnh ghép chập bốn là 7,9 mm. Đường kính của chúng tôi nhỏ hơn do trong nghiên cứu có nhiều bệnh nhân nữ, các bệnh nhân nữ thường có kích thước gân bé hơn.

4.3. Chiều dài đường hầm xương

Chiều dài đường hầm xuyên lồi cầu ngoài xương đùi trung bình là $50,24 \pm 0,22$ mm, ngắn nhất 44 mm và dài nhất 55 mm nên

RetroButton sẽ có kích thước từ 20-25 mm, đường hầm đùi khoan cách thành xương cứng 10 mm nên không có bệnh nhân nào bị thiếu chiều dài đường hầm đùi dẫn đến không kéo nút chặn ra ngoài thành xương đùi được. Chiều dài mảnh ghép còn lại là từ 40-45 mm, chiều dài đường hầm xuyên mâm chày trung bình là $41,63 \pm 0,17$ mm, ngắn nhất là 40 mm, dài nhất là 46 mm, tạo đường hầm “cụt” trong xương chày có chiều dài từ 30 mm đến 35 mm, cách thành xương ít nhất 10 mm. Với chiều dài gân nằm trong khớp theo các nghiên cứu trên thì chiều dài mảnh ghép trong đường hầm mâm chày vẫn đạt khoảng từ 15-25 mm [6], [7]. Thực tế chúng tôi thấy tất cả các bệnh nhân trong phẫu thuật không phải khoan lại đường hầm, mảnh ghép không bị chùng, chiều dài mảnh ghép trong đường hầm được đảm bảo đủ chiều dài cần thiết.

4.4. Đau sau phẫu thuật

Hầu hết các BN trong nghiên cứu đều cảm thấy đau nhiều nhất vào ngày thứ nhất sau mổ với điểm VAS trung bình là $5,49 \pm 0,86$ điểm và giảm dần trong các ngày tiếp theo, đa số là đau không đáng kể, chỉ cần dùng giảm đau dạng uống vào ngày thứ 3 sau mổ với điểm VAS là $2,7 \pm 0,8$ và hết đau sau 2 tuần. Đau kèm theo mức độ tràn dịch, khi trong 2 ngày đầu dịch khớp gối chủ yếu là độ 1 theo phân loại của IKDC, có 8 BN bị tràn dịch mức độ 2 (lượng dịch khớp gối > 30 ml). Những BN bị tràn dịch khớp gối này là những BN có tổn thương rách ở sừng sau sụn chêm hoặc rách cả 2 sụn chêm được phẫu thuật cắt bỏ nên chảy máu sau mổ nhiều hơn

các BN khác hoặc đường kính mảnh ghép và đường hầm không khít chặt với nhau, máu chảy từ đường hầm xương ra trong quá trình tập vận động.

4.5. Biên độ gấp duỗi sau phẫu thuật

Các bệnh nhân sau mổ đều được tập phục hồi chức năng và hướng dẫn tập sau mổ. Sau 04 tuần hầu hết gấp gối trên 90° và đạt biên độ vận động bình thường trước 12 tuần. Chúng tôi có hai trường hợp hạn chế duỗi gối $<5^\circ$ và hai trường hợp hạn chế gấp 10- 20° . Có 1 bệnh nhân hạn chế cả gấp và duỗi do BN không có điều kiện đi khám, đến muộn 4 năm bị tổn thương rách cả 2 sụn chêm kèm vỡ mòn sụn lõi cầu phải cắt sửa tạo hình sụn chêm và sửa sụn lõi cầu nên sau mổ bệnh nhân đau, đồng thời không được tái khám đúng hẹn, sau 4 tháng BN bị hạn chế cả gấp và duỗi. Sau khi được tập phục hồi chức năng sau 9 tháng bệnh nhân không hạn chế duỗi, còn hạn chế gấp dưới 10° .

4.6. Kết quả chức năng khớp gối sau mổ

Điểm Lysholm tại thời điểm sau mổ 3 tháng trung bình là $83,38 \pm 4,78$ điểm, thấp nhất là 66 và cao nhất là 91 điểm, trong đó tốt và rất tốt là 68,1%, khá là 29,6%, có 2 trường hợp đạt kết quả xấu 61 điểm chiếm 2,3 % là 2 trường hợp phát hiện bị nhiễm trùng sau mổ 3 tháng. Theo dõi xa hơn đến 9 tháng, điểm Lysholm trung bình là $94,57 \pm 3,9$ điểm, tỉ lệ đạt tốt và rất tốt 97,8%, 2 trường hợp nhiễm trùng chỉ ở mức trung bình 2,3%. Khi đánh giá điểm Lysholm ở thời điểm này chúng tôi ghi nhận có 5 bệnh nhân còn đau nhẹ khi gắng sức hoặc chơi thể thao

các bệnh nhân này nguyên nhân có thể do bị tổn thương nhiều ổ sụn lồi cầu bong tróc, không còn khả năng tái tạo nên làm giảm sức chịu tải đè trong các hoạt động nặng. Chúng tôi cũng thấy rằng để đạt được kết quả chức năng khớp gối tốt sau phẫu thuật thì tập phục hồi chức năng khớp sớm, tích cực và đúng phương pháp là khâu rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật All inside là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Đình Toàn, Nguyễn Trọng Tài**, "Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring tự thân", Tạp chí Y học Việt Nam. (2021). 504(2)
2. **Tăng Hà Nam Anh** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước sử dụng gân Hamstring bằng kỹ thuật All inside", Tạp chí Hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam 2013, pp. tr 109 - 114.
3. **Schurz, Mark, et al.** "Clinical and Functional Outcome of All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction at a Minimum of 2 Years' Follow-up", Arthroscopy The Journal of Arthroscopic and Related Surgery (2016) 32(2), pp. 332-337.
4. **Shantanu, Kumar, et al.**, "A comparative study of the results of the anatomic medial portal and all-inside arthroscopic ACL reconstruction", J Clin Diagn Res (2016). 10(11), p. RC01.
5. **Yasen, Sam K, et al.**, "Clinical Outcomes of Anatomic, All-Inside, Anterior Cruciate Ligament (ACL) Reconstruction", The Knee (2017). 24(1), pp. 55-62.
6. **Lubowitz, James H, Ahmad, Christopher S, and Anderson, Kyle**, "All-inside anterior cruciate ligament graft-link technique: second-generation, no-incision anterior cruciate ligament reconstruction", The Journal of Arthroscopic and Related Surgery (2011). 27(5), pp. 717-727.
7. **Akoto, Ralph and Hoeher, Juergen**, "Anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction with quadriceps tendon autograft and press-fit fixation using an anteromedial portal technique", BMC Musculoskelet Disord (2012). 13, p.161

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH BÀI TẬP BÓNG RỔ BỔ TRỢ CHO KỸ THUẬT “HAI BƯỚC LÊN RỔ” CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2021

Hoàng Thị Bích Thủy¹, Vũ Đức Minh¹, Nguyễn Thái Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng kiến thức, thái độ thực hành bài tập Bóng rổ bổ trợ cho kỹ thuật “Hai bước lên rổ” của sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Đối tượng:** 325 Sinh viên các lớp K42A,B,C,E, Dược 9AN1, Dược 9BN2 học tập môn Bóng rổ. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, thực nghiệm so sánh trước sau và có đối chứng. **Kết quả nghiên cứu và bàn luận:** Đánh giá kiến thức: Sinh viên biết chơi bóng rổ, hiểu luật chỉ chiếm 14,8 %. Đánh giá thái độ: thái độ học tập của các sinh viên chưa có sự thích thú, quan tâm và tự giác có tỉ lệ cao: chiếm 81.6%. Đánh giá kỹ năng thực hành: lựa chọn được 11 bài tập bổ trợ cho kỹ thuật hai bước lên rổ. Sử dụng test kiểm tra ban đầu chúng tôi nhận thấy 2 nhóm có sự tương đồng về hình thể, thể lực và các chỉ số sức mạnh. Sau 4 tháng tập luyện, chúng tôi thu được kết quả từ 3 test kiểm tra thành tích đều được nâng lên với $2.09 < t < 4.5$. Các chỉ số của 3 test trên đều có $t > t_{tính} = 1.96$ với $P < 0.05$, chứng tỏ là các bài tập bổ trợ đã đạt hiệu quả nâng cao thể lực, sức mạnh giúp nâng cao thành tích thực hiện kỹ thuật “hai bước lên rổ”. Đánh giá hiệu quả: kết quả của nhóm TN rất tốt, tỉ lệ không đạt kỹ thuật 2 bước lên rổ chỉ từ

2.3-2.5% so với kết quả của nhóm ĐC là 8-11%. Điều này cho thấy, bài tập bổ trợ đã có hiệu quả tốt đến kết quả thi “hai bước lên rổ” và kết quả thi hết môn Bóng rổ.

Từ khóa: kỹ thuật 2 bước lên rổ, bóng rổ.

SUMMARY

**STATUS OF KNOWLEDGE, ATTITUDE
PRACTICE BASKETBALL EXERCISE
COMPLEMENT THE "TWO STEPS TO
THE BASKET" TECHNIQUE
STUDENTS OF HAI PHONG
UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY IN 2021**

Objective: The status of knowledge, attitude of practicing basketball exercises complements the technique "Two steps to the basket" of students of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. **Subject:** 325 Students consisted of 6 classes, in which K42A, B, C, E, Pharmacy 9AN1, Pharmacy 9BN2 study basketball. **Methods:** description, experimental comparison before and after and controlled. **Results and Discussion:** Knowledge assessment: Students who know how to play basketball, understand the rules only account for 14.8%. Attitude assessment: the academic attitudes of students who do not have interest, interest and self-awareness have a high rate: accounting for 81.6%. Skill assessment: Select 11 additional exercises for the two-step technique on the basket. Using the initial test, we found that the two groups had similarities in shape, fitness and strength indicators. After 4 months of training,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Hàng Hải Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Bích Thủy

Email: htbthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022

Ngày duyệt bài: 18.6.2022

we obtained the results from 3 performance tests that were raised with $2.09 < t < 4.5$. The indicators of the above 3 tests have $t > t_{\text{calculated}} = 1.96$ with $P < 0.05$, proved that the complementary exercises have effectively improved the fitness and strength to improve the achievement of performing the technique "two steps to the basket". Effectiveness of supplementary exercises assessment: the results of the experimental group were very good, the rate of failure to achieve the technique 2 steps on the basket was only 2.3-2.5% compared to the results of the control group was 8-11%. This shows that the additional exercise has worked well to the results of the "two steps to the basket" and the results of the basketball test.

Key words: "Two steps to the basket", basketball.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, môn bóng rổ mới gia nhập nhưng cũng có những bước phát triển nhất định. Hiện nay Cũng như các môn thể thao khác, bóng rổ chiếm vị trí quan trọng trong sự nghiệp giáo dục và phát triển con người toàn diện, tập luyện thi đấu bóng rổ sẽ mau chóng nâng cao các tố chất sức nhanh, sức mạnh, sức bền, sự khéo léo, tinh thần sáng tạo và đoàn kết. Hiện nay, đã có nhiều tác giả quan tâm đến đề tài Bóng rổ như: tác giả Trần Vĩnh An, Trường Đại học Đà Nẵng với đề tài: Nghiên cứu hệ thống bài tập kỹ thuật trong giảng dạy môn bóng rổ cho lớp bóng rổ nâng cao tại Đại học Đà Nẵng và một số đề tài của trường ĐH TDTT Bắc Ninh và TP Hồ Chí Minh.

Đặc thù với trường Đại học Y Dược Hải Phòng, tầm vóc của các sinh viên học tập tại trường là thấp, bé, thể lực kém so với các Trường trong khu vực cũng như cả nước. Bên cạnh đó, việc học tập chiếm hầu hết thời

gian nên các sinh viên ít vận động thể thao. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu thông qua quan sát, giảng dạy và nghiên cứu nhận thấy chưa có nhiều bài tập bổ trợ phù hợp cho kỹ thuật "Hai bước lên rổ" cho sinh viên học tập môn Bóng rổ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu:

- *Thực trạng kiến thức, thái độ của sinh viên khi học tập môn Bóng rổ.*

- *Đánh giá kỹ năng thực hành bài tập bổ trợ cho kỹ thuật hai bước lên rổ của sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1 Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu:

Đối tượng: 325 Sinh viên năm thứ nhất của trường Đại học Y Dược Hải Phòng (lớp K42A, B, C, E, Dược 9AN1, Dược 9BN2).

Tiêu chuẩn lựa chọn: các sinh viên có sức khỏe bình thường, đã qua kiểm tra Sức khỏe ở học kỳ 1 năm thứ nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ: các sinh viên được giảm vận động theo danh sách của phòng Y tế nhà trường gửi về Bộ môn.

Thời gian: Từ tháng 1/2021-12/2021

Địa điểm: Bộ môn GDTC – GDQP, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

3.2 Phương pháp nghiên cứu

3.2.1 Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, phỏng vấn, can thiệp, tiến hành thực nghiệm đánh giá trước sau có đối chứng.

3.2.2 Cỡ mẫu.

Lựa chọn lớp sinh viên được phân công học Bóng rổ theo sự phân bổ của bộ môn Giáo dục thể chất.

Nhóm thực nghiệm gồm 147 sinh viên lớp Dược 9A nhóm 1, Dược 9B nhóm 2, K42C được thực hiện 11 bài tập bổ trợ.

Nhóm đối chứng gồm 178 sinh viên lớp K42A, B, E

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn sinh viên về các kiến thức, thái độ thích thú đối với môn Thể thao Bóng rổ trước và sau khi tập luyện.

Chúng tôi tiến hành thực nghiệm: Nhóm TN tập luyện bổ trợ thêm các bài tập chúng tôi lựa chọn để đưa vào giảng dạy. Nhóm ĐC tập theo các bài tập vẫn thường tập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1 Giải quyết mục tiêu 1

4.1.1 Đánh giá kiến thức trước, sau khi tham gia học tập qua phiếu phỏng vấn

Dựa vào các ý kiến của các chuyên gia trong lĩnh vực TDTT, các thầy cô giáo trực tiếp giảng dạy, dựa vào các ý kiến đóng góp của sinh viên, chúng tôi đưa ra những câu hỏi phỏng vấn nhằm đánh giá kiến thức cơ bản của các sinh viên trường ĐH Y Dược Hải Phòng về môn Bóng rổ.

Bảng 1: Câu hỏi phỏng vấn sinh viên về kiến thức của môn bóng rổ biểu thị bằng bảng kết quả

I	Câu hỏi tham khảo	Mức độ					
		Biết nhiều	Tỉ lệ %	Biết	Tỉ lệ %	Không biết	Tỉ lệ %
1.1	Trước khi học, em có hiểu biết nhiều về môn Bóng rổ không?	84	25.8	163	50.2	78	24
1.2	Em có biết chơi bóng rổ trước khi học tập môn Bóng rổ không?	48	14.8	85	26.2	192	59
1.3	Em có thực hiện được kỹ thuật hai bước lên rổ hay không?	48	14.8	80	24.6	197	60.6
1.4	Trước khi học tập môn Bóng rổ, em có hiểu luật thi đấu không?	48	14.8	103	31.7	174	53.5
1.5	Sau khi học, em có thực hiện được các kỹ thuật cơ bản: nhồi bóng, dẫn bóng, bắt, chuyền bóng, thực hiện KT 2 bước lên rổ trong môn Bóng rổ hay không?	90	27.7	199	61.2	36	11.1
1.6	Sau khi học, em có hiểu thêm về luật, cách tập luyện, thi đấu trong môn bóng rổ không?	106	32.6	169	52	50	15.4
1.7	Em có biết tham gia tập luyện nâng cao kỹ thuật của môn bóng rổ sau khi học không?	96	29.5	156	48	73	22.5

4.1.2 Đánh giá thái độ sinh viên trước, sau khi tập luyện môn Bóng rổ biểu thị bằng bảng kết quả

Để đánh giá thái độ học tập của sinh viên, GS. Hoàng Đức Nhuận và PGS. Lê Đức Phúc đã nêu ra các chỉ số: chú ý, hăng hái tham gia vào mọi hình thức hoạt động học

tập, hoang thành nhiệm vụ được giao, học thêm và làm thêm bài tập, vận dụng và chuyển tải những bài học vào thực tế, hình thành và phát triển quan hệ thầy- trò, tình bạn nhằm giúp bản thân học tập tốt hơn, nâng cao chất lượng và kết quả học tập.

Chúng tôi dựa vào các ý kiến tư vấn, đã nghiên cứu về tâm lý học để đưa ra những câu hỏi phỏng vấn phù hợp với tiêu chí đánh giá thái độ học tập của sinh viên đối với việc học tập môn bóng rổ.

Bảng 2: Câu hỏi phỏng vấn sinh viên về thái độ học tập đối với môn bóng rổ

II	Đánh giá thái độ học tập.	Thích	Tỉ lệ	BT	Tỉ lệ	Không thích	Tỉ lệ
2.1	Em có thích luyện tập TDTT không?	48	14.8	187	57.5	90	27.7
2.2	Em có thích xem Bóng rổ qua tivi không?	36	11.1	229	70.5	60	18.4
2.3	Em có thích tập luyện các bài tập bổ trợ Bóng rổ không?	60	18.4	181	55.7	84	25.9
2.4	Em có thích tập luyện môn Bóng rổ không?	60	18.5	187	57.5	78	24
2.5	Em có thích tập luyện tăng thêm 1 buổi học/ tuần không?	54	16.6	169	52	102	31.4
2.6	Em có thích tự tập luyện môn Bóng rổ trong các giờ ngoại khóa không?	66	20.3	187	57.5	72	22.2
2.7	Em có thích các bài tập trò chơi trong môn Bóng rổ không?	66	20.3	193	59.4	66	20.3
2.8	Em có thích thi đấu Bóng rổ không?	56	17.2	167	51.4	102	31.4
2.9	Em có thích giải thi đấu Bóng rổ của Trường ĐH Y Dược HP không ?	54	16.6	175	53.9	96	29.5

4.1.3 Giảng viên đánh giá thái độ của sinh viên trong quá trình tập luyện

Đảm bảo yêu cầu chương trình môn học, ngoài việc rèn luyện các kỹ năng TDTT, giảng viên môn GDTC đưa ra những yêu cầu chung về thái độ học tập, tính chuyên cần của sinh viên đối với môn học bằng phương thức điểm danh, đánh giá thái độ tích cực trong quá trình học tập.

Điểm = 10% điểm chuyên cần + 20% điểm thường xuyên + 70% điểm thi hết môn.

4.2. Giải quyết mục tiêu 2

4.2.1 Lựa chọn các bài tập bổ trợ phù hợp với điều kiện, trang thiết bị.

Qua phân tích tài liệu, chúng tôi tổng hợp được 12 bài tập trong các sách chuyên sâu Bóng rổ, giáo trình Bóng rổ thường được sử dụng trong tập luyện, huấn luyện và giảng dạy để bổ trợ cho kỹ thuật 2 bước lên rổ. Từ đó, chúng tôi tiến hành phỏng vấn các chuyên gia, HLV, giảng viên trong khu vực Hải Phòng và các giảng viên trực tiếp giảng dạy tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng để lựa chọn ra các bài tập bổ trợ hiệu quả nhằm phát triển cho sinh viên.

Bảng 4: Các bài tập hỗ trợ cho kỹ thuật 2 bước lên rổ

TT	Tên các bài tập	Số phiếu (n= 30)	Tỉ lệ %
1	Tại chỗ ném rổ từ bảng góc 45° cự ly gần 1.5m (quả)	29	96
2	Tại chỗ, bật nhảy ném rổ từ bảng góc 45° cự ly gần 1.5m (quả)	30	100
3	Nhồi bóng tại chỗ, tốc độ (quả)	30	100
4	Tại chỗ đẩy bóng vào, bóng liên tục bằng một tay ở cự ly 1m (s)	28	93
5	Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 45° cự ly 2.5m (quả).	25	83
6	Hai người đứng đối diện thực hiện KT hai bước lên rổ (quả).	30	100
7	Bài tập với tạ ante (co gấp căng tay, làm động tác ném rổ)	16	53
8	Nhồi bóng tại chỗ 2 quả, thực hiện kỹ thuật 2 bước lên rổ	29	96
9	Chạy con thoi 14m x 4 lần (s)	27	90
10	Dẫn bóng di chuyển tốc độ nửa sân, quay về	27	90
11	Trò chơi bóng rổ	28	93
12	Bài tập thi đấu 3x3; 5x5	26	86

4.2.3 Đánh giá hiệu quả các bài tập hỗ trợ kỹ thuật “ Hai bước lên rổ”.

Nhóm thực nghiệm: 147 sinh viên sử dụng các bài tập mà chúng tôi đã nghiên cứu lựa chọn, tập luyện vào đầu hoặc cuối buổi, chiếm khoảng 10-15% thời gian tập luyện.

Nhóm đối chứng: 178 học tập theo chương trình giảng dạy chung có các động tác hỗ trợ cũ, chiếm khoảng 5% thời gian tập luyện.

Mỗi tuần 1 buổi, mỗi giáo án từ 2-3 bài tập. Sau thời gian thực nghiệm 4 tháng

(tương đương 1 học kỳ), chúng tôi tiến hành đánh giá hiệu quả và so sánh sự khác biệt của 2 nhóm qua Test kiểm tra ban đầu.

Để đánh giá các bài tập hỗ trợ có hiệu quả hay không chúng tôi sử dụng test kiểm tra ban đầu gồm các bài tập đã được sử dụng để Test đánh giá quá trình tập luyện của các VĐV môn bóng rổ: chạy tốc độ 60m; chạy zigzag sân Bóng rổ 28m x 2 lần; Bật cao tại chỗ; Bật nhảy 3 bước. Đây là các bài test cơ bản, đặc thù của môn Bóng rổ.

Bảng 5: Test kiểm tra giữa 2 nhóm trước NC

Bảng 5: Test kiểm tra giữa 2 nhóm trước và								
TT	Các chỉ số	Nhóm ĐC		Nhóm TN		So sánh		
		Nam	Nữ	Nam	Nữ	t (nam)	t (nữ)	P
		$\bar{X} \pm \delta$		$\bar{X} \pm \delta$				
1	Chạy tốc độ 60m (s)	10.8±0.91	14.6±1.17	10.9±0.86	14.7±1.12	1.02	1.57	<0.05

2	Chạy ziczac sân BR (s)	12.6±0.81	16.8±0.82	12.7±0.75	16.5±0.88	0.86	0.31	<0.05
3	Bật cao tại chỗ (m)	2.69±0.47	1.85±0.6	2.66±0.42	1.89±0.55	0.61	0.63	<0.05
4	Bật nhảy 3 bước (m)	4.52±0.98	3.68±1.07	4.46±1.03	3.65±1.11	0.27	0.24	<0.05

Sau quá trình 3 tháng tập luyện, áp dụng 11 bài tập đưa vào hỗ trợ khác nhau cho nhóm thực nghiệm, chúng tôi đánh giá hiệu quả bài tập hỗ trợ qua 4 bài test xem có sự chênh lệch giữa 2 nhóm chứng hay không?

Bảng 6: Test kiểm tra giữa 2 nhóm sau NC

TT	Các chỉ số	Nhóm ĐC		Nhóm TN		So sánh		
		Nam	Nữ	Nam	Nữ	t	t	P
		$\bar{X} \pm \delta$	$\bar{X} \pm \delta$	$\bar{X} \pm \delta$	$\bar{X} \pm \delta$	(nam)	(nữ)	
1	Chạy tốc độ 60m	9.2±0.89	12.6±1.13	9.0±0.94	12.4±1.02	1.94	1.68	<0.05
2	Chạy ziczac sân BR	12.5±0.8	16.0±0.81	10.7±0.77	14.2±0.79	4.5	3.3	<0.05
3	Bật cao tại chỗ	2.72±0.44	1.88±0.53	2.80±0.40	2.11±0.48	2.39	2.32	<0.05
4	Bật nhảy 3 bước	5.06±0.99	3.82±1.06	5.18±1.01	4.05±1.05	2.09	2.13	<0.05

Để thấy được rõ hiệu quả của việc áp dụng các bài tập hỗ trợ nhằm nâng cao việc thực hiện “kỹ thuật 2 bước lên rổ”, chúng tôi so sánh kết quả thực hiện kỹ thuật 2 bước lên rổ và kết quả thi kết thúc môn giữa 2 nhóm ĐC và TN.

Bảng 7: So sánh kết quả kiểm tra KT 2 bước lên rổ, thi hết môn giữa 2 nhóm

Nhóm	Lớp	Tổng số	Nam	Nữ	Không đạt 2 bước lên rổ	Tỉ lệ %	Không đạt thi hết môn	Tỉ lệ %
Thực nghiệm	Dược 9AN1	40	5	35	1	2.5	4	10
	Dược 9BN2	42	7	35	1	2.3	5	11.9
	K42C	65	23	42	2	3.0	3	4.6
n		147	35	112	4	2.7	12	8.1
Đối chứng	K42A	60	26	34	6	10.0	9	15
	K42B	54	23	31	7	12.9	8	14.8
	K42E	64	16	48	5	7.8	11	17.1
n		178	65	113	18	10.1	28	15.7

IV. BÀN LUẬN

Từ bảng 1, chúng tôi phỏng vấn các sinh viên về kiến thức cơ bản đối với môn học bóng rổ và kỹ thuật hai bước lên rổ. Kết quả trước khi tham gia tập luyện môn học, các sinh viên hầu hết đều biết về môn bóng rổ qua quan sát trên tivi, chưa từng được tham gia tập luyện và học tập trước đó. Tỷ lệ các sinh viên biết chơi bóng rổ, hiểu luật chỉ chiếm 14,8 % so với số lượng sinh viên chưa biết là 53.5-60.6% là rất cao. Sau quá trình học tập, được các giảng viên dạy các bài tập khởi động, hỗ trợ, kỹ thuật cơ bản thì các sinh viên đã nắm bắt được những vấn đề cơ bản trong môn học bóng rổ. Giảng viên còn hướng dẫn sinh viên yêu thích tập luyện môn bóng rổ cách thức tự tập luyện, tự học và tham gia các CLB để nâng cao kỹ thuật, trình độ chuyên môn, nhận thức.

Qua bảng phỏng vấn sinh viên về thái độ học tập đối với môn bóng rổ ta thấy, với đặc điểm sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng là những bạn sinh viên học giỏi, nhưng ít tham gia vận động, thể hình thấp bé, thể lực yếu nên hầu hết không thích hoặc có thái độ bình thường khi được hỏi có yêu thích luyện tập TDTT, xem bóng rổ, tập luyện các bài tập hỗ trợ hay không? Bên cạnh đó, thái độ học tập của các sinh viên đối với môn GDTC nói chung và môn bóng rổ nói riêng chưa có sự thích thú, quan tâm và tự giác tham gia vận động có tỷ lệ cao: chiếm 81.6%. Với câu hỏi về thái độ của sinh viên tự tập luyện bóng rổ hoặc tham gia các trò chơi với bóng rổ thì tỷ lệ yêu thích có tăng lên 20.3%. Chứng tỏ, sinh viên thích vận

động thể thao, vui chơi, giải trí và xả stress với thể thao nếu không bị áp lực của việc học tập, thì kết thúc môn.

Giải quyết mục tiêu 2, chúng tôi có 11 /12 bài tập được các chuyên gia đánh giá cao trên 80%, chúng tôi lựa chọn đưa vào ứng dụng và thực nghiệm trong thực tế giảng dạy. Sau khi thu được kết quả trên, chúng tôi đưa 11 bài tập bổ trợ trên (trừ bài số 7) vào giảng dạy cho sinh viên và đánh giá xem các bài tập trên có thật sự đạt được kết quả như nhóm nghiên cứu mong đợi.

Từ kết quả của bảng 6, chúng tôi thấy rằng các chỉ số của 2 nhóm ĐC và TN có giá trị trung bình tương đương nhau, không có ý nghĩa thống kê với $t < t_{\text{tính}} = 1.96$. Điều này cho thấy, trước thực nghiệm 2 nhóm đối chứng và nhóm thực nghiệm có sự tương đồng các chỉ số của 4 test. Đánh giá ban đầu cho thấy thể lực, thể hình, số lượng nam nữ của cả hai nhóm đều tương đối giống nhau trước khi đưa vào NC. Sau quá trình 3 tháng tập luyện, áp dụng các bài tập bổ trợ nâng cao sức khoẻ cũng như kỹ thuật “hai bước lên rổ” môn học bóng rổ, chúng tôi thu được kết quả 3 nội dung kiểm tra: chạy zigzag; bật cao tại chỗ, bật nhảy 3 bước thành tích đều được nâng lên với $2.09 < t < 4.5$. Các chỉ số đều của 3 Test đều có $t > t_{\text{tính}} = 1.96$ với $P < 0.05$, chứng tỏ là các bài tập bổ trợ đã đạt hiệu quả. Chỉ riêng với nội dung chạy tốc độ 60m của nam và nữ có thành tích $t = 1.68$ và $t = 1.94 < t_{\text{tính}}$ với $P < 0.05$ là không nâng cao thành tích so với trước khi thực nghiệm. Điều này là do các sinh viên đã được học và nâng cao thành

tích khi học môn Điền kinh, thành tích đã được cải thiện từ thời gian đó.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1 Kết luận:

1. Thực trạng: Kiến thức ban đầu của sinh viên đối với môn bóng rổ ít, trình độ kém, chưa thích thú, không tự giác vận động.

2. Đánh giá kỹ năng thực hành bài tập hỗ trợ cho kỹ thuật hai bước lên: sau khi phỏng vấn và lựa chọn được 11 bài tập hỗ trợ đưa vào ứng dụng giảng dạy cho sinh viên. Sau quá trình 3 tháng chúng tôi đánh giá 2 nhóm TN và ĐC qua 4 bài test: chạy 60m, chạy zigzag, bật cao tại chỗ, bật nhảy 3 bước, chúng tôi thu được kết quả nhóm TN có tỉ lệ không đạt là 2.3-2.5% so với kết quả của nhóm ĐC là 8-11%. Để thấy được rõ hiệu quả của việc áp dụng các bài tập hỗ trợ, chúng tôi so sánh kết quả thực hiện kỹ thuật 2 bước lên rổ và kết quả thi kết thúc môn giữa 2 nhóm ĐC và TN, tỉ lệ không đạt của nhóm TN là 8.1% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 15.7%.

5.2 Kiến nghị:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được bộ môn GDTC-QP đưa vào ứng dụng thực tiễn giảng dạy môn Bóng rổ cho sinh viên năm 1,2 trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sử dụng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên hoặc giáo viên giảng dạy môn học Bóng rổ trong và ngoài trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Vĩnh An (2019)**, Nghiên cứu hệ thống bài tập kỹ thuật trong giảng dạy môn bóng rổ cho lớp bóng rổ nâng cao tại Đại học Đà Nẵng; đề tài khoa học và công nghệ cấp cơ sở, trường Đại học Đà Nẵng.
2. **Ths. Đinh Quốc Hùng, Đinh Tiến lược (2016)**, Trường ĐH Đà Nẵng, nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu lựa chọn và ứng dụng một số bài tập hỗ trợ chuyên môn nhằm nâng cao hiệu quả kỹ thuật hai bước lên rổ trong môn bóng rổ cho sinh viên nam Trường THPT Phan Châu Trinh, TP Đà Nẵng.” – Luận văn thạc sĩ.
3. **Iu. M. Portnov (1997)**, Bóng rổ, dịch Trần Văn Mạnh – Nguyễn Văn Hiếu, NXB TĐTT, Hà Nội
4. **Nguyễn Văn Trung – Phạm Văn Thảo và cộng sự (2003)**, Giáo trình Bóng rổ, NXB TĐTT, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ NỘI SOI CỦA BỆNH NHÂN TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Phạm Văn Thương¹, Đinh Thế Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương trên phim cộng hưởng từ và nội soi của bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả các ca bệnh, hồi cứu kết hợp tiền cứu. Gồm 87 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước trên MRI và quan sát trong nội soi lần lượt là 94,3% và 97,7%. 42,5% bệnh nhân có tổn thương sụn chêm phối hợp trên MRI so với nội soi là 44,8%. Các tổn thương dây chằng chéo trước và sụn chêm trên MRI so sánh với trong nội soi là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, nội soi khớp gối

SUMMARY

EVALUATION OF MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LESIONS BY MRI AND ARTHROSCOPY IN PATIENTS RECONSTRUCTED

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022

ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT AT VIET TIET HOSPITAL

Objective: To describe the morphological characteristics of knee's lesions by MRI and Arthroscopy in patients reconstructed anterior cruciate ligament at Viet Tiet hospital. **Method:** Descriptive study with 87 patients retrospective and prospective who were operated anterior cruciate ligament reconstructions using All inside technique at Viet Tiet Hospital from 01/2019 to 06/2021. **Results:** Rate of anterior cruciate ligament tears full thickness in MRI was 94.3%, in Arthroscopy was 97.7%. 42.5% of patients had meniscus tears in MRI and Arthroscopy was 44.8%. There were no difference significant in finding ACL and meniscus tears between MRI and Arthroscopy ($p > 0.05$).

Keywords: Anterior cruciate ligament, Knee Arthroscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo trước tham gia đảm bảo sự vững chắc cho khớp gối, có tác dụng chống trượt ra trước và xoay trong của xương chày so với xương đùi. Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là hình thái tổn thương thường gặp ở những bệnh nhân chấn thương kín khớp gối, nhất là những vận động viên trẻ [1]. Hậu quả của đứt DCCT là khớp gối mất vững, đi lại khó khăn và đưa đến nhiều tổn thương thứ phát khác như rách sụn chêm,

giãn dây chằng, bao khớp và gây thoái hóa các khớp sớm [2].

Trên lâm sàng, nghi ngờ bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước dựa vào khai thác cơ chế chấn thương, các dấu hiệu như lỏng lẻo khớp gối, dấu hiệu ngăn kéo trước hoặc nghiệm pháp Lachman dương tính. Cộng hưởng từ là chẩn đoán hình ảnh đầu tay, nhiều nghiên cứu cho thấy MRI có độ chính xác trên 90% trong chẩn đoán đứt DCCT [3],[4],[5].

PTNS tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối có sự phát triển rất mạnh từ kỹ thuật mở những năm 1970 [2]. Nội soi khớp gối không chỉ có vai trò trong điều trị tái tạo lại dây chằng chéo trước mà còn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán chính xác tổn thương đứt dây chằng chéo trước và các tổn thương kết hợp khác, đặc biệt trong những trường hợp đứt không hoàn toàn, khó chẩn đoán trên lâm sàng cũng như trên phim cộng hưởng từ.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương trên phim cộng hưởng từ và đối chiếu với tổn thương quan sát trong nội soi của bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp nhằm mục tiêu nghiên cứu sau:

Mô tả đặc điểm tổn thương trên phim cộng hưởng từ và nội soi của bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo

trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước được điều trị bằng nội soi tái tạo dây chằng chéo trước sử dụng gân ngỗng bằng kỹ thuật All inside.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

- Thời gian nghiên cứu: tháng 01/2019 đến tháng 06/2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh sử dụng số liệu hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ (87 bệnh nhân) theo phương pháp tiện ích, không xác suất.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: tuổi, giới, hoàn cảnh chấn thương, triệu chứng lâm sàng

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ

- Hình ảnh tổn thương quan sát trên nội soi và có so sánh, đối chiếu với phim.

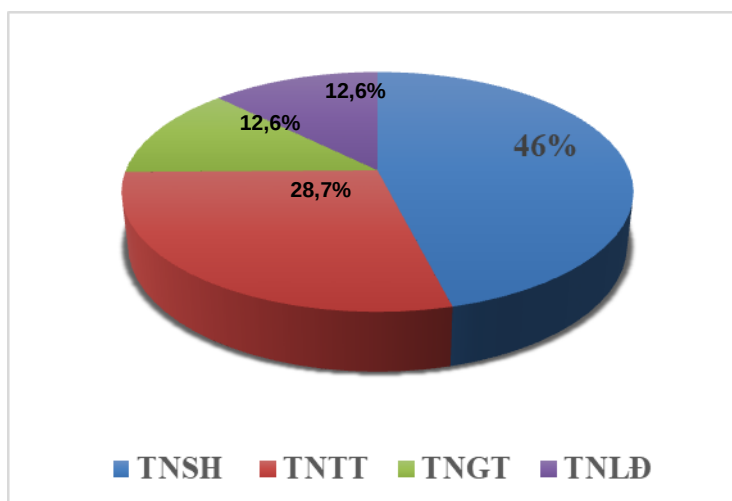
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=87)

Đặc điểm	Tuổi trung bình (năm)	Giới (n=87)		Chân chấn thương (n=87)	
		Nam	Nữ	Chân trái	Chân phải
	36,5 ±10,6 (18-61)	70,1%	29,9%	52,9%	47,1%

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 36,5 ±10,6 tuổi, trẻ nhất là 18 tuổi, cao nhất là 61 tuổi. Chấn thương DCCT thường gặp ở nam hơn ở nữ, gối trái gặp nhiều hơn (52,9%).



Hình 3.1. Phân bố tỷ lệ nguyên nhân gây đứt dây chằng chéo trước (n = 87)

Nhận xét. Nguyên nhân tổn thương DCCT chủ yếu là do TNGT (40/89 BN). TNLD và TNSH chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,6%)

Bảng 3.2. Thời điểm phẫu thuật

Thời gian (Tháng)	Số lượng (n = 87)	Tỷ lệ (%)
≤ 3 tháng	61	70,1
3 - 6 tháng	13	14,9
6-12 tháng	8	9,2
≥ 12 tháng	5	5,8
TB ± SD	4,38 ± 6,79 (0,7- 48) (tháng)	

Nhận xét

- Phần lớn bệnh nhân phẫu thuật sớm (dưới 3 tháng), chiếm 70,1%.
- Thời gian từ khi chấn thương đến lúc mổ trung bình là 4,38 ± 6,79 tháng

3.2. Đặc điểm tổn thương trên phim MRI và nội soi

Bảng 3.3. So sánh tổn thương dây chằng chéo trước trên MRI và trong nội soi (n = 87)

Hình ảnh tổn thương	MRI	Nội soi	p
Đứt hoàn toàn DCCT(n,%)	82 (94,3%)	85 (97,7%)	1,000
Đứt bán phần DCCT(n,%)	5 (5,7%)	2 (2,3%)	
Tổng	87 (100%)	87 (100%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữ chẩn đoán hình ảnh tổn thương DCCT trên MRI và chẩn đoán trong nội soi với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. So sánh tổn thương sụn chêm trên MRI và trong nội soi chẩn đoán

Hình ảnh tổn thương	MRI	Nội soi	p
Không rách sụn chêm (n,%)	50 (57,5%)	48 (55,2%)	0,575
Rách sụn chêm trong (n,%)	12 (13,8%)	10 (11,5%)	
Rách sụn chêm ngoài (n,%)	19 (21,8%)	23 (26,4%)	
Rách cả 2 sụn chêm (n,%)	6 (6,9%)	6 (6,9%)	
Tổng	87 (100%)	87 (100%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chẩn đoán hình ảnh tổn thương sụn chêm trên MRI và trong nội soi chẩn đoán với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Đứt dây chằng chéo trước là một tổn thương thường gặp sau chấn thương khớp gối, và có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $36 \pm 10,6$ tuổi, cao hơn báo cáo của Trần Quốc Lâm là $29,62 \pm 5,97$ tuổi [6], Lê Mạnh Sơn là 27,8 tuổi [8], nhưng tất cả đều nằm trong nhóm tuổi lao động từ 21 – 40 tuổi và chiếm phần lớn (64,4%). Chỉ định tái tạo DCCT không dựa vào tuổi mà phụ thuộc vào mức độ và nhu cầu hoạt động của bệnh nhân. Các bệnh nhân lớn tuổi thường không có nhu cầu hoạt động mạnh, kèm theo tình trạng thoái hóa khớp nên phẫu thuật tái tạo DCCT ở người lớn tuổi thường không được áp dụng rộng rãi, đặc biệt người trên 60 tuổi.

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc giới nam là 70,1%, cao gấp 2,34 lần so với bệnh nhân nữ. Kết

quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy bệnh nhân nam chiếm đa số: Trần Quốc Lâm là 79,4% [6]. Nguyên nhân gây chấn thương của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do tai nạn giao thông, chiếm 47,1% và tai nạn thể thao chiếm 27,6%. Tuy nhiên, theo nhiều tác giả nước ngoài, tai nạn thể thao là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến đứt DCCT như báo cáo của Colombet và CS cho thấy tỷ lệ này là 88% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chân trái bị tổn thương nhiều hơn chân phải chiếm 52,9%. Kết quả này cũng tương đương như các tác giả khác như Trần Hoàng Tùng [7] là 63,2%, và Trần Quốc Lâm là 50% [6]. Điều này có thể do liên quan đến chân không thuận của bệnh nhân là chân trụ nên chịu lực tác động nhiều hơn và phản xạ trước chấn thương cũng kém hơn.

Thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật là $4,38 \pm 6,79$ tháng, bệnh nhân phẫu thuật sớm nhất là 3 tuần, muộn nhất là 4 năm. Đa số bệnh nhân chủ yếu được phẫu thuật trong 3 tháng đầu, chiếm 70,1%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của tác giả Trần Hoàng Tùng là $5,97 \pm 6,78$ tháng [7]. Đa số các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất phẫu thuật tái tạo DCCT sau chấn thương tối thiểu 3 – 4 tuần, khi tình trạng cấp tính đã giảm hết. Thời gian từ khi chấn thương tới khi phẫu thuật càng dài, kết quả phẫu thuật càng kém, tình trạng thoái hóa khớp gối của bệnh nhân càng tăng.

4.2. Đặc điểm tổn thương trên phim MRI và nội soi chẩn đoán

Chụp cộng hưởng từ khớp gối là phương pháp hiệu quả giúp chẩn đoán đứt DCCT được thuận lợi hơn. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được chụp MRI trước mổ để chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo trước cũng như phát hiện các tổn thương phối hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đứt DCCT hoàn toàn chiếm 94,3%. Các tổn thương DCCT đơn thuần là 57,5%, có phối hợp rách sụn chêm là 42,5%. Qua nội soi, chúng tôi thấy về tổn thương DCCT có 97,7% đứt trước hoàn toàn, 2 ca đứt bán phần chiếm 2,3%, về tổn thương sụn chêm có 44,8% có kèm theo tổn thương sụn chêm, có 55,2% là tổn thương đơn thuần. Theo bảng 3 và bảng 4, các tổn thương DCCT và sụn chêm trên MRI so sánh với

trong nội soi là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Phân tích các hình thái tổn thương DCCT trên MRI và so sánh với nội soi chẩn đoán, chúng tôi ghi nhận 5 bệnh nhân (5,7%) có hình ảnh đứt bán phần trên MRI nhưng thực tế trong nội soi chỉ có 2/5 bệnh nhân này có đứt bán phần, 3 bệnh nhân còn lại cho thấy hình ảnh dây chằng bị tiêu biến hoàn toàn, chỉ còn lại phần bám vào mâm chày. Đây là những bệnh nhân đến muộn trên 6 tháng.

Chụp MRI khớp gối có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương DCCT và rách sụn chêm phối hợp. Theo tác giả Nguyễn Xuân Thùy [3], Potter.HG [5], MRI khớp gối có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90% và 95% trong chẩn đoán tổn thương sụn chêm, và gần 100% trong chẩn đoán tổn thương DCCT. Sự chính xác của MRI khớp gối cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như máy chụp MRI, kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, tình trạng khớp gối khi chụp. Nếu chụp ngay sau tổn thương khi gối còn sưng nề tụ máu trong khớp thì các hình ảnh tổn thương rất khó phát hiện hoặc không chính xác. Vì vậy các tác giả cũng khuyên nên chụp MRI muộn sau 1-2 tuần khi khớp gối đã bớt tình trạng sưng nề, tụ dịch [3],[5].

V. KẾT LUẬN

Đứt DCCT là một tổn thương thường gặp trong chấn thương khớp gối, đặc biệt ở lứa tuổi lao động và ở nam giới. Bên cạnh khai thác hoàn cảnh chấn thương và thăm khám

trên lâm sàng, MRI khớp gối là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay với độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong xác định mức độ tổn thương DCCT cũng như các tổn thương khác kèm theo, bên cạnh tiêu chuẩn vàng là nội soi khớp gối chẩn đoán. Qua nghiên cứu 87 trường hợp đứt DCCT, chúng tôi nhận thấy, các hình ảnh tổn thương DCCT trên MRI là tương xứng với các tổn thương đối chiếu trong nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fu, FH, et al.**, "Current Trends in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. Part 1: Biology and Biomechanics of Reconstruction", *Am J Sports Med.* (1999), 27(6), pp. 821-830.
2. **Fu, Freddie H, et al.** "Primary Anatomic Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Preliminary 2-year Prospective Study", *Am J Sports Med.* (2008), 36(7), pp. 1263-1274.
3. **Nguyễn Xuân Thùy, Phẫu thuật nội soi khớp gối**, Nhà xuất bản y học (2019), tr 184-189, 29-40, 43-53, 111-116.
4. **Huyse, WCJ and Verstraete, KL**, "Health technology assessment of magnetic resonance imaging of the knee", *European Journal of Radiology.* (2008), 65(2), pp. 190-193.
5. **Potter, HG, et al.** "Magnetic Resonance Imaging of Articular Cartilage in the Knee. An Evaluation With Use of Fast-Spin-Echo Imaging", *J Bone Joint Surg Am* (1998), 80(9), pp. 1276-1284.
6. **Trần Quốc Lâm**, Nghiên cứu giải phẫu và đối chiếu trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong, Đại học Y Hà Nội (2018).
7. **Trần Hoàng Tùng**, Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng gân đồng loại tại Bệnh viện Việt Đức, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, (2021), số 510, p 232 – 236.
8. **Colombet, Philippe, et al.** "Two-bundle, Four-Tunnel Anterior Cruciate Ligament Reconstruction", *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA.*(2006), 14(7), pp. 629-636.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ NUÔI CẤY DỊCH RỬA PHẾ QUẢN PHẾ NANG VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI KÉM ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Trần Huy Duy*, Trần Đức Tâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi kém đáp ứng điều trị tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng. **Đối tượng:** 53 trẻ được chẩn đoán viêm phổi kém hoặc không đáp ứng điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng được nội soi phế quản ống mềm, lấy mẫu bệnh phẩm dịch rửa phế quản phế nang nuôi cấy vi khuẩn. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 33/20, tuổi trung bình: $8,38 \pm 5,04$ tháng, thời gian nằm viện trung bình: $16,04 \pm 4,46$ ngày. Số lượng bệnh nhân cấy có kết quả dương tính chiếm 60,37%, chúng tôi tìm thấy 10 loại vi khuẩn trong đó có 3 loại vi khuẩn Gram dương và 7 loại vi khuẩn Gram âm, 1 loại là *Candida albican*. *Streptococcus viridan* là vi khuẩn tìm thấy nhiều nhất. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn in vitro là: 74,07%. Tỷ lệ cấy dương tính của dịch phế quản không khác dịch tỵ hầu ($p = 0,433$). Nhóm cấy dương tính có tỷ lệ đối kháng sinh cao hơn nhóm cấy âm tính (27/32 bệnh nhân so với 11/21, $p < 0,05$). Thời gian nằm viện của nhóm cấy dương tính ($13,75 \pm 3,85$ ngày) ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm cấy âm tính ($19,52 \pm 5,23$ ngày). Số bệnh nhân chuyển viện ở nhóm cấy dương tính thấp hơn nhóm âm tính. **Kết**

luận: Nuôi cấy dịch rửa phế quản phế nang trong các trường hợp viêm phổi kém đáp ứng điều trị có thể cân nhắc chỉ định trên các trường hợp được lựa chọn trong số những trẻ mắc viêm phổi kém đáp ứng điều trị.

Từ khóa: Viêm phổi kém đáp ứng điều trị, dịch rửa phế quản, trẻ em.

SUMMARY

THE COMMENTARY ON BRONCHOALVEOLAR LAVAGE CULTURE AND TREATMENT OF POOR RESPONSE TO TREATMENT PNEUMONIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: Describe the results of bronchoalveolar lavage bacteria culture results and comment on the results of pneumonia treatment with poor response to treatment at Hai Phong Children's Hospital. **Subjects:** 53 children diagnosed with pneumonia with poor response to treatment at Hai Phong Children's Hospital received flexible bronchoscopy, take a sample of the bronchoalveolar lavage fluid for bacterial culture. **Methods:** Describe a series of cases. **Results:** Male/female ratio: 33/20, mean age: 8.38 ± 5.04 months, mean length of hospital stay: 16.04 ± 4.46 days. The number of patients with bronchial fluid culture with positive results accounted for 60.37%. We found 10 types of bacteria, including 3 types of Gram-positive bacteria and 7 types of Gram-negative bacteria, 1 type is *Candida albican*. *Streptococcus viridan* was the most frequently found bacteria. The rate of

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Tâm
Email: tdtam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 29.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022
Ngày duyệt bài: 22.6.2022

antibiotic resistance of bacteria in vitro was: 74.07%. The positive culture rate of bronchial fluid was not different from that of nasopharyngeal fluid ($p = 0.433$). The positive culture group had a higher rate of antibiotic change than the negative culture group (27/32 patients compared with 11/21, $p < 0.05$). The hospital-stay of the positive culture group (13.75 ± 3.85 days) was significantly shorter than that of the negative group (19.52 ± 5.23 days). The number of patients transferred to hospital in the culture-positive group was lower than in the negative group. **Conclusion:** Culture of bronchoalveolar lavage fluid in cases of pneumonia with poor response to treatment may be considered in selected cases among children with poor response to treatment.

Keywords: Pneumonia with poor response to treatment, bronchoalveolar lavage, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp là căn nguyên gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó, viêm phổi là bệnh lý hô hấp gây tử vong cao nhất [8]. Viêm phổi không thuyên giảm hay kém đáp ứng điều trị là viêm phổi có triệu chứng lâm sàng và tổn thương phổi trên X-quang không thay đổi sau ít nhất 48-72h sau khi sử dụng kháng sinh [1]. Dịch rửa phế quản có giá trị chính xác hơn dịch tỵ hầu, có độ nhạy cao hơn cấy máu, ít xâm lấn và an toàn hơn sinh thiết phổi. Những trường hợp điều trị không thuyên giảm, không đáp ứng điều trị hay tiến triển chậm thì kết quả cấy dịch rửa phế quản sẽ định hướng tới căn nguyên giúp điều trị chính xác làm giảm thời gian nằm viện và chi phí cho bệnh nhân [7]. Theo hiểu biết của chúng tôi tại Hải Phòng chưa có nghiên cứu kết quả nuôi cấy dịch rửa phế quản cho trẻ bị viêm phổi kém đáp ứng

điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu cụ thể sau:

1. *Mô tả kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản phế nang trong viêm phổi kém đáp ứng điều trị tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhi trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 53 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi kém đáp ứng điều trị tại khoa hô hấp của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2021 đến 30/08/2021.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Viêm phổi không thuyên giảm hay kém đáp ứng điều trị là viêm phổi có triệu chứng lâm sàng và tổn thương phổi trên X-quang không thay đổi sau ít nhất 48-72h sau khi sử dụng kháng sinh [1]

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả một loạt ca bệnh.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện.

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test " χ^2 ". Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình bằng test "t" tự đối chiếu, xác suất p.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng Đạo đức y sinh học trường Đại học Y Dược Hải Phòng và BVTEHP. Tất cả bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin bệnh nhân được bảo mật, chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe bệnh nhi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản

3.1.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

▪ Tỷ lệ nam/nữ: 33/20, nam chiếm 62,26%. Tuổi trung bình: $8,38 \pm 5,04$ tháng. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện: $2,32 \pm 3,54$ ngày. Thời gian từ lúc vào viện đến khi xét nghiệm dịch rửa phế

quản: $5,62 \pm 1,64$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $16,04 \pm 4,46$ ngày.

▪ Tất cả bệnh nhân đều sử dụng kháng sinh trước khi lấy mẫu dịch phế quản phế nang, trong đó 39,6% (21 bệnh nhi) sử dụng 1 kháng sinh, 47,2% (25 bệnh nhi) sử dụng 2 kháng sinh và 13,2% (7 bệnh nhi) sử dụng 3 kháng sinh.

Bảng 1. Phân bố nhóm kháng sinh sử dụng trước nuôi cấy dịch rửa phế quản

Nhóm kháng sinh	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm Penicilin	6	11,3
Cephalosporin thế hệ 2	3	5,7
Cephalosporin thế hệ 3	44	83
Cephalosporin thế hệ 4	2	3,8
Penem	2	3,8
Aminoglycosid	32	60,4
Macrolid	5	9,4
Quinolon	3	5,7
Nhóm polipeptide	3	5,7

Nhận xét: Kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng nhiều nhất trước khi nội soi, chiếm 83,01%.

3.1.2. Kết quả vi sinh dịch rửa phế quản phế nang

▪ Số lượng bệnh nhân được nuôi cấy dịch rửa phế quản là 53 ca, kết quả dương tính là: 32/53 ca, chiếm 60,37%.

▪ Có 10 loại vi khuẩn được tìm thấy, trong đó có 3 vi khuẩn Gram dương và 7 vi khuẩn Gram âm, 1 loại nấm là *Candida Albican*. Số bệnh nhân có 2 mầm bệnh là 4, bao gồm: 2 mẫu mọc *Streptococcus viridans* và *Streptococcus pneumonia*, 1 mẫu mọc *Streptococcus viridans* và *Staphylococcus aureus*, 1 mẫu *Streptococcus pneumonia*.

Bảng 2. Đặc điểm vi khuẩn nuôi cấy dịch rửa phế quản phế nang

Vi khuẩn	Số lượng
<i>Streptococcus viridans</i>	8
<i>Streptococcus pneumonia</i>	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	4
<i>Pseudomonas aeginosa</i>	3
<i>Klebsiella pneumonia</i>	1

<i>Hemophilus influenza</i>	2
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1
<i>Escheria coli</i>	1
<i>Pseudomonas paucimobilis</i>	1
Nấm candida albican	1
Mọc 2 mầm bệnh	4
Tổng	32

Nhận xét: Streptococcus viridan là vi khuẩn tìm thấy nhiều nhất, sau đó là phế cầu, tụ cầu vàng và trực khuẩn mủ xanh, có 1 ca mọc nấm candida albican.

3.1.3. Tình trạng nhạy cảm và kháng kháng sinh sử dụng ban đầu

Bảng 3. Tình trạng nhạy cảm kháng sinh sử dụng ban đầu của vi khuẩn

Vi khuẩn	Nhạy cảm (n)	Kháng kháng sinh (n)	Tổng
<i>Streptococcus viridans</i>	2	6	8
<i>Streptococcus pneumonia</i>	2	2	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	0	4	4
<i>Pseudomonas aeginosa</i>	1	2	3
<i>Klebsiella pneumonia</i>	0	1	1
<i>Hemophilus influenza</i>	1	1	2
<i>Moxarella catarrhalis</i>	1	1	2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0	1	1
<i>Escheria coli</i>	0	1	1
<i>S. paucimobilis</i>	0	1	1
Tỉ lệ kháng	Tỉ lệ kháng kháng sinh trung bình: 74,07%		

Nhận xét: 100% vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia*, *Acinetobacter baumannii*, *S. paucimobilis* kháng kháng sinh theo điều trị kháng sinh kinh nghiệm. Tỉ lệ kháng thuốc của *Strep.viridan* là: 75%, *Strep. pneumonia* là: 50%. Tất cả các trường hợp mắc tụ cầu vàng được tìm thấy đều kháng Methicillin (MRSA).

3.1.4. Kết quả nuôi cấy dịch ty hầu và dịch rửa phế quản phế nang

Có 32/53 (chiếm 60,37%) trẻ nuôi cấy dịch rửa phế quản phế nang mọc vi khuẩn và 28/53 (chiếm 52,83%) trẻ nuôi cấy dịch ty hầu mọc vi khuẩn. Như vậy: tỷ lệ cấy (+) của dịch phế quản không khác dịch ty hầu ($p=0,433$)

3.2. Nhận xét kết quả điều trị

3.2.1. Sự thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị

Kết quả cấy	Không đổi	Có đổi	Tổng	p
Cấy dương tính	5 (15,6%)	27 (84,4%)	32	
Cấy âm tính	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21	
Tổng	15	28	53	p=0,011

Nhận xét: Tỷ lệ đổi kháng sinh của nhóm cấy dương tính là: 84,38% cao hơn rõ rệt với nhóm cấy âm tính là: 52,38% với $p < 0,05$

3.2.2. Kết quả điều trị sau đổi kháng sinh

Có 25/27 trường hợp cấy dương tính được đổi kháng sinh, và 7/11 trường hợp cấy âm tính được đổi kháng sinh cho kết quả tốt hơn. Như vậy: cả hai nhóm đều có kết quả điều trị tốt hơn so với trước đổi kháng sinh, $p < 0,05$

Bảng 5. Thời gian nằm viện của nhóm cấy dương tính và âm tính

Thời gian	Nhóm cấy (+)	Nhóm cấy (-)	p
Nằm viện	13,75 ± 3,85 ngày	19,52 ± 5,23 ngày	$p < 0,05$
Từ lúc nội soi đến ra viện	8,21 ± 3,35 ngày	13,76 ± 2,74 ngày	$p < 0,05$

Nhận xét: Thời gian nằm viện của nhóm cấy dương tính ngắn hơn nhóm âm tính với $p < 0,05$. Thời gian từ lúc nội soi đến khi ra viện của nhóm cấy dương tính ngắn hơn nhóm âm tính có ý nghĩa, $p < 0,05$.

3.2.3. Tỷ lệ chuyển viện

Có 6 bệnh nhân chuyển viện trong đó có 2 bệnh nhân của nhóm cấy dương tính đó là bệnh nhân cấy *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* kháng tất cả kháng sinh của bệnh viện đang có. Và 4 bệnh nhân cấy âm tính nhưng không đáp ứng điều trị dù đã được đổi kháng sinh nhiều lần

IV. BÀN LUẬN

3.3. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn nuôi cấy dịch rửa phế quản

3.3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

▪ Tỷ lệ nam/nữ: 33/20, nam chiếm 62,26%. Tuổi trung bình: $8,38 \pm 5,04$ tháng. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi nhập viện: $2,32 \pm 3,54$ ngày. Thời gian từ lúc vào viện đến khi cấy dịch rửa phế quản: $5,62 \pm 1,64$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $16,04 \pm 4,46$ ngày. Nghiên cứu của tác giả Homouda [6], thực hiện nội soi phế quản ống mềm ở 333 bệnh nhân, tuổi trung bình khi soi là 4 tuổi, tỷ lệ trẻ nam là 60%. Nghiên cứu của tác giả Cheh Min Tsai [7] thực hiện trên 90 bệnh nhân, có thời gian từ lúc nhập viện đến lúc làm nội soi là $4,4 \pm 3,2$ ngày và thời gian nằm viện trung bình là $8,9 \pm 12$ ngày.

▪ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng trước khi nội soi chiếm 83,01%.

Nghiên cứu của tác giả Duarte [4] cho thấy hầu hết bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước nội soi, 1/2 trong số đó sử dụng kháng sinh nhóm penicilin, chỉ vài bệnh nhân sử dụng cephalosporin trước khi nội soi [4]. Hiện nay theo hướng dẫn của Bộ y tế ban hành 2014 [1], thì nhóm penicilin vẫn là lựa chọn đầu tay trong điều trị viêm phổi nặng. Cephalosporin thế hệ 3 chỉ là sự lựa chọn thay thế. Nghiên cứu của Chih-Min Tsai [7] trước khi nội soi phế quản phế nang, tỉ lệ sử dụng kháng sinh ampicillin là 23%, amoxicillin + clavulanix acid là 39%, cephalosporin thế hệ 3 là 39%, azithromycin là 63%.

3.3.2. Kết quả nuôi cấy dịch rửa phế quản

▪ Số lượng bệnh nhân cấy có kết quả dương tính là: 32/53 ca, chiếm tỉ lệ dương tính là 60,37%. Có 10 loại vi khuẩn được tìm thấy, trong đó có 3 loại vi khuẩn Gram dương và 7 loại vi khuẩn Gram âm, 1 loại nấm là *Candida albican*. Kết quả của chúng tôi tương tự Trần Quỳnh Hương [2], tỉ lệ nuôi cấy dương tính dịch rửa phế quản 56,14 %, có 11 tác nhân vi khuẩn. Trong nghiên cứu của Đào Minh Tuấn [3], tỉ lệ nuôi cấy dịch rửa phế quản dương tính chiếm 42,4%. Kết quả của chúng tôi cho tỷ lệ dương tính cao hơn tác giả Homouda [6], tỉ lệ dương tính 35,4%. Nghiên cứu của Cheh-Min Tsai [7], tỉ lệ cấy dương tính 42,22%, nhưng tình trạng nhiễm đa vi khuẩn chiếm 53%.

▪ Trong nghiên cứu của chúng tôi *Streptococcus viridan* là vi khuẩn gặp nhiều nhất 8 bệnh nhân, sau đó là phế cầu với 4 bệnh nhân. Bình thường *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenza* và *Catarrhalis* là những vi khuẩn thường gây viêm phổi trẻ em [1][8]. Dù kết quả cấy mọc vi khuẩn *Streptococcus viridans* nhiều nhất nhưng đây là vi khuẩn tan huyết alpha thường được tìm thấy niêm mạc miệng và thường được phân lập đường hô hấp dưới ở người khỏe mạnh, do đó *Strep.viridans* chưa chắc là mầm bệnh chính xác gây viêm phổi.

▪ Có 4 bệnh nhân có tụ cầu vàng, 3 bệnh nhân có trực khuẩn mủ xanh, 1 bệnh nhân nhiễm *Acinetobacter baumannii*. Đây 3 vi khuẩn hay gây viêm phổi bệnh viện và có tỉ lệ kháng thuốc cao. Cả 4 ca tụ cầu vàng được tìm thấy đều là tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA). Tác giả Duarte [4] và cộng sự cho thấy *A. baumannii*, tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh ở bệnh nhân điều trị viêm phổi thất bại tại khoa cấp cứu và hồi sức tích cực là tác nhân phổ biến nhất, *A. baumannii* có liên quan tới viêm phổi thở máy, 2 tác nhân tụ cầu vàng và trực khuẩn mủ xanh có thể đề kháng phác đồ kinh nghiệm.

3.3.3. Tình trạng nhạy cảm và kháng kháng sinh in vitro

Kết quả của chúng tôi cho thấy, vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia*, *Acinetobacter baumannii*, *S. paucimobilis* kháng kháng sinh theo điều trị kháng sinh kinh nghiệm 100%. Tỉ lệ kháng thuốc vi

khuẩn *Strep.viridan* là 75%, của *Strep.pneumonia* là 50%. Trong thực tế lâm sàng một số kháng sinh như penicilin, ampicilin, gentamicin và chloramphenicol vẫn có tác dụng trong điều trị viêm phổi cộng đồng, kể cả cotrimoxazol. Vì vậy, bác sĩ cần phân tích kết quả đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ để đưa ra lựa chọn có lợi cho bệnh nhân nhất [1][8]

3.3.4. Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu và dịch rửa phế quản

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cấy dương tính của dịch phế quản không khác dịch tỵ hầu có ý nghĩa. Theo tác giả Trần Quỳnh Hương [2] dịch tỵ hầu có độ tin cậy thấp, cấy máu độ nhạy thấp, trẻ dưới 6 tuổi khó lấy đờm, thủ thuật lấy dịch màng phổi có tính xâm lấn cao, tuy thủ thuật nội soi phế quản lấy dịch rửa phế quản có tính chất xâm lấn nhưng có độ tin cậy và chính xác cao. Nghiên cứu của tác giả Ai-Zhen Lu [5] cho thấy, dịch tỵ hầu là xét nghiệm ít xâm lấn, nếu kết quả âm tính giúp loại trừ căn nguyên vi khuẩn, song nếu kết quả dương tính không chắc vi khuẩn đó gây bệnh. Tức là, dịch tỵ hầu có độ nhạy cao song độ đặc hiệu thấp.

3.4. Kết quả điều trị

3.4.1. Kết quả đổi kháng sinh và hiệu quả trên lâm sàng.

Nhóm cấy dương tính có tỉ lệ đổi kháng sinh cao hơn nhóm cấy âm tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này được lý giải là do nhóm cấy dương tính vẫn còn sự hiện diện của vi khuẩn gây bệnh trong dịch về phế

quản hoặc dương tính do nhiễm trùng bệnh viện do đó triệu chứng lâm sàng không thuyên giảm cần phải thay đổi kháng sinh. Nhóm âm tính vi khuẩn gây bệnh trong phế quản hoặc đã bị tiêu diệt hết hoặc âm tính giả nên tỉ lệ đổi kháng sinh thấp hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tụ cầu vàng kháng thuốc kháng sinh ban đầu 100%, và trực khuẩn mủ xanh kháng 76,67%. Dù bệnh nhân *Streptococcus viridans* có tỉ lệ kháng thuốc là 75% trên Invitro song tỉ lệ thay đổi kháng sinh chỉ là 25%. Điều này chứng tỏ *Streptococcus viridans* chưa chắc là căn nguyên gây bệnh. Nhóm cấy dương tính có kết quả điều trị tốt hơn nhóm cấy âm tính. Nghiên cứu của tác giả Cheh-Min Tsai [7] trên 90 bệnh nhân, có 38 ca cấy dương tính. Việc đổi kháng sinh điều trị thực hiện trên 21/38 ca dương tính và 5/52 ca âm tính, các bệnh nhân đổi kháng sinh đều cải thiện lâm sàng trong và sau 48 tiếng.

3.4.2. Thời gian nằm viện và chuyển viện

Thời gian nằm viện của 2 nhóm cấy dương ngắn hơn nhóm âm tính với $p < 0,05$. Thời gian từ lúc nội soi đến khi ra viện của nhóm cấy dương tính ngắn hơn nhóm âm tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 6 bệnh nhân chuyển viện trong đó, 2 bệnh nhân cấy dương tính với *Acinetobacter Baumannii*, *Pseudomonas aeginsosa* kháng tất cả kháng sinh của bệnh viện đang có. 4 bệnh nhân cấy âm tính nhưng không đáp ứng điều trị dù đã được đổi kháng sinh nhiều lần.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian xét nghiệm dịch rửa phế quản là $5,62 \pm 1,64$ ngày sau khi vào viện. Hầu hết bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 trước khi nội soi phế quản. Đa số mẫu có kết quả cấy dương tính (60,37%), trong đó chủ yếu là vi khuẩn *Streptococcus viridan*. Kết quả cấy dịch phế quản cũng tương tự kết quả cấy dịch tỵ hầu. Nhóm cấy vi khuẩn (+) có tỉ lệ đối kháng sinh cao hơn nhưng thời gian nằm viện lại ngắn hơn nhóm cấy (-) và tỉ lệ chuyển viện của nhóm cấy vi khuẩn (+) thấp hơn nhóm cấy (-).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014):** “Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Kèm theo Quyết định số 101/QĐ-KCB ngày 09 tháng 01 năm 2014”
2. **Trần Quỳnh Hương (2019):** “Vai trò của dịch rửa phế quản phổi trong viêm phổi trẻ em”. Hội nghị thường niên Hội hô hấp TP Hồ Chí Minh nội san tháng 3/2019; tr. 74-76.
3. **Đào Minh Tuấn (2002):** Viêm phế quản phổi tái diễn ở trẻ em. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân qua nội soi phế quản. Luận án tiến sĩ. Đại học y Hà Nội.
4. **Duarte, J.C; Cordeiro, C.R; Ferreira, A.J (2017):** “Role of flexible bronchoscopy in non-resolving community-acquired pneumonia” – A retrospective analysis Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. 23, num. 3, mayo-junio, pp. 168-169.
5. **Ai-Zhen Lu, Peng Shi, Li-Bo Wang, et al (2017):** “Diagnostic Value of Nasopharyngeal Aspirates in Children with Lower Respiratory Tract Infections”. Chin Med J (Engl); 130(6): 647–651.
6. **Hamouda S, Oueslati A, Belhadj I, et al (2016):** "Flexible bronchoscopy contribution in the approach of diagnosis and treatment of children's respiratory diseases: the experience of a unique pediatric unit in Tunisia", Afr Health Sci. 16(1).
7. **Chih-Min Tsai, Kin-Sun Wong, Wei-Ju Lee et al (2017):** “Diagnostic value of bronchoalveolar lavage in children with nonresponding community-acquired pneumonia”. Pediatr Neonatol;58(5):430-436.
8. **World Health Organization (WHO–2021):** <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP HỖ TRỢ TÂM LÝ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN NỮ UNG THƯ SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Thành¹, Nguyễn Thị Lua²,
Nguyễn Văn Khải³, Phạm Minh Khuê³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) trên bệnh nhân ung thư sinh dục. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước sau, không nhóm đối chứng, chọn mẫu ngẫu nhiên 350 bệnh nhân ung thư sinh dục có đầy đủ hồ sơ bệnh án và duy trì can thiệp đủ 6 tháng, tại thời điểm phát hiện bệnh không có di căn xa hoặc các khối u nguyên phát thứ hai, từ 03/2021 - 12/2021. Bệnh nhân được can thiệp hỗ trợ tâm lý bao gồm: buổi tư vấn chuyên đề và hướng dẫn thực hành các hoạt động ứng phó. Điểm CLCS được đánh giá qua thang đo của tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung Thư Châu Âu và thang đo "Các chỉ báo về Căng thẳng". **Kết quả:** Điểm trung bình CLCS tăng từ $60,8 \pm 18,4$ trước can thiệp lên $72,7 \pm 16,5$ sau can thiệp ($p < 0,05$). Can thiệp cải thiện các lĩnh vực chức năng bao gồm: thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội và giảm các triệu chứng như: mệt mỏi, nôn – buồn nôn, cảm giác đau, khó thở và mất ngủ ($p < 0,05$). Các chỉ báo về cơ thể, giấc ngủ, hành vi, cảm xúc và thói quen cá nhân được cải thiện

sau can thiệp ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hiệu quả của can thiệp hỗ trợ tâm lý cải thiện CLCS trên bệnh nhân ung thư sinh dục là cơ sở để triển khai các hoạt động can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và tâm lý cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư sinh dục, chất lượng cuộc sống, can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT INTERVENTIONS TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF FEMALE PATIENTS WITH GENITAL CANCER AT THE VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of psychological support to improve quality of life (QOL) in patients with genital cancer. **Methods:** The intervention study randomly selected 350 patients with genital cancer with complete medical records and maintained the intervention for a full 6 months, at the time of diagnosis, there were no distant metastases or second primary tumors, from 03/2021 - 12/2021. Patients receive psychological support interventions including: specialized counseling sessions and practical guidance on coping activities. The QOL score is assessed through the European Cancer Research and Treatment Organization's scale and the "Stress Indicators" scale. **Results:** The mean score of QOL increased from 60.8 ± 18.4 before the intervention to 72.7 ± 16.5 after the

¹Bệnh viện K Trung ương

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

³Trường Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thành

Email: nguyentuanthanhvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

intervention ($p < 0.05$). The intervention improves functional areas including: physical, functioning, emotional, cognitive, social and reduces symptoms such as: fatigue, vomiting-nausea, pain sensation, shortness of breath and insomnia ($p < 0.05$). Indicators of body, sleep, behavior, emotions and personal habits improved after the intervention ($p < 0.05$). **Conclusion:** The effectiveness of psychological support interventions to improve the quality of life in patients with genital cancer is the basis for implementing intervention activities to improve the quality of life and psychology of patients.

Keywords: Genital cancer, quality of life, interventions to improve quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư sinh dục (UTSD) là loại ung thư phổ biến ở phụ nữ trên thế giới. Hàng năm, trên thế giới có hơn một triệu ca mắc mới của ba loại ung thư sinh dục chính (ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung và buồng trứng). [1] Những tác động của chuẩn đoán ung thư và điều trị ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân. Các triệu chứng thực thể, tổn thương về tâm lý khác nhau như buồn nôn, mệt mỏi, đau đớn, chán ăn, trầm cảm và lo lắng..., Đặc biệt là những ảnh hưởng của bệnh UTSD ảnh hưởng đến hoạt động xã hội, sức khỏe tính dục và hình ảnh cơ thể xấu đi do phải cắt bỏ cơ quan sinh dục, rụng tóc... có thể dẫn đến CLCS kém

Các can thiệp hỗ trợ tâm lý trong các nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả tích cực cải thiện CLCS và tâm lý của bệnh nhân. [1], [2] Tuy nhiên, sự khác biệt về địa lý, văn hóa, xã hội... đặc biệt là các biện pháp can thiệp tâm lý xã hội khác nhau có thể ảnh hưởng đến hiệu quả khác nhau. Các biện pháp can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống được xây

dựng với ưu điểm giúp cá nhân nhận thức được mối đe dọa của bệnh ung thư gây ra và đưa ra các chiến lược giúp họ ứng phó với mối đe dọa đó. Can thiệp đã được chứng minh có hiệu quả trong giảm tổn thương về tâm lý, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. [3], [4] Tại Việt Nam chưa tìm thấy nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của các biện pháp can thiệp hỗ trợ tâm lý cải thiện CLCS, vì vậy chúng tôi tiến hành đánh giá về hiệu quả của hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư sinh dục tại bệnh viện K Trung ương năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nữ mắc ung thư sinh dục bao gồm: ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung, ung thư âm đạo, âm hộ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nữ chuẩn đoán xác định ung thư sinh dục có đầy đủ hồ sơ bệnh án. Duy trì can thiệp đủ 6 tháng và trả lời đầy đủ bộ câu hỏi ở các thời điểm trước và sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có nguy cơ không duy trì đủ 6 tháng theo dõi, bao gồm các bệnh nhân nặng có nguy cơ tử vong cao (di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai, có kèm theo ung thư khác)

Bệnh nhân quá mệt mỏi suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau, không nhóm đối chứng.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu Cỡ mẫu:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 2 trung bình cho nghiên cứu can thiệp, với độ

tin cậy 5% (hai chiều) và lực mẫu $1-\beta = 0,8$:

$$n = 2\sigma^2 \times \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó

n là cỡ mẫu tối thiểu cần có; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $Z_{1-\beta} = 0,84$. μ_1, μ_2 là trung bình điểm CLCS trước và sau điều trị theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương năm 2013, lần lượt $\mu_1=53,1$ và $\mu_2=57,1$ điểm và độ lệch chuẩn $\sigma = 18,1$. [5] Cỡ mẫu tính được là 322, thực tế nghiên cứu đã thu thập được 350 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn 350 bệnh nhân đã hoàn thành chương trình can thiệp. Người bệnh được lựa chọn ngẫu nhiên dựa vào mã bệnh án có trong danh sách 700 bệnh nhân can thiệp từ tháng 03/2021 – 12/2021. Bệnh nhân được đánh giá là hoàn thành can thiệp khi tham gia đầy đủ tất cả các nội dung của chương trình can thiệp bao gồm các buổi tư vấn cá nhân và tư vấn nhóm.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K trung ương, cơ sở 3 (Số 30 Cầu Bươu – Tân Triều – Thanh Trì – Hà Nội).

- **Thời gian:** từ tháng 03/2021 đến tháng 12/2021.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi gồm 3 phần: (i) thông tin chung đối tượng nghiên cứu; (ii) thang đo đánh giá chất lượng cuộc sống EORTC-QLQ C-30; (iii) thang đo đánh giá căng thẳng của bệnh nhân. Thang đo đánh giá chất lượng cuộc sống của tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung Thư Châu Âu EORTC-QLQ C-30 gồm 30 câu bao gồm 4 lĩnh vực: sức khỏe tổng quát, lĩnh vực chức năng, triệu chứng và tài chính. Mỗi câu được quy ước từ 0 - 4 điểm, sau đó được quy đổi ra thang điểm 100, điểm chức năng càng cao càng tốt. Bộ công cụ đã được chuẩn hóa tại Việt Nam và đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. [6] Thang đo về “Các chỉ báo về Căng thẳng” gồm 5 mục, bao gồm: chỉ báo cơ thể, giấc ngủ, hành vi, cảm xúc và các thói quen cá nhân. Thang điểm Likert năm mức được sử dụng đánh giá tần suất trải qua các tác động của căng thẳng, tần suất sử dụng cơ chế đối phó và mức độ hiệu quả của cơ chế đối phó, bộ công cụ đã được chuẩn hóa và được sử dụng trong hầu hết các nghiên cứu điều tra mức độ nghiêm trọng của bệnh ở bệnh nhân mắc tình trạng căng thẳng. [7] Thang điểm chỉ báo căng thẳng được đánh giá như sau:

Các lĩnh vực	Mức độ				
	Rất thấp	Trung bình	Cao	Rất cao	Nguy hiểm
Tổng điểm các chỉ báo cơ thể	22 - 29	30 - 37	38 - 47	48 - 53	54+
Tổng điểm các chỉ báo về giấc ngủ	5 - 7	8 - 9	10 - 11	12 - 13	14+
Tổng điểm các chỉ báo hành vi	18 - 26	27 - 35	36 - 44	45 - 49	50+
Tổng điểm các chỉ báo cảm xúc	21 - 28	29 - 36	37 - 45	46 - 54	55+
Tổng điểm các thói quen cá nhân	9 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30+

Bệnh nhân được đánh giá đạt ở mỗi chỉ báo khi có mức độ phân loại từ: rất thấp, trung bình và cao; không đạt khi có mức độ phân loại: rất cao và cao.

Phương pháp thu thập số liệu: bệnh nhân tự điền vào bộ câu hỏi được phát sau khi đã được nghiên cứu viên giải thích.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Xây dựng chương trình can thiệp và thành lập nhóm can thiệp gồm các chuyên gia chuyên ngành tâm lý học lâm sàng.

Bước 2: Đánh giá CLCS trước can thiệp.

Bước 3: Triển khai can thiệp: Đối tượng nghiên cứu được tham gia các phiên tư vấn chuyên đề gồm 8 buổi học/1 tháng trong vòng 6 tháng, mỗi tuần 2 phiên học (mỗi phiên học kéo dài 1 giờ- 1,5 giờ). Can thiệp bao gồm các hoạt động tư vấn chuyên đề và

hướng dẫn thực hành các hoạt động thể chất, dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Bước 4: Đánh giá sau can thiệp.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng excel và xử lý theo phần mềm SPSS 22.0. Đặc điểm nhân khẩu của quần thể được mô tả qua tần số, tỷ lệ. Thống kê suy luận bao gồm cho biến định lượng (t-test ghép cặp) và biến định tính (χ^2 test) được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Được thông qua hội đồng nghiên cứu trường Đại học Y Hải Phòng theo Quyết định số 241/QĐ-YDHP ngày 05 tháng 03 năm 2020. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	34	9,7
	40-<50	65	18,6
	50-<60	111	31,7
	≥ 60	140	40,0
	TB $\pm$ SD	55,9 $\pm$ 11,6	
Loại ung thư	UT cổ tử cung	202	57,7
	UT buồng trứng	83	23,7
	UT nội mạc tử cung	15	4,3
	Khác	50	14,3
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn 1	3	0,9
	Giai đoạn 2	141	40,3
	Giai đoạn 3	163	46,6
	Giai đoạn 4	43	12,3
Chung		350	100

Nhận xét: Nghiên cứu tiến hành trên 350 bệnh nhân UTSD có độ tuổi trung bình là $55,9 \pm 11,6$ tuổi. Ung thư SDD gặp phải chủ yếu là ung thư cổ tử cung và ung thư buồng trứng chiếm tỷ lệ lần lượt là 57,7% và 23,7%. Trên 80% bệnh nhân UTSD giai đoạn II và II.

Bảng 2: Điểm trung bình CLCS bệnh nhân trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	
CLCS chung	60,8 $\pm$ 18,4	72,7 $\pm$ 16,5	<0,001
Lĩnh vực chức năng			
Thể chất	88,1 $\pm$ 17	90,3 $\pm$ 13,7	<0,001
Hoạt động	69 $\pm$ 26,3	81 $\pm$ 21	<0,001
Cảm xúc	79 $\pm$ 19,7	87,4 $\pm$ 14	<0,001
Nhận thức	72 $\pm$ 26,3	83,8 $\pm$ 18,9	<0,001
Xã hội	64,3 $\pm$ 28,3	73,8 $\pm$ 24,6	<0,001
Lĩnh vực triệu chứng			
Mệt mỏi	23,4 $\pm$ 21	18,2 $\pm$ 17,7	<0,001
Nôn - buồn nôn	35,4 $\pm$ 27,1	28,6 $\pm$ 23,6	<0,001
Cảm giác đau	16 $\pm$ 19	14,8 $\pm$ 17,6	<0,001
Khó thở	29,7 $\pm$ 28,7	23 $\pm$ 26,7	<0,001
Mất ngủ	34,5 $\pm$ 31,4	24,2 $\pm$ 29,1	<0,001
Chán ăn	22 $\pm$ 25,4	26,5 $\pm$ 23,8	0,061 [□]
Táo bón	32,1 $\pm$ 29,5	32,2 $\pm$ 25,1	0,962*
Tiêu chảy	33,2 $\pm$ 30,2	30,6 $\pm$ 26,9	0,295*
Khó khăn tài chính	48,9 $\pm$ 27,6	48,1 $\pm$ 28,3	0,294*

*Giá trị p của kiểm định t-test ghép cặp;

□ Giá trị p của kiểm định Wilcoxon test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm CLCS chung, lĩnh vực chức năng trước và sau khi can thiệp (với $p < 0,001$). Tuy nhiên, sự khác biệt về khó khăn tài chính, và một số các triệu chứng lâm sàng như: tiêu chảy, táo bón, chán ăn là không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$; t-test ghép cặp).

Bảng 3: Sự thay đổi điểm CLCS ở các loại ung thư

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	
Ung thư CTC	62,5 $\pm$ 18,2	74,0 $\pm$ 16,0	<0,001
Ung thư buồng trứng	56,3 $\pm$ 18,8	69,3 $\pm$ 17,5	<0,001
Ung thư Nội mạc tử cung	61,4 $\pm$ 18,2	73,9 $\pm$ 14,3	<0,001
Ung thư khác	57,0 $\pm$ 17,5	69,3 $\pm$ 18,7	<0,001

*Giá trị p của kiểm định t-test

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống ở tất cả các loại ung thư có sự khác biệt tại hai thời điểm trước và sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$).

Bảng 4: Hiệu quả trước và sau can thiệp tâm lý cho bệnh nhân

Chỉ số		Trước CT		Sau CT		p
		n	%	n	%	
Chỉ báo cơ thể	Đạt tốt	261	74,60	296	84,60	<0,01
	Không đạt	89	25,40	54	15,40	
Chỉ báo giấc ngủ	Đạt tốt	186	53,10	236	67,40	<0,01
	Không đạt	164	46,90	114	32,60	
Chỉ báo hành vi	Đạt tốt	321	91,70	338	96,60	<0,05
	Không đạt	29	8,30	12	3,40	
Chỉ báo cảm xúc	Đạt tốt	219	62,60	267	76,30	<0,01
	Không đạt	131	37,40	83	23,70	
Thói quen cá nhân	Đạt tốt	307	87,70	289	82,60	<0,05
	Không đạt	43	12,30	61	17,40	

*Giá trị p của kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Tỷ lệ đạt của các tất cả các chỉ báo bao gồm: chỉ báo cơ thể, chỉ báo giấc ngủ, chỉ báo hành vi, chỉ báo cảm xúc, thói quen cá nhân có sự khác biệt trước và sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5: Chỉ báo Căng thẳng của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	
Chỉ báo cơ thể	40,4 $\pm$ 14,2	37,7 $\pm$ 11,9	<0,001
Chỉ báo giấc ngủ	11 $\pm$ 3,9	9,9 $\pm$ 3,8	<0,001
Chỉ báo hành vi	29,4 $\pm$ 9,5	27 $\pm$ 7,7	<0,001
Chỉ báo cảm xúc	42,1 $\pm$ 13,3	38,2 $\pm$ 11	<0,001
Chỉ báo thói quen cá nhân	18,5 $\pm$ 4,9	20,6 $\pm$ 4,3	<0,001

*Giá trị p của kiểm định t-test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm CLCS trước và sau khi can thiệp ở chỉ báo cáo cơ thể, giấc ngủ, hành vi, cảm xúc và chỉ báo thói quen cá nhân (với $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư sinh dục tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 55,9 tuổi. Đa số bệnh nhân chẩn đoán ung thư cổ tử cung (57,7%) và

ung thư buồng trứng (23,7%) và ung thư giai đoạn 3 (46,6%). Nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp bằng thang đo QLQ C30 cho thấy can thiệp hỗ trợ tâm lý có hiệu quả trong cải thiện chỉ số chất

lượng cuộc sống chung và các lĩnh vực chức năng của bệnh nhân ung thư sinh dục. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhen Guo và cộng sự đánh giá hiệu quả của can thiệp tâm lý xã hội trên bệnh nhân ung thư. Nghiên cứu của tác giả này so sánh chất lượng cuộc sống giữa hai nhóm can thiệp và nhóm so sánh. Điểm lĩnh vực thể chất của bệnh nhân trước can thiệp ở nhóm can thiệp là $77,23 \pm 10,19$ và nhóm so sánh là $78,91 \pm 10,81$; sau can thiệp điểm lĩnh vực thể chất ở nhóm can thiệp đã tăng lên là $79,70 \pm 9,80$ trong khi đó nhóm so sánh chỉ số này giảm xuống $75,36 \pm 9,71$ ($p < 0,05$); tương tự hiệu quả của can thiệp hỗ trợ tâm lý cũng được tác giả Zhen Guo chỉ ra trong các chỉ số lĩnh vực chất lượng cuộc sống chung ($p < 0,001$), lĩnh vực hoạt động ($p > 0,05$), cảm xúc ($p < 0,001$), nhận thức và xã hội ($p > 0,05$). [4] Hay nghiên cứu của Barre và cộng sự cũng chỉ ra can thiệp hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư. [3] Nghiên cứu ngoài đánh giá hiệu quả của can thiệp tới các chỉ số chất lượng cuộc sống chung và các lĩnh vực chức năng của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy hiệu quả của can thiệp trong cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ($p < 0,05$). Kết quả này có sự khác biệt với một nghiên cứu của Zhen Guo và cộng sự trên 178 bệnh nhân ung thư nhằm đánh giá lợi ích của phương pháp tâm lý trên bệnh nhân ung thư, nghiên cứu chỉ ra rằng mặc dù can thiệp tâm lý giúp tăng điểm chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân ($p < 0,05$); tuy nhiên nghiên cứu không cho thấy sự khác biệt về các triệu chứng (mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, cảm giác đau, khó thở,..) của bệnh nhân ung thư ở

nhóm có can thiệp tâm lý so với nhóm không can thiệp ($p > 0,05$). [4] Nghiên cứu của của Neha Dahiya và cộng sự đánh giá hiệu quả của can thiệp CLCS có một số tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra hiệu quả cải thiện các triệu chứng mệt mỏi, đau đớn, chán ăn và tiêu chảy ($p < 0,05$); các triệu chứng nôn – buồn nôn, khó thở, táo bón chưa được cải thiện ($p > 0,05$). [2] Điều này có thể được lý giải do đặc điểm đối tượng giữa các nghiên cứu có sự khác biệt và các can thiệp được sử dụng trong các nghiên cứu là khác nhau. Nghiên cứu của Jolyn Hersch và cộng sự đánh giá tất cả các phương pháp can thiệp tâm lý xã hội, nghiên cứu của Neha Dahiya và cộng sự là can thiệp điều trị; trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi sử dụng các biện pháp can thiệp cải thiện CLCS gồm tư vấn chuyên đề và hướng dẫn các hướng dẫn hoạt động, điều này có thể dẫn đến sự khác biệt về hiệu quả của can thiệp trong nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác. [1], [2] Lĩnh vực tài chính cũng được đánh giá trong nghiên cứu, tuy nhiên nghiên cứu này tương đồng so với các nghiên cứu khác khi cho thấy hiệu quả của can thiệp tâm lý xã hội không có hiệu quả trong cải thiện về lĩnh vực tài chính của bệnh nhân. [2]

Tất cả các chỉ báo nhằm đánh giá căng thẳng của bệnh nhân bao gồm: chỉ báo cơ thể, chỉ báo giấc ngủ, chỉ báo hành vi, cảm xúc và thói quen cá nhân đều được cải thiện sau can thiệp hỗ trợ tâm lý. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Prasad Vijay Barre và cộng sự năm 2018 đánh giá hiệu quả can thiệp tâm lý bao gồm các hoạt động: giáo dục tâm lý, hoạt động thư giãn tâm lý đến căng thẳng và chất lượng cuộc sống của

bệnh nhân ung thư. Nghiên cứu của tác giả cũng cho thấy tổng điểm đánh giá căng thẳng của bệnh nhân giảm sau can thiệp ($p < 0,05$). Tác giả nhấn mạnh các lo sợ về sự tiến triển của bệnh, đặc biệt là thiếu thông tin về tình hình bệnh tật dẫn đến tình trạng căng thẳng cho bệnh nhân; do đó can thiệp hỗ trợ tâm lý sẽ nâng cao kiến thức của người bệnh, giúp bệnh nhân điều chỉnh cảm xúc,...; từ đó cải thiện tình trạng căng thẳng của bệnh nhân. [3]

Nghiên cứu này là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá hiệu quả của can thiệp hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục. Mặc dù, nghiên cứu có một số hạn chế nhất định do can thiệp tiến hành so sánh trước sau trên cùng một nhóm đối tượng nghiên cứu, chưa có nhóm đối chứng để tiến hành so sánh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu vẫn cung cấp những số liệu quan trọng là căn cứ đánh giá hiệu quả của biện pháp hỗ trợ tâm lý cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân, từ đó làm cơ sở trong lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp và tiến hành các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nữ ung thư sinh dục được can thiệp hỗ trợ tâm lý cho thấy cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và các chỉ số căng thẳng của bệnh nhân. Điểm CLCS chung của bệnh nhân tăng từ $60,8 \pm 18,4$ trước can thiệp lên $72,7 \pm 16,5$ sau can thiệp ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hersch J., Juraskova I., Price M., et al. (2009).** Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, **18**(8), 795–810.
2. **Dahiya N., Acharya A.S., Bachani D., et al. (2016).** Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemoradiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*, **17**(7), 3095–3099.
3. **Barre P.V., Padmaja G., Rana S., et al. (2018).** Stress and Quality of Life in Cancer Patients: Medical and Psychological Intervention. *Indian J Psychol Med*, **40**(3), 232–238.
4. **Guo Z., Tang H.-Y., Li H., et al. (2013).** The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health Qual Life Outcomes*, **11**, 121.
5. **Nguyễn Thị Thanh Phương (2013).** Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư giai đoạn VI trước và sau điều trị tại khoa chống đau bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2013, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. **Bùi Thế Anh and Phạm Tuấn Cảnh (2014).** Chuyển ngữ bản câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống QLQ-H&N35 của EORTC sang tiếng Việt và kiểm định giá trị của bản câu hỏi tiếng Việt trên bệnh nhân ung thư thanh quản. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, **1**, 117–123.
7. **The Counseling Team International (2020).** Stress indicators questionnaire, 1881 Business Center Drive, Suite 11San Bernardino, CA 92408(909) 884-0133.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ DỰ BÁO SINH NON CỦA GÓC CỔ TỬ CUNG Ở THAI PHỤ ĐƠN THAI TUỔI THAI TỪ 16 ĐẾN 24 TUẦN

Nguyễn Thị Hoàng Trang^{1,2}, Bùi Văn Hiếu¹,
Vũ Văn Tâm¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy³

TÓM TẮT

Góc cổ tử cung gần đây được nghiên cứu như một thông số tiềm năng dự báo những thai phụ có nguy cơ sinh non tự phát.

Mục tiêu: Xác định giá trị dự báo sinh non của góc cổ tử cung ở thai phụ đơn thai tuổi thai từ 16 - 24 tuần.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thuần tập, thực hiện trên 1.124 thai phụ đơn thai tuổi thai từ 16 - 24 tuần, trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021, được đo góc cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo, theo dõi và ghi nhận kết quả kết thúc thai kỳ tại Khoa Quản lý thai nghén & Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Kết quả: Tỷ lệ sinh non tự phát trước 37 tuần và trước 34 tuần là 8,4% và 1,9%. Giá trị dự báo sinh non trước 37 tuần của góc cổ tử cung $\geq 95^\circ$ có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 84%; 68,7%; 19,7%; 97,9% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,828 ($p < 0,001$). Giá trị dự báo

sinh non trước 34 tuần của góc cổ tử cung $\geq 113^\circ$ có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 76,2%; 87,2%; 10,2%; 99,5% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,836 ($p < 0,001$).

Kết luận: Góc CTC có thể là một thông số tiềm năng dự báo nguy cơ sinh non với ngưỡng cắt lần lượt là 95° và 113° trong tiên lượng sinh non trước 37 tuần và trước 34 tuần.

Từ khóa: Góc cổ tử cung, sinh non, đơn thai.

SUMMARY

UTEROCERVICAL ANGLE FOR PRETERM BIRTH PREDICTION IN SINGLETON PREGNANCY AT GESTATIONAL AGE OF 16 - 24 WEEKS

The uterocervical angle (UCA) has recently been studied as a potential parameter to identify women at risk for spontaneous preterm birth (sPTB).

Objective: This study aimed to investigate the predictive value of preterm birth of uterocervical angle in singleton pregnant women with gestational age from 16 - 24 weeks. **Study design:** This cohort study on singleton gestations between 16 - 24 weeks has been carried out from October 2019 through March 2021. Enrolled subjects undergoing transvaginal ultrasound for uterocervical angle screening at the Department of Pregnancy Care Management and Prenatal, Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. Primary outcome was predictive validity of spontaneous preterm birth

¹Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y - Dược, ĐH Huế

³Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y - Dược, ĐH Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Trang
Email: nhttrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

<34 weeks and <37 weeks by uterocervical angle. **Results:** A total of 1.124 women were included in this cohort. The rate of spontaneous preterm birth in this study was 8,4 % for delivery <37 weeks and 1,9% for < 34 weeks. Uterocervical angle of ≥ 95 degrees was significantly associated with spontaneous preterm birth <37 weeks with sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) of 84%; 68,7%; 19,7%; 97,9%, respectively. The ROC curve showed an area under the curve (AUC) of 0,828 ($p < 0,001$). Uterocervical angle of ≥ 113 degrees predicted spontaneous preterm birth < 34 weeks with sensitivity, specificity, PPV and NPV of 76,2%; 87,2%; 10,2%; 99,5%, respectively. The ROC curve showed an area under the curve (AUC) of 0,836 ($p < 0,001$). **Conclusion:** The cervical angle measured at the gestational age from 16 - 24 weeks in singleton pregnant women showed to be a potential predictor of preterm birth risk. The cut-off values for predicting preterm birth <37 weeks and <34 weeks were 95° and 113° , respectively.

Keywords: Uterocervical angle, preterm birth, singleton pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là khi cuộc sinh diễn ra ở tuần thứ 20 - 36 của thai kỳ [1]. Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 15 triệu trẻ sinh non và xấp xỉ 1 triệu trẻ chết vì các biến chứng của sinh non [2, 3]. Tại Việt Nam, số liệu năm 2014 cho thấy tỷ lệ sinh non là 9%, đứng hàng thứ 21 trên thế giới (UNICEF, 2014). Sinh non tự phát chiếm hai phần ba tổng số các trường hợp sinh non, cho đến nay vẫn là một thách thức trong sản khoa [4].

Đây là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong chu sinh, hầu hết do cơ quan hô hấp chưa trưởng thành, xuất huyết não và nhiễm trùng, có thể dẫn đến những di chứng thần kinh lâu dài như suy giảm trí tuệ, bại não, bệnh phổi mãn tính, điếc và mù loà [4, 5]. Nhiều chiến lược dự báo và dự phòng sinh non đã được nghiên cứu và áp dụng. Tiền sử sinh non tự phát và chiều dài cổ tử cung ngắn cho đến nay vẫn được xem là yếu tố tiên lượng tốt nhất để đánh giá nguy cơ sinh non [6-8]. Đối với đơn thai, chiều dài cổ tử cung $\leq 25\text{mm}$ được xem là ngưỡng của sự gia tăng nguy cơ sinh non, tuy nhiên, chỉ sàng lọc được khoảng 55% các trường hợp sinh non [9, 10]. Vì vậy cần có thêm thông số sàng lọc bổ sung để tìm ra các thai phụ có nguy cơ sinh non nhằm đưa ra các biện pháp dự phòng kịp thời.

Gần đây, góc cổ tử cung đã được đề xuất như một thông số tiềm năng sàng lọc sinh non. Góc cổ tử cung càng tù, trọng lực từ tử cung và thai nhi tác động xuống lỗ trong CTC có xu hướng dọc theo chiều cổ tử cung, có thể dẫn đến cổ tử cung ngắn dần và đây là một trong các yếu tố gây sinh non [11, 12]. Do vậy dựa vào tác dụng của vòng nâng cổ tử cung vừa có tác dụng nâng đỡ cổ tử cung làm phân tán đều lực từ tử cung, mặt khác làm thay đổi góc cổ tử cung từ góc tù thành góc nhọn, thay đổi lực của tử cung thành hướng xuống cùng đồ sau tránh làm cổ tử cung ngắn lại [12, 13]. Đây là hướng nghiên cứu mới trong vài năm trở lại đây, và chưa có kết quả nhất quán, vì vậy cần có thêm nhiều nghiên cứu ở các trung tâm khác nhau

để có thể đánh giá chính xác giá trị của marker này trong thực hành lâm sàng.

Tại Việt Nam hiện chưa có đề tài nào đánh giá giá trị dự báo nguy cơ sinh non của góc cổ tử cung trên thai phụ đơn thai. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “Xác định giá trị dự báo sinh non của góc cổ tử cung ở thai phụ đơn thai tuổi thai từ 16 đến 24 tuần”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ đơn thai, tuổi thai từ 16 - 24 tuần, khám quản lý thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng được chỉ định đo chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến hết tháng 03 năm 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đơn thai, thai sống
- Tuổi thai từ 16 tuần đến 24 tuần
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử can thiệp trên cổ tử cung: khoét chóp, cắt bằng vòng điện...
- Thai phụ đang có các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến thời gian kết thúc thai kỳ
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy, sảy thai, dọa sinh non, sinh non
- Trong quá trình theo dõi mẹ mắc bệnh lý phải kết thúc thai kỳ sớm như: nhau tiền đạo, tiền sản giật, thiếu ối...
- Đa thai, thai dị tật
- Chiều dài cổ tử cung ngắn $\leq 25\text{mm}$

- Bệnh nhân đang được sử dụng các biện pháp dự phòng sinh non như khâu vòng cổ tử cung, progesterone vi hạt đặt âm đạo, vòng nâng cổ tử cung

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Quản lý thai nghén & Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2019 đến hết tháng 03 năm 2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp thuần tập

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

α : là mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy = 1,96 (tương ứng với $\alpha = 0,05$)

p: là tỷ lệ sinh non của các nghiên cứu trước (lấy $p = 10,9\%$ là tỷ lệ sinh non theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lâm năm 2008, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương) [14]

$$q = 1 - p = 0,891$$

ε : là sai số nghiên cứu ($\varepsilon = 0,17$)

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu trong nghiên cứu là 1.086 thai phụ

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi thai phụ lúc đo góc CTC, BMI
- Tiền sử sản khoa: con so, con rạ không có tiền sử sinh non, con rạ có tiền sử sinh non ≥ 1 lần
- Tuổi thai lúc đo góc CTC: dựa vào dự kiến sinh của siêu âm 3 tháng đầu

2.3.2. Xác định giá trị tiên lượng sinh non của góc CTC

- Xác định giá trị tiên lượng sinh non của góc CTC ở các mốc tuổi thai <34 tuần và <37 tuần
- Lập biểu đồ đường cong ROC xác định góc CTC tối ưu trong tiên lượng sinh non <34 tuần và <37 tuần

2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm Samsung WS80A (Korea), đầu dò convex (tần số 7 - 9 MHz) và đầu dò siêu âm đường âm đạo (tần số 4 - 9 MHz)
- Monitoring sản khoa để xác định cơ co tử cung chẩn đoán chuyển dạ

Thông tin nghiên cứu của mỗi bệnh nhân sẽ được lưu trữ trong mỗi bệnh án nghiên cứu.

2.5. Các bước thực hiện nghiên cứu

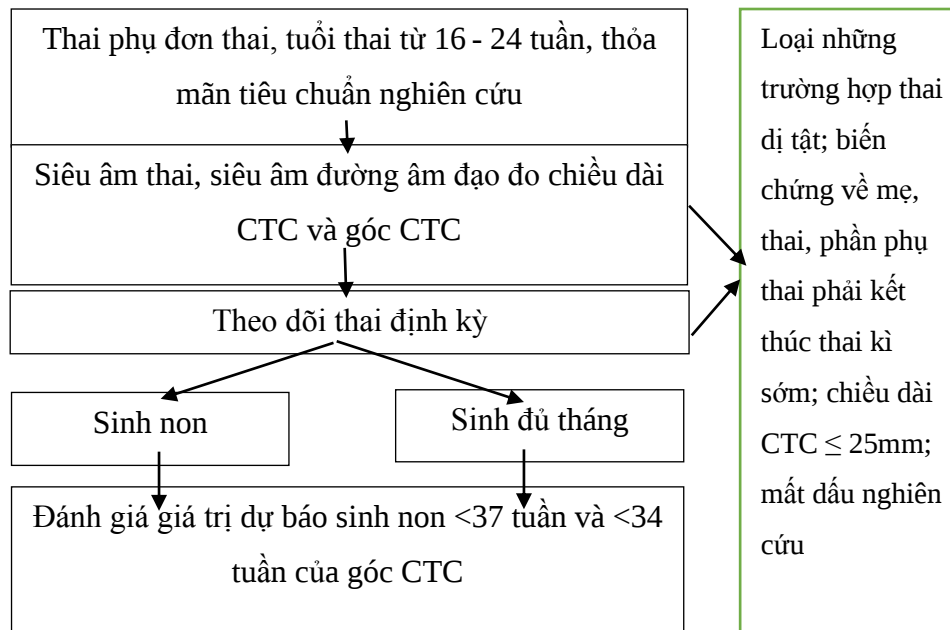
- Bước 1: Khám lâm sàng, chọn đối tượng đúng tiêu chuẩn đề ra ở phần phương pháp nghiên cứu.
- Bước 2: siêu âm đường âm đạo đo chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung. Đo chiều dài CTC theo tiêu chuẩn của Hội y học thai nhi (Fetal Medicine Foundation) [15, 16]: là đường thẳng nối từ lỗ trong đến lỗ ngoài CTC. Góc CTC được đo theo phương pháp mô tả bởi Dziadosz & cs [12]: là góc được tạo bởi hai đường thẳng, đường nối từ lỗ trong - lỗ ngoài CTC với đường nối từ lỗ trong CTC và đoạn dưới song song với mặt trước thân tử cung. Mặt cắt siêu âm đo góc CTC cũng chính là mặt cắt để đo chiều dài CTC.



Hình 1. Đo góc cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo: chiều dài CTC 35mm, góc CTC 110.36°

- Bước 3: Theo dõi thai kỳ, hẹn tái khám định kỳ theo lịch khám thai
- Bước 4: Theo dõi đến lúc sinh, đánh giá trẻ sơ sinh (trọng lượng, tuổi thai, Apgar, kết cục sơ sinh)

2.5. Sơ đồ nghiên cứu



2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình SPSS 26.0.
- Phép tính thập phân tìm các giá trị trung bình và tỷ lệ. Tính Chi bình phương xác định sự khác nhau giữa hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.
- Đánh giá giá trị phương pháp chẩn đoán bằng các thông số: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và vẽ đường cong ROC.
- Đường cong ROC là một đồ thị với trục tung là giá trị của độ nhạy, trục hoành là 1- độ đặc hiệu. Diện tích dưới đường cong là toàn bộ phần diện tích phía dưới mà phía trên được giới hạn bởi đường cong ROC.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng thông qua.
- Chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thai phụ được mã hóa, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 10/ 2019 đến hết tháng 03/2021, chúng tôi ghi nhận có 1.124 thai phụ đơn thai tuổi thai từ 16 - 24 tuần, khám quản lý thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả có 94 trường hợp sinh non (8,4%) và 1.030 trường hợp sinh đủ tháng (91,6%).

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung	Sinh non (n = 94)	Không sinh non (n = 1.030)	P
Tuổi mẹ (X ± SD)	29,2 ± 5,0	28,9 ± 5,1	0,768
BMI (X ± SD)	20,2 ± 2,0	20,5 ± 2,5	0,437
Tiền sử sản khoa - con so - con rạ không có tiền sử sinh non - con rạ có tiền sử sinh non > 1 lần	34 (36,2%) 47 (50,0%) 13 (13,8%)	440 (42,7%) 548 (53,2%) 42 (4,1%)	<0,001
Chiều dài cổ tử cung (X ± SD)	29,8 ± 5,3	36,6 ± 5,2	<0,001
Góc CTC (độ) (X ± SD)	113,5 ± 21,5	83,9 ± 23,9	<0,001

Nhận xét:

- Số đo góc cổ tử cung trung bình ở nhóm thai phụ sinh non là $113,5^\circ \pm 21,5^\circ$, lớn hơn đáng kể so với nhóm thai phụ sinh đủ tháng là $83,9^\circ \pm 23,9^\circ$ ($p < 0,001$).

- Số đo chiều dài cổ tử cung trung bình ở nhóm thai phụ sinh non là $29,8 \pm 5,3$ mm, ngắn hơn đáng kể so với nhóm thai phụ sinh

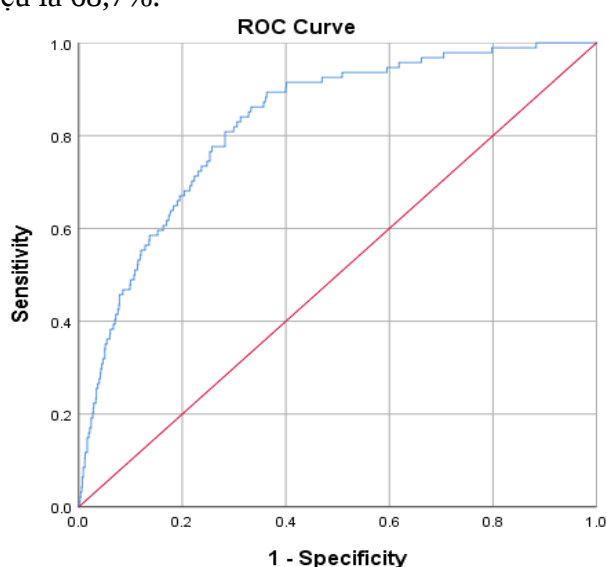
đủ tháng là $36,6 \pm 5,2$ mm ($p < 0,001$).

- Tỷ lệ thai phụ có tiền sử sinh non cao hơn đáng kể ở nhóm sinh non so với nhóm sinh đủ tháng (13,8% so với 4,1%, $p < 0,001$).

3.2. Giá trị của góc cổ tử cung trong tiền lượng sinh non**3.2.1. Giá trị của góc cổ tử cung trong tiền lượng sinh non <37 tuần****Bảng 3.2. Giá trị tiền lượng sinh non <37 tuần tại các điểm cắt của góc CTC**

Góc CTC (độ)	ĐN (%)	ĐDH (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Trung bình ĐN - ĐDH (%)
90	89,4	62,2	17,8	98,5	75,8
93	86,2	65,8	18,7	98,1	76
95	84,0	68,7	19,7	97,9	76,4
96	80,9	70,4	19,9	97,6	75,5
99	75,5	74,7	21,4	97,1	75,1
102	68,1	78,6	22,6	96,4	73,4
105	62,8	82,4	24,7	96,1	72,6
108	58,5	85,7	27,1	95,8	72,1
111	53,2	88,3	29,4	95,4	70,8
114	46,8	90,2	30,3	94,9	68,5
117	42,6	92,4	33,6	94,6	67,5
120	37,2	93,9	35,7	94,2	65,6

Nhận xét: Ngưỡng cut-off góc CTC là 95° có giá trị trong dự báo sinh non <37 tuần với độ nhạy là 84%, độ đặc hiệu là 68,7%.



Biểu đồ 3.1. Đường biểu thị ROC của góc CTC trong tiên lượng sinh non <37 tuần

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,828 có giá trị tốt trong dự báo sinh non <37 tuần ($p < 0,0001$).

Bảng 3.3. Giá trị tiên lượng sinh non <37 tuần tại điểm cắt giá trị dự ngưỡng của góc CTC

Góc CTC (độ)	Sinh non <37 tuần			P
	Có	Không	Tổng	
≥ 95°	79 (19,7%)	323 (97,9%)	722 (100%)	<0,001
< 95°	15 (2,1%)	707 (80,3%)	402 (100%)	
RR (95% CI)	11.5 (6.5 - 20.4)			

Nhận xét: Nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 95^\circ$ có nguy cơ sinh non lớn hơn 11.5 lần so với nhóm thai phụ có góc CTC $< 95^\circ$ (RR: 11,5, 95% CI: 6,5 – 20,4; $p < 0,001$).

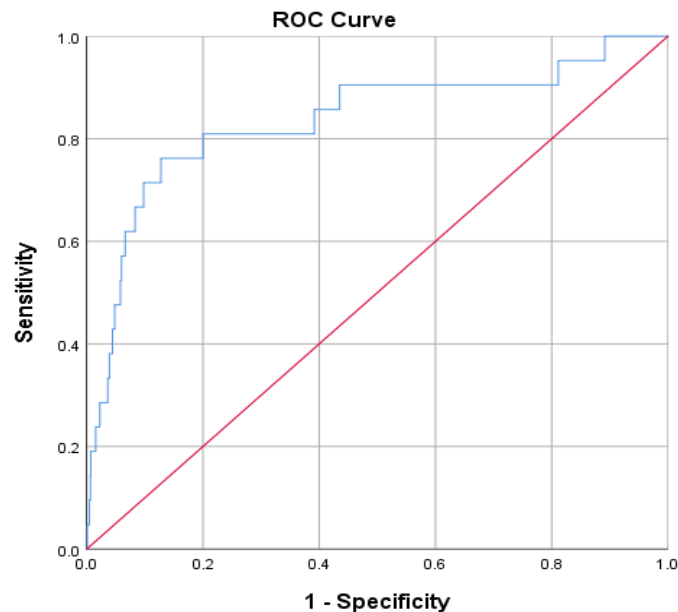
3.2.2. Giá trị của góc CTC trong tiên lượng sinh non <34 tuần

Bảng 3.4. Giá trị tiên lượng sinh non <34 tuần tại các điểm cắt của góc CTC

Góc CTC (độ)	ĐN (%)	ĐĐH (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Trung bình ĐN - ĐĐH (%)
90	85,7	58,7	3,8	99,5	72,2
93	81,0	62,3	3,9	99,4	71,7
96	81,0	67,0	4,5	99,5	74,0
99	81,0	71,4	5,1	99,5	76,2
102	81,0	75,9	6,0	99,5	78,5
105	81,0	79,8	7,0	99,5	80,4

108	76,2	83,1	7,9	99,5	79,7
111	76,2	86,0	9,4	99,5	81,1
113	76,2	87,2	10,2	99,5	81,7
114	71,4	88,2	10,3	99,4	79,8
117	66,7	90,6	11,8	99,3	78,7
120	61,9	92,3	13,3	99,2	77,1

Nhận xét: Ngưỡng cut-off của góc CTC là 113° có giá trị dự báo sinh non <34 tuần với độ nhạy là 76,2 %, độ đặc hiệu là 87,2%.



Biểu đồ 3.2. Đường biểu thị ĐN, ĐĐH (ROC) của góc CTC trong tiên lượng sinh non <34 tuần

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,836 có giá trị tốt trong dự báo sinh non <34 tuần ($p < 0,0001$).

Bảng 3.5. Giá trị tiên lượng sinh non <34 tuần tại điểm cắt giá trị dự ngưỡng của góc CTC

Góc CTC (độ)	Sinh non <34 tuần			P
	Có	Không	Tổng	
$\geq 113^\circ$	16 (9,9%)	146 (90,1%)	162 (100%)	<0,001
$< 113^\circ$	5 (0,5%)	957 (99,5%)	962 (100%)	
RR (95% CI)	20,8 (7,6 – 58,8)			

Nhận xét: Nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 113^\circ$ có nguy cơ sinh non lớn hơn 20,8 lần so với nhóm sản phụ có góc CTC $< 113^\circ$ (RR: 20,8; 95% CI: 7,6 – 58,8; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả bảng 3.1, tiền sử sinh non nhiều hơn đáng kể ở nhóm thai phụ sinh non so với nhóm thai phụ sinh đủ tháng (13% so với 4,1%; $p < 0,001$); số đo chiều dài cổ tử cung trung bình ở nhóm thai phụ sinh non ngắn hơn đáng kể so với nhóm thai phụ sinh đủ tháng ($29,8 \pm 5,3\text{mm}$ so với $36,6 \pm 5,2\text{mm}$; $p < 0,001$); ngược lại, giá trị trung bình của góc cổ tử cung đo tại thời điểm thực hiện siêu âm ở nhóm sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn đáng kể so với nhóm sinh đủ tháng ($113,48^\circ \pm 21,46^\circ$ so với $83,85^\circ \pm 23,88^\circ$; $p < 0,001$).

Tương tự, tác giả Sochacki-Wojcicka & Cs (2015) cũng nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số đo góc cổ tử cung trung bình giữa nhóm sinh non và nhóm sinh đủ tháng ở cả quý một ($115,5^\circ$ so với 85° ; $p = 0,0002$) và quý hai thai kỳ (126° so với $91,5^\circ$; $p < 0,0001$) [17]. Nghiên cứu của Alba Farràs Llobet & Cs (2019) với mục đích tìm hiểu mối liên quan của góc cổ tử cung với sinh non cũng nhận thấy góc cổ tử cung ở quý hai ở nhóm thai phụ sinh non rộng hơn so với nhóm sinh đủ tháng ($105,16^\circ$ so với $94,53^\circ$; $p = 0,015$; RR: 0,821 (95% CI: 0,74 – 0,97)) [18].

Điều này có thể được giải thích là do trong trường hợp góc cổ tử cung là góc tù, trọng lực tử tử cung và thai nhi cộng với sự gia tăng thể tích nước ối theo tuổi thai tác động lên lỗ trong cổ tử cung, có xu hướng dọc theo chiều dài kênh cổ tử cung, có thể

dẫn đến sự mở rộng lỗ trong và sự rút ngắn nhanh chóng của chiều dài cổ tử cung, và đây là một trong các yếu tố gây sinh non. Do đó, dựa vào tác dụng của vòng nâng cổ tử cung vừa có tác dụng nâng đỡ cổ tử cung, mặt khác sự điều chỉnh góc cổ tử cung bằng vòng nâng có thể làm thay đổi góc cổ tử cung từ góc tù thành góc nhọn, làm thay đổi lực của tử cung ban đầu theo hướng xuống lỗ trong cổ tử cung thành hướng xuống cùng đồ sau nên sẽ không có xu hướng làm cổ tử cung ngắn lại. Điều này đã được chứng minh qua nghiên cứu của Cannie & Cs (2013) [13] theo dõi chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung trên 2 nhóm thai phụ: 198 trường hợp không có nguy cơ cao sinh non và 73 trường hợp có nguy cơ sinh non cao được đặt vòng nâng Arabin ở tuần thai thứ 14 - 33 tuần. Các tác giả thực hiện chụp cộng hưởng từ cổ tử cung trước, sau khi đặt và theo dõi hàng tháng đến khi tháo vòng nâng. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm thai phụ nguy cơ sinh non thấp, số đo góc tử cung không có sự thay đổi, nhưng chiều dài cổ tử cung giảm đáng kể theo tuổi thai ($r = -0,15$; $p < 0,05$). Trong nhóm thai phụ có nguy cơ cao sinh non, số đo góc tử cung trung bình giảm đáng kể so với trước khi đặt vòng nâng Arabin (132° so với 146° ; $p < 0,01$) trong 63 trường hợp chuyển dạ sau 34 tuần, nhưng không thay đổi trong 08 bệnh nhân sinh non trước 34 tuần (143° so với 152° ; $p > 0,05$).

4.2. Giá trị dự báo sinh non của góc cổ tử cung

Khi thiết lập đường cong ROC của góc cổ tử cung trong dự báo sinh non trước 37 tuần

và trước 34 tuần, chúng tôi thu được đường cong có diện tích lần lượt là 0,828 (82,8%) (biểu đồ 3.1) và 0,836 (83,6%) với $p < 0,001$ (biểu đồ 3.2), cho thấy góc cổ tử cung có giá trị tốt trong dự báo sinh non. Góc cổ tử cung $\geq 95^\circ$ và $\geq 113^\circ$ có giá trị dự báo sinh non trước 37 tuần và trước 34 tuần với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 84%; 68,7% (bảng 3.2) và 80%; 66,5% (bảng 3.4). Nhóm thai phụ có góc cổ tử cung $\geq 95^\circ$ có nguy cơ sinh non lớn hơn 11,5 lần so với nhóm thai phụ có góc CTC $< 95^\circ$ (RR: 11,5; 95% CI: 6,5 – 20,4; $p < 0,001$) (bảng 3.3). Nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 113^\circ$ có nguy cơ sinh non lớn hơn 20,8 lần so với nhóm thai phụ có góc CTC $< 113^\circ$ (RR: 20,8; 95% CI: 7,6 – 58,8; $p < 0,001$) (bảng 3.5).

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với một số nghiên cứu gần đây trên thế giới đánh giá góc cổ tử cung như một thông số hữu ích để dự đoán nguy cơ sinh non.

Dziadosz & Cs (2016) nghiên cứu trên 972 thai phụ đơn thai tuổi thai từ 16 - 24 tuần, được đo góc CTC và chiều dài CTC cho thấy: góc CTC $\geq 95^\circ$ và $\geq 105^\circ$ dự báo sinh non trước 37 tuần và trước 34 tuần với độ nhạy tương ứng là 80% và 81%, so với chỉ 15% và 19% của thông số chiều dài CTC ≤ 25 mm. Qua phân tích phương trình hồi quy đa biến, các tác giả nhận thấy góc CTC độc lập với tuổi mẹ, BMI, số lần sinh và chủng tộc. Các tác giả khuyến cáo đo góc CTC ở quý hai thai kỳ bằng siêu âm đường âm đạo là một phương pháp tốt dự báo nguy cơ sinh non [12]. Alvaro & Cs (2016) nghiên

cứu trên 93 thai phụ sinh non trước 34 tuần và 225 thai phụ sinh đủ tháng cho thấy: khi kết hợp tiền sử mẹ, chiều dài CTC và góc CTC đo ở tuổi thai 20 - 24 tuần có giá trị dự báo sinh non khoảng 40%, giá trị chẩn đoán âm tính là 10% [19]. Lynch & Cs (2017) cũng nhận thấy khi góc cổ tử cung $\geq 105^\circ$ đo ở tuổi thai 19 - 25 tuần liên quan đến nguy cơ sinh non trước 34 tuần, tuy nhiên đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này chỉ bao gồm những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn ≤ 25 mm [20]. George Daskalakis & Cs (2018) nghiên cứu trên 3.018 thai phụ đơn thai thấy nhóm có góc cổ tử cung $\geq 105^\circ$ thì tỷ lệ sinh non trước 34 tuần cao hơn nhóm có góc cổ tử cung $< 105^\circ$ [21].

Nghiên cứu thuần tập hồi cứu của Weiping Shi & Cs (2018) trên 1.064 trường hợp đơn thai con so được thực hiện siêu âm qua đường tầng sinh môn từ 22 - 24 tuần cho thấy góc CTC rộng (OR= 7.642, $p < 0,05$) và chiều dài CTC ngắn (OR= 4,154; $p < 0,05$) là những yếu tố nguy cơ sinh non. Diện tích dưới đường cong ROC của góc CTC là 0,882 và của chiều dài CTC là 0,664. Ngưỡng giá trị của góc CTC và chiều dài CTC trong dự báo sinh non là 113° và 27 mm, với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính lần lượt là 86,9%; 75%; 22,96%; 98,53%; và 71,43%; 62,14%; 13,92%; 96,21%; 62,66%. Các tác giả kết luận góc CTC là một thông số khách quan có hiệu lực để dự báo sinh non trong quý hai đo bằng siêu âm đường tầng sinh môn. Giá trị dự báo sinh non của góc CTC tốt hơn chiều dài CTC ở cùng thời điểm [22].

Trong thực hành lâm sàng, đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo ở tuổi thai 16 - 24 tuần là phương pháp sàng lọc sinh non hiện tại được khuyến cáo (Hiệp hội y học mẹ thai, Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ) [23, 24]. Đo góc cổ tử cung cùng thời điểm đo chiều dài cổ tử cung (16 - 24 tuần) bằng siêu âm đường âm đạo có thể làm tăng hiệu quả sàng lọc sinh non, mặt khác sẽ thuận tiện trong thực hành lâm sàng và tiết kiệm chi phí khi đo cả hai thông số trên ở cùng một thời điểm trong thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

Ngưỡng giá trị dự báo sinh non <37 tuần của góc CTC là 95° với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 84%; 68,7%; 19,7%; 97,9%. Diện tích dưới đường cong ROC là 0,828 ($p < 0,001$). Nguy cơ sinh non ở nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 95^\circ$ lớn hơn 11,5 lần so với nhóm thai phụ có góc CTC $< 95^\circ$ (RR: 11,5; 95% CI: 6,5 – 20,4; $p < 0,001$).

Ngưỡng giá trị dự báo sinh non <34 tuần của góc CTC là 113° với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là 76,2%; 87,2%; 10,2%; 99,5%. Diện tích dưới đường cong ROC là 0,836 ($p < 0,001$). Nguy cơ sinh non ở nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 113^\circ$ lớn hơn 20,8 lần so với nhóm thai phụ có góc CTC $< 113^\circ$ (RR: 20,8; 95% CI: 7,6 – 58,8; $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Costa, A., et al.,** Study protocol for WHO and UNICEF estimates of global, regional,

and national preterm birth rates for 2010 to 2019. PLoS One, 2021. **16**(10): p. e0258751.

2. **Chawanpaiboon, S., et al.,** Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. Lancet Glob Health, 2019. **7**(1): p. e37-e46.

3. **Blencowe, H., et al.,** National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet, 2012. **379**(9832): p. 2162-72.

4. **Goldenberg, R.L., et al.,** Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet, 2008. **371**(9606): p. 75-84.

5. **Mwaniki, M.K., et al.,** Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. Lancet, 2012. **379**(9814): p. 445-52.

6. **Celik, E., et al.,** Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. Ultrasound Obstet Gynecol, 2008. **31**(5): p. 549-54.

7. **Crane, J.M. and D. Hutchens,** Use of transvaginal ultrasonography to predict preterm birth in women with a history of preterm birth. Ultrasound Obstet Gynecol, 2008. **32**(5): p. 640-5.

8. **Mella, M.T. and V. Berghella,** Prediction of preterm birth: cervical sonography. Semin Perinatol, 2009. **33**(5): p. 317-24.

9. **Crane, J.M. and D. Hutchens,** Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol, 2008. **31**(5): p. 579-87.

10. **To, M.S., et al.**, Prediction of patient-specific risk of early preterm delivery using maternal history and sonographic measurement of cervical length: a population-based prospective study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2006. **27**(4): p. 362-7.
11. **Daskalakis, G., et al.**, Assessment of Uterocervical Angle Width as a Predictive Factor of Preterm Birth: A Systematic Review of the Literature. *Biomed Res Int*, 2018. **2018**: p. 1837478.
12. **Dziadosz, M., et al.**, Uterocervical angle: a novel ultrasound screening tool to predict spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 2016. **215**(3): p. 376.e1-7.
13. **Cannie, M.M., et al.**, Arabin cervical pessary in women at high risk of preterm birth: a magnetic resonance imaging observational follow-up study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2013. **42**(4): p. 426-33.
14. **Lâm, N.T.**, Nghiên cứu đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008 in Luận văn thạc sỹ y học. 2008, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
15. **Kagan, K.O. and J. Sonek**, How to measure cervical length. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2015. **45**(3): p. 358-62.
16. **Markham, K.B. and J.D. Iams**, Measuring the Cervical Length. *Clin Obstet Gynecol*, 2016. **59**(2): p. 252-63.
17. **Sochacki-Wójcicka, N., et al.**, Anterior cervical angle as a new biophysical ultrasound marker for prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2015. **46**(3): p. 377-8.
18. **Farràs Llobet, A., et al.**, The uterocervical angle and its relationship with preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2018. **31**(14): p. 1881-1884.
19. **Sepúlveda-Martínez, A., et al.**, Second-trimester anterior cervical angle in a low-risk population as a marker for spontaneous preterm delivery. 2017. **41**(3): p. 220-225.
20. **Lynch, T.A., K. Szlachetka, and N.S. Seligman**, Ultrasonographic Change in Uterocervical Angle is not a Risk Factor for Preterm Birth in Women with a Short Cervix. *Am J Perinatol*, 2017. **34**(11): p. 1058-1064.
21. **Daskalakis, G., et al.**, Assessment of uterocervical angle width as a predictive factor of preterm birth: a systematic review of the literature. 2018. **2018**.
22. **Shi, W., et al.**, The predictive role of transperineal ultrasound measuring anterior uterocervical angle and cervical length on preterm birth. 2018. **11**(6): p. 5980-5.
23. **Berghella, V., et al.**, Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2017. **49**(3): p. 322-329.
24. **Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin**, Number 234. *Obstet Gynecol*, 2021. **138**(2): p. e65-e90.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH VÀ ĐẶC ĐIỂM GEN MÃ HÓA ESBL CỦA VI KHUẨN E. COLI GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Lê Thị Thanh Huyền^{1,2}, Nguyễn Ngọc Sáng¹,
Hoàng Thu Trang³, Hồ Hữu Thọ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình kháng kháng sinh và đặc điểm gen mã hóa ESBL của vi khuẩn E. coli gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/06/2018 đến 31/12/2020. **Đối tượng:** 71 chủng E. coli được phân lập từ 71 mẫu nước tiểu của 71 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi bị nhiễm khuẩn tiết niệu do E. coli vào điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/06/2018 đến 31/12/2020. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ vi khuẩn E. coli sinh ESBL chiếm 62%, tỷ lệ kháng kháng sinh Ampicillin 97,1%, Amoxicillin/Clavulanic Acid 40,6%, Cefotaxim 66,2%, Ceftriaxon 85%, Ciprofloxacin 29%, Sulfamethoxazol/Trimethoprim 84,3%. E. coli còn nhạy cảm với Amikacin, Carbapenem, Fosmycin. Tỷ lệ chủng E. coli mang trên 10 gen kháng thuốc chiếm 93,6%. Tỷ lệ chủng mang gen TEM: 50,6%, gen CTX-M-27: 51,06%, CTX-M-51: 10,6%, CTX-M-15: 10,6%, DHA-1: 17%. Chủng mang đồng thời gen TEM và CTX-M tỷ lệ kháng Ampicillin, Amoxicillin/Clavulanic Acid là 100%. Xuất hiện

7 chủng E. coli đề kháng với Carbapenem mang gen mã hóa carbapenemase bla_{NDM-5}. **Kết luận:** Tỷ lệ lưu hành cao của các chủng E. coli đa kháng thuốc kháng sinh, sinh ESBL, sinh carbapenemase sẽ đưa đến nhiều khó khăn trong lựa chọn kháng sinh trong điều trị trên lâm sàng.

Từ khóa: nhiễm khuẩn tiết niệu, kháng kháng sinh, Gen kháng kháng sinh của E. coli.

SUMMARY

SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANCE AND ESBL-ENCODING GENE CHARACTERISTICS OF E. COLI BACTERIA CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN AT NGHE AN HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS

Objectives: To evaluate antibiotic resistance and ESBL-encoding gene characteristics of E. coli bacteria causing urinary tract infections in children from 2 months to 15 years of age treated at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics from 01/06/2018 to 31/12/2020. **Subject:** 71 strains of E. coli isolated from 71 urine samples of 71 pediatric patients aged 2 months to 15 years old with UTI caused by E. coli who were treated at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** The rate of ESBL-producing E. coli bacteria accounted for 62%, the antibiotic resistance rate to Ampicillin was 97.1%, Amoxicillin/Clavulanic Acid 40.6%, Cefotaxime 66.2%, Ceftriaxone 85%, Ciprofloxacin 29%,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Y khoa Vinh

³Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

Sulfamethoxazole/ Trimethoprim 84.3%. *E. coli* remained sensitive to Amikacine, Carbapenem, Fosmycine. The percentage of *E. coli* strains carrying more than 10 drug resistance genes accounted for 93.6%. The percentage of strains carrying TEM gene: 50.6%, CTX-M-27 gene: 51.06%, CTX-M-51: 10.6%, CTX-M-15: 10.6%, DHA-1: 17%. Strains carrying both TEM and CTX-M genes had the rate of resistance to Ampicillin, Amoxicillin/Clavulanic Acid of 100%. There were 7 strains of Carbapenem-resistant *E. coli* carrying the gene encoding carbapenemase bla_{NDM-5}. **Conclusions:** The high prevalence of multidrug-resistant, ESBL-producing and carbapenemase-producing strains of *E. coli* will lead to many difficulties in antibiotic selection in clinical treatment.

Keywords: urinary tract infection, antibiotic resistance, antibiotic resistance gene of *E. coli*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

E. coli là vi khuẩn phổ biến gây nhiễm khuẩn tiết niệu. Các nghiên cứu trong và ngoài nước, đều chỉ ra rằng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu chủ yếu ở trẻ em là *E. coli* [1],[2]. *E. coli* được ghi nhận là vi khuẩn có mức độ đề kháng rất cao với nhiều loại kháng sinh sử dụng trong điều trị. Các kháng sinh nhóm β -lactam phổ rộng được bác sỹ lâm sàng sử dụng rộng rãi như kháng sinh đầu tay để điều trị các bệnh nhiễm trùng do *E. coli* gây ra. Tuy nhiên, sự đề kháng với một số lượng đáng kể β -lactam là phổ biến và vẫn đang gia tăng, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh cũng như tỷ lệ tử vong [3]. Hơn 50% chủng *E. coli* đề kháng với cephalosporin thế hệ 3 trên toàn thế giới theo WHO năm 2014 ước tính[4]. Kháng kháng sinh ở *E. coli* có liên quan mật thiết với các enzyme β -

lactamase phổ rộng (ESBL). Sự kháng lại thuốc kháng sinh của vi khuẩn *E. coli* về cơ bản là do gen. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi mô tả tình hình kháng kháng sinh và đặc điểm gen kháng kháng sinh của vi khuẩn *E. coli* gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em, nhằm mục tiêu:

- Đánh giá tình hình kháng kháng sinh của *E. coli* gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/06/2018 đến 31/12/2020.

- Mô tả đặc điểm gen mã hóa ESBL của *E. coli* gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 71 chủng *E. coli* được phân lập từ 71 mẫu nước tiểu của 71 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu do *E. coli* điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/06/2018 đến 31/12/2020.

- 47 chủng *E. coli* đủ tiêu chuẩn giải trình tự gen.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Kỹ thuật thu thập mẫu nước tiểu của trẻ bị nhiễm khuẩn tiết niệu:

Chọn phương pháp lấy nước tiểu giữa dòng, sau khi đã vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng nước sạch và xà phòng. Tất cả các mẫu nước tiểu đều được lấy trước khi dùng kháng sinh.

Định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ:

- Nguyên lý định danh vi khuẩn: Dùng phương pháp đo màu: Nhận biết các tính chất sinh vật hóa học của vi khuẩn nhờ sự thay

đổi màu sắc của các giếng môi trường của thẻ GN/GP.

- Nguyên lý kháng sinh đồ: Dùng phương pháp đo độ đục để theo dõi sự phát triển của vi khuẩn trong các giếng kháng sinh của các thẻ định danh.

- Kỹ thuật định danh và làm kháng sinh đồ bằng máy VITEK®2 Compact tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Các chủng vi khuẩn được phân lập từ mẫu nước tiểu của bệnh nhân, sau khi định danh được lưu giữ trong môi trường canh thang BHI có 20% glycerol (ống cryotube), sau đó lưu giữ ở nhiệt độ -80°C. Chuyển ngay đến Labo Nghiên cứu Gen, Trung tâm Nghiên cứu Y dược học quân sự, Học viện Quân Y để phân tích gen kháng kháng sinh.

Giải trình tự gen thế hệ mới (Next Generation Sequencing):

Nhóm Nghiên cứu đã tiến hành tách chiết DNA tổng số từ các chủng E. coli đã được phân lập. DNA tổng số sau đó được đo nồng độ và chuẩn hoá nồng độ để chuẩn bị tiến hành giải trình tự gen. Toàn bộ hệ gen của E. coli được giải trình tự theo công nghệ giải trình tự thế hệ mới của Illumina với cặp môi chung kèm theo bộ kit của hãng (Miseq v2 Reagent Kit 300 cycles, Reference number: 15033624). DNA được thực hiện giải trình tự 2 đầu bằng công nghệ giải trình tự Illumina (pair-end sequencing). Dữ liệu giải trình tự được tải về máy tính sau đó được phân tích bằng công cụ tin sinh AMROMICS. Đây là công cụ tích hợp tất cả các công cụ phân tích gen hiện đại nhất, có độ tin cậy cao nhất hiện

nay bao gồm kiểm tra chất lượng trình tự bằng FastQC, làm sạch trình tự bằng Trimmomatic, lắp ráp trình tự bộ gen bằng Shovill, chú thích gen bằng Prokka, sàng lọc gen kháng kháng sinh và gen độc lực bằng công cụ Abricate dựa trên cơ sở dữ liệu gen kháng kháng sinh Card, Megares, Resfinder, Argannot, NCBI, Plasmidfinder. Song song, công cụ cũng sử dụng dữ liệu PubMLST để xác định trình tự ST của loài và Kraken2 để định danh loài. Sau khi tất cả các mẫu đơn trong bộ mẫu đã được phân tích xong, công cụ tiếp tục phân tích bộ mẫu. Công cụ Roary được sử dụng để phân tích toàn bộ hệ gen của bộ mẫu, từ đó xác định gen cốt lõi và các gen phụ kiện. Đối với mỗi cụm gen mã hóa, các trình tự gen được dịch mã thành các trình tự protein, trên cơ sở đó thực hiện đóng hàng gen bằng MAFFT để xác định sự thay đổi protein và các đột biến nucleotide. Sau cùng, công cụ sử dụng Iqtree để tạo cây phân loài của từng cụm gen. Phân tích này được thực hiện bằng Python 3.6 và các bước phân tích có sẵn trên Github (<https://github.com/amromics/amrviz>).

Phương pháp thu thập, xử lý số liệu:

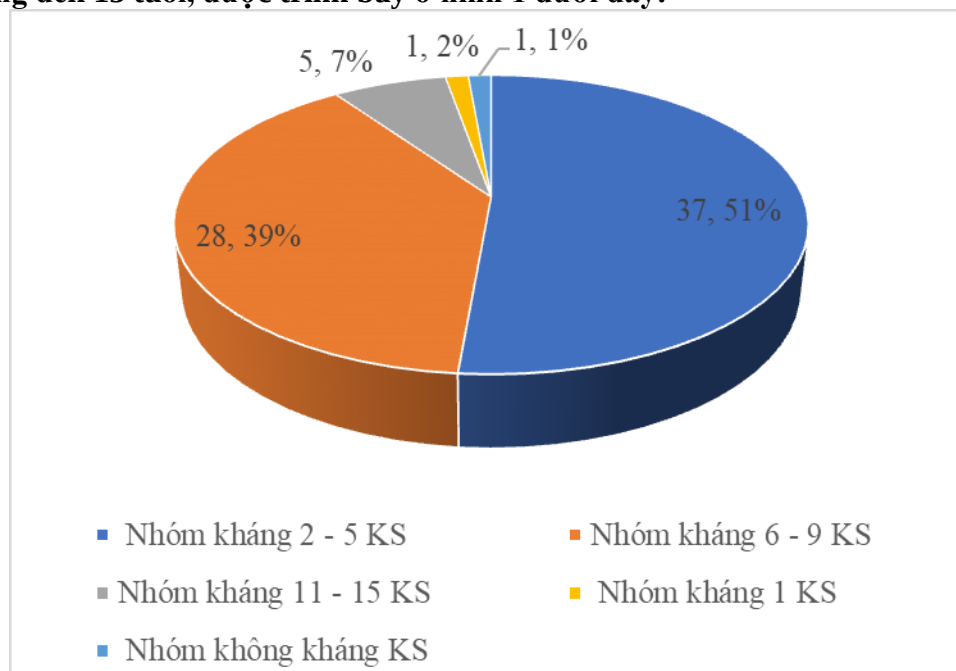
- Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân có một bệnh án theo mẫu nghiên cứu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân, người nhà bệnh nhi đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng đạo đức y sinh học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá tình hình kháng kháng sinh của *E. coli* gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi, được trình bày ở hình 1 dưới đây:



Hình 1: Tỷ lệ kháng kháng sinh của *E. coli*.

Nhận xét: Hình 1 cho thấy tỷ lệ *E. coli* kháng trên 10 kháng sinh chiếm 7%, kháng từ 2 kháng sinh trở lên chiếm 97%

Bảng 1. Tỷ lệ kháng kháng sinh của 2 nhóm *E. coli* ESBL (+) và ESBL (-)

Kháng sinh	ESBL (-) n (%)	ESBL(+) n (%)	Tổng n (%)
Ampicilin	25(36,8)	43(60,2)	68(100)
Amoxicillin/ Clavulanic Acid	14(50)	14(50)	28 (100)
Piperracillin/ Tazobactam	4 (80)	1(20)	5 (100)
Cefotaxim	3 (7)	40 (93)	43 (100)
Ceftazidim	3 (8,3)	33(91,7)	36 (100)
Cefepim	3(10)	27(90)	30 (100)
Ceftriaxon	6(35,3)	11(66,7)	17 (100)
Ertapenem	1 (100)	0(0)	1(100)
Imipenem	2(100)	0(0)	2(100)
Meropenem	1(100)	0(0)	1(100)
Amikacin	1(100)	0(0)	1(100)

Gentamicin	11(50)	11(50)	22(100)
Ciprofloxacin	6(30)	14(70)	20(100)
Fosfomycin	1 (100)	0(0)	1(100)
Nitrofurantoin	1(100)	0(0)	1(100)
Sulfamethoxazol/ Trimethoprim	22(37,3)	37(62,7)	59(100)

Nhận xét: Tỷ lệ E. coli kháng kháng sinh cao hơn ở nhóm E. coli sinh ESBL.

3.2. Đặc điểm gen mã hóa ESBL của E. coli gây nhiễm khuẩn tiết niệu

- Tỷ lệ E. coli sinh ESBL: 62%, không sinh ESBL: 38%

Bảng 2. Phân bố các kiểu gen của E. coli kháng Beta-lactam

Kiểu gen mã hóa	Số chủng được khảo sát	Số chủng mang gen	Tỷ lệ chủng mang gen(%)
bla _{EC}	47	33	70,2
bla _{TEM-1}	47	24	51,1
bla _{EC-5}	47	14	29,79
bla _{OXA-1}	47	4	8,51
bla _{CMY-2}	47	1	2,13
bla _{CMY-42}	47	2	4,26
bla _{CTX-M-15}	47	5	10,64
bla _{CTX-M-55}	47	5	10,64
bla _{CTX-M-27}	47	24	51,06
bla _{DHA-1}	47	8	17,02
bla _{NDM-5}	47	7	14,89

Nhận xét: Tỷ lệ mang gen TEM, CTX-M-27 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,1%, xuất hiện 7 chủng E. coli đề kháng với Carbapenem mang gen mã hóa carbapenemase bla_{NDM-5}.

Bảng 3. Phân bố kiểu gen của E. coli kháng Beta-lactam theo ESBS (-) và ESBL (+)

Gen	ESBL (-) n (%)	ESBL (+) n (%)	p
bla _{EC}	10 (30,3)	23 (69,7)	0,03
bla _{TEM-1}	11 (45,8)	13 (54,2)	0,32
bla _{CTX-M-27}	9 (37,5)	15 (62,5)	0,45
bla _{DHA-1}	4 (50)	4 (50)	0,41
bla _{EC-5}	9 (64,3)	5 (35,7)	0,33
bla _{CTX-M-15}	2 (40)	3 (60)	0,68
bla _{CTX-M-55}	2 (40)	3 (60)	0,68
CMY	0 (0)	3 (100)	0,2
bla _{OXA}	1 (25)	3 (75)	0,46

Nhận xét: Tỷ lệ mang gen TEM, CTX-M cao hơn ở nhóm E. coli sinh ESBL.

Bảng 4. Phân bố mức độ kháng kháng sinh ở các chủng *E. coli* mang gen kháng β -lactam

Kháng sinh	bla _{EC} n (%)	TEM n (%)	TEM+ bla _{EC} n (%)	CTX-M n (%)	TEM+CTX-M n (%)
Ampicilin	32 (96,97)	24 (100)	14 (100)	30 (96,77)	12 (100)
Amoxicillin/ Clavulanic	10 (31,25)	10 (43,48)	4 (30,77)	30 (96,77)	12 (100)
Piperracillin/ Tazobactam	3 (9,68)	4 (16,67)	2 (14,29)	10 (33,33)	5 (45,45)
Cefotaxim	22 (73,33)	15 (65,22)	9 (69,23)	5 (16,67)	4 (33,33)
Ceftazidim	22 (75,86)	14 (66,67)	9 (75,00)	22 (73,33)	9 (75,00)
Cefepim	18 (69,23)	12 (60,00)	7 (63,64)	20 (74,07)	8 (80,00)
Ceftriaxon	10 (83,33)	7 (77,78)	4 (80,00)	19 (70,37)	7 (70,00)
Ertapenem	1 (3,23)	2 (9,09)	1 (7,69)	2 (6,90)	2 (18,18)
Imipenem	4 (12,50)	3 (12,50)	1 (7,14)	2 (6,90)	2 (18,18)
Meropenem	2 (6,06)	3 (12,50)	1 (7,14)	6 (19,35)	3 (25,00)
Amikacin	0 (0,00)	2 (8,70)	0 (0,00)	4 (12,90)	3 (25,00)
Gentamicin	11 (33,33)	9 (37,50)	6 (42,86)	2 (6,90)	2 (16,67)
Ciprofloxacin	10 (31,25)	8 (34,78)	4 (30,77)	7 (22,58)	3 (25,00)
Norfloxacin	10 (33,33)	9 (39,13)	5 (41,67)	12 (38,71)	5 (41,67)
Fosfomycin	1 (3,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (43,33)	6 (50,00)
Nitrofurantoin	1 (3,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (3,33)	0 (0,00)
Sulfamethoxazol/ Trimethoprim	26 (78,79)	20 (83,33)	11 (78,57)	1 (3,23)	0 (0,00)

Nhận xét: Tỷ lệ kháng kháng sinh cao hơn ở nhóm mang đồng thời 2 gen kháng thuốc TEM và CTX-M

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về tình hình kháng kháng sinh của các chủng E. coli phân lập từ mẫu nước tiểu của bệnh nhi nhiễm khuẩn nước tiểu:

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ E. coli kháng các kháng kháng sinh: Ampicillin 97,1%, Amoxicillin/Clavulanic Acid 40,6%, Cefotaxim 66,2%, Ceftriaxon 85%, Ciprofloxacin 29%, Sulfamethoxazol/Trimethoprim 84,3%. Các chủng E. coli còn nhạy cảm với Amikacin, Carbapenem, Fosmycin. Đây là những kháng sinh được sử dụng phổ biến trên lâm sàng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, do đó phát hiện này sẽ cảnh báo cho các bác sỹ lâm sàng sử dụng kháng sinh một cách hợp lý.

Kết quả nghiên cứu cho thấy E. coli kháng từ 2 – 5 kháng sinh chiếm 51%, kháng từ 6 – 9 kháng sinh chiếm 39% và kháng từ 11 – 15 kháng sinh chiếm 7%. Nghiên cứu của Lê Văn Nam chỉ ra 62,5% số chủng E. coli kháng từ 3 kháng sinh trở lên [5]. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây được thực hiện ở Việt Nam [6],[7]. Các chủng này có khả năng là các chủng kháng mở rộng hoặc toàn kháng, tuy nhiên để khẳng định cần tiếp tục thử nghiệm với 9 nhóm kháng sinh khác theo hướng dẫn của Magiorakos [8].

4.2. Về đặc điểm gen mã hóa các chủng E. coli

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ E. coli sinh ESBL: 62%, không sinh ESBL: 38%. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu khác cho thấy 60% E. coli sinh ESBL, nhưng cao hơn so với những báo cáo ở Thái Lan (37%), Singapore (26%) và Malaysia (24%) và các quốc gia khác trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương [9]. Hầu hết các chủng E. coli sinh ESBL là đa kháng thuốc (99,19%). Chúng cho thấy sự đề kháng cao với kháng

sinh đầu tay, bao gồm cephalosporin thế hệ 3, Ciprofloxacin, Gentamicin, Trimethoprim/Sulphamethoxazol, và do đó làm giảm các lựa chọn điều trị của các loại thuốc thích hợp có sẵn. Bên cạnh đó, E. coli sinh ESBL cũng cho thấy tỷ lệ kháng với kháng sinh cephalosporin thế hệ 3, Ciprofloxacin cao hơn đáng kể so với E. coli không sinh ESBL.

Kết quả cũng cho thấy trong 47 chủng E. coli: tỷ lệ mang gen TEM: 51,1%, mang gen CTX-M-27: 51,1%, CTX-M-15: 10,64%, CTX-M-55: 10,64% (34/47 chủng có mang gen CTX-M 72,34%). Xuất hiện 7 chủng E. coli đề kháng với Carbapenem mang gen mã hóa carbapenemase bla_{NDM-5}. Nhóm E. coli sinh ESBL các gen CTX-M, TEM, OXA chiếm ưu thế hơn nhóm E. coli không sinh ESBL. Theo Trần Thị Hải Ninh, gen bla_{TEM} là phổ biến nhất, chiếm 62,42% [10]. Đối với nhóm gen sinh carbapenemase, bla_{OXA} là phổ biến nhất, chiếm 89,20%. Các báo cáo trên thế ghi nhận bla_{OXA} là gen gặp nhiều nhất trong nhóm gen sinh carbapenemase. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy xuất hiện gen bla_{NDM-5}.

E. coli mang gen kháng thuốc có sinh ESBL tỷ lệ kháng kháng sinh cao hơn, đặc biệt những chủng mang gen TEM, CTX-M, bla_{EC}. Tỷ lệ kháng thuốc cao hơn ở nhóm mang đồng thời 2 gen kháng thuốc TEM và CTX-M

Như vậy các gen kháng kháng sinh thường gặp ở các chủng E. coli là giống nhau trong nhiều nghiên cứu, tuy nhiên tần suất xuất hiện thay đổi rất khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu do đó mỗi cơ sở y tế nên có dữ liệu trình tự gen các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc tại cơ sở của mình để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

- Các chủng *E. coli* được phân lập từ các mẫu nước tiểu của các bệnh nhi nhiễm khuẩn tiết niệu có tỷ lệ kháng cao với nhiều loại kháng sinh thông dụng như các Ampicillin, Amoxillin, cephalosporin thế hệ 3, Gentamicin, Cotrimoxazon. Có tới 97% số chủng *E. coli* được xác định là kháng từ 2 kháng sinh trở lên.

- Gen kháng kháng sinh bla_{CTX-M} có mặt ở 34/47 (72,34%) chiếm ưu thế nhất, tiếp theo là gen TEM 51,1%, và 12/47 (25,5%) chủng mang cả hai gen là bla_{TEM} và bla_{CTX-M}. Các chủng đề kháng với carbapenem chủ yếu là mang gen mã hóa carbapenemase bla_{NDM-5}. Chủng *E. coli* kháng Carbapenem mang gen bla_{NDM-5} trong nghiên cứu lần đầu tiên được phát hiện ở Việt Nam, cảnh báo đã xuất hiện chủng vi khuẩn mang gen kháng thuốc Carbapenem có khả năng lan truyền cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2005)**, Urinary tract infections in infants and children in developing countries in the context of IMCI, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
2. **BMJ Best Practice (2019)**, "Urinary incontinence in children".
3. **Sidjabat H.E. và Paterson D.L. (2015)**, Multidrug-resistant *Escherichia coli* in Asia: Epidemiology and management. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 13(5), 575–591.
4. **World Health Organization (2014)**, antimicrobial resistance - global report on surveillance.
5. **Lê Văn Nam (2017)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tính kháng kháng sinh và gen kháng thuốc của *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết". Học viện Quân Y. Luận án Tiến sĩ Y học.
6. **Hoang P.H., Awasthi S.P., Do Nguyen P. et al (2017)**, Antimicrobial resistance profiles and molecular characterization of *Escherichia coli* strains isolated from healthy adults in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Vet Med Sci*, 79(3), 479–485.
7. **Trung V.N., Phung V. Le, Chinh H. Le et al (2005)**, Antibiotic resistance in diarrheagenic *Escherichia coli* and *Shigella* strains isolated from children in Hanoi, Vietnam. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 49, 816–819.
8. **Magiorakos A.P., Srinivasan A., Carey R.B. et al (2012)**, Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect*, 18(3), 268–281.
9. **Po-Liang Lua, Yung-Ching Liub, Han-Siong Tohc et al (2012)**, Epidemiology and antimicrobial susceptibility profiles of Gram-negative bacteria causing urinary tract infections in the Asia-Pacific region: 2009–2010 results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART). S37–S43.
10. **Trần Thị Hải Ninh (2018)**, “Nghiên cứu căn nguyên, kết quả điều trị và xác định đường lây truyền của các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc gây viêm phổi liên quan đến thở máy bằng kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới” tại khoa HSTC của BV Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 7/2017 – 1/2018.