

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG HỆ THỐNG QUẢN LÝ THÔNG TIN TIÊM CHỦNG QUỐC GIA TẠI THỊ XÃ QUẢNG YÊN, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2022

Phạm Minh Khuê¹, Trần Thị Diệp², Trần Thị Thúy Hà¹, Vũ Thị Yến Minh³
Cáp Minh Đức¹, Nguyễn Hằng Nguyệt Vân², Nguyễn Bá Dụng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 15 cơ sở tiêm chủng tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% cơ sở tiêm chủng nhập thông tin của trẻ ngay trong buổi tiêm hoặc ngay khi trẻ sinh ra. Có tới 14 cơ sở tiêm chủng (86,7%) chưa có máy quét mã vạch, chỉ có 08 cơ sở (53,3%) có hệ thống nhắn tin tự động nhắc lịch tiêm chủng. Hoạt động giám sát được tổ chức nhiều lần trên địa bàn thị xã nhưng vẫn chưa thường xuyên và đầy đủ, chỉ có 40% các cơ sở được giám sát trong 03 tháng trở lại đây. Chỉ có 02 cơ sở (13,3%) thực hiện in mã tiêm chủng kẹp/dán lên sổ tiêm chủng. 100% đơn vị tham gia nghiên cứu đã thực hiện chức năng lọc trùng, tuy nhiên chưa đồng bộ. Nhân viên y tế tại 14 cơ sở tiêm chủng (93,3%) cho rằng Hệ thống rất hữu ích cho công việc của đơn vị. **Kết luận:** Cần triển khai thực hiện cấp mã số tiêm chủng đầy đủ và đồng bộ tại các đơn vị. Thực hiện triển khai tin nhắn thông báo tiêm chủng để đảm bảo đối tượng tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch.

Từ khoá: Hệ thống; Tiêm chủng; Quảng Yên

SUMMARY

THE SITUATION OF USING THE NATIONAL IMMUNIZATION INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM IN QUANG YEN TOWN, QUANG NINH PROVINCE IN 2022

Objective: Describe the situation of using the National Immunization Information Management System. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 15 vaccination facilities in Quang Yen town, Quang Ninh province in 2022. **Results:** Research results showed that 100% of vaccination facilities entered the child's information right at the injection session or right after the child was born. Up to 14 vaccination facilities (86.7%) did not have barcode scanners, and only 08 vaccination facilities (53.3%) had an automated messaging system to remind vaccination schedules. Monitoring activities have been organized many times, but it was still not regular and complete, only 40% of facilities have been monitored in the past 3 months. Only 02 facilities (13.3%) printed the vaccination codes that were clipped/glued on vaccination books. The data showed that 100% of facilities have performed the filter function, but it was not synchronized. The health workers of 14 vaccination facilities (93.3%) thought that the system was very useful for their work. **Conclusion:** It is necessary to implement the issuance of vaccination codes fully and synchronously at all facilities. Implement vaccination notification messages to ensure that subjects are fully vaccinated and on schedule.

Keywords: System; Immunization; Quang Yen

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh

³Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê

Email: pmkhue@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 11.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR) đã được Bộ Y tế và các tổ chức quốc tế đánh giá là một trong những chương trình y tế công cộng hiệu quả và thành công nhất ở Việt Nam. Theo thống kê, 11 nghìn xã phường, 704 huyện của cả nước được tiêm chủng và hơn 1,5 triệu trẻ em, gần 1,6 triệu phụ nữ có thai được bảo vệ hàng năm [1].

Mặc dù có nhiều kết quả tích cực, tuy nhiên tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cũng có sự khác biệt giữa các vùng miền và các nền văn hóa kinh tế khác nhau [2]. Việc quản lý thông tin đối tượng tiêm chủng theo mô hình sổ giấy và báo cáo hiện tại rất phức tạp và đặc biệt khó khăn tại các thành phố lớn, dân số biến động. Số liệu kết quả tiêm chủng được thu thập và công bố hiện nay chủ yếu là từ hệ thống báo cáo hành chính định kỳ. Việc quản lý thủ công số liệu báo cáo các cấp gây ra nhiều khó khăn trong công tác quản lý nhà nước. Chính vì vậy để quản lý, theo dõi quá trình tiêm chủng của người dân từ khi sinh ra đến suốt đời, kịp thời cung cấp thông tin cần thiết về tiêm chủng cho người dân đồng bộ trên toàn quốc, Bộ Y tế đã triển khai xây dựng Hệ thống thông tin tiêm chủng Quốc gia (gọi tắt là Hệ thống). Hệ thống quản lý tất cả các đối tượng tiêm chủng (bao gồm tiêm chủng mở rộng và tiêm chủng dịch vụ), quản lý vật tư vắc xin và các tiện ích khác cho người dùng. Hệ thống được triển khai thí điểm tại một số tỉnh/thành phố và triển khai đồng bộ trên toàn quốc bắt đầu từ tháng 6/2017 [3].

Tại Quảng Ninh, từ cuối năm 2016 được sự hỗ trợ kỹ thuật của tổ chức PATH, là một trong 4 tỉnh đầu tiên trong cả nước triển khai phần mềm tiêm chủng, đã triển khai hệ thống đăng ký tiêm chủng kỹ thuật số. Theo kết

quả báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh Quảng Ninh tính đến tháng 9 năm 2017, 100% các điểm tiêm chủng đã thực hiện nhập đối tượng lên Hệ thống [4].

Nhằm cung cấp các thông tin quan trọng cho CDC Quảng Ninh về những tồn tại, hạn chế trong quá trình triển khai, sử dụng Hệ thống thông tin TCMR, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế (NVYT) tại các cơ sở y tế có sử dụng Hệ thống quản lý tiêm chủng quốc gia. Tiêu chuẩn lựa chọn là cán bộ chuyên trách chương trình TCMR các tuyến hoặc cán bộ phụ trách nhập liệu tại các cơ sở tiêm chủng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thị xã Quảng Yên, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 12/2021 - 07/2022, thời gian thu thập số liệu từ tháng 2/2022 - 4/2022.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

15 trên tổng số 22 cơ sở tiêm chủng, bao gồm 2 cơ sở tiêm chủng dịch vụ và 13 Trạm Y tế xã/phường/thị trấn (tương ứng 15 NVYT tham gia nghiên cứu).

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ. Tính đến thời điểm nghiên cứu có tổng số 22 cơ sở y tế sử dụng Hệ thống quản lý tiêm chủng quốc gia (bao gồm 3 loại hình cơ sở: 01 Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên; 03 cơ sở tiêm chủng dịch vụ và 18 Trạm Y tế xã/phường/thị trấn), có 15/22 cơ sở thỏa mãn tiêu chí lựa chọn. Chọn cán

bộ y tế: Tại mỗi cơ sở chọn ngẫu nhiên 1 cán bộ phụ trách chương trình TCMR để phát vấn tìm hiểu thực trạng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia.

2.6. Biến số nghiên cứu

Gồm 10 nhóm biến số được triển khai thu thập thông qua bộ câu hỏi online, bao gồm: Thông tin chung; nhập đối tượng lên hệ thống; cơ sở vật chất; nhân lực; giám sát hỗ trợ sử dụng hệ thống; kinh phí; cập nhật tính năng mới và giải đáp thắc mắc; sử dụng các chức năng của hệ thống; tính hữu dụng của hệ thống; ý kiến góp ý cho hệ thống.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi đã được thiết kế trên Google form sau đó gửi cho các cơ sở tiêm chủng để tiến hành khảo sát. Điều tra viên là 02 cán bộ công tác tại CDC tỉnh Quảng Ninh. Trước khi tiến hành thu thập thông tin điều tra viên tập huấn cho NVYT cách điền thông tin vào phiếu.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được xuất ra định dạng Excel, sau đó được phân tích, xử lý bằng phần mềm Excel. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng thuận của 15 cơ sở nghiên cứu. Mọi thông tin được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu thực trạng để từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng, hiệu quả của hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia tại các cơ sở.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trước khi Hệ thống được triển khai, trong tổng số 15 cơ sở, 13 cơ sở đã nhập thông tin trẻ từ 5 tuổi lên hệ thống, 02 cơ sở còn lại nhập thông tin trẻ dưới 5 tuổi. Nguồn thông tin trẻ được thu thập chủ yếu từ sổ tiêm chủng tại Trạm Y tế chiếm 86,7%, chỉ có 2 cơ sở tiêm chủng thực hiện điều tra thực địa để nhập thông tin trẻ lên hệ thống. Khi Hệ thống được triển khai chính thức, 100% cơ sở khảo sát nhập thông tin của trẻ ngay trong buổi tiêm hoặc ngay khi trẻ sinh ra.

Bảng 1. Thực trạng cơ sở vật chất, nhân lực và kinh phí phục vụ Hệ thống

Thực trạng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cơ sở vật chất	Điện ổn định	15	100
	Mạng internet ổn định	14	93,3
	Có hệ thống nhắn tin tự động	08	53,3
	Có máy quét mã vạch	02	13,3
	Có máy in luôn sẵn sàng	15	100
	Có máy tính luôn sẵn sàng	14	93,3
Nhân lực	Đơn vị có từ 50% cán bộ tham dự lớp tập huấn sử dụng Hệ thống	12	80,0
	Đơn vị có từ 50% cán bộ thường xuyên sử dụng Hệ thống	06	40,0
	Đơn vị có từ 50% cán bộ có thể sử dụng Hệ thống thành thạo	08	53,3
	Đơn vị đề xuất cán bộ cần đào tạo thêm	08	53,3
Kinh phí	Không phát sinh thêm kinh phí	14	93,3
	Phát sinh kinh phí	01	6,7

Nhận xét: 100% các đơn vị đều có điện ổn định và có máy in riêng sẵn sàng cho các hoạt động tiêm chủng. 13,3% các cơ sở thực hiện tiêm chủng có máy quét mã vạch. Tỷ lệ đơn vị có hệ thống nhắn tin tự động thông báo lịch tiêm chủng là 53,3%. 100% đơn vị

đều có cán bộ được tập huấn sử dụng Hệ thống. 8/15 đơn vị cũng đề xuất tập huấn thêm cho cán bộ để đảm bảo nhân lực cho sử dụng Hệ thống. Có 01 TYT xã phát sinh kinh phí cho các hoạt động của Hệ thống.

Bảng 2. Thực trạng giám sát sử dụng hệ thống và liên hệ giải đáp thắc mắc

Thực trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian thực hiện giám sát		
Đơn vị được giám sát trong vòng 3 tháng gần đây	06	40,0
Đơn vị được giám sát lần gần đây nhất cách 6 tháng	08	53,3
Đơn vị chưa được giám sát	01	6,7
Nội dung giám sát		
1. Kỹ năng sử dụng Hệ thống để quản lý đối tượng và kết quả tiêm chủng	01	6,7
2. Kỹ năng sử dụng Hệ thống để quản lý vắc xin - vật tư tiêm chủng	0	-
3. Tính chính xác của số liệu trên Hệ thống so với thực tế (sổ sách quản lý tiêm chủng/vắc xin-vật tư, số tồn vắc xin-vật tư)	0	-
Cả 2 nội dung 1 và 2	01	6,7
Cả 3 nội dung	12	80,0
Đánh giá chuyên giám sát hỗ trợ sử dụng Hệ thống		
Hiệu quả	11	73,3
Rất hiệu quả	04	26,7
Đã từng liên hệ giải đáp thắc mắc và nhận được giải đáp trong vòng 1 ngày	15	100

Nhận xét: Trong 3 tháng gần đây có 6 đơn vị tham gia nghiên cứu được giám sát (40,0%). 53,3% đơn vị được giám sát gần đây nhất cách 6 tháng và có 1 đơn vị chưa được giám sát lần nào. Có 80% đơn vị được giám sát 3 nội dung bao gồm: Kỹ năng sử dụng Hệ thống để quản lý; Kỹ năng sử dụng

Hệ thống để quản lý vắc xin - vật tư tiêm chủng; Tính chính xác của số liệu trên Hệ thống so với thực tế. 73,3% đơn vị nhận xét chuyên giám sát hiệu quả, 26,7% đơn vị nhận xét là rất hiệu quả. 100% đơn vị y tế nhận được giải đáp trong vòng 01 ngày khi có liên hệ giải đáp thắc mắc.

Bảng 3. Thực trạng sử dụng các chức năng của Hệ thống

Thực trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chức năng lập kế hoạch tiêm chủng		
Đơn vị đã sử dụng	15	100
Dễ sử dụng	15	100
Đáp ứng nhu cầu	11	73,3
Chức năng sử dụng quy trình 4 bước trên Hệ thống	15	100

Đơn vị đã sử dụng	15	100
Dễ sử dụng, có đầy đủ thông tin	15	100
Đánh giá về chức năng quản lý vắc xin - vật tư tiêm chủng		
Đơn vị đã sử dụng	15	100
Dễ sử dụng	15	100
Đáp ứng nhu cầu	13	86,7
Thực trạng cung cấp mã tiêm chủng cho trẻ		
In mã tiêm chủng kẹp/dán cùng sổ tiêm chủng	02	13,3
Viết mã tiêm chủng lên sổ tiêm chủng	07	46,7
Chưa cung cấp mã tiêm chủng	06	40,0
Tần suất sử dụng chức năng lọc trùng		
Hàng tuần	06	40,0
Hàng tháng	07	46,7
Không theo nguyên tắc thời gian nào	02	13,3

Nhận xét: 100% các đơn vị có sử dụng Hệ thống để lập kế hoạch tiêm chủng và đánh giá là dễ sử dụng; 73,3% đơn vị đánh giá là chức năng lập kế hoạch của Hệ thống đáp ứng được hoàn toàn nhu cầu lập kế hoạch của đơn vị. 26,7% đơn vị cho rằng chỉ đáp ứng được một phần nhu cầu lập kế hoạch của đơn vị 100% các đơn vị đều thực hiện quy trình 4 bước ngay trong buổi tiêm chủng.

100% các đơn vị đều đánh giá quy trình 4 bước là dễ sử dụng. 100% các đơn vị đều sử dụng chức năng quản lý vắc xin-vật tư tiêm chủng và đánh giá chức năng quản lý vắc xin vật tư là dễ sử dụng. Chỉ có 13,3% đơn vị thực hiện in mã tiêm chủng kẹp/dán lên sổ tiêm chủng. 100% đơn vị tham gia nghiên cứu đã thực hiện chức năng lọc trùng.

Bảng 4. Thực trạng sử dụng số liệu trên Hệ thống cho hoạt động báo cáo và đánh giá tính hữu ích của Hệ thống

	Thực trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng số liệu trên Hệ thống cho báo cáo	Đã sử dụng	15	100
	Thuận tiện (dễ/rất dễ sử dụng)	15	100
	Đáp ứng hoàn toàn	14	93,3
Đánh giá tính hữu ích của hệ thống	Hữu ích một phần	01	6,7
	Rất hữu ích	14	93,3

Nhận xét: 100% các cơ sở đã sử dụng số liệu từ hệ thống báo cáo và không gặp bất kỳ trở ngại nào khi sử dụng. 93,3% các đơn vị cho rằng số liệu báo cáo trên hệ thống đáp ứng hoàn toàn. 14/15 (93,3%) đơn vị cho rằng Hệ thống rất hữu ích cho công việc của đơn vị.

IV. BÀN LUẬN

Thực hiện Nghị quyết số 36a/NQ-CP ngày 14/10/2015 của Chính phủ về Chính phủ điện tử [5], Bộ Y tế đã triển khai xây dựng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia. Hệ thống được sử dụng tại tất cả các đơn vị y tế từ Trung ương đến tỉnh/thành

phố, quận/huyện, xã/phường có liên quan đến công tác tiêm chủng. Thời gian áp dụng chính thức Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia trên phạm vi toàn quốc bắt đầu từ tháng 6/2017 [3]. Nghiên cứu được thực hiện trên 15 đơn vị cơ sở y tế: 13 Trạm Y tế và 2 cơ sở tiêm chủng dịch vụ trên địa bàn thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh.

Phần lớn các cơ sở có điện và mạng internet ổn định, tỷ lệ lần lượt là 100% và 93,3%. Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với kết quả báo cáo thực trạng hoạt động của Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng điện tử tại Thành phố Hà Nội năm 2017 của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế, các đơn vị y tế đều có đủ khả năng vận hành Hệ thống tiêm chủng điện tử [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 40,0% các đơn vị giám sát trong vòng 3 tháng gần đây, tỷ lệ các đơn vị được giám sát cách đây 6 tháng là 53,3%. Ngoài ra có 1 đơn vị chưa được giám sát tính đến thời điểm thu thập số liệu (6,7%). Các hoạt động giám sát nhằm hỗ trợ kỹ thuật cho Hệ thống tại các tuyến huyện xã, hoạt động này nhằm nâng cao chất lượng số liệu và khả năng sử dụng phần mềm theo dõi, giám sát của Bộ Y tế. Tuy nhiên, nội dung chủ yếu của các đợt giám sát là hỗ trợ kỹ năng sử dụng Hệ thống chưa chú trọng đến giám sát chất lượng số liệu trên Hệ thống. Cho thấy công tác giám sát chưa đảm bảo đáp ứng toàn bộ các cơ sở và quan trọng hơn là chưa chú trọng vào giám sát chất lượng số liệu trên Hệ thống, dẫn tới số liệu trên Hệ thống chưa thực sự đảm bảo, chưa đáp ứng tốt yêu cầu về trách nhiệm và quyền hạn của các đơn vị trong việc quản lý và sử dụng Hệ thống theo Quyết định 3421/QĐ-BYT ngày 28/07/2017 về quản lý và sử dụng Hệ thống [7].

Về kinh phí triển khai, phần lớn các đơn

vị đều không phát sinh kinh phí cho hoạt động của Hệ thống tại các cơ sở y tế (93,7%), có 1 Trạm Y tế tham gia vào nghiên cứu có phát sinh một phần cho việc duy trì hệ thống tiêm chủng này (6,7%). Kinh phí phát sinh cho triển khai hoạt động của Hệ thống không nhiều, chủ yếu phục vụ việc mua văn phòng phẩm phục vụ in ấn, phần khác cho gọi điện và rà soát đối tượng. Hầu như các kinh phí phát sinh đều tự cân đối từ ngân sách của khoa phòng.

100% đơn vị y tế được giải đáp thắc mắc ngay tại thời điểm liên hệ, không có bất kỳ phát sinh trong khoảng thời gian sau khi liên hệ. Như vậy, công tác giải đáp thắc mắc tiếp tục duy trì thực hiện tốt hơn nữa, đội ngũ cán bộ giải đáp cần thường xuyên cập nhật thông tin và kỹ năng để hướng dẫn và trả lời kịp thời với yêu cầu của các đơn vị có nhu cầu.

Các chức năng của Hệ thống được đa số các đơn vị nhận xét là dễ sử dụng và đáp ứng được nhu cầu của đơn vị sử dụng. Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề được đề cập tới như: Chức năng quản lý đối tượng, còn có đến 40% các đơn vị còn lại chưa cung cấp mã tiêm chủng cho trẻ khi thực hiện chương trình và việc quản lý đối tượng còn nhiều bất cập khi các xã/phường nhập thông tin đối tượng chưa đầy đủ và chính xác cả về thông tin hành chính lẫn lịch sử mũi tiêm hay một trẻ được tạo thành nhiều trẻ khác nhau gây khó khăn trong công tác quản lý. Cũng cho thấy công tác lọc trùng đối tượng được thực hiện chưa tốt khi vẫn còn các đối tượng giống nhau. Các đơn vị chủ yếu lọc trùng theo tháng (64,7%), 40% các đơn vị lọc trùng theo tuần và 13,3% các đơn vị lọc trùng không theo nguyên tắc nào. Trong hoạt động

báo cáo, số liệu của hệ thống 100% được các đơn vị đưa vào sử dụng và cảm thấy dễ khi sử dụng. Đây là một trong các lợi ích khi sử dụng Hệ thống tiêm chủng quốc gia, giảm tải công việc cho cán bộ tuyến dưới khi làm công tác tiêm chủng và NVYT nhanh chóng biết được các chỉ số chính về kết quả tiêm chủng. Có 93,3% các thông tin đáp ứng được hoàn toàn nhu cầu cho cơ sở và 6,7% đáp ứng được một phần.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 15 cơ sở tiêm chủng tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022 nhằm mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia. Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả các đơn vị đều cho rằng Hệ thống rất hữu ích cho công việc của đơn vị. Hoạt động giám sát Hệ thống được tổ chức nhiều lần trên địa bàn thị xã nhưng vẫn chưa thường xuyên và đầy đủ. Các chức năng của Hệ thống như lập kế hoạch tiêm chủng, sử dụng quy trình 4 bước, quản lý vắc xin - vật tư đều được sử dụng. Việc cấp mã số tiêm chủng chưa được thực hiện đầy đủ. Có tới 14 cơ sở tiêm chủng chưa có máy quét mã vạch, chỉ có 08 cơ sở có hệ thống nhắn tin tự động nhắc lịch tiêm chủng và 02 cơ sở thực hiện in mã tiêm chủng kẹp/dán lên sổ tiêm chủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Như Dương.** Vai trò của Vắc xin và tiêm chủng. Available from: <https://vncdc.gov.vn/vai-tro-cua-vac-xin-va-tiem-chung-nd14175.html>. 2015.
2. **Tổng cục Thống kê và UNICEF.** Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014, Báo cáo cuối cùng. Hà Nội, Việt Nam. 2015.
3. **Bộ Y tế.** Công văn số 9145/BYT-DP ngày 28/12/2016 Về việc triển khai áp dụng phần mềm quản lý thông tin tiêm chủng Quốc gia. Hà Nội. 2016.
4. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh.** Báo cáo kết quả thực hiện công tác tiêm chủng mở rộng năm 2018. 2018.
5. **Chính phủ.** Nghị quyết số 36a/NQ-CP ngày 14/10/2015 về Chính phủ điện tử. Hà Nội. 2015.
6. **Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế.** Thực trạng hoạt động của Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng điện tử tại thành phố Hà Nội năm 2017. Truy cập ngày 15/02/2022, <https://vncdc.gov.vn/bao-cao-ket-qua-nghien-cuu-khoa-hoc-thuc-trang-hoat-dong-cua-he-thong-quan-ly-thong-tin-tiem-chung-dien-tu-tai-thanh-pho-ha-noi-nam-2017-nd13443.html>. 2017.
7. **Bộ Y tế.** Quyết định số 3421/QĐ-BYT ngày 28/07/2017 Về việc ban hành quy chế quản lý, sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia. Hà Nội. 2017.

ĐÁNH GIÁ CẤU TRÚC KHỚP KHẨU CÁI TRÊN PHIM CBCT Ở BỆNH NHÂN HẸP CHIỀU NGANG XƯƠNG HÀM TRÊN SAU KHI NONG NHANH CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA MINIVIS TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2021-2022

**Phạm Thị Hồng Thùy¹, Vũ Quang Hưng¹, Phạm Thị Thu Trang¹,
Phạm Như Châu Phương¹, Bùi Thị Hà¹, Phạm Thanh Hải¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi của khớp khẩu cái sau khi nong xương hàm trên bằng hàm nong nhanh kết hợp với minivis. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện phim trên phim CBCT của 36 bệnh nhân được điều trị hẹp chiều ngang xương hàm trên bằng hàm nong nhanh kết hợp với minivis (khí cụ MSE). Phim CBCT của bệnh nhân trước khi điều trị được thu thập và đo một số chỉ số như độ dày xương khẩu cái, độ dày mô mềm, mức độ trưởng thành của khớp khẩu cái. Tại thời điểm sau khi điều trị sẽ đo một số chỉ số như độ mở của khớp khẩu cái tại các vị trí phía trước, sau, trên, dưới. **Kết quả nghiên cứu:** Có sự giảm dần về độ dày xương theo chiều trước sau và từ đường giữa sang hai bên. Độ dày mô mềm tăng dần sang bên tính từ đường khớp giữa. Độ mở rộng của khớp khẩu cái ở phía trước gần bằng phía sau, ở phía trên gần bằng phía dưới. **Kết luận:** Khớp khẩu cái mở rộng sang hai bên gần như song song ở các vị trí.

Từ khóa: Hẹp chiều ngang xương hàm trên, nong nhanh xương hàm trên, khí cụ MSE, khớp khẩu cái.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE STRUCTURE PALATAL SUTURE ON CONEBEAM CT AFTER MINIVIS ASSISTED RAPID MAXILLARY EXPANSION IN HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the changes of the palatal suture after minivis assisted rapid maxillary. **Subjects and methods:** The study was carried out on CBCT of 36 patients who were treated for maxillary stenosis by MSE. The patient's CBCT film before treatment was collected and measured a number of indicators such as palatal bone thickness, soft tissue thickness, and maturity of the palatal suture. At the time of treatment, some indicators such as the opening of the palatal joint will be measured at the anterior, posterior, upper, and lower positions. **Results:** There is a gradual decrease in bone thickness in the anterior to posterior site and from the midline to the sides. Soft tissue thickness increases laterally from the midline. The opening of the palatal suture is approximately equal to that of the anterior, and approximately equal to the lower posterior. **Conclusion:** The palatal suture extends to the sides almost parallel in positions.

Keywords: Maxillary transverse deficiency, rapid expansion of maxillary bone, MSE appliance, palatal suture.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 11.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp chiều ngang xương hàm trên phổ biến ở mọi lứa tuổi. Theo Proffit (1990), khoảng 9,4% toàn bộ dân số và khoảng 30% bệnh nhân chỉnh nha trưởng thành có hẹp chiều ngang xương hàm trên kèm cắn chéo răng sau [4].

Bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên cần được điều trị sớm càng sớm càng tốt và ngay khi còn đang phát triển [2]. Với người trưởng thành, phương pháp này càng gặp nhiều khó khăn do sự đan xen chặt chẽ của khớp khẩu cái [1]. Chính vì vậy, các bệnh nhân này thường được chỉ định nong nhanh hàm có hỗ trợ phẫu thuật. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật làm tăng chi phí điều trị và đi kèm với nhiều nguy cơ, rủi ro khác.

Gần đây, một vài tác giả đã nghiên cứu việc sử dụng minivis như một đơn vị neo xương để tối ưu hoá các lực tác dụng lên khớp khẩu cái, giúp giảm chỉ định điều trị phẫu thuật [7]. Phương pháp nong nhanh hàm trên có hỗ trợ minivis (MARPE) tác dụng lực lên minivis mà không phải lên răng hay hệ thống nha chu. Các nghiên cứu về sự thay đổi của khớp khẩu cái do lực tạo ra bởi phương pháp MARPE còn ít do đó đề tài “Đánh giá cấu trúc khớp khẩu cái trên phim CBCT ở bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên sau khi nong hàm nhanh có sự hỗ trợ của minivis tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021-2022” được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm của khớp khẩu cái trước khi nong hàm của nhóm bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên tại khoa RHM BV Đại học Y Hải Phòng.

2. Mô tả sự thay đổi của khớp khẩu cái sau khi nong hàm nhanh có sự hỗ trợ của

minivis ở nhóm bệnh nhân trên trên phim CTGB

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân có biểu hiện hẹp chiều ngang xương hàm trên có chỉ định điều trị bằng hàm nong nhanh kết hợp với minivis tại Khoa Răng Hàm Mặt-Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp chiều ngang XHT theo tiêu chuẩn Penn CBCT có chỉ định điều trị bằng khí cụ MSE

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, hợp tác trong quá trình điều trị.

- Bệnh nhân được chụp phim CBCT, số nghiêng với hình ảnh rõ nét, trước khi điều trị, sau khi ngừng nong hàm.

- Có hình ảnh cột sống cổ (trên phim số nghiêng) từ giai đoạn 4 trở đi theo phương pháp Baccetti và cộng sự [2].

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có hội chứng, dị tật bất thường về sự phát triển sọ mặt

- Bệnh nhân có lỗi củ, dị dạng xương ở vòm miệng

- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được khám, chẩn đoán, thực hiện qui trình điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 12 năm 2018 - tháng 2 năm 2022

2.5. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

* **Kỹ thuật chọn mẫu:** Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

* **Công cụ thu thập thông tin:** Phim conebeam CT trước và sau điều trị.

* **Dụng cụ và vật liệu nghiên cứu**

- Phim chụp CBCT của 36 bệnh nhân trước và ngay sau khi ngừng nong hàm

- Mỗi phim được xử lý bằng phần mềm hình ảnh One 3D clinic sau đó tiến hành đo đạc.

* **Các mặt phẳng tham chiếu trong nghiên cứu:**

- **Mặt phẳng dọc giữa:** mặt phẳng đi qua điểm gai mũi trước (ANS), gai mũi sau (PNS) và điểm trước nhất của khớp trán mũi (Nasion-Na).

- **Mặt phẳng ngang khẩu cái:** là mặt phẳng vuông góc với MPDG đi qua hai điểm ANS, PNS.

2.6. Các biến số

Mục tiêu	Biến số	Mặt phẳng tham chiếu	Tiêu chí đánh giá	Công cụ thu thập
Mục tiêu 1	Độ dày xương khẩu cái, độ dày mô mềm trên xương	Các mặt phẳng dọc giữa, cách mặt phẳng dọc giữa 2 mm và 4 mm về hai bên	Đường tham chiếu (mức 0) là đường nối hồ trung tâm của các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Đường tham chiếu dọc là đường tạo ra bởi mặt phẳng dọc giữa trên mặt phẳng ngang khẩu cái. Từ đường tham chiếu (mức 0), đo độ dày khớp tại các vị trí cách đường tham chiếu 2, 4 và 6 mm về phía trước và sau.	Đo trên phần mềm
	Mức độ trưởng thành của khớp khẩu cái	Mặt phẳng ngang khẩu cái	Sự thay đổi về mô học của khớp khẩu cái trên CBCT theo tiêu chuẩn của Angelieri F và cộng sự	Đo trên phần mềm
Mục tiêu 2	Độ mở rộng khớp khẩu cái tại vị trí gai mũi trước và gai mũi sau	Mặt phẳng ngang khẩu cái	Khoảng cách giữa gai mũi trước, gai mũi sau bên (T) và (P).	Đo trên phần mềm
	Độ mở rộng trung bình của khớp khẩu cái tại vị trí vòm miệng và vị trí nền mũi	Lát cắt đứng ngang qua trung tâm răng 6	Khoảng cách tách được của khớp khẩu cái phía nền mũi và phía vòm miệng.	Đo trên phần mềm

2.7. Biện pháp khống chế sai số

- Lựa chọn những bệnh nhân đạt tiêu chuẩn. Thống nhất cách thu thập thông tin.

- Với việc đo trên phim để giảm sai số, mỗi chỉ số được đo 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1 tuần, do cùng một người đo, tại một thời điểm, lấy giá trị trung bình.

2.8. Thu thập, nhập và xử lý số liệu

Số liệu thu thập được sẽ được nhập, phân tích và xử lý trên máy vi tính bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS. Các kết quả được trình bày bằng bảng và biểu đồ. Trung bình, độ lệch chuẩn và tỉ lệ được dùng để mô tả đặc điểm của bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Các bệnh nhân được thông báo, giới thiệu về mục đích nghiên cứu, quyền lợi của bệnh nhân trong nghiên cứu. Các thông tin thu thập được của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ dùng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm khớp khẩu cái ở bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên

Trong các đối tượng tham gia nghiên cứu, hầu hết các bệnh nhân đều có độ trưởng thành khớp khẩu cái ở giai đoạn D và E (18 và 13 bệnh nhân). Giai đoạn C chiếm tỉ lệ ít, khoảng 14%, tương đương với 5 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu (Hình 1).



Giai đoạn C: 5 bệnh nhân



Giai đoạn D: 18 bệnh nhân



Giai đoạn E: 13 bệnh nhân

Hình 1. Phân bố sự cốt hoá đường giữa khẩu cái trên CBCT theo Angelrie của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Mối liên quan giữa độ dày xương khẩu cái và giới tính

Mức đo	2 mm phía bên đường dọc giữa		p	4 mm phía bên đường dọc giữa		p
	Nam	Nữ		Nam	Nữ	
Mức +6	6.25 ± 1.86	4.56 ± 1.22	0.000*	5.74 ± 2.22	4.11 ± 1.32	0.000*
Mức +3	5.30 ± 1.69	4.23 ± 1.04	0.000*	4.45 ± 1.65	3.46 ± 0.98	0.000*
Mức 0	4.96 ± 1.60	4.35 ± 1.02	0.017*	3.79 ± 1.46	3.28 ± 0.90	0.027*
Mức -3	4.82 ± 1.55	4.62 ± 0.99	0.414	3.46 ± 1.33	3.30 ± 0.81	0.414
Mức -6	4.79 ± 1.57	4.84 ± 1.07	0.864	3.15 ± 1.27	3.32 ± 0.90	0.416

Độ dày ở phần phía trước mức 0 của xương khẩu cái ở nam giới lớn hơn đáng kể so với nữ, nhưng không có sự khác biệt đáng kể về giới ở phần phía sau của xương khẩu cái. Có xu hướng giảm độ dày xương khẩu cái theo hướng từ trước ra sau của xương khẩu cái, trừ ở nữ giới ở mức 2 mm về phía bên đường tham chiếu theo chiều trước sau (Bảng 1).

Bảng 2: Mối liên quan giữa độ dày mô mềm trên xương khẩu cái và giới tính

Mức đo	2 mm phía bên đường dọc giữa		p	4 mm phía bên đường dọc giữa		p
	Nam	Nữ		Nam	Nữ	
Mức +6	1.53 ± 0.47	1.26 ± 0.51	0.015*	2.02 ± 0.65	1.60 ± 0.63	0.004*
Mức +3	1.38 ± 0.36	1.07 ± 0.39	0.000*	1.76 ± 0.63	1.35 ± 0.59	0.003*
Mức 0	1.23 ± 0.42	0.99 ± 0.33	0.005*	1.58 ± 0.49	1.27 ± 0.60	0.013*
Mức -3	1.18 ± 0.34	0.94 ± 0.45	0.007*	1.47 ± 0.54	1.15 ± 0.54	0.010*
Mức -6	1.14 ± 0.40	0.90 ± 0.41	0.008*	1.68 ± 0.73	1.16 ± 0.59	0.001*

Mô mềm trên xương khẩu cái dày hơn đáng kể ở nam giới so với nữ giới trên tất cả các điểm được đo. Ở mức 2 mm sang bên từ đường tham chiếu trước sau, mô mềm trên xương khẩu cái giảm dần từ trước ra sau ở cả nam và nữ. Ở mức 4 mm, độ dày mô mềm giảm dần theo chiều trước ra sau, và sau đó lại tăng lên ở mức -6 ở cả hai giới. Ngược

lại, độ dày của mô mềm tăng dần từ đường tham chiếu về hai bên ở cả nam và nữ (Bảng 2).

3.2. Mô tả sự thay đổi của khớp khẩu cái sau khi nong hàm nhanh có sự hỗ trợ của minivis ở nhóm bệnh nhân trên trên phim CTCB

Bảng 3: So sánh độ mở rộng của khớp khẩu cái tại vị trí gai mũi trước và sau

Vị trí	n	TB ± DLC	TB khác biệt ± DLC	p
ANS	36	5,57 ± 1,44	0,55 ± 0,31	0,061
PNS	36	5,02 ± 1,13		

Mức độ mở của khớp khẩu cái tại PNS (5,02mm) 90% so với mức mở tại ANS (5,57mm). Mức khác biệt về độ mở ở hai vị trí là 0,55 mm và không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

Bảng 4: Độ mở rộng của khớp khẩu cái trên lát cắt ngang qua khẩu cái

Vị trí	n	TB ± DLC	Max	Min
ANS		5,57 ± 1,20		
Phải	36	2,95 ± 1,34	8,6	1
Trái	36	2,62 ± 1,07	5,4	1
PNS		5,02 ± 0,94		
Phải	36	2,57 ± 1,00	5,6	0,84
Trái	36	2,45 ± 0,89	5,6	1

Tại vị trí gai mũi trước, khớp khẩu cái mở rộng trung bình 5,57 ± 1,20 mm, với độ mở rộng trung bình về phía bên phải và trái lần lượt là 2,95 ± 1,34 mm và 2,62 ± 1,07 mm. Ở bên phải, khớp khẩu cái mở rộng được khoảng lớn nhất là 8,6 mm, lớn hơn khoảng mở rộng lớn nhất ở bên trái 5,4 mm.

Khớp khẩu cái mở rộng trung bình 5,02 ± 0,94 mm tại PNS. Khớp khẩu cái mở rộng sang hai bên tương đối đồng đều (2,57 ± 1,00 mm và 2,45 ± 0,89 mm). Sự khác biệt về độ mở rộng khớp khẩu cái sang hai bên tại PNS không có ý nghĩa thống kê (Bảng 4).

Bảng 5: So sánh độ mở rộng của khớp khẩu cái trên lát cắt đứng ngang

Vị trí	n	TB ± DLC	Max	Min	p
Vòm miệng	36	4,0 ± 1,20	7,4	2,5	<0,05
Nền mũi	36	4,07 ± 1,20	7,4	2,5	

Trên lát cắt đứng ngang, mức mở của khớp khẩu cái phía vòm miệng ít hơn phía nền mũi 0,07 mm. Độ mở rộng lớn nhất và nhỏ nhất của khớp này tại hai vị trí trên đều

là 7,4 mm và 2,5 mm. Sự khác biệt về mức mở của khớp theo chiều đứng ngang là không đáng kể (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

* Sự trưởng thành của đường khớp

Đã có nhiều nghiên cứu trước đây về thấy có sự liên quan giữa các giai đoạn trưởng thành của khớp khẩu cái và tuổi xương. Nghiên cứu của Angelierie và cộng sự [1] cho thấy có sự tương quan giữa CS1 và CS2 với sự trưởng thành khớp khẩu cái giai đoạn A và B, CS3 với giai đoạn C và CS5 với giai đoạn D và E của khớp. Ở CS4, có độ tương quan trung bình với khớp ở giai đoạn C và tương quan thấp với khớp ở giai đoạn D và E. Trong nghiên cứu này, trên các đối tượng có sự trưởng thành xương từ giai đoạn CS 4 trở đi, chúng tôi ghi nhận hầu hết các bệnh nhân đều có độ trưởng thành khớp khẩu cái ở giai đoạn D và E.

* Độ dày xương vùng khớp khẩu cái và giới tính

Kỹ thuật MSE yêu cầu đặt 4 minivis tương ứng với 4 lỗ trên khí cụ. Các tác giả khuyến cáo rằng các miniscrews này nên được đặt xuyên qua toàn bộ chiều dày vùng khớp khẩu cái, từ xương vỏ xương khớp khẩu cái tới xương vỏ nền hốc mũi vì điều này sẽ tăng neo chặn và giảm áp lực lên xương vỏ [3].

Các nghiên cứu trước cho thấy rằng độ dày trung bình của xương khớp khẩu cái trên mặt cắt 2-4 mm sang bên từ khớp khớp khẩu cái so với vị trí răng nằm trong khoảng 2,9 – 7,0 mm giữa răng cối nhỏ thứ nhất và thứ 2, và khoảng 1,9-2,7 mm giữa răng cối lớn thứ nhất và thứ hai [7]. Thêm vào đó, độ dày giảm dần theo chiều trước sau của khớp khẩu cái và sang bên từ khớp khớp khẩu cái, dày hơn ở nam so với nữ. Trong nghiên cứu này, mức +6

tương đương với vị trí giữa răng cối nhỏ thứ hai và răng cối lớn thứ nhất, và mức -6 tương đương với giữa răng cối lớn thứ nhất và thứ hai. Chúng tôi nhận thấy rằng chiều dày xương khớp khẩu cái giảm từ trước ra sau và có cùng khuynh hướng như các báo cáo trước đây. Tuy nhiên, toàn bộ chiều dày vùng khớp khẩu cái, bao gồm khớp khẩu cái mềm là vào khoảng 8 mm ở nam và 6 mm ở nữ tại mức +6, khoảng 5mm ở cả nam và nữ tại mức -6, và đặc biệt là phần sau của khớp khẩu cái dày hơn so với những nghiên cứu trước đây. Phần trước của khớp khẩu cái dày hơn đáng kể ở nam so với nữ, trong khi không có sự khác biệt liên quan về giới ở phần sau của khớp khẩu cái.

* Độ dày mô mềm trên xương khớp khẩu cái

Có ít nghiên cứu khảo sát độ dày mô mềm khớp khẩu cái vì sự chồng chéo giữa các cấu trúc mô mềm, ví dụ: lưỡi, làm việc đo đạc trên CBCT khó khăn. Trong nghiên cứu này, độ dày mô mềm khớp khẩu cái lớn hơn đáng kể ở nam so với nữ trên tất cả các điểm đo. Độ dày mô mềm tăng dần sang bên tính từ đường khớp giữa. Điều này ngược lại so với độ dày của xương. Thêm vào đó, độ dày giảm dần về phía sau trên lát cắt 2 mm sang bên so với đường dọc giữa, trong khi trên lát cắt 4mm sang bên, độ dày mô mềm giảm dần về phía sau và sau đó tăng lên ở mức -6. Lớp dưới niêm mạc của mô mềm khớp khẩu cái bao gồm thần kinh, mạch máu. Vì vậy, sự khác biệt này có thể do các bó mạch - thần kinh phân bố ít hơn ở vùng đường khớp khớp khẩu cái và lớp dưới niêm mạc vùng răng cối hai bên có nhiều mô mềm và tuyến nước bọt phụ để bảo vệ bó mạch - thần kinh [7].

*** So sánh độ mở rộng của khớp khẩu cái hai bên tại vị trí gai mũi trước và sau trên mặt phẳng ngang qua các thời điểm điều trị.**

Nghiên cứu của Cantarella và cộng sự [5], cho thấy rằng một bên khớp khẩu cái tại vị trí ANS di chuyển nhiều hơn bên còn lại trung bình 1,1 mm. Trong nghiên cứu này, độ mở rộng trung bình về phía bên phải và trái lần lượt là $2,95 \pm 1,34$ mm và $2,62 \pm 1,07$ mm và không có sự khác biệt đáng kể về độ mở khớp giữa hai bên. Nói cách khác, MSE có tác động nong rộng đường khớp khẩu cái tương đối đồng đều về hai bên tại ANS.

Về sự mở khớp khẩu cái của MSE trên mặt phẳng ngang, hầu hết các nghiên cứu đều nhận xét rằng MSE giúp mở đường khớp khẩu cái theo hướng gần như song song [3]. Cantarella và cộng sự [5] sử dụng khí cụ nong nhanh tựa xương với mức kích hoạt 0,5 mm/ngày trước khi xuất hiện khe thừa răng cửa và giảm xuống còn 0,25 mm/ngày sau khi có hiện tượng này. Quá trình nong rộng được kéo dài cho tới khi chiều rộng hàm trên bằng chiều rộng hàm dưới. Các tác giả này nhận thấy độ mở rộng khớp tại PNS và ANS lần lượt là 4,3 mm và 4,8 mm. Độ mở rộng tại PNS bằng 89,6% độ mở rộng khớp tại ANS, cho thấy khuôn mẫu tách khớp gần như song song. Tương tự, trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận mức độ mở của khớp khẩu cái tại PNS (5,02mm) 90% so với mức mở tại ANS (5,57mm). Mức khác biệt về độ mở ở hai vị trí là 0,55mm và không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

Như vậy, khuynh hướng mở xương của

MSE khác so với các khí cụ nong nhanh xương tựa răng. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về cấu tạo của MSE so với các khí cụ nong nhanh tựa răng. Việc sử dụng 4 mini-implants trong MSE và vị trí đặt phía sau của khẩu cái, phía trong các xương trụ gò má giúp lực được phân bố dọc theo chiều dài đường khớp giữa. Điều này giúp mở đường khớp giữa nhiều hơn theo chiều trước sau [6].

*** So sánh độ mở rộng của khớp khẩu cái tại vị trí vòm miệng và nền mũi**

Xét trên lát cắt đứng ngang, độ mở khớp khẩu cái phía vòm miệng và nền mũi chênh lệch nhau 0,07 mm. Sự chênh lệch này là không đáng kể và độ mở rộng của khớp khẩu cái tại hai vị trí này gần như tương đương nhau. Như vậy, MSE có tác dụng nong rộng khớp khẩu cái đồng đều theo chiều đứng ngang. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng điều này không có nghĩa là MSE có tác dụng mở xương tầng mặt giữa theo dạng song song trên mặt phẳng đứng ngang.

Trong khuôn khổ của nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá tác dụng của MSE lên duy nhất đường khớp khẩu cái mà không quan tâm tới các cấu trúc xung quanh có thể ảnh hưởng tới kiểu hình mở khớp. Thêm vào đó, mức độ mở khớp chỉ được đánh giá trên một khoảng cách rất ngắn – tương ứng với độ dày xương khẩu cái trên lát cắt ngang đi qua trung tâm răng cối lớn thứ nhất hai bên (khoảng 5mm) – nên các thay đổi theo chiều đứng ngang khó có thể nhận thấy rõ ràng. Dù sao, trong nghiên cứu này, xét trên phạm vi khớp khẩu cái, MSE vẫn có tác dụng nong rộng đồng đều ở mức nền mũi và vòm miệng.

V. KẾT LUẬN

- Về độ dày khẩu cái, có sự giảm dần về độ dày xương theo chiều trước tới sau và từ đường giữa sang hai bên. Phần trước của khẩu cái dày hơn đáng kể ở nam so với nữ, trong khi không có sự khác biệt về giới tính ở phần sau của khẩu cái.

- Độ dày mô mềm khẩu cái lớn hơn đáng kể ở nam so với nữ trên tất cả các điểm đo. Độ dày mô mềm tăng dần sang bên tính từ đường khớp giữa, ngược lại so với độ dày của xương.

- Trên lát cắt ngang, độ mở rộng tại PNS bằng 90% độ mở rộng khớp tại ANS, cho thấy khuôn mẫu tách khớp gần như song song khi điều trị bằng MSE.

- Trên lát cắt đứng ngang, MSE cho thấy hiệu quả phân tách khớp đồng đều ở vị trí nền mũi và vòm miệng.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.189.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Angelieri, F, et al**, Midpalatal suture maturation: classification method for individual assessment before rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* (2013), 144(5): p759-69.
2. **Baccetti, T, et al**, Treatment timing for rapid maxillary expansion. *Angle Orthod* (2001), 71(5): p343-50.
3. **Baik, H.S, Y.G. Kang, and Y.J. Choi**, Miniscrew-assisted rapid palatal expansion: A review of recent reports. *J World Fed Orthod* (2020), 9(3s): p. S54-s58.
4. **Betts, N.J, et al**, Diagnosis and treatment of transverse maxillary deficiency. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* (1995), 10(2): p. 75-96.
5. **Cantarella, D, et al**, Midfacial changes in the coronal plane induced by microimplant-supported skeletal expander, studied with cone-beam computed tomography images. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* (2018), 154(3): p337-345.
6. **Haas, A.J**, Rapid expansion of the maxillary dental arch and nasal cavity by opening the midpalatal suture. *The Angle Orthodontist* (1961), 31(2): p. 73-90.
7. **Nojima, L.I, et al**, Mini-implant selection protocol applied to MARPE. *Dental Press J Orthod* (2018), 23(5): p. 93-101.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MẮC NHIỀU ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2022

Nguyễn Thị Thắm¹, Bùi Thị Nguyệt Ánh², Cáp Minh Đức¹,
Đào Văn Tùng³, Trần Quang Phục¹, Trần Thị Thuý Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 381 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp và trích lục từ hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc nhiều đợt cấp (≥ 2 đợt cấp/năm) là 26,5%. Trong mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bao gồm bệnh nhân thiếu cân (OR = 3,07; $p < 0,01$); giai đoạn bệnh GOLD 3, 4 (OR = 2,06; $p < 0,01$); sử dụng thuốc không đúng cách (OR = 2,52; $p < 0,01$) và không tuân thủ tập phục hồi chức năng (OR = 3,10; $p < 0,01$). **Kết luận:** Phòng khám Hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh cần tư vấn cho bệnh nhân tuân thủ các bài tập phục hồi chức năng và hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thuốc dạng xịt/hít tại nhà đúng cách để giảm số đợt cấp.

Từ khóa: Yếu tố liên quan; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Quảng Ninh

SUMMARY

FACTORS RELATED TO MULTIPLE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OF PATIENTS TREATED AT QUANG NINH GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objective: Describe factors related to the multiple exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 381 patients treated at Quang Ninh General Hospital, the study period was from December 2021 to December 2022. Data were collected by face - to - face interview and extracted from medical records. **Results:** The research results showed that the rate of patients with multiple exacerbations (≥ 2 exacerbations/year) was 26.5%. In the multivariable logistic regression model, the factors related to multiple exacerbations included underweight patients (OR = 3.07; $p < 0.01$); GOLD stage 3, 4 (OR = 2.06; $p < 0.01$); improper drug use (OR = 2.52; $p < 0.01$) and non-compliance with rehabilitation training (OR = 3.10; $p < 0.01$). **Conclusion:** Respiratory Clinic - Quang Ninh General Hospital needs to advise patients to comply rehab exercises and instructs the patient on how to properly use home inhalers/nebulizers to reduce the number of exacerbations.

Keywords: Factors related; chronic obstructive pulmonary disease; Quang Ninh

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thắm

Email: nttham@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 11.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay còn gọi là COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là một bệnh hô hấp phổ biến có tính toàn cầu, bệnh có thể phòng ngừa và điều trị được [1]. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và tiến triển, bao gồm khó thở, ho và/hoặc tạo đờm [1].

Đợt cấp COPD là tình trạng biến đổi cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp vượt quá dao động bình thường hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Bệnh nhân COPD với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Đợt cấp khởi phát có thể do nguyên nhân nhiễm trùng - đây là nguyên nhân thường gặp nhất (chiếm 70 - 80%), nguyên nhân không do nhiễm trùng như hút thuốc hoặc thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc, sống và làm việc trong môi trường ô nhiễm, nhiều khói bụi... và một số trường hợp đợt cấp không rõ căn nguyên [2].

Có thể nói hiện nay, COPD đã và đang làm giảm chất lượng cuộc sống bởi những hậu quả do đợt kịch phát nếu không được kiểm soát, có thể gây ra tử vong, tàn phế, hay gánh nặng chi phí khi nhập viện [3]. Để có bằng chứng khoa học nhằm đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả các yếu tố liên quan đến tần suất mắc nhiều đợt cấp COPD của bệnh nhân quản lý điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD điều trị nội trú tại Phòng khám Hô

hấp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2022

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám Hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022; thời gian lấy số liệu từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. α : Mức ý nghĩa thống kê với $\alpha=0,05$ có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. p là tỷ lệ bệnh nhân mắc nhiều đợt cấp trong năm, lấy p = 0,354 theo kết quả nghiên cứu trước [4]. d là sai số tuyệt đối, lấy d = 0,05. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu n = 351 bệnh nhân, thực tế nghiên cứu trên 381 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu nghiên cứu thuận tiện, không xác suất. Chúng tôi chọn được 381 bệnh nhân nhập viện điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022 thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn.

2.6. Biến số nghiên cứu

Giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp trong 12 tháng qua, mức độ tắc nghẽn đường thở, tình trạng hút thuốc, tình trạng dinh dưỡng, tuân thủ tái khám, tuân thủ các bài tập phục hồi chức năng, sử dụng thuốc đúng liều, đúng cách, tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2019 (Tiền sử gia đình

mắc COPD; khó thở: dai dẳng, tiến triển nặng dần theo thời gian; ho mạn tính: Có thể ngắt quãng hoặc không có đờm; khạc đờm mạn tính; chức năng thông khí phổi, rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test hồi phục phế quản: Chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70% sau test phục hồi phế quản) [5].

Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD theo tiêu chuẩn Anthonisen 1987 (Khó thở tăng; số lượng đờm tăng; đờm nhầy mủ [6].

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD nhiều đợt cấp: Theo GOLD 2019 bệnh nhân được chẩn đoán nhiều đợt cấp khi có từ 2 đợt cấp/năm trở lên [5]. Tra trên phần mềm quản lý bệnh nhân, xem đơn thuốc điều trị, đợt cấp khi bệnh nhân có sử dụng corticoid đường uống hoặc kháng sinh đường uống.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập thông qua trích xuất từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp

bệnh nhân theo bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: Tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng test thống kê y học Chi-square test, Fisher's exact test tính toán giá trị OR và khoảng tin cậy 95%CI để đánh giá mối liên quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc. Yếu tố khi phân tích đơn biến có $p < 0,2$ được đưa vào mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

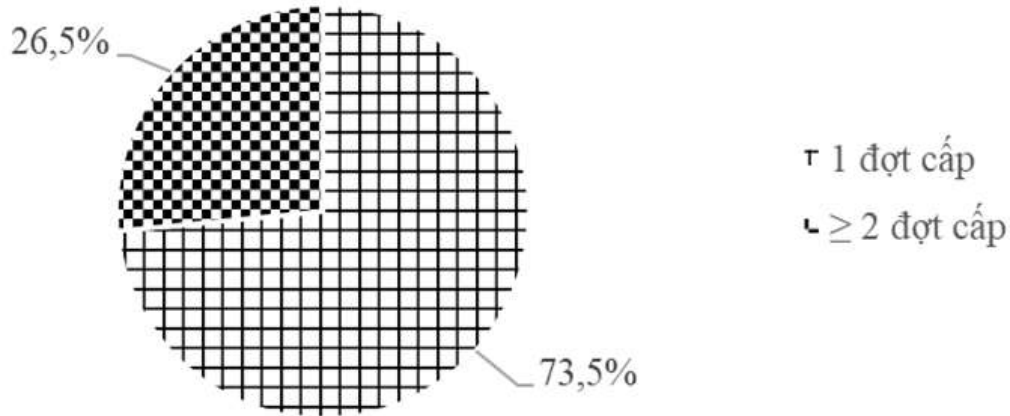
Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương đã được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt, được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh và đồng thuận của bệnh nhân. Các số liệu thu thập được chỉ dùng trong nghiên cứu, chẩn đoán, điều trị bệnh nhân, toàn bộ các thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 381)

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	275	72,2
	Nữ	106	27,8
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	6	1,6
	50 - 59 tuổi	55	14,4
	60 - 69 tuổi	141	37,0
	70 - 79 tuổi	120	31,5
	≥ 80 tuổi	59	15,5
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	26	6,8
	1 - 5 năm	177	46,5
	6 - 10 năm	138	36,2
	11 - 15 năm	11	2,9
	16 - 20 năm	17	4,5
	> 20 năm	12	3,1

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam là 72,2%, nữ là 27,8%. Bệnh nhân ở nhóm tuổi 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 37,0%; thấp nhất là ở nhóm < 50 tuổi 1,6%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $68,7 \pm 9,8$ tuổi; thấp nhất là 34 tuổi; cao nhất là 94 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $7,1 \pm 6,3$ năm.



Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân mắc nhiều đợt cấp trong 12 tháng qua (n = 381)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc nhiều đợt cấp (≥ 2 đợt cấp/12 tháng qua) là 26,5%.

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 381)

Biến số		Tần suất ≥ 2 lần n (%)	1 lần n (%)	OR 95%CI	P
Tuổi	≥ 60 tuổi	85 (26,6)	235 (73,4)	1,02 0,54 - 1,89	0,96
	< 60 tuổi	16 (28,2)	45 (73,8)	1	
Giới tính	Nam	73 (26,5)	202 (73,5)	1,01 0,61 - 1,67	0,98
	Nữ	28 (26,4)	78 (73,6)	1	
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	9 (34,6)	17 (65,4)	1	0,27
	1 - 5 năm	43 (24,3)	134 (75,7)	0,38 0,69 - 3,97	
	6 - 10 năm	40 (29,0)	98 (71,0)	0,62 0,53 - 3,15	
	11 - 15 năm	2 (18,2)	9 (81,8)	0,49 0,42 - 13,47	
	16 - 20 năm	5 (29,4)	12 (70,6)	0,90 0,34 - 4,75	
	> 20 năm	2 (16,7)	10 (83,3)	0,43 0,47 - 14,78	
Nghề nghiệp tiếp xúc với khí độc hại	Có	68 (30,9)	152 (69,1)	1,74 1,08 - 2,80	0,02
	Không	33 (20,5)	128 (79,5)	1	

Thiếu cân	Có	18 (54,5)	15 (45,5)	3,83 1,85 - 7,94	< 0,001
	Không	83 (23,9)	265 (76,1)	1	
Hút thuốc	Đang hút	16 (35,6)	29 (64,4)	1,63 0,84 - 3,15	0,14
	Đã bỏ/không hút	85 (25,3)	251 (74,7)	1	
Mức độ tắc nghẽn đường thở	GOLD 3, 4	51 (39,5)	78 (60,5)	2,64 1,65 - 4,22	< 0,001
	GOLD 1, 2	50 (19,8)	202 (80,2)	1	
Tái khám định kỳ	Không	23 (30,7)	52 (69,3)	1,29 0,74 - 2,25	0,36
	Có	78 (25,5)	228 (74,5)	1	
Sử dụng thuốc đúng liều dùng	Không	14 (28,6)	35 (71,4)	1,13 0,58 - 2,19	0,73
	Có	87 (26,2)	245 (73,8)	1	
Sử dụng thuốc đúng cách dùng	Không	76 (40,2)	113 (59,8)	4,49 2,70 - 7,49	< 0,001
	Có	25 (13,0)	167 (87,0)	1	
Tuân thủ phục hồi chức năng	Không	88 (36,4)	154 (63,6)	5,54 2,95 - 10,38	< 0,001
	Có	13 (9,4)	126 (90,6)	1	
Tiêm vắc xin phòng cúm hàng năm	Không/không đều	93 (26,0)	265 (74,0)	0,66 0,27 - 1,60	0,35
	Có	8 (34,8)	15 (65,2)	1	
Tiêm vắc xin phòng phế cầu 5 năm/lần	Không/không đều	93 (25,7)	269 (74,3)	0,43 0,16 - 1,13	0,10
	Có	8 (44,4)	10 (55,6)	1	

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Nghề nghiệp tiếp xúc với khí độc hại (OR = 1,74; 95%CI: 1,08 - 2,80); bệnh nhân thiếu cân (OR = 3,83; 95%CI: 1,85 - 7,94); giai đoạn bệnh GOLD 3, 4 (OR = 2,64; 95%CI: 1,65 - 4,22); sử dụng thuốc không đúng cách dùng (OR = 4,49; 95%CI: 2,70 - 7,49); không tuân thủ phục hồi chức năng (OR = 5,54; 95%CI: 2,95 - 10,38).

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 381)

Biến số		OR (95%CI)	p
Nghề nghiệp tiếp xúc với khí độc hại	Không	1	0,066
	Có	1,65 (0,97 - 2,82)	
Thiếu cân	Không	1	0,007
	Có	3,07 (1,37 - 6,89)	
Hút thuốc	Đã bỏ/không hút	1	

	Đang hút	1,30 (0,62 - 2,71)	0,483
Mức độ tắc nghẽn đường thở	GOLD 1, 2	1	
	GOLD 3, 4	2,06 (1,23 - 3,43)	0,006
Sử dụng thuốc đúng cách dùng	Có	1	
	Không	2,52 (1,41 - 4,52)	0,002
Tuân thủ phục hồi chức năng	Có	1	
	Không	3,10 (1,53 - 6,29)	0,002
Tiêm vắc xin phòng phế cầu 5 năm/lần	Có	1	
	Không/không đều	0,40 (0,14 - 1,17)	0,095

Nhận xét: Trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ còn 04 yếu tố liên quan đến xu hướng mắc nhiều đợt cấp của bệnh nhân: Bệnh nhân thiếu cân (OR = 3,07; $p < 0,01$); giai đoạn bệnh GOLD 3, 4 (OR = 2,06; $p < 0,01$); sử dụng thuốc không đúng cách (OR = 2,52; $p < 0,01$) và không tuân thủ tập phục hồi chức năng (OR = 3,10; $p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Tiếp xúc khói, bụi nghề nghiệp được chứng minh là yếu tố nguy cơ quan trọng của xuất hiện đợt cấp COPD, người bệnh cần tránh môi trường có nhiều khói, bụi để giảm tần suất các đợt cấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có tính chất công việc tiếp xúc với khói độc hại có xu hướng mắc ≥ 2 đợt cấp/năm cao hơn gấp 1,74 lần so với bệnh nhân không tiếp xúc với khói độc hại ($p < 0,05$).

Bệnh nhân COPD có nguy cơ sút cân và thiếu dinh dưỡng do nhu cầu năng lượng cao hơn trong sinh hoạt hàng ngày; giảm lượng calo cần ăn vào vì khó thở; và tác dụng tăng dị hóa của các cytokine viêm như TNF-alpha. Bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng kém có tiên lượng xấu hơn, tần suất mắc các đợt cấp nhiều hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thiếu cân có tần suất mắc

nhiều đợt cấp cao hơn gấp 3,83 lần so với bệnh nhân không thiếu cân ($p < 0,001$), trong khi đó nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương chưa tìm thấy mối liên giữa chỉ số khối cơ thể của bệnh nhân và tần suất mắc đợt cấp ($p > 0,05$) [4].

Hút thuốc lá, thuốc lào là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh COPD, đây cũng là yếu tố nguy cơ cao của việc xuất hiện đợt cấp, bên cạnh đó, việc tiếp tục hút thuốc cũng làm chức năng phổi xấu đi nhanh hơn. Do vậy, tất cả các bệnh nhân cần bỏ hút thuốc và tránh tiếp xúc khói thuốc [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân đang hút thuốc lá/thuốc lào có xu hướng mắc nhiều đợt cấp cao hơn 1,63 lần so với bệnh nhân đã bỏ thuốc hoặc không hút thuốc, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh Phổi Hải Dương năm 2021, bệnh nhân hiện đang hút thuốc có xu hướng mắc ≥ 2 lần đợt cấp/năm cao hơn so với bệnh nhân không hút thuốc và bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lần lượt là 3,77 lần và 2,47 lần ($p < 0,05$) [4].

Đáp ứng viêm ở bệnh nhân COPD tăng lên theo mức độ tắc nghẽn đường thở, và khi mức độ tắc nghẽn nặng/rất nặng, đợt cấp có xu hướng trở nên thường xuyên hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân

GOLD 3, 4 có tần suất mắc nhiều đợt cấp cao hơn gấp 2,64 lần so với bệnh nhân GOLD 1, 2 ($p < 0,001$).

Tuân thủ chặt chẽ việc dùng thuốc theo đơn đã kê của thầy thuốc giúp cải thiện triệu chứng cho bệnh nhân và giúp ngăn ngừa tần suất các đợt cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân không sử dụng thuốc đúng cách có xu hướng mắc nhiều đợt cấp cao hơn gấp 4,49 lần so với bệnh nhân sử dụng thuốc đúng cách ($p < 0,001$), không có mối liên quan giữa sử dụng thuốc đúng liều và tần suất mắc nhiều đợt cấp ($p > 0,05$). Nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021 ghi nhận bệnh nhân không tuân thủ thuốc điều trị có xu hướng mắc ≥ 2 lần đợt cấp/năm cao hơn 11,03 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị (95%CI: 6,75 - 18,02; $p < 0,001$) [4]. Tuân thủ điều trị COPD thường bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như tuổi, chi phí thuốc, bệnh đi kèm và tần suất dùng thuốc [8], kết quả nghiên cứu tại Hy Lạp cho thấy gần 45% bệnh nhân không tuân thủ điều trị [9], một nghiên cứu hệ thống năm 2013 cũng cho thấy tỷ lệ tuân thủ thuốc của bệnh nhân COPD là khá thấp (khoảng 50%) [8]. Bên cạnh việc tuân thủ điều trị để giảm số đợt cấp thì bệnh nhân cũng cần phải dùng thuốc đúng cách, đủ liều vì hầu hết các thuốc điều trị COPD đều là thuốc dạng phun hít, do đó, việc dùng thuốc không đúng cách làm cho thuốc không vào tới phổi bệnh nhân, dẫn đến bệnh không được kiểm soát, trong khi thuốc vẫn bị mất.

Cúm mùa là tác nhân gây ra các đợt kịch phát cấp, nặng của COPD, nếu không phát

hiện và điều trị kịp thời có thể dẫn đến tử vong. Tiêm ngừa là giải pháp chủ động giúp phòng ngừa những biến chứng do cúm gây ra, tất cả bệnh nhân COPD nên được tiêm phòng cúm hằng năm. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa giữa tiêm vắc xin phòng cúm và tần suất đợt cấp ($p > 0,05$); trong khi đó kết quả nghiên cứu tại Hải Dương cho thấy bệnh nhân không tiêm vắc xin phòng cúm có xu hướng mắc đợt cấp ≥ 2 lần/năm cao hơn 17,88 lần so với bệnh nhân tiêm vắc xin phòng cúm (95%CI: 2,41 - 132,75; $p < 0,001$) [4].

Vi khuẩn thường gặp nhất trong đợt cấp COPD là *S. pneumoniae* (phế cầu). Nghiên cứu tiến hành tại Ý từ năm 2012 đến năm 2015 trên tổng số 79 bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định, với tổng số 217 mẫu được thu thập, kết quả cho thấy 27% ($n = 59$) trong số đó dương tính với *S. pneumoniae*, có 4 đợt cấp do *S. pneumoniae* xảy ra trong thời gian theo dõi [11]. Do đó, việc tiêm phòng vắc xin phế cầu giúp làm giảm tần suất các đợt cấp của bệnh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tiêm vắc xin phòng phế cầu 5 năm 1 lần và tần suất mắc đợt cấp ($p > 0,05$).

Tuy nhiên, trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ còn 04 yếu tố liên quan đến xu hướng mắc nhiều đợt cấp của bệnh nhân: Bệnh nhân thiếu cân (OR = 3,07; $p < 0,01$); giai đoạn bệnh GOLD 3, 4 (OR = 2,06; $p < 0,01$); sử dụng thuốc không đúng cách (OR = 2,52; $p < 0,01$) và không tuân thủ tập phục hồi chức năng (OR = 3,10; $p < 0,01$).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan đến mắc nhiều đợt cấp bao gồm bệnh nhân thiếu cân (OR = 3,07; $p < 0,01$); giai đoạn bệnh GOLD 3, 4 (OR = 2,06; $p < 0,01$); sử dụng thuốc không đúng cách (OR = 2,52; $p < 0,01$) và không tuân thủ tập phục hồi chức năng (OR = 3,10; $p < 0,01$).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Phòng khám Hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh cần tư vấn cho bệnh nhân chế độ ăn bệnh lý để cải thiện cân nặng, tư vấn bệnh nhân tuân thủ các bài tập phục hồi chức năng và hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thuốc dạng xịt/hít tại nhà đúng cách để giảm số đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Access date 15/06/2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4562/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 19 tháng 7 năm 2018 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính”. Hà Nội. 2018.
3. **Bộ Y tế.** Thông tin y tế 28 - 30/9/2020. Truy cập ngày 10/09/2021. <https://moh.gov.vn/>.
4. **Phạm Thị Hồng Thanh.** Thực trạng quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan đến tần suất mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Hải Dương, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, chuyên ngành Quản lý Y tế, Trường Đại học Y Hải Phòng. 2021.
5. **Global Initiative for Chronic Obstructive lung disease.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2019 REPORT. Access date 18/09/2021. <https://goldcopd.org>.
6. **Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, et al.** Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med (1987), **106** (2): p196 - 204.
7. **Nguyễn Quang Đợi, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh.** Tỷ lệ và yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi trong đợt cấp bệnh nhân đợt cấp phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp chí Y học Việt Nam (2018), **1** (472): p89 - 93.
8. **Bai JW, Chen XX, Liu S, et al.** Smoking cessation affects the natural history of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis (2017), **12**: p3323 - 3328.
9. **Jones PW, Nadeau G, Small M, et al.** Characteristics of a COPD population categorised using the GOLD framework by health status and exacerbations. Respir Med (2014), **108** (1): p129 - 135.
10. **Pavord ID, Jones PW, Burgel PR, et al.** Exacerbations of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis (2016), **11**: p21 - 30.

THỰC TRẠNG SA SÚT TRÍ TUỆ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2022

Trần Thị Thúy Hà¹, Nguyễn Thị Cẩm Tú², Nguyễn Văn Khải¹

TÓM TẮT

Sa sút trí tuệ là sự suy giảm chức năng trí tuệ và nhận thức, dẫn đến giảm khả năng hoạt động sống hàng ngày. Đây là bệnh thường gặp và ảnh hưởng trầm trọng đến người cao tuổi. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 2225 người cao tuổi tại thành phố Hải Phòng nhằm mục đích xác định tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm Mini-Mental State Examination. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ chiếm 13,9%. Trong đó có 1,1% suy giảm nhận thức nặng, 3,8% suy giảm nhận thức và 9,0% suy giảm nhận thức nhẹ. Cần có thêm các nghiên cứu về các giải pháp can thiệp dự phòng sa sút trí tuệ sớm ở người cao tuổi tại Hải Phòng.

Từ khóa: Sa sút trí tuệ, người cao tuổi, Hải Phòng

SUMMARY

THE SITUATION OF DEMENTIA IN THE ELDERLY IN HAI PHONG CITY, 2022

Dementia is a decline in intellectual and cognitive function, leading to decreases in the ability to function in daily living. This issue is a common disease and seriously affects the Elderly. A cross-sectional descriptive study was

conducted on 2225 elderly in Hai Phong City aimed at determining the prevalence of dementia according to the Mini-Mental State Examination scale. The research outcomes showed that: Elderly with dementia accounted for 13.9%, of which there were 1.1% severe cognitive impairment, 3.8% cognitive impairment and 9.0% mild cognitive impairment. The research results showed that it is necessary to need for more studies on interventions to prevent early dementia among the Elderly in Hai Phong.

Keywords: Dementia, elderly, Hai Phong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là sự suy giảm chức năng trí tuệ và nhận thức, dẫn đến giảm khả năng hoạt động sống hàng ngày. Đây là bệnh thường gặp và ảnh hưởng trầm trọng đến người cao tuổi [2]. Theo thống kê Tổ chức y tế thế giới (WHO, 2022) trên toàn thế giới có khoảng 55 triệu người bị sa sút trí tuệ, với hơn 60% sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Do tỷ lệ người cao tuổi trong dân số ngày càng tăng ở hầu hết các quốc gia, con số này dự kiến sẽ tăng lên 78 triệu người vào năm 2030 và 139 triệu người vào năm 2050 [10]. Sa sút trí tuệ hiện là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ bảy trong số tất cả các bệnh và là một trong những nguyên nhân chính gây tàn tật và phụ thuộc ở người cao tuổi trên toàn cầu [10].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu dịch tễ học ở phía Bắc và phía Nam Việt Nam đã ghi nhận tỉ lệ sa sút trí tuệ chiếm 4,8-5% ở người trên 60 tuổi, như vậy Việt Nam chúng ta hiện

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Sở y tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 11.5.2023

đang có khoảng 500.000 người trên 60 tuổi bị sa sút trí tuệ [4]. Khoa học ngày nay đã chứng minh việc điều trị sa sút trí tuệ càng hiệu quả khi người bệnh đến càng sớm. Tuy vậy, phần lớn bệnh lý sa sút trí tuệ được chẩn đoán muộn, với khoảng trống giữa triệu chứng đầu tiên và điều trị lên đến 10-32 tháng [3].

Theo kết quả tổng điều tra dân số năm 2019, Thành phố Hải Phòng là 1 trong 7 tỉnh thành có số dân cao trên 2 triệu dân, với tỷ lệ người trên 60 tuổi là 14,9% cao so với cả nước là 11,86% [7]. Tuy nhiên hiện nay tại thành phố Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng sa sút trí tuệ trên người cao tuổi, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại thành phố Hải Phòng năm 2022” nhằm mục tiêu mô tả thực trạng mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại thành phố Hải Phòng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người cao tuổi hoặc người chăm sóc người cao tuổi.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

Người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn của thành phố Hải Phòng, được lựa chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn sau:

- + Người cao tuổi có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại khu vực nghiên cứu
- + Tự nguyện tham gia và hợp tác nghiên cứu.

Trong trường hợp những người cao tuổi giám sát năng lực giao tiếp sẽ phỏng vấn người chăm sóc.

Tiêu chuẩn lựa chọn người chăm sóc người cao tuổi: Sống cùng nhà, trực tiếp chăm sóc người cao tuổi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 3 quận huyện: quận Ngô Quyền, huyện An Dương, huyện đảo Cát Hải, thành phố Hải Phòng từ từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

❖ **Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$; p là tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ ở người trên 60 tuổi tại cộng đồng = 4,63% [9]. d: sai số mong muốn giữa tỷ lệ mẫu và quần thể, chọn d = 0,015; DE = 2. Từ công thức trên tính được $n = 750 \times 2 = 1.500$ (người).

❖ Chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng chọn mẫu nhiều giai đoạn

Giai đoạn 1: Chọn 03 các quận/huyện trong thành phố.

Thành phố Hải Phòng có 15 quận/huyện, trong đó: 7 quận, 8 huyện (2 huyện đảo).

- Chọn quận: chọn 01 quận, lập danh sách 7 quận, chọn ngẫu nhiên quận được quận Ngô Quyền.

- Chọn huyện: chọn 01 huyện, lập danh sách 8 huyện, chọn ngẫu nhiên huyện An Dương

- Chọn huyện đảo: chọn có chủ đích huyện đảo Cát Hải.

Giai đoạn 2: Xác định số mẫu phân bố tại 03 quận/huyện

Thông kê tổng số người cao tuổi tại 03 quận/huyện, tổng số người cao tuổi tại 03 quận/huyện là 39.065. Tính hệ số tỷ lệ $k = 39.065/1500 = 26$.

Số mẫu phân bố các quận huyện cụ thể theo bảng sau:

STT	Địa điểm	Tổng số người cao tuổi	Số mẫu	Số mẫu thực tế
1	Huyện An Dương	17.726	680	1025
2	Quận Ngô Quyền	19.995	690	1000
3	Huyện đảo Cát Hải	3.344	130	200
Tổng		39.065	1.500	2225

Giai đoạn 3: Lập danh sách mẫu và chọn đối tượng từ khung chọn mẫu

Tại mỗi quận huyện, lập danh sách người cao tuổi, sử dụng bảng số ngẫu nhiên chọn danh sách mẫu.

Giai đoạn 4: Phỏng vấn NCT trong danh sách mẫu

Phỏng vấn tại hộ gia đình có NCT trong danh sách mẫu bao gồm tất cả NCT có mặt tại hộ gia đình trong thời điểm phỏng vấn.

Thực tế điều tra trên 2225 người cao tuổi tại thành phố Hải Phòng, trong đó điều tra: 1000 NCT tại quận nội thành (Ngô Quyền), 1025 NCT tại huyện ngoại thành (An Dương) và 200 NCT tại huyện đảo (Cát Hải).

2.5. Biến số nghiên cứu

Gồm biến số và các nhóm biến số: Giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, khu vực sinh sống, điểm số của đối tượng nghiên cứu theo test sàng lọc sa sút trí tuệ MMSE, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo các bệnh lý kèm theo của đối tượng nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

❖ *Công cụ thu thập thông tin:* Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn sàng lọc sa sút trí tuệ sử dụng thang đánh giá trạng thái tâm thần MMSE ở bệnh nhân sa sút trí tuệ (Mini – Mental State Examination (MMSE) [8]. Bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa và đánh giá của Hội thần kinh học Việt Nam [3].

Các khía cạnh đánh giá: Đánh giá là rối loạn nếu đạt <80% tổng số điểm mỗi khía cạnh

Đánh giá khả năng định hướng không gian và thời gian (tối đa bệnh nhân làm tốt được 10 điểm).

Đánh giá khả năng ghi nhận (3 điểm).

Đánh giá sự chú ý và khả năng tính toán (5 điểm).

Đánh giá trí nhớ gần (hồi ức nhớ lại) (3 điểm).

Đánh giá ngôn ngữ (8 điểm).

Đánh giá khả năng tưởng tượng, trừu tượng: 1 điểm.

Tiêu chuẩn đánh giá: những đối tượng có biểu hiện nghi ngờ sa sút trí tuệ là những người có tổng điểm trắc nghiệm MMSE < 24 điểm. Đánh giá cụ thể như sau [6]:

Không có suy giảm nhận thức: ≥ 24 điểm

Suy giảm nhận thức nhẹ (tiền triệu SSTT): 20 – 23 điểm

Suy giảm nhận thức vừa: 14 – 19 điểm

Suy giảm nhận thức nặng: 0 – 13 điểm

❖ Phương pháp thu thập thông tin:

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi đã thiết kế; với những trường hợp mất khả năng giao tiếp phỏng vấn người chăm sóc.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phép thống kê mô tả bao gồm tỷ lệ phần trăm, tần số để mô tả các đặc điểm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ. Sử dụng test thống kê y học: Chi-square test để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm độc lập, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích

một cách rõ ràng về mục đích nghiên cứu, nội dung nghiên cứu. Nghiên cứu viên chỉ tiến hành phỏng vấn khi có sự chấp nhận và sẵn sàng hợp tác tham gia của đối tượng

nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được của từng cá nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đặc điểm tuổi, học vấn theo giới (n = 2225)

Đặc điểm		Nam (SL, %)	Nữ (SL, %)	P
Nhóm tuổi	60 – 69	528 (60,0)	795 (59,1)	0,541
	70 – 79	266 (30,2)	408 (30,3)	
	80 - 89	77 (8,8)	118 (8,8)	
	90 tuổi trở lên	9 (1,0)	24 (1,8)	
Tuổi TB		70,4 ±7,1	70,7±17,8	0,574
Trình độ học vấn	Tiểu học	174 (19,8)	403 (30,1)	<0,001
	THCS	402 (45,7)	569 (42,3)	
	THPT	203 (23,1)	251 (18,7)	
	Trên THPT	101 (11,4)	122 (9,9)	
Tổng		880 (39,6)	1345 (60,4)	

Ở cả 2 giới nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60% đối với nam và 59,1% đối với nữ). ĐTNC là nam có tuổi trung bình 70,4±7,1; ĐTNC là nữ có tuổi trung bình 70,7±17,8. Phân bố theo nhóm tuổi giữa 2 giới không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Đối tượng nghiên cứu có trình

độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 giới (45,7% ở nam giới và 42,3% ở nữ giới) và thấp nhất là trên THPT (11,4% ở nam; 9,9% ở nữ). Sự khác biệt về phân bố trình độ học vấn giữa 2 nhóm đối tượng nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 2. Kết quả đánh giá định hướng, tính toán và một số lĩnh vực nhận thức

Nội dung trắc nghiệm	Điểm	Số lượng (SL, %)
Đánh giá về định hướng (tối đa 10 điểm)	≤ 6	3 (0,15)
	7	3 (0,15)
	8	8 (0,4)
	9	72 (3,2)
	10	2139 (96,1)
Đánh giá khả năng ghi nhận (trí nhớ tức thì) (tối đa 3 điểm)	1	66 (3,0)
	2	161 (7,2)
	3	1998 (89,8)
Đánh giá sự chú ý và tính toán (tối đa 5 điểm)	0	38 (1,8)
	1	123 (5,5)
	2	160 (7,2)
	3	290 (13,0)

	4	278 (12,5)
	5	1336 (60,0)
Đánh giá khả năng hồi ức nhớ lại (tối đa 3 điểm)	0	10 (0,4)
	1	154 (6,9)
	2	355 (16,0)
	3	1706 (76,7)
Đánh giá về ngôn ngữ (tối đa 8 điểm)	2-4	5 (0,2)
	5	15 (0,7)
	6	150 (6,7)
	7	275 (12,4)
	8	1780 (80,0)
Đánh giá khả năng tưởng tượng, triu tượng (tối đa 1 điểm)	0	562 (25,3)
	1	1663 (74,7)
TỔNG		2225 (100,0)

Đánh giá các chức năng theo bảng đánh giá MMSE, chúng tôi nhận thấy, có 0,3% ĐTNC có rối loạn về định hướng, 10,2% rối loạn khả năng ghi nhận, 27,5% rối loạn sự chú ý và tính toán, 23,2% rối loạn khả năng hồi ức và nhớ lại, 7,6% có rối loạn khả năng về ngôn ngữ và 25,3% rối loạn khả năng triu tượng.

Bảng 3. Điểm số của đối tượng nghiên cứu theo test sàng lọc sa sút trí tuệ MMSE (n=2225)

Điểm đánh giá		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có sa sút trí tuệ	0 – 13 điểm (suy giảm nhận thức nặng)	24	1,1
	14 – 19 điểm (suy giảm nhận thức vừa)	85	3,8
	20 – 23 điểm (suy giảm nhận thức nhẹ)	200	9,0
	Tổng	309	13,9
≥ 24 điểm (Không sa sút trí tuệ)		1916	86,1
Tổng chung		2225	100,0

Có 1,1% ĐTNC suy giảm nhận thức nặng, 3,8% suy giảm nhận thức ở mức độ trung bình và 9,0% suy giảm nhận thức ở mức độ nhẹ. Đánh giá chung theo thang điểm MMSE có 13,9% người cao tuổi trong nghiên cứu này có SSTT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 2225 người cao tuổi tại 3 quận huyện của thành phố Hải Phòng năm 2022, kết quả nghiên cứu cho thấy: ĐTNC là nam có tuổi trung bình $70,4 \pm 7,1$; ĐTNC là nữ có tuổi trung bình $70,7 \pm 17,8$ (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương

đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Thanh Tú và CS (Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $72,9 \pm 10,2$; tuổi nhỏ nhất là 60, lớn nhất là 105 tuổi. Các đối tượng nghiên cứu đa số thuộc nữ giới (61%), nam (39%) [5]. Kết quả này tương đồng với quy luật thấp tuổi trong dân số nói chung, nghĩa ở độ tuổi càng cao tỷ lệ nữ giới càng lớn hơn nam giới. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 giới (45,7% ở nam giới và 42,3% ở nữ giới) và thấp nhất là trên THPT (11,4% ở nam; 9,9% ở nữ). Sự khác biệt về phân bố trình độ học vấn giữa 2 nhóm

đối tượng nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu về sa sút trí tuệ ở người cao tuổi trong cộng đồng tại Việt Nam [5].

Đánh giá các khía cạnh chức năng theo bảng đánh giá MMSE, chúng tôi nhận thấy, có 0,3% ĐTNC có rối loạn về định hướng, 10,2% rối loạn khả năng ghi nhận, 27,5% rối loạn sự chú ý và tính toán, 23,2% rối loạn khả năng hồi ức và nhớ lại, 7,6% có rối loạn khả năng về ngôn ngữ và 25,3% rối loạn khả năng triu tượng. Có thể thấy, rối loạn nhận thức gặp với tỷ lệ cao hơn ở các khía cạnh: sự chú ý và tính toán; khả năng triu tượng và khả năng hồi ức nhớ lại. Đánh giá chung theo thang điểm MMSE, tỷ lệ người cao tuổi mắc chứng sa sút trí tuệ chiếm 13,9%. Có 1,1% ĐTNC suy giảm nhận thức nặng, 3,8% suy giảm nhận thức ở mức độ trung bình và 9,0% suy giảm nhận thức ở mức độ nhẹ. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Bích Hà và cộng sự năm 2020, tỷ lệ NCT có SSTT theo thang điểm MMSE là 22,2% [1]. Sự khác nhau về tỷ lệ mắc SSTT ở các nghiên cứu có thể giải thích do sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên cộng đồng, thì nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Hà thực hiện trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám Lão Khoa, nơi NCT thường mắc các bệnh kèm theo. Việc phân chia các giai đoạn của sa sút trí tuệ có vai trò rất quan trọng trong công tác nghiên cứu, đánh giá và ứng dụng các biện pháp điều trị trong quản lý, chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện và cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số đối tượng ở giai đoạn SSTT sớm (9,0%) thấp hơn của tác giả Trịnh Thị Bích Hà (có SSTT ở mức nhẹ (20 – 23 điểm) chiếm 16,2%) [1]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu

chuẩn chẩn đoán và đặc biệt là cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu.

Theo WHO, hiện có hơn 55 triệu người mắc chứng sa sút trí tuệ trên toàn thế giới, hơn 60% trong số họ sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và mỗi năm có gần 10 triệu ca mắc mới. Sa sút trí tuệ hiện là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ bảy và là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng khuyết tật và phụ thuộc ở người lớn tuổi trên toàn cầu. Theo Hội Thần kinh học Việt Nam, Sa sút trí tuệ là tình trạng bệnh lý phổ biến với tỷ lệ khoảng 10% ở người trên 65 tuổi và có thể tới 50% ở người trên 85 tuổi và bệnh nhân ở giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ có thể ổn định hoặc hồi phục được nếu được phát hiện và can thiệp kịp thời. Việc đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi cung cấp dữ liệu cho các cơ sở y tế, các nhà quản lý trong việc lập kế hoạch chăm sóc nâng cao sức khỏe người cao tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 9% người cao tuổi là đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ, cần có thêm các nghiên cứu về các giải pháp can thiệp dự phòng sa sút trí tuệ sớm ở người cao tuổi tại Hải Phòng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại thành phố Hải Phòng năm 2022 cho thấy, tỷ lệ mắc chứng sa sút trí tuệ ở người cao tuổi là 13,9%. Có 9% người cao tuổi ở giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ. Kết quả nghiên cứu cho thấy nên triển khai các chương trình sàng lọc để phát hiện sớm những trường hợp suy giảm nhận thức nhẹ, mang lại cơ hội có thể được can thiệp sớm giúp ổn định hoặc hồi phục, giảm tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Cần có thêm các nghiên cứu về các giải pháp can thiệp dự phòng sa sút trí tuệ sớm ở người cao tuổi tại Hải Phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Bích Hà, Thân Hà Ngọc Thế và Phạm Ngọc Thùy Trang.** Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm MMSE ở bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám Lão Khoa bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2021; 25(2): 212 – 217.
2. **Lê Đức Hình.** Hội thần kinh học Việt Nam. Tiếp cận chẩn đoán và xử trí sớm sa sút trí tuệ. <https://hoithankinhhocvietnam.com.vn/tiep-can-chan-doan-va-xu-tri-som-sa-sut-tri-tue/>. Ngày truy cập 20/10/2022.
3. **Cao Mạnh Long, Hồ Thị Kim Thanh, Trần Khánh Toàn.** Giá trị của trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) trong sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. Tạp chí nghiên cứu y học. 2022. 149(1), 229-236.
4. **Phạm Thị Vân Phương, Trịnh Thị Cẩm Tuyên.** Thực trạng sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại xã Bình Thành, Huyện Đức Huệ, Tỉnh Long An năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30(6): 184 – 190.
5. **Huỳnh Thị Thanh Tú, Đoàn Vương Diễm Khánh, Nguyễn Thị Hạnh và CS.** Tỷ lệ suy giảm nhận thức và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Phú An huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2016. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 5 - tháng 10/2018. Tr. 72-77.
6. **Lê Văn Tuấn.** Đặc điểm dịch tễ học sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại 2 quận, huyện Hà Nội. Luận án Tiến sĩ y học. Viện vệ sinh dịch tễ trung ương. 2014.
7. **Tổng cục thống kê.** Tổng điều tra Dân số và nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. Hà Nội, tháng 7 năm 2021.
8. **Folstein M.F, McHugh P.R, Folstein S.E.** Mini - Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J.psychiat. Res. 1975; 12: 189-198.
9. **Wang W, Wu S, Cheng X & at el.** Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in an urban community of Beijing, China. Neuroepidemiology. 2000; 19 (4): 194-200.
10. **World Health Organization.** Demetia. 2022. Ngày truy cập: 20/10/2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

KẾT QUẢ MỞ MỞ KẾT HỢP NỘI SOI TÁN SỎI ĐIỆN THỦY LỰC ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG

Nguyễn Bá Phước¹, Phạm Văn Thương²,
Hoàng Anh Tú¹, Phạm Văn Duyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật bằng mổ mở kết hợp nội soi tán sỏi điện thủy lực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật tại Bệnh viện Kiến An, thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 05/2022. **Kết quả:** 100% trường hợp nội soi thấy sỏi trong đường mật, trong đó đa số sỏi ở đường mật chính ngoài gan và đường mật trong gan hai bên, chiếm 63,4%. Nội soi đường mật trong mổ đánh giá đa phần đường mật bình thường (86,7%), có 4 trường hợp (13,3%) hẹp đường mật. 90% bệnh nhân được tán sỏi điện thủy lực đơn thuần và 10% có kết hợp lấy sỏi bằng rọ. Có 5 bệnh nhân (16,7%) sót sỏi chủ yếu do hẹp và gấp góc đường mật. Thời gian phẫu thuật trung bình 100,5 phút. Thời gian lấy và tán sỏi điện thủy lực qua nội soi đường mật trung bình 80,2 phút. Có 1 trường hợp tai biến rách, chảy máu đường mật, chiếm 3,3%. Có 2 trường hợp biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, chiếm 6,7%. Chụp đường mật sau mổ 83,3% sạch sỏi. Vị trí sót sỏi thường gặp ở đường mật trong gan hạ phân thùy IV và hạ phân thùy VI, chiếm 16,7%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11,7 ngày. **Kết**

luận: Mổ mở kết hợp nội soi đường mật tán sỏi điện thủy lực là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan.

Từ khoá: Điều trị, sỏi đường mật, tán sỏi điện thủy lực, Kiến An.

SUMMARY

RESULTS OF OPEN SURGERY COMBINED WITH ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY FOR TREATMENT OF GALLSTONES AT KIEN AN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG

Objectives: To evaluate the results of treatment of gallstones by open surgery combined with electrohydraulic lithotripsy. **Subjects and methods:** A cross-sectional study conducted on 30 patients diagnosed with gallstones at Kien An Hospital, from October 2020 to May 2022. **Results:** 100% of endoscopic cases showed stones in the biliary tract, of which the majority of stones were in the main extrahepatic biliary tract and the bilateral intrahepatic biliary tract, accounting for 63.4%. Intraoperative cholangioscopy assessed the majority of biliary tracts as normal (86.7%), with 4 cases (13.3%) of biliary stricture. 90% of patients received electrohydraulic lithotripsy alone and 10% combined with gabion lithotripsy. There were 5 patients (16.7%) remaining stones mainly due to narrowing and angulation of the biliary tree. The average surgery time was 100.5 minutes. The average time of collection and electrohydraulic lithotripsy through cholangiography was 80.2 minutes. There was 1

¹Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

case of laceration, biliary bleeding, accounting for 3.3%. There were 2 cases of surgical wound infection complications, accounting for 6.7%. Cholangiography after surgery 83.3% clear stones. The location of residual stones is common in the intrahepatic bile ducts of segment IV and subsegment VI, accounting for 16.7%. The average postoperative hospital stay was 11.7 days. **Conclusion:** Open surgery combined with endoscopic cholangiography electrohydraulic lithotripsy is a safe and effective method in the treatment of gallstones, especially intrahepatic cholangiolithiasis.

Keywords: Treatment, gallstones, electrohydraulic lithotripsy, Kiến An.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nội soi ống mềm kết hợp với các phương pháp lấy sỏi như dùng rọ, tán sỏi laser, tán sỏi điện thủy lực,... để điều trị sỏi đường mật được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới cho thấy tính khả thi, an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi từ 85,7 - 100% [1, 2].

Tại Việt Nam, nội soi tán sỏi đường mật đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm lớn như Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Việt Đức... cho kết quả tốt [3, 4]. Tại Hải Phòng, nội soi tán sỏi đường mật trong mổ được triển khai lần đầu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 5/2019 và tại Bệnh viện Kiến An từ tháng 10/2020, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả nội soi ống mềm tán sỏi đường mật bằng điện thủy lực trong mổ mở tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường

mật dựa trên kết quả siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính trước mổ. Bệnh nhân được điều trị bằng mổ mở có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực (TSĐTL) trong mổ. Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân sốc nhiễm trùng đường mật, nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc mật. Bệnh nhân ung thư đường mật và bệnh nhân có chống chỉ định gây mê, rối loạn đông máu, điểm ASA > III.

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 kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu: Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật và được điều trị bằng mổ mở có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp TSĐTL tại Bệnh viện Kiến An - Hải Phòng.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí lựa chọn trong thời gian từ tháng 10/2020 đến hết tháng 05/2022.

2.3. Dụng cụ và phương tiện phẫu thuật. Ống soi soi mềm 11292VP của hãng Karl Storz - Đức. Nguồn sáng lạnh Power LED- 175 SCB (Karl Storz - Đức). Dàn máy nội soi đường mật: Bộ xử lý hình ảnh IMAGE1 S FULL HD (Karl Storz - Đức); màn hình: LED 27 inch; camera: Bộ camera nối với đầu ống soi, qua bộ thu truyền lên màn hình. Máy TSĐTL (Karl Storz - Đức): Tần số: 40-60 Kz. Cường độ: 4 mức 250mj-500mj-1000mj 1500mj (tương ứng mức năng lượng A,B,C,D) và bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa gan mật.

2.4. Kỹ thuật mổ. Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn (có thể kéo dài xuống qua

rốn), thăm dò và đánh giá các tổn thương đại thể. Phẫu tích bộc lộ và mở ống mật chủ (OMC). Bộc lộ OMC, có thể chọc hút kiểm tra trước khi mở. Mở dọc OMC 2-3cm, khâu treo hai bên đường mật vừa mở bằng chỉ Vicryl 3/0. Dùng dụng cụ lấy sỏi ở OMC, bơm áp lực lấy sỏi tối đa trên gan. Nội soi đường mật: Đánh giá tình trạng OMC, cơ Oddi, đường mật và lấy sỏi lần lượt gan trái và đường mật gan phải. Tán sỏi điện thủy lực: Tùy thuộc vào vị trí, kích thước của sỏi, đường kính của ống mật mà chọn dây tán và mức năng lượng xung hợp lý, theo từng loại máy tán sỏi sử dụng. Đối với sỏi ở các ống mật to hơn 5mm (ống soi có thể tiến sát sỏi và đưa dây tán hướng chính xác vào sỏi) sử dụng dây tán 3.0 hoặc 4.5, mức năng lượng 500mJ, 1000mJ, kiểu xung B hoặc C (máy tán sỏi của hãng Karl Storz). Nếu sỏi nhỏ nằm ở các ống mật nhỏ hơn 5mm, dùng dây

3.0, mức năng lượng 250mJ, kiểu xung A. Dây tán sỏi được đưa qua kênh dụng cụ máy soi, đầu dây tán sỏi đưa ra khỏi ống soi 3 - 5mm.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 30)

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	16	53,3
	Nữ	14	46,7
Tuổi	< 40 tuổi	1	3,3
	40 - 59 tuổi	10	33,3
	≥ 60 tuổi	19	63,4
	Tuổi trung bình (Min - Max)	64,6 ± 14,2 (30 - 89 tuổi)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ lần lượt là 53,3% và 46,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 ± 14,2, nhỏ nhất là 30, lớn nhất là 89 tuổi. Đa số bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, chiếm 63,4%.

Bảng 2. Vị trí và số lượng sỏi theo đường mật (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí sỏi	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan phải	10	33,3
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan trái	1	3,3
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan hai bên	19	63,4
Số lượng sỏi	Sỏi ít	5	16,7
	Sỏi nhiều	25	83,3

OMC: Ống mật chủ

Nhận xét: 100% trường hợp nội soi thấy sỏi trong đường mật, trong đó chủ yếu là sỏi ống mật chủ kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên, chiếm 63,4%. 83,3% bệnh nhân phát hiện nhiều sỏi.

Bảng 3. Tình trạng đường mật theo nội soi đường mật (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng đường mật	Đường mật hẹp	4	13,3
	Đường mật bình thường	26	86,7
Vị trí hẹp	1 vị trí	2	6,7
	2 vị trí	2	6,7
Mức độ hẹp	Hẹp nhẹ	3	10,0
	Hẹp vừa	1	3,3

Nhận xét: Nội soi đường mật trong mổ đánh giá đa phần đường mật bình thường, có 4 trường hợp hẹp đường mật, chiếm 13,3%. 10,0% bệnh nhân có hẹp đường mật mức độ nhẹ, 3,3% hẹp vừa.

Bảng 4. Phương pháp lấy sỏi và tình trạng sạch sỏi sau mổ (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp lấy sỏi	Tán sỏi điện thủy lực	27	90,0
	Tán sỏi điện thủy lực + rọ lấy sỏi	3	10,0
Sạch sỏi quan sát		25	83,3
Sốt sỏi quan sát		5	16,7
Vị trí sỏi	Đường mật trong gan phải	2	6,7
	Đường mật trong gan 2 bên	3	10,0
Nguyên nhân sỏi	Hẹp đường mật	3	10,0
	Đường mật gấp góc	1	3,3
	Hẹp + gấp góc đường mật	1	3,3

Nhận xét: 90,0% trường hợp được tán sỏi điện thủy lực đơn thuần. Đa số các trường hợp nội soi tán sỏi đường mật đạt mức sạch sỏi quan sát, chiếm 83,3%. 60% trường hợp sỏi nằm ở đường mật trong gan hai bên, trong đó nguyên nhân chủ yếu là do hẹp đường mật.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, thời gian lấy và tán sỏi qua nội soi đường mật, và biến chứng phẫu thuật (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	60 - < 90	4	13,3
	90 - < 120	22	73,4
	≥ 120	4	13,3
	Thời gian trung bình (Min - Max)	100,5 ± 18,8 phút (60 - 150 phút)	
Thời gian lấy và tán sỏi qua NSDM	< 90	18	60,0
	90 - < 120	9	30,0
	≥ 120	3	10,0
	Thời gian trung bình (Min - Max)	80,2 ± 10,7 phút (50 - 130 phút)	
Tai biến rách, chảy máu đường mật		1	3,3

NSDM: Nội soi đường mật

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình $100,5 \pm 18,8$ phút, dài nhất 150 phút. Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 90 - < 120 phút, chiếm 73,4%. Thời gian lấy và tán sỏi qua nội soi đường mật trung bình 80,2

$\pm 10,7$ phút, dài nhất 130 phút. Đa số bệnh nhân có thời gian lấy và tán sỏi <90 phút, chiếm 60,0%. Có 1 bệnh nhân tai biến rách, chảy máu đường mật, chiếm 3,3%.

Bảng 6. Đánh giá kết quả sau mổ (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm đường mật sau mổ	Sạch sỏi	25	83,3
	Sốt sỏi	5	16,7
	Bình thường	27	90,0
	Giãn	3	10,0
Kết quả chụp đường mật qua Kehr sau mổ	Sạch sỏi	25	83,3
	Sốt sỏi	5	16,7
Vị trí sỏi sỏi theo chụp đường mật sau mổ	Đường mật HPT VI	2	6,6
	Đường mật HPT IV + VI	3	10,1
Biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ		2	6,7
Thời gian nằm viện (Giá trị trung bình (Min - Max))		$11,7 \pm 2,1$ (7 - 19 ngày)	
Kết quả chung	Tốt	25	83,3
	Trung bình	5	16,7

HPT: Hạ phân thủy

Nhận xét: 25 bệnh nhân (83,3%) sạch sỏi sau mổ. Vị trí sỏi sỏi thường gặp ở đường mật trong gan hạ phân thủy IV và hạ phân thủy VI, chiếm 10,1%. Có 2 trường hợp biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, chiếm 6,7%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $11,7 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 19 ngày. Đánh giá chung cho thấy 83,3% bệnh nhân có kết quả tốt, 16,7% kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu thấy 100% trường hợp nội soi thấy sỏi trong đường mật, trong đó chủ yếu là sỏi ống mật chủ (OMC) kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên, chiếm 63,4%. Ngoài ra 33,3% sỏi OMC kết hợp sỏi đường mật gan phải và 3,3% sỏi OMC kết hợp sỏi đường mật gan trái. Hẹp đường mật là tổn thương đặc trưng của bệnh

lý sỏi đường mật trong gan, có thể là hậu quả của quá trình viêm nhiễm kéo dài cũng có thể là nguyên nhân sinh sỏi. Kết quả nghiên cứu thấy nội soi đường mật (NSDM) trong mổ đánh giá đa phần đường mật bình thường, có 4 trường hợp hẹp đường mật, chiếm 13,3%, trong đó, 10,0% là hẹp nhẹ và 3,3% hẹp đường mật mức độ vừa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được tán sỏi điện thủy lực, ngoài ra có 3 trường hợp sỏi đúc khuôn, đăng sau vị trí hẹp đường mật chúng tôi kết hợp thêm với rọ để lấy sỏi.

Nghiên cứu thấy đa số các trường hợp nội soi tán sỏi đường mật đạt mức sạch sỏi quan sát, chiếm 83,3%. Ngoài ra 16,7% sỏi sỏi quan sát, trong đó 10,0% sỏi sỏi ở đường mật trong gan hai bên, nguyên nhân chủ yếu là do hẹp và gấp khúc đường mật.

Nghiên cứu thấy thời gian lấy và tán sỏi qua NSĐM trung bình $80,2 \pm 10,7$ phút, dài nhất 130 phút. Đa số bệnh nhân có thời gian lấy và tán sỏi < 90 phút, chiếm 60,0%, là những trường hợp còn sỏi trong gan số lượng ít, đường mật không gấp góc, không chít hẹp, dễ tiếp cận sỏi. Có 3 bệnh nhân (10,0%), thời gian tán sỏi ≥ 120 phút do đã mổ nhiều lần, nhiều sỏi, đường mật gấp góc và có tai biến chảy máu khi thực hiện tán sỏi điện thủy lực, do đó những trường hợp này chúng tôi chủ động để sỏi sỏi sau đó sẽ tán sỏi qua đường hầm Kehr. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Tiến ghi nhận thời gian tán sỏi trong mổ trung bình 55 ± 11 phút, ngắn nhất là 25 phút, dài nhất là 95 phút, có 24 bệnh nhân (70,6%), tán sỏi trong thời gian < 60 phút [5]

Nghiên cứu có 1 trường hợp tai biến rách, chảy máu đường mật, chiếm 3,3%. Đây là trường hợp sỏi đúc khuôn trong đường mật, có hẹp đường mật mức độ vừa. Trong khi đưa ống soi qua chỗ hẹp và tán sỏi bằng điện thủy lực làm tổn thương rách và chảy máu đường mật. Chúng tôi nhận định vết rách nhỏ và tình trạng chảy máu rỉ rả nên quyết định bơm rửa đường mật bằng nước muối sinh lý ấm, kết hợp dùng thuốc cầm máu (Transamin 500mg x1 ống). Sau quan sát qua nội soi thấy máu đã được cầm. Tác giả Alder và cộng sự ghi nhận tai biến trong mổ từ 7- 9% bao gồm chảy máu đường mật, viêm đường mật, thủng đường mật [6], tác giả Thái Nguyên Hưng gặp 8,2% bệnh nhân TSĐTL bị chảy máu đường mật (5/6 bệnh nhân chảy máu khi tán sỏi do TSĐTL sau chỗ hẹp, 1 trường hợp TSĐTL ở nhánh nhỏ hạ phân thủy (HPT) sâu trong gan bị chảy máu) [7].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp đường mật qua Kehr và siêu âm đường mật tại thời điểm 10

ngày sau mổ để đánh giá tình trạng sạch sỏi. Kết quả ghi nhận 25 bệnh nhân (83,3%) sạch sỏi, 5 trường hợp sỏi sỏi, chiếm 16,7%. Vị trí sỏi sỏi thường gặp ở đường mật trong gan HPT IV và HPT VI, chiếm 16,7%. Tất cả 5 bệnh nhân sỏi sỏi sau mổ đều là những trường hợp sỏi sỏi quan sát trong mổ do hẹp và gấp góc đường mật. Sau mổ chúng tôi tiến hành sử dụng kháng sinh, giãn cơ sau đó 3 tuần nội soi đường mật qua Kehr để bơm rửa và tán sỏi. Chúng tôi cho rằng trong những năm đầu khi tán sỏi nội soi đường mật trong mổ mới được áp dụng các phẫu thuật viên ít kinh nghiệm đang còn gặp nhiều khó khăn khi thực hiện kỹ thuật vì thể tỷ lệ sỏi sỏi còn cao. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Văn Dương năm 2002, tỷ lệ không tán hết sỏi trong phẫu thuật lên tới 60% [8].

Nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, chiếm 6,7%. Đây đều là những bệnh nhân cao tuổi, có bệnh nền đái tháo đường, thời gian mổ kéo dài. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng kháng sinh, thay băng vết mổ, sau ra viện trong tình trạng ổn định. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong, viêm đường mật hay chảy máu đường mật sau mổ. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Đặng Tâm là 8,9% trong đó có 2 trường hợp chảy máu (1 trường hợp phải chọc hút máu tụ dưới bao gan, 1 trường hợp tự cầm), 2 trường hợp sỏi cao sau TSĐTL sau đó sỏi giảm sau 1-2 ngày [9].

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $11,7 \pm 2,1$ ngày. Ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 19 ngày. Trường hợp nằm viện lâu nhất của chúng tôi là bệnh nhân nữ cao tuổi, thể trạng béo phì, đã có tiền sử mổ sỏi mật 1 lần, sau mổ xuất hiện biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ sâu, chúng tôi phải tách vết mổ, thay

bằng và bơm rửa hàng ngày. Sau điều trị bệnh nhân ra viện trong tình trạng ổn định.

Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Huy Tiến tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thấy thời gian nằm viện sau mổ trung bình 12,56 ngày (10 - 32 ngày), trong đó 55,5% bệnh nhân nằm viện từ 13-15 ngày và 38,9% nằm viện trên 15 ngày [5].

Nghiên cứu thấy đa số bệnh nhân sau mổ mở kết hợp nội soi đường mật TSĐTL có kết quả tốt, chiếm 83,3%, bệnh nhân hết đau, hết sốt, vàng da giảm, sau mổ không có biến chứng, siêu âm và chụp X-quang đường mật không sót sỏi. Có 5 bệnh nhân (16,7%) sót sỏi sau mổ đạt kết quả trung bình trong đó có 2 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ không phải can thiệp lại. Không bệnh nhân nào kết quả xấu. Kết quả tương tự nghiên cứu của Hoàng Trọng Nhật Phương 64,28% tốt và 35,72% trung bình [10], tác giả Nguyễn Huy Tiến nghiên cứu trên 36 bệnh nhân cho thấy 88,9% đạt kết quả tốt [5].

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm hạn chế là không có nhóm đối chứng, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Mổ mở kết hợp nội soi đường mật tán sỏi điện thủy lực là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan, hạn chế tối đa tổn thương đường mật và sót sỏi. Các trường hợp sót sỏi sau mổ đều được nội soi tán sỏi qua đường hầm Kehr mà không phải can thiệp phẫu thuật lại, giúp bệnh nhân phục hồi sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Thành, Lê Văn Lợi.** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật trong và ngoài gan có sử dụng nội soi mềm và ống nối mật - da tại Bệnh viện 108. Tạp

chí Y học lâm sàng 108 (2019): p53.

2. **Trần Đình Thơ.** Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi trong gan. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2006.
3. **Uenishi T, Hamba H, Takemura S, et al.** Outcomes of hepatic resection for hepatolithiasis. The American Journal of Surgery (2009), **198**(2): p199-202.
4. **Tian J, Li JW, Chen J, et al.** The safe and feasibility of reoperation for the treatment of hepatolithiasis by laparoscopic approach. Surg Endosc (2013), **27**(4): p1315-1320.
5. **Nguyễn Huy Tiến.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật và tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Từ tháng 4/2014 đến tháng 9/2015. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
6. **Adler DG, Laing PJ, et al.** Difficult bile duct stones: a review of current endoscopic treatments. Practical Gastroenterology (2013): p10-23.
7. **Thái Nguyên Hưng.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực trong mổ để chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
8. **Lê Văn Đương, Nguyễn Thanh Nguyên.** Đánh giá phương pháp tán sỏi bằng thủy điện lực trong và sau phẫu thuật mở ống mật chủ để giải quyết sỏi đường mật trong gan 1999 - 2001. Tạp chí Ngoại khoa (2002), **2**: p127-138.
9. **Đặng Tâm.** Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2004.
10. **Hoàng Trọng Nhật Phương, Phan Đình Tuấn Dũng, Đặng Ngọc Hùng.** Hiệu quả tán sỏi điện thủy lực trong điều trị sỏi đường mật. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh (2008), **12**(4): p114-118.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG CỦA GHÉP MỠ TỰ THÂN VÀO MÍ MẮT TRÊN

Lê Hữu Điền¹, Nguyễn Thị Hồng Vân¹,
Dương Nguyễn Việt Anh¹, Lê Trung Kiên², Nguyễn Thế May³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và biến chứng của ghép mỡ tự thân vào mí mắt trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân trũng lõm hốc mắt trên được tiến hành phẫu thuật ghép mỡ hốc mắt tại Thẩm mỹ DrD từ 2018 đến tháng 8/2022. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng với cỡ mẫu 85 bệnh nhân (170 mắt) (62 ca nguyên bản và 23 ca cắt sửa mí). Tổ chức mỡ nguyên khối được lấy từ vùng cạnh rốn và được ghép vào đúng vị trí của túi mỡ hốc mắt (trên cân cơ nâng mi, dưới cân vách hốc mắt). Phẫu thuật cắt mí được tiến hành đồng thời nhằm tạo nếp mí đôi, cắt bỏ da thừa, chỉnh sửa nếp mí bị cắt lỗi hổng nếu có. Kết quả được đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân là 84,7%(72/85). 13 ca chưa hài lòng (9 ca mắt còn trũng lõm, có chỉ định ghép thêm, 1 ca muốn lấy bớt mỡ ra, 3 ca nếp mí chưa cân đối). **Biến chứng:** 2 ca chảy máu, 2 ca sẹo lồi lại vị trí lấy mỡ. 1 ca sụp mí (4 ngày sau phẫu thuật và kéo dài 2 tuần). 1 ca sụp mí ngay sau phẫu thuật do thuốc tê. Không có trường hợp nào nhiễm trùng, giảm thị lực hay hoại tử mỡ. **Kết luận:** Ghép mỡ tự thân từ xa là một phương pháp

hiệu quả trong điều trị mắt trũng lõm, đặc biệt trên những mắt bị lấy cạn tổ chức mỡ sau phẫu thuật cắt mí.

Từ khóa: ghép mỡ hốc mắt trên, phẫu thuật mí trên

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY AND COMPLICATIONS OF APPLYING AUTOLOGOUS FAT GRAFTING TO THE UPPER EYELID

Objective: To evaluate the efficacy and complications of applying autologous fat grafting to the upper eyelid. **Methods:** Patients with sunken upper eyelids were performed autologous fat grafting at DrD clinic from 2018 to 8/2022. Clinical intervention study without a control group with the sample size of 85 patients (170 eyes) from 23-64 years old (all female) (62 primary and 23 secondary after surgery) The free fat grafting was harvested beside the belly button and applied between orbicularis oculi muscle and septum. Blepharoplasty was simultaneously combined to take double eyelid, remove redundant skin and/or repair complications. Results were evaluated after 1 week, 1 month and 3 months. **Results:** the satisfaction rate was 84,7% (72/85). 13 patients were dissatisfied with the result (9 still sunken eyes, 1 puffy eyes, 3 asymmetry and irregularity). Complications: 2 haemorrhage, 2 keloids at fat harvest position, 1 ptosis (4 days after surgery and lasted for 2 weeks), 1 ptosis just after surgery, no infection, visual loss or fat necrosis. **Conclusion:** The free

¹Phòng khám thẩm mỹ DrD (Hà Nội)

²Bệnh viện thẩm mỹ Thu Cúc

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hữu Điền

Email: dr.dienle@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

fat grafting is an effective method to correct sunken upper eyelid, especially in repairing complications after blepharoplasty.

Keywords: autologous fat grafting, upper eyelid surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một nếp mí rõ ràng sắc nét với phần mềm xung quanh căng đầy, mềm mại là những yếu tố rất quan trọng để tạo nên một đôi mắt đẹp và trẻ trung [3]. Những người có đôi mắt gầy, thiếu tổ chức hốc mắt thường gặp tình trạng mắt có nhiều nếp mí, nếp mí dính lên cao, mắt trũng sâu hốc hác, nhìn mệt mỏi và già nua [3]. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do di truyền (liên quan đến yếu tố gia đình), lão hoá hoặc do bị lấy cạn tổ chức hốc mắt sau khi cắt mí [4]. Có rất nhiều phương pháp điều trị trũng hốc mắt trong đó cấy ghép mỡ tự thân được các tác giả trên thế giới ứng dụng phổ biến và đánh giá là phương pháp hiệu quả và an toàn nhất trong điều trị và trẻ hóa tình trạng hốc mắt trũng lõm [5]. Từ năm 1988 Sydney Coleman đã xây dựng và phát triển kỹ thuật ghép mỡ cấu trúc (lấy khối mỡ nhỏ bằng ống hút chuyên biệt, lọc ly tâm và bơm vào nơi ghép). Phương pháp này cho thấy nguy cơ hoại tử, tiêu tổ chức là rất thấp, dễ dàng kiểm soát lượng mỡ ghép, ít tai biến biến chứng [6] [7]. Tại Việt Nam năm 2011 Phạm Trọng Văn cũng đã tiến hành ghép mỡ khối hốc mắt với tỷ lệ thành công 95,83% [1]. Năm 2014 Phạm Hồng Vân thực hiện ghép mỡ Coleman hốc mắt thành công 91,53% [2].

Thời gian gần đây ở Việt Nam xuất hiện những cách thức phẫu thuật theo trào lưu mắt to sâu, không phù hợp với đặc điểm cấu trúc giải phẫu của chủng tộc người châu Á; dẫn đến những tai biến sau phẫu thuật như nếp mí to hoặc rất to, dính lên cao, nhiều nếp mí,

hốc mắt trũng sâu do bị lấy cạn tổ chức, vành lông mi, mắt không mở được to hoặc không ngược nhìn lên được do sụp mí...

Tại Thẩm mỹ DrD chúng tôi đã tiếp nhận rất nhiều bệnh nhân gặp tình trạng mí mắt như trên, bao gồm cả nguyên nhân do di truyền, lão hóa cũng như biến chứng sau phẫu thuật cắt mí. Ở Việt Nam hiện nay chưa có nghiên cứu nào về phẫu thuật khắc phục tình trạng mắt trũng lõm bằng cấy ghép mỡ tự thân nguyên khối. Với mong muốn ứng dụng và phát triển một phương pháp phẫu thuật đơn giản, hiệu quả điều trị tình trạng này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Hiệu quả và biến chứng của cấy ghép mỡ tự thân vào mí mắt trên” với hai mục tiêu: (1) Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật ghép mỡ tự thân nguyên khối điều trị trũng lõm mí mắt trên; (2) Mô tả một số biến chứng của phẫu thuật ghép mỡ tự thân nguyên khối vào mí mắt trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trũng lõm hốc mắt trên phẫu thuật tại Thẩm mỹ DrD từ 2018 - t8/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trũng lõm hốc mắt trên.
- Không mắc các bệnh lý cấp tính tại mắt và toàn thân.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có vấn đề về tâm lý, sức khỏe tâm thần.
- Mang thai, đang mắc các bệnh lý cấp tính tại mắt và toàn thân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng với cỡ mẫu 85 bệnh nhân (62 ca nguyên bản và 23 ca cắt sửa mí) (170 mắt).

2.2.2. Các bước tiến hành

- Bước 1: Khám sàng lọc bệnh nhân, chọn bệnh nhân bị trĩu lõm hốc mắt trên các mức độ.

- Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám toàn diện, chụp ảnh trước phẫu thuật, ghi chép hồ sơ nghiên cứu.

- Bước 3: Giải thích, tiên lượng cho bệnh nhân và ký cam kết trước phẫu thuật.

- Bước 4: Tiến hành phẫu thuật.

- Bước 5: Theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

2.2.3. Các bước phẫu thuật

A: Lấy tổ chức mỡ ghép từ vùng quanh rốn.

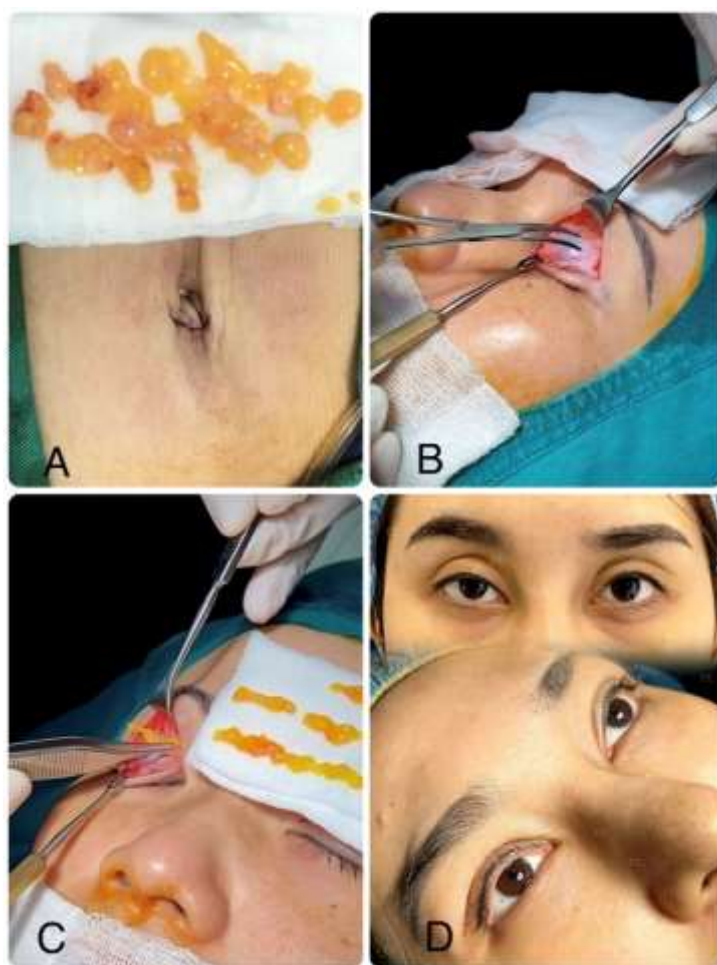
Đường rạch da: Đường rạch khoảng 1cm tại bờ rốn.

Khối lượng mỡ lấy tùy thuộc tình trạng thiếu mỡ hốc mắt của từng bệnh nhân

B: Phẫu tích bộc lộ vị trí túi mỡ hốc mắt trên.

C: Cắt lọc, chia mỡ thành từng dải nhỏ với độ dày khoảng 3mm và tiến hành ghép mỡ vào vị trí túi mỡ hốc mắt trên (trên cân cơ nâng mi trên và dưới cân vách hốc mắt). Cố định tổ chức mỡ ghép vào bao túi mỡ sẵn có tại hốc mắt trên.

D: Kết hợp cắt da thừa mí trên, tạo nếp mí đôi, chỉnh sửa tai biến do phẫu thuật cũ nếu có.



Hình 2.1. Ghép mỡ hốc mắt trên

2.3. Biến số nghiên cứu

2.3.1. Tuổi: chia 3 nhóm tuổi

- < 30 tuổi
- Từ 30 đến 40 tuổi
- Trên 40 tuổi

2.3.2. Tình trạng mí mắt

- Nguyên bản
- Đã phẫu thuật

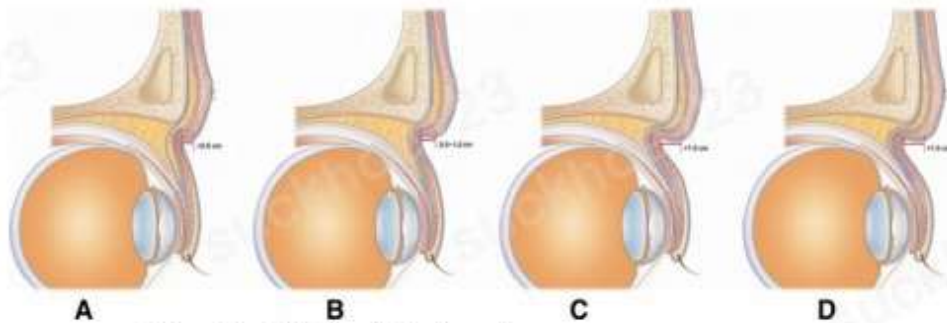
2.3.3. Độ trũng hốc mắt

Độ 1: độ trũng ít hơn 0.5cm, đường viền quanh xương ổ mắt không nhô lên và hoàn toàn không có sự biến đổi của da.

Độ 2: độ trũng từ 0.5 đến 1cm

Độ 3: độ trũng ≥ 1 cm.

Độ 4: giống độ 3 kèm theo sa da mí trên.
(Đo trước và sau phẫu thuật 3 tháng)



Các cấp độ hốc mắt trũng sâu:

A - **Độ I** - độ sâu khoảng 0,5cm - nhẹ nhất;

B - **Độ II** - độ sâu từ 0,5 - 1cm,

C - **Độ III** - độ sâu từ 1cm trở lên;

D - **Độ IV** - độ sâu từ 1 cm trở lên nhưng đi kèm tình trạng sụp mí - mức độ hốc mắt trũng sâu nặng nhất

Hình 2.2. Mức độ đánh giá độ trũng hốc mắt theo Park S 2011 [3].

2.3.4. Can thiệp cắt da thừa mí mắt

Chia 2 nhóm: Có cắt da và không cắt da.

2.3.5. Thang điểm đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Độ đầy hốc mắt

3= Hốc mắt đầy vừa đủ (độ I theo Park), mềm mại, đều, không còn trũng lõm hoặc rất ít

2= Hốc mắt còn trũng lõm (độ II theo Park), có cải thiện so với trước PT

1= Hốc mắt còn trũng lõm (các mức độ theo Park), hoặc quá đầy, không cải thiện thẩm mỹ so với trước.

Hình thái nếp mí

3= Đều, cân đối, contour đẹp

2= Còn một trong các vấn đề: lệch,

contour không đều, sụp mí, co rút mí... Có cải thiện so với trước PT

1= Không cải thiện hình dạng nếp mí hoặc xấu đi

Mức độ hài lòng

3= Rất hài lòng

2= Hài lòng, có cải thiện

1= Hoàn toàn không hài lòng

Thang điểm

7-9: Tốt 5-6: Khá <5: Kém

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học.

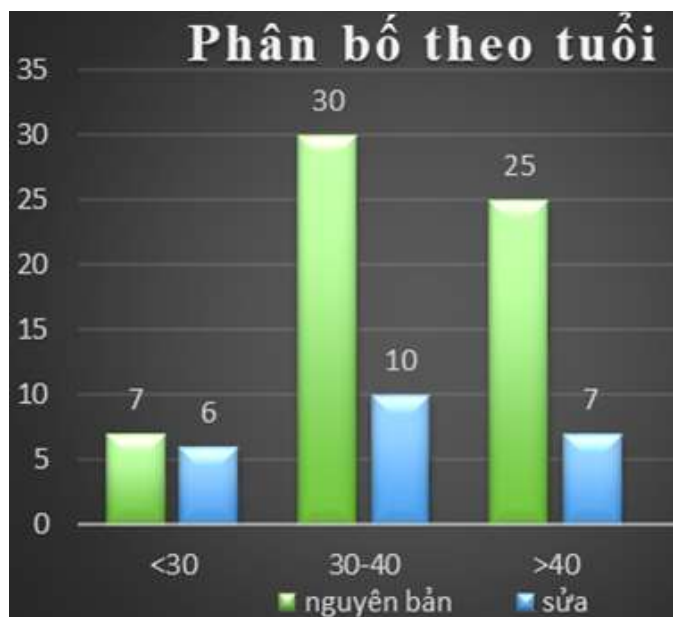
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 85 bệnh nhân với 170 mắt được phẫu thuật tại thẩm mỹ DrD từ 2018 đến tháng 8/2022 thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và giới

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi trên 30 (85,88%); 100% là giới tính nữ.



Hình 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

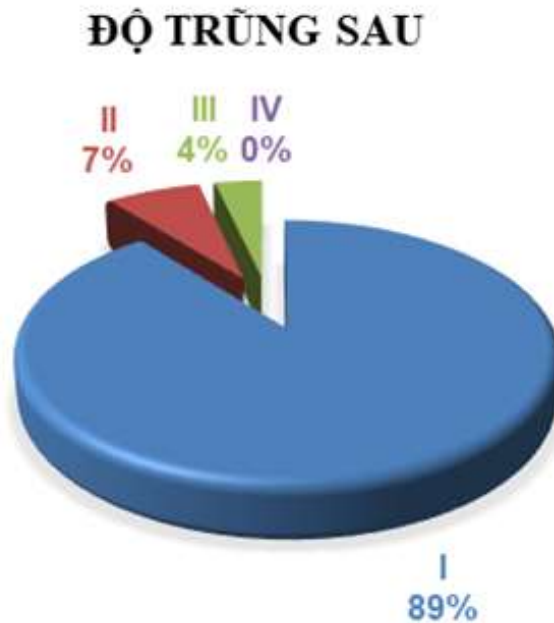
3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Đánh giá độ trung hốc mắt sau phẫu thuật:

Độ trung hốc mắt trước phẫu thuật với các mức độ: độ I 8%, độ II 38%, độ III 35 %, độ IV 19 % cải thiện tốt sau phẫu thuật với các mức độ như sau: độ I 89%, độ II 7%, độ III 4%, độ IV 0%.



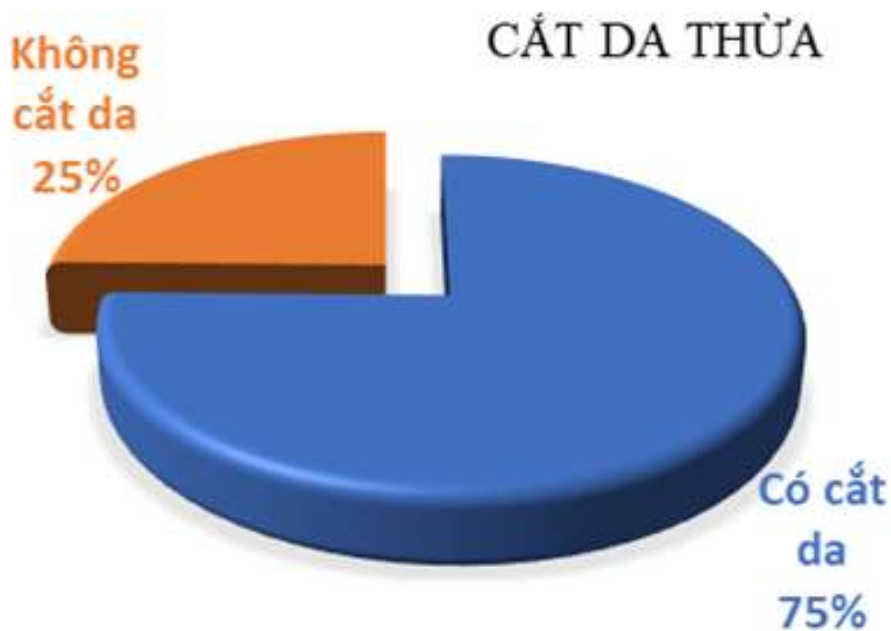
Hình 3.2. Độ trung hốc mắt trên trước phẫu thuật



Hình 3.3. Độ trùng hốc mắt trên sau phẫu thuật

3.2.2. Can thiệp cắt da thừa mí trên

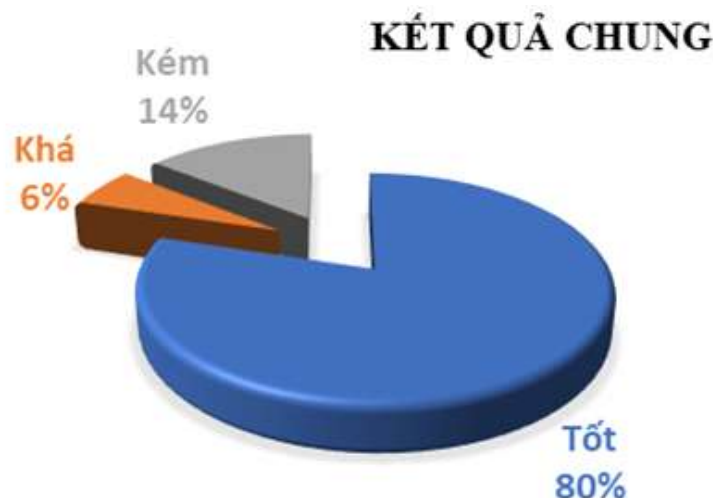
Có can thiệp cắt da thừa mí trên chiếm tỷ lệ 75 % và không cắt da thừa mí trên chiếm 25%.



Hình 3.4. Tình trạng cắt da thừa mí trên trong phẫu thuật

3.2.3. Kết quả sau phẫu thuật:

Kết quả sau phẫu thuật có thang điểm tốt đạt 80%, khá 6% và kém 14%.



Hình 3.5. Kết quả chung

3.2.4. Tỷ lệ thành công: Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 72/85 (84,7%) – bao gồm những bệnh nhân có số điểm tốt và khá nhưng ở thang điểm “mức độ hài lòng” phải từ 2 điểm trở lên. Thất bại: 13/85 (15,3%) – có thể số điểm ở mức độ khá nhưng thang điểm “mức độ hài lòng” chỉ đạt 1 điểm.

Điều này giải thích cho tỷ lệ đạt số điểm “tốt” và “khá” đạt 86% nhưng tỷ lệ thành công chỉ đạt 84,7%.

3.2.5. Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật

Chảy máu tại nơi lấy mỡ: Chảy máu trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật: có 2/85 ca chiếm tỷ lệ 0,02%. Sẹo lồi tại nơi lấy mỡ có 2/85 ca chiếm tỷ lệ 0,02%.

Sụp mí: Có 2 bệnh nhân gặp tình trạng sụp mí sau phẫu thuật. Một bệnh nhân bị sụp mí ngay sau phẫu thuật do tác dụng của thuốc tê, tình trạng sụp mí hết ngay sau vài giờ sau phẫu thuật. Một bệnh nhân bị sụp mí sau phẫu thuật 1 tuần, kéo dài 3 tuần và hết sụp mí sau phẫu thuật 1 tháng.

Co rút mí trên: Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1 bệnh nhân bị co rút mí trên sau phẫu thuật sụp mí có ghép mỡ chống dính 1 tháng.

Lộ, lồi tổ chức mỡ ghép: 1/85 bệnh nhân gặp tình trạng lộ, lồi tổ chức mỡ ghép sau phẫu thuật khi nhắm mắt.

Các biến chứng khác tại vùng mắt

- Sưng nề, bầm tím: hồi phục từ 1-2 tuần
- Chảy máu: 0 ca
- Nhiễm trùng: 0 ca
- Hoại tử mỡ: 0 ca
- Ảnh hưởng thị lực: 0 ca

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân gặp tình trạng trũng lõm hốc mắt trên do cả 3 nhóm nguyên nhân: di truyền có yếu tố gia đình, lão hóa và đặc biệt nhóm bệnh nhân bị lấy cạn tổ chức hốc mắt sau phẫu thuật cũ. Nhóm bệnh nhân đã gặp tai biến sau lần phẫu thuật đầu với mức độ kỳ vọng cao cũng góp phần ảnh hưởng tới mức độ hài lòng sau phẫu thuật của nghiên cứu.

Về kết quả thẩm mỹ chúng tôi ghi nhận 84,7% đạt kết quả thành công. Trong đó 15,3% có kết quả thất bại với mức độ hài lòng chỉ ở thang điểm 1 (hoàn toàn không hài lòng). Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho tỷ lệ thành công này với các mức

độ: Liya Jiang (2020): 82% [3]; Won Lee (2017): 96,7 % [4]; Aesthet Surg J. (2015): 76% [8]; SangKeun Park (2011): 92% [9].

Về kết quả biến chứng sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận chảy máu trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật (0,02%); sẹo lồi tại nơi lấy mỡ (0,02%); sụp mi (2 bệnh nhân). Một bệnh nhân bị sụp mi ngay sau phẫu thuật do tác dụng của thuốc tê, tình trạng sụp mi hết ngay sau vài giờ sau phẫu thuật. Một bệnh nhân bị sụp mi sau phẫu thuật 1 tuần, kéo dài 3 tuần và hết sụp mi sau phẫu thuật 1 tháng. Chúng tôi đánh giá trường hợp này do khối mỡ ghép dính và chèn ép tạm thời cân cơ nâng mi trên. Co rút mi trên: chúng tôi gặp 1 bệnh nhân bị co rút mi trên sau phẫu thuật sụp mi có ghép mỡ chống dính 1 tháng. Chúng tôi đã tiến hành hạ co rút mi bằng ghép niêm mạc môi cho kết quả ổn định, theo dõi sau phẫu thuật 1 năm. Lộ, lồi tổ chức mỡ ghép: 1/85 bệnh nhân gặp tình trạng lộ, lồi tổ chức mỡ ghép sau phẫu thuật khi nhắm mắt.

Các biến chứng khác tại vùng mắt: sưng nề, bầm tím - hồi phục từ 1-2 tuần; chảy máu: 0 ca; nhiễm trùng: 0 ca; hoại tử mỡ: 0 ca; ảnh hưởng thị lực: 0 ca.

V. KẾT LUẬN

Cấy ghép mỡ điều trị mắt trũng lõm là phương pháp đơn giản, hiệu quả, dễ thực hiện, không cần dụng cụ, kỹ thuật chuyên biệt, phù hợp với vùng mắt: chỉ cần lượng mỡ nhỏ, đặc biệt mắt thiếu ít tổ chức. Nhược điểm: để lại sẹo nơi lấy mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Trọng Văn, Nguyễn Thu Trang.** Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép mỡ trong

tạo hình tổ chức hốc mắt. Luận văn thạc sỹ y học, đại học Y Hà Nội 2011.

2. **Phạm Hồng Vân.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật ghép mỡ tự thân kiểu Coleman trong tạo hình tổ chức hốc mắt. Luận án tiến sĩ y học, đại học Y Hà Nội. 2015.
3. **Liya Jiang.** Free Orbital Fat Grafting During Upper Blepharoplasty in Asians to Prevent Multiple Upper Eyelid Folds and Sunken Upper Eyelids. J Craniofac Surg. 2020 May/Jun;31(3):685-688.
4. **Won Lee.** Correction of sunken upper eyelid with orbital fat transposition flap and dermofat graft. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2017 Dec; 70(12): 1768-1775
5. **Liya JiangPark S, Kim B, Shin Y** .Correction of superior sulcus deformity with orbital fat anatomic repositioning and fat graft applied to retroorbicularis oculi fat for Asian eyelids. Aesthetic Plast Surg. Apr 2011, 35(2), 162-170.”
6. **Coleman SR.** Structure fat graft: the ideal Filler. Clin Plast Surg. 2001. 28, 111-119.”
7. **Coleman SR** . Facial recontouring with liposuture. Clin Plast Surg. 1997. 24, 347-367.”
8. **Aesthet Surg J.** Correction of Sunken Upper-Eyelid Deformity in Young Asians by Minimally-Invasive Double-Eyelid Procedure and Simultaneous Orbital Fat Pad Repositioning. Aesthet Surg J. 2015 May;35(4):359-6.
9. **SangKeun Park.** Correction of superior sulcus deformity with orbital fat anatomic repositioning and fat graft applied to retro-orbicularis oculi fat for Asian eyelids. Aesthetic Plast Surg. 2011 Apr;35(2):162-70

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA PHẢN ỨNG DA LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Văn Khiêm^{1,2,3}, Vũ Văn Quang¹, Nguyễn Văn Đĩnh^{1,4,5*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của phản ứng da (Cutaneous adverse reactions - CARs) liên quan đến thuốc chống động kinh ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân có phản ứng da liên quan đến thuốc chống động kinh tại khoa Miễn dịch Dị ứng Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương. Thời gian từ 01/2015 đến 12/2022. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số (56,8%). Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 7. Tuổi trung vị ở nhóm thể bệnh DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) cao nhất (13), tuổi trung vị thấp nhất là ở nhóm MPE (Maculopapular Exanthema) (trung vị là 5). Bệnh nhân CARs liên quan tới Oxcarbazepine và Carbamazepine chiếm tỷ cao nhất, lần lượt là 39,2% và 28,4%. Thấp nhất là Valproic acid chiếm 2,7%. MPE có ngày trung vị xuất hiện CARs sớm nhất (11 ngày). DRESS có ngày trung vị xuất hiện CARs muộn nhất (20 ngày). Triệu chứng sốt xuất hiện trên 71,6% bệnh nhân, >80% bệnh nhân SJS-TEN và DRESS có

triệu chứng sốt, không xuất hiện bệnh nhân sốt trên nhóm MPE ($p < 0,05$). Ban dát da sản xuất hiện nhiều nhất ở nhóm MPE, SJS-TEN có tỉ lệ xuất hiện lớn nhất về các triệu chứng như ban bia bản, phỏng nước, bóng nước, loét trợt da và dấu Nikolsky ($p < 0,05$). Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sử dụng thuốc IVIG, corticosteroid toàn thân, kháng sinh, kháng histamine để điều trị cho từng thể bệnh ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thuốc chống động kinh có vòng thom, cụ thể là Carbamazepine và Oxcarbazepine là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất liên quan tới phản ứng da ở trẻ em. Việc nắm vững cơ chế bệnh sinh, phân loại tổn thương và chẩn đoán thể lâm sàng của CARs có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: phản ứng da, thuốc chống động kinh, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF CUTANEOUS ADVERSE REACTIONS ASSOCIATED WITH ANTIEPILEPTIC DRUGS IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical characteristics of cutaneous adverse reactions (CARs) associated with antiepileptic drugs in children. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 74 patients with cutaneous adverse reactions (CARs) related Anti-epileptic drugs (AEDs) at the Department of Allergy, Immunology and Rheumatology, Vietnam National Children's Hospital, from January 2015 to December 2022. **Results:** The majority of the patients were male

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa Khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ thống Y tế Vinmec

⁵Khối Khoa Học Sức Khỏe, Đại Học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đĩnh

Email: v.dinhnv6@vinmec.com

Ngày nhận bài: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

(56.8%). The median age of the study population was 7 years. The highest median age was observed in the DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) group (13 years), while the lowest median age was in the MPE (Maculopapular Exanthema) group (median age of 5). CARs associated with Oxcarbazepine and Carbamazepine accounted for the highest proportions, with 39.2% and 28.4%, respectively. Valproic acid had the lowest proportion at 2.7%. MPE had the earliest median onset day of CARs (11 days), while DRESS had the latest median onset day (20 days). Fever was observed in 71.6% of patients, with over 80% of SJS-TEN and DRESS patients presenting with fever. No fever was reported in the MPE group ($p<0.05$). Skin rash was most commonly observed in the MPE group, while SJS-TEN had the highest occurrence rate of symptoms such as blistering, water burn, bullae, erosion, and positive Nikolsky sign ($p<0.05$). The study found statistically significant differences in the use of IVIG, systemic corticosteroids, antibiotics, and antihistamines for treatment among different types of CARs ($p<0.05$). **Conclusion:** Anti-epileptic drugs, particularly Carbamazepine and Oxcarbazepine, are the most commonly associated risk factors for cutaneous reactions in children. Understanding the pathogenesis, classification of skin lesions, and clinical diagnosis of CARs plays an important role in the treatment and prognosis of the disease.

Keywords: cutaneous adverse reactions, Anti-epileptic drugs, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản ứng da (CARs) có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó tỷ lệ lớn liên quan tới thuốc chống động kinh, biểu hiện từ mức độ nhẹ như mề đay, ngoại ban dát sẩn (MPE) cho đến các trường hợp nặng

đe dọa tính mạng như các phản ứng da nặng (Severe cutaneous adverse reactions – SCARs). Hiểu các đặc điểm lâm sàng của CARs là điều cần thiết để nhận biết sớm, chẩn đoán đúng thể lâm sàng, điều trị và quản lý để ngăn ngừa các biến chứng xảy ra với bệnh nhân [1].

Thuốc chống động kinh được sử dụng trong điều trị bệnh động kinh và các rối loạn thần kinh. Tuy nhiên, việc sử dụng chúng có liên quan đến nguy cơ phát triển các phản ứng bất lợi trên da, hay gặp với Carbamazepine và các thuốc chống động kinh có vòng thơm khác như Oxcarbazepine, Lamotrigine, Phenobarbital, Phenytoin [2].

Phần lớn các trường hợp có tổn thương da phải nhập viện do tổn thương da nặng, tỷ lệ tử vong còn cao, lên đến 5 – 10% với hội chứng SJS, 30% với hội chứng chong lấp SJS/TEN, 50% với hội chứng TEN, và 10% với hội chứng DRESS. Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện chuyên khoa Nhi đầu ngành, hàng năm tiếp nhận rất nhiều các ca bệnh phản ứng da nặng có liên quan tới thuốc chống động kinh, tuy nhiên nhiều ca bệnh còn khó khăn trong việc chẩn đoán thể bệnh để có hướng xử trí và tiên lượng phù hợp do các triệu chứng lâm sàng của CARs có nhiều đặc điểm chồng chéo. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của các phản ứng da liên quan đến thuốc chống động kinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ bệnh nhân đủ

tiêu chuẩn nghiên cứu đã điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2015 đến hết tháng 12/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiền sử dùng thuốc chống động kinh trong vòng 12 tuần trước khi bệnh khởi phát.

Được chẩn đoán mắc một trong các hội chứng: MPE, SJS, TEN, SJS/TEN, DRESS, AGEP do thuốc chống động kinh.

Có triệu chứng lâm sàng phù hợp với thể bệnh dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại của tác giả Sylvie Bastuji - Garin năm 1993

- Tiêu chuẩn loại trừ

Tiền sử dùng thuốc chống động kinh không rõ ràng.

Dùng nhiều thuốc trước khi khởi bệnh mà không có xét nghiệm cận lâm sàng nào khẳng định được dị ứng do thuốc chống động kinh.

Các tổn thương da nặng do viêm mạch, các tổn thương da bong nước do bệnh tự miễn, sau ghép tủy xương.

Bệnh nhân vào viện lần thứ hai trở lên trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu phân theo thể bệnh (n=74)

Đặc điểm	Thể bệnh				p
	Tổng (n=74)	MPE (n=9)	DRESS (n=6)	SJS-TEN (n=59)	
Giới					
Nữ	32 (43,2)	6 (66,7)	4 (66,7)	22 (37,3)	0,154 *
Nam	42 (56,8)	3 (33,3)	2 (33,3)	37 (62,7)	
Tuổi	7 (4-10) ^b	5 (1-7) ^b	13 (11-14) ^b	7 (4-9) ^b	0,006 ^a
Nhóm tuổi					
Dưới 2 tuổi	10 (13,5)	3 (33,3)	0 (0,0)	7 (11,8)	0,004 *
2-12 tuổi	55 (74,3)	6 (66,7)	2 (33,3)	47 (79,7)	
Trên 12 tuổi	9 (12,2)	0 (0,0)	4 (66,7)	5 (8,5)	

*: Kiểm định Fisher; ^a: Kiểm định Kruskal-Wallis

^b: Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: nam giới chiếm đa số (56,8%). Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 7. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi khi so sánh giữa các nhóm bệnh ($p < 0,05$). Tuổi trung vị ở nhóm thể bệnh DRESS cao nhất (13). Trong khi đó tuổi trung vị thấp nhất là ở nhóm MPE (trung vị là 5). Gần $\frac{3}{4}$ đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 2-12

tuổi. Điều này tương tự ở thể bệnh MPE và SJS-TEN (lần lượt 66,7% và 79,7%). Trong khi đó ở thể bệnh DRESS, nhóm tuổi trên 12 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm tuổi giữa các thể bệnh với nhau ($p < 0,05$).

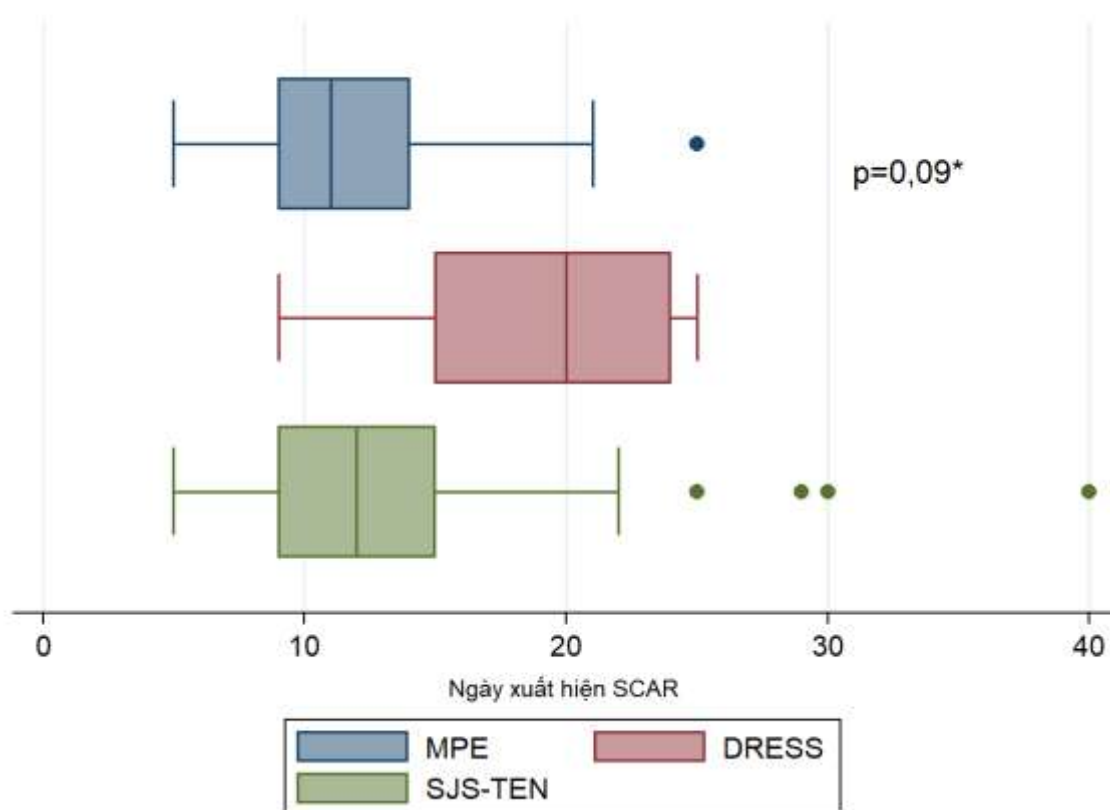
3.2. Đặc điểm lâm sàng của phản ứng da do thuốc chống động kinh

Bảng 2: Phân loại thuốc động kinh theo từng thể bệnh dị ứng (n=74)

Thuốc động kinh	Thể bệnh				p
	Tổng (n=74)	MPE (n=9)	DRESS (n=6)	SJS-TEN (n=59)	
Carbamazepine	21 (28,4)	1 (11,1)	0 (0,0)	20 (33,9)	0,149 *
Oxcarbazepine	29 (39,2)	8 (88,9)	1 (16,7)	20 (33,9)	<0,003 *
Lamotrigine	10 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (16,9)	0,357 *
Phenytoin	7 (9,5)	0 (0,0)	2 (33,3)	5 (8,5)	0,130 *
Phenorbabital	5 (6,8)	0 (0,0)	3 (50,0)	2 (3,4)	0,007 *
Valproic acid	2 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,4)	1,000 *

*: Kiểm định chính xác Fisher

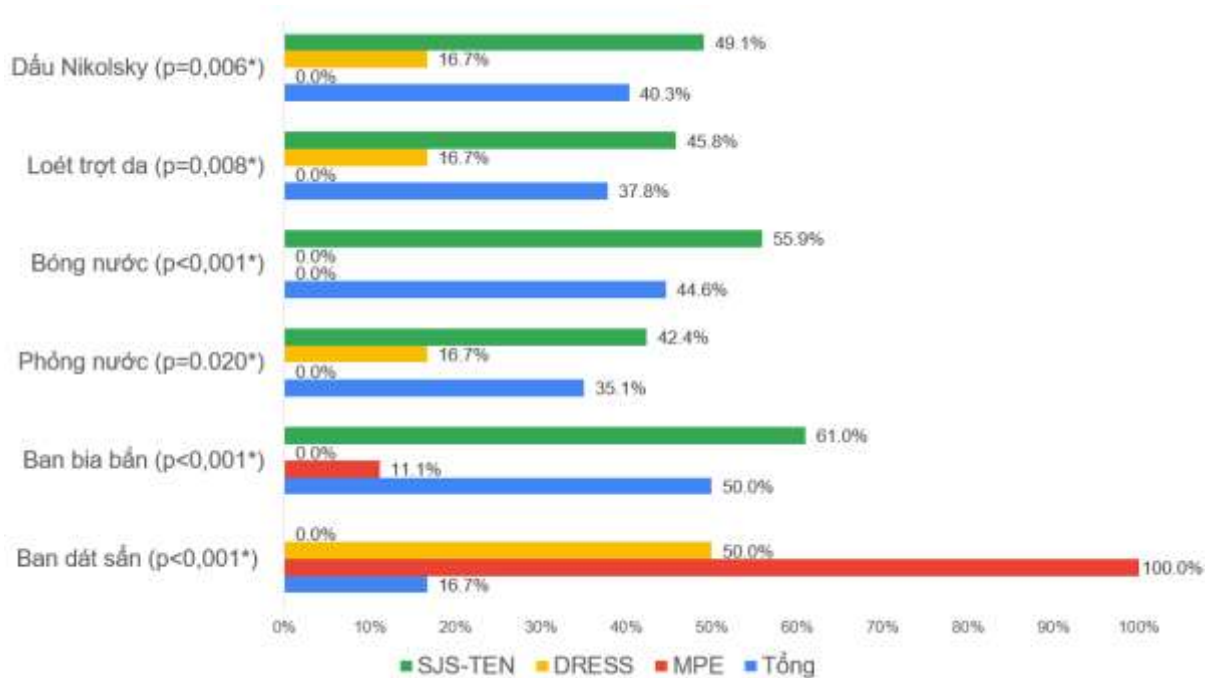
Nhận xét: Bệnh nhân CARs liên quan tới Oxcarbazepine (39,2%) và Carbamazepine chiếm tỷ cao nhất, lần lượt là 39,2 và 28,4%. Thấp nhất là Valproic acid chiếm 2,7%. Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sử dụng Oxcarbazepine và Phenorbabital giữa các thể bệnh ($p < 0,05$).



*: Kiểm định Kruskal-Wallis

Hình 1: Đặc điểm ngày xuất hiện phản ứng da theo thể bệnh (n=74)

Nhận xét: MPE có ngày trung vị xuất hiện CARs sớm nhất (11). DRESS có ngày trung vị xuất hiện CARs muộn nhất (20). Tuy nhiên nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ngày xuất hiện CAR giữa các thể bệnh ($p > 0,05$).

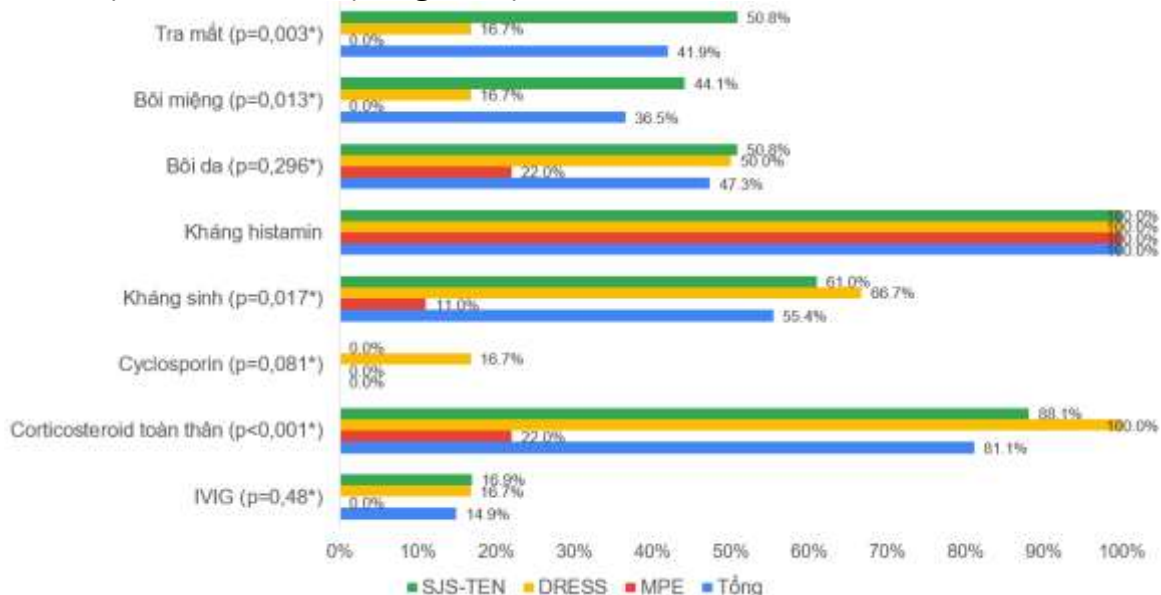


*: Kiểm định chính xác Fisher

Hình 2: Tỷ lệ các triệu chứng tại da theo các thể bệnh (n=74)

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng tại da giữa các thể bệnh. Ban dát da sần xuất hiện nhiều nhất ở nhóm MPE tuy nhiên không xuất hiện ở thể SJS-TEN. Trong khi đó, thể bệnh SJS-TEN có tỉ lệ xuất hiện lớn nhất về các triệu chứng như ban bìa bản, phồng nước, bóng nước, loét trợt da và dấu Nikolsky.

3.3. Đặc điểm về điều trị từng thể bệnh



*: Kiểm định chính xác Fisher

Hình 3: Tương quan giữa phương pháp điều trị và các thể bệnh

Nhận xét: Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sử dụng tra mắt, bôi miệng, kháng sinh và corticosteroid toàn thân để điều trị cho từng thể bệnh ($p < 0,05$).

3.4. Số ngày nằm viện của đối tượng nghiên cứu theo phân nhóm dị ứng

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về số ngày nằm viện giữa các thể bệnh với nhau. MPE có số ngày nằm viện thấp nhất (trung vị 2 (2-4)). Đứng thứ 2 là SJS-TEN với số ngày nằm viện trung vị là 8 (6-13). Cao nhất là DRESS với số ngày nằm viện trung vị là 9,5 (7-20).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá các phản ứng da liên quan đến một nhóm thuốc riêng biệt là thuốc chống động kinh trên đối tượng trẻ em tại Việt Nam. Trong giai đoạn 8 năm từ 2015 đến 2022, chúng tôi ghi nhận có 74 bệnh nhân xuất hiện phản ứng da liên quan đến thuốc chống động kinh.

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phản ứng da liên quan đến thuốc chống động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu có kiểu hình lâm sàng là SJS-TEN (chiếm 79,7%), MPE (chiếm 12,2%), DRESS (chiếm 8,1%) và không ghi nhận bệnh nhân nào có kiểu hình AGEP. Trong 74 đối tượng nghiên cứu, các bệnh nhân có phản ứng da nặng chiếm phần lớn (87,8%).

Quan sát các nghiên cứu khác trên thế giới, thể bệnh SJS-TEN thường chiếm phần lớn trong các nghiên cứu về phản ứng da

nặng do thuốc, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Esmaeilzadeh và cộng sự ghi nhận 86,9% bệnh nhân SJS-TEN, 9,8% bệnh nhân DRESS và 3,3% bệnh nhân AGEP; [99] hay nghiên cứu của Dibek ghi nhận 60,3% bệnh nhân SJS-TEN, 27,6% bệnh nhân DRESS và 12,1% bệnh nhân AGEP. [1], [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn so với bệnh nhân nữ (56,8 % và 43,2%), tuy nhiên sự khác biệt về tỉ lệ nam:nữ này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,154 > 0,05$). Các nghiên cứu về SCARs nói chung trên thế giới không có nhiều sự khác biệt về giới tính và khác nhau ở từng nghiên cứu [4].

Được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em, bởi vậy độ tuổi trung vị của tất cả bệnh nhân trong nhóm bệnh của chúng tôi thấp: 7 (4-10) năm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả về thời gian khởi phát bệnh sau dùng thuốc chống động kinh tương đồng như trong y văn cũng như các nghiên cứu khác trên thế giới. DRESS có ngày trung vị khởi phát bệnh sau dùng thuốc muộn nhất là 20 ngày, SJS-TEN là 12 ngày, và sớm nhất là nhóm MPE với 11 ngày. Thời gian khởi phát bệnh sau dùng thuốc của các nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng như trên thế giới cũng cho kết quả tương tự: tại Singapore, Chong và cộng sự báo cáo với nhóm SJS-TEN là 12 ngày, HSS là 16 ngày, MPE là 11 ngày; Chúng ta có thể thấy rằng, thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau dùng thuốc trong phản ứng da do thuốc không có nhiều sự khác biệt ở trẻ

em và người trưởng thành.[1], [5], [6].

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 6 loại thuốc chống động kinh có liên quan đến phản ứng da ở bệnh nhi tại Việt Nam, kết quả có phần tương đồng với các tác giả trên thế giới với oxcarbazepine, carbamazepine, lamotrigine và phenytoin là các thuốc gây phản ứng da cao so với các thuốc còn lại, đồng thời, acid valproic chiếm tỉ lệ rất thấp, chỉ 2,7%. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy sự tăng gần 10 lần các phản ứng bất lợi trên da nghiêm trọng ở các bệnh nhân dùng carbamazepine so với quần thể nghiên cứu. Oxcarbazepine có cấu trúc tương tự (keto-analogue) với carbamazepine, tuy nhiên, tỷ lệ phản ứng bất lợi trên da và phản ứng quá mẫn thấp hơn so với carbamazepine [7], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân MPE thì 88,9% liên quan đến oxcarbazepine và 11,1% liên quan đến carbamazepine. Điểm khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam là sự xuất hiện của phản ứng da do thuốc tăng cao ở các bệnh nhân sử dụng oxcarbamazepine, xuất hiện ở cả bệnh nhân SJS-TEN, DRESS và MPE. Tuy nhiên, có đến 88,9% bệnh nhân MPE có liên quan đến oxcarbazepine, cao hơn hẳn so với nhóm SJS-TEN và DRESS, khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,003$). Điều này cho thấy rằng oxcarbazepine chủ yếu gây ra các phản ứng da nhẹ. Nghiên cứu của Jung Eun Lee tại Hàn Quốc cũng cho thấy oxcarbazepine liên quan đến tỉ lệ phản ứng da nhẹ cao hơn so với carbamazepine.[6], [8].

Tổn thương da hay gặp nhất ở bệnh nhân SJS-TEN là tổn thương ban bia bán và bong

nước (lần lượt là 61,0% và 55,9%). Bệnh nhân SJS xuất hiện các bong nước nhỏ trên nền dát đỏ, trong khi bệnh nhân TEN các bong nước lớn hơn kèm dấu hiệu Nikolsky dương tính. Tỉ lệ triệu chứng bong nước trong các nghiên cứu khác tương tự chúng tôi: Dibek 54,5%;[7] Hea Lin Oh 55,6%. [3]

Bệnh nhân TEN có tổn thương hầu hết các hốc tự nhiên, miệng và mắt là những vị trí bị tổn thương nặng nhất. Tổn thương niêm mạc miệng có tỉ lệ cao nhất là 81,4% bệnh nhân, niêm mạc mắt, sinh dục, hậu môn cũng chiếm tỉ lệ cao (lần lượt là 44,1%, 30,5% và 33,9%), tổn thương mũi và tai hiếm gặp hơn (16,7% và 15,3%). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Hoàng ghi nhận 97,6% bệnh nhân có loét miệng họng, 74,4% tổn thương mắt, loét sinh dục 64,3%, loét hậu môn 60,7%, loét niêm mạc mũi và ống tai lần lượt là 21,4% và 7,1%. Dibek báo cáo 68,6% bệnh nhân loét miệng và tổn thương mắt, 22,9% tổn thương cả miệng, mắt và sinh dục, 8,6% tổn thương miệng và sinh dục. Ngoài tổn thương miệng họng ảnh hưởng đến khả năng dinh dưỡng của trẻ, tổn thương mắt cũng cần được quan tâm và có chỉ định điều trị, can thiệp sớm để hạn chế ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân, đặc biệt là trẻ em.[6], [7].

Tổn thương da xuất hiện ở bệnh nhân DRESS gồm ban dát sẩn (50%), 33,3% bệnh nhân DRESS có tổn thương loét niêm mạc miệng. Nghiên cứu của Dibek cũng ghi nhận ban dát sẩn xuất hiện ở 100% bệnh nhân và 12,5% tổn thương niêm mạc. MPE là dạng phản ứng thuốc dị ứng thuốc động kinh hay gặp nhất, là phản ứng da nhẹ và nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận các bệnh nhân này

có tổn thương da, chủ yếu là ban dát sần và ban dạng bia bắn và không có tổn thương niêm mạc kèm theo. Trên thực tế, MPE có thể là biểu hiện ban đầu của các phản ứng da nặng do thuốc [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Thuốc chống động kinh có vòng thơm, cụ thể là Carbamazepine và Oxcarbazepine là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất liên quan tới phản ứng da ở trẻ em. Việc nắm vững cơ chế bệnh sinh, phân loại tổn thương và chẩn đoán thể lâm sàng của CARs có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh.

VI. LỜI CẢM ƠN

ThS.BS Nguyễn Văn Khiêm được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo Thạc sĩ, Tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2002.TS059.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chong K.W., Chan D.W.S., Cheung Y.B., et al.**, Association of carbamazepine-induced severe cutaneous drug reactions and HLA-B*1502 allele status, and dose and treatment duration in paediatric neurology patients in Singapore.(2014). Arch Dis Child, **99**(6), 581–584.
2. **Chung W.-H., Wang C.-W., and Dao R.-L.**, Severe cutaneous adverse drug reactions. J Dermatol, (2016). **43**(7), 758–766.
3. **Dibek Misirlioglu E., Guvenir H., Bahceci S., et al.**, Severe Cutaneous Adverse Drug Reactions in Pediatric Patients: A Multicenter Study. (2017). J Allergy Clin Immunol Pract, **5**(3), 757–763.
4. **Esmailzadeh H., Farjadian S., Alyasin S., et al.**, Epidemiology of Severe Cutaneous Adverse Drug Reaction and Its HLA Association among Pediatrics. (2019). Iran J Pharm Res, **18**(1), 506–522.
5. **Kim J.Y., Lee J., Ko Y.-J., et al.**, Multi-indication carbamazepine and the risk of severe cutaneous adverse drug reactions in Korean elderly patients: a Korean health insurance data-based study. (2013). PLoS One, **8**(12), e83849.
6. **Lee J.E., Min K.R., Kim S.H., et al.**, Analysis of Adverse Drug Reactions with Carbamazepine and Oxcarbazepine at a Tertiary Care Hospital. (2020). Yonsei Med J, **61**(10), 875–879.
7. **Nguyễn Minh Hoàng**, Tổn thương mắt ở bệnh nhân có hội chứng Stevens - Johnson và Lyell do dị ứng thuốc. (2020). Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 58-60.
8. **Oh H.L., Kang D.Y., Kang H.-R., et al.**, Severe Cutaneous Adverse Reactions in Korean Pediatric Patients: A Study From the Korea SCAR Registry. (2019). Allergy Asthma Immunol Res, **11**(2), 241–253.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT VÀ THÀNH PHẦN HOÁ HỌC CỦA CÂY RAU CÀNG CUA THU HÁI TẠI HẢI PHÒNG

Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Nguyễn Thị Ánh Lâm¹

TÓM TẮT

Cây Rau càng cua phân bố ở trung du miền núi và đồng bằng, được dùng làm nguyên liệu trong các bài thuốc dân tộc làm thuốc chữa phế nhiệt, viêm họng, giúp lợi tiểu, giải nhiệt, chữa đau lưng cơ co rút... Trong nền Y học hiện đại, cây Rau càng cua được chứng minh với các tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, ngăn ngừa ung thư. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành mô tả đặc điểm hình thái, đặc điểm vi học và khảo sát thành phần hóa học của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng. Đặc điểm thực vật của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng đã được mô tả, từ đó sơ bộ xác định tên khoa học của mẫu nghiên cứu là *Peperomia pellucida*. Bằng phản ứng hóa học đặc hiệu có thể nhận biết sự có mặt của các hợp chất hữu cơ có trong cây Rau càng cua gồm: flavonoid, chất béo, carotene, đường khử tự do. Hệ dung môi n-hexan : ethyl acetat (5:1) thu kết quả tách tốt trên sắc ký lớp mỏng, có thể được sử dụng làm điều kiện để định tính cao chứa được liệu nghiên cứu.

Từ khóa: Rau càng cua, thành phần hóa học, đặc điểm thực vật.

SUMMARY

RESEARCH ON PLANT CHARACTERISTICS AND CHEMICAL COMPOSITION OF “RAU CÀNG CUA” COLLECTED IN HAI PHONG

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

“Rau càng cua” is distributed in the midlands, mountains and plains, and is used as a material in folk remedies for treating waste heat, sore throat, diuretic, cooling, and muscle spasm. In modern medicine, the plant has been proven with anti-inflammatory, antibacterial, and cancer prevention effects. In this study, we conducted morphological characterization, microbiological characteristics and investigated the chemical composition of Rau càng cua collected in Hai Phong. Botanical characteristics of the plant Rau càng cua collected in Hai Phong has been described, thereby preliminarily determining the scientific name of the studied sample as *Peperomia pellucida*. By specific chemical reaction, it is possible to recognize the presence of organic compounds in Rau càng cua leaves, including: flavonoids, fats, carotene, free reducing sugars. Solvent system n-hexane: ethyl acetate (5:1) obtained good separation results on thin layer chromatography, which can be used as a condition for high quality containing research medicinal materials.

Keywords: Rau càng cua, chemical composition, botanical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau càng cua thuộc họ Hồ Tiêu phân bố ở cả trung du, miền núi và đồng bằng. Từ lâu cây Rau càng cua đã được dùng làm nguyên liệu trong các bài thuốc dân tộc, có thể kể đến các bài thuốc chữa phế nhiệt, viêm họng, giúp lợi tiểu, giải nhiệt, chữa đau lưng cơ co rút... Trong nền Y học hiện đại, cây Rau càng

của được chứng minh với các tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, ngăn ngừa ung thư [4].

Tính đến nay tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm thực vật và thành phần hóa học cây Rau càng cua ở nước ta chưa nhiều, chủ yếu là các tài liệu tổng hợp về công dụng cây Rau càng cua của tác giả Phạm Hoàng Hộ và Nguyễn Tiến Bân. Do vậy, để góp phần chứng minh về mặt khoa học, nâng cao

giá trị sử dụng của cây, đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng**” được tiến hành với các mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm hình thái, đặc điểm vi học của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng.
- Khảo sát thành phần hóa học của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu



Hình 1. Cây Rau càng cua trong tự nhiên

Cây Rau càng cua thu hái tại An Dương, Hải Phòng vào tháng 11 năm 2021 (Hình 1). Mẫu nghiên cứu sau khi được đem rửa sạch. Toàn cây phơi hoặc sấy khô ở 60°C, bảo quản để nghiên cứu thành phần hóa học. Rễ, thân, lá bảo quản trong cồn 40-50° để làm vi phẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm thực vật

a. Phương pháp đánh giá bằng cảm quan

Quan sát, mô tả đặc điểm hình thái thực vật của cây, điều kiện sinh trưởng và phát triển của cây tại thực địa.

b. Phương pháp làm tiêu bản vi phẫu

Tiến hành làm tiêu bản theo tài liệu hướng dẫn thực hành môn Dược liệu của Bộ môn Dược liệu-Dược cổ truyền, Trường Đại học Y dược Hải Phòng và quan sát bằng kính

hiển vi ở các độ phóng đại 10x, 40x[2].

2.2.2. Nghiên cứu thành phần hóa học của mẫu nghiên cứu

a. Định tính bằng các phản ứng hóa học

Các nhóm chất chính được định tính bằng các phản ứng trong ống nghiệm thường quy[5].

b. Định tính bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng

Sử dụng phương pháp sắc ký lớp mỏng pha thuận. Trong đó:

- Pha tĩnh: bản mỏng Silicagel G
- Pha động: hỗn hợp dung môi n-hexan:ethyl acetat có tỷ lệ thích hợp
- Dung dịch thử: cao chiết toàn phần ethanol, và các phân đoạn n-hexan, ethyl acetat, nước được pha trong methanol ở nồng độ 1mg/ml.

Hiện màu bằng cách quan sát dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 366 và 254 nm, và hiện màu bằng dung dịch H₂SO₄ 10% trong cồn.

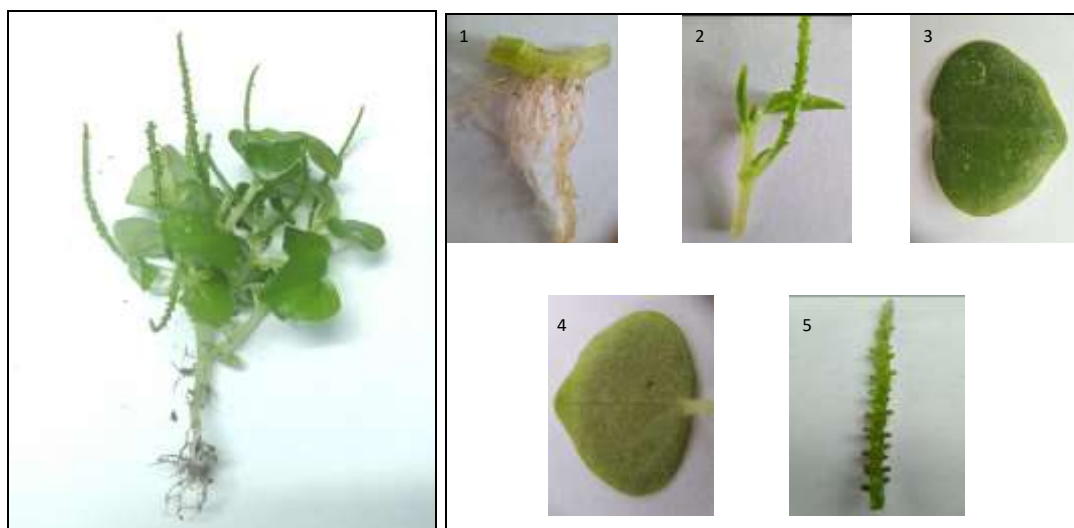
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu đặc điểm thực vật

3.1.1. Đặc điểm hình thái bên ngoài

Cây thảo nhỏ mọc nước, sống hằng năm, cao 20-40cm, bén rễ ở những mấu. Thân giòn dễ gãy, mọc đứng, nhẵn, phân nhánh nhiều. Lá đơn mọc so le, mép lá nguyên, hình tim, phiến dạng màng, mọc

nước dài 1,5-2 cm, rộng 1-1,2 cm, gốc hình tim, đầu nhọn, mặt trên bóng láng, gân lá bao gồm các cặp xuất phát từ một điểm là gốc lá; cuống lá dài khoảng 1,5 cm. Cụm hoa mọc đối diện với lá thành bông mảnh dài 5-8 cm. Hoa lưỡng tính, không có bao hoa còn gọi là hoa trần, rất nhỏ và thường tập hợp thành bông dày đặc, không có cuống. Quả mọng hình cầu, không cuống, nhẵn đường kính 0,5-1 mm có nhiều đường gờ nhỏ chạy dọc, đầu có mũi nhọn rất ngắn, khi chín màu nâu đen, chứa một hạt gần hình cầu. Toàn cây có tinh dầu, mùi thơm nhẹ (Hình 2).



Hình 2. Đặc điểm hình thái ngoài các cơ quan cây Rau càng cua

1 - Rễ; 2 - Thân; 3 - Mặt trên của lá; 4 - Mặt dưới của lá; 5 - Hoa và Quả

Nhận xét: Cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng có đặc điểm hình thái ngoài tương đồng so với cây Rau càng cua được nghiên cứu trước đó[3].

3.1.2. Đặc điểm vi phẫu

Sau khi tiến hành làm vi phẫu thu được kết quả như sau (Hình 3):

➤ Vi phẫu thân

Lớp biểu bì (1) là một lớp tế bào ngoài cùng xếp sát nhau hình chữ nhật hoặc gần hình tròn, màng ngoài có lớp cu-tin mỏng bao bọc. Mô mềm vỏ (2) gồm nhiều lớp tế bào, kích thước không đều. Bó libe-gỗ (3)

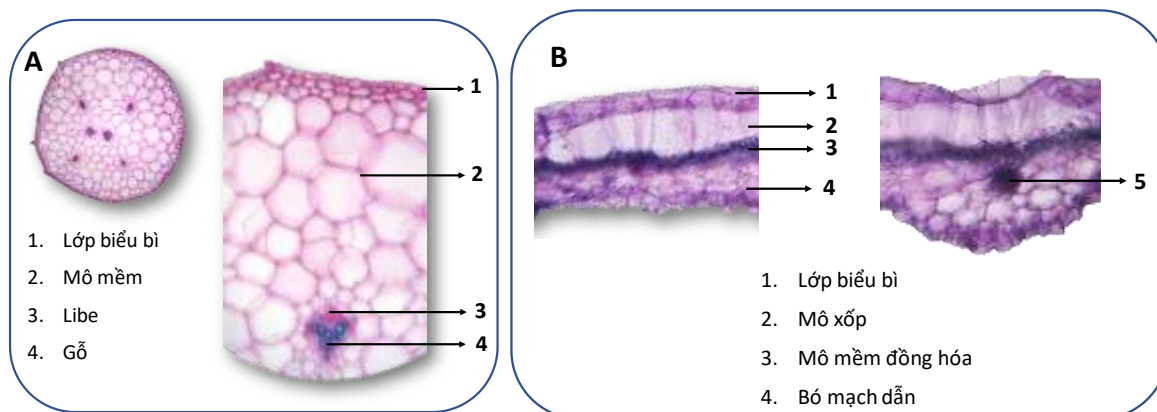
gồm libe ở ngoài và gỗ ở trong, libe thành từng cụm, tế bào hình đa giác, không đều, xếp lộn xộn và gỗ gồm các tế bào hơi tròn, xếp thành hình tam giác. Mô mềm ruột (4) gồm các tế bào đa giác không đều, các góc có khoảng gian bào.

➤ Vi phẫu lá

Gân giữa: Lớp biểu bì (1,2) cấu tạo bởi 1 hàng tế bào hình chữ nhật xếp khít nhau. Mô mềm (3) gồm các tế bào gần tròn hoặc đa giác, kích thước không đều. Ở phía biểu bì dưới (2) có các bó libe gỗ lớn nhỏ xếp thành hàng xen kẽ. Mỗi bó libe-gỗ (4) được bao bọc bởi các tế bào thành dày. Giữa các bó libe-gỗ có các mô khuyết (5) nằm xen kẽ.

Phiến lá: tế bào biểu bì trên (2) lớn hơn tế bào biểu bì dưới (1). Mô mềm (3), tế bào gần tròn hoặc đa giác kích thước không đều nhau. Các bó libe gỗ cấu tạo như ở gân giữa nhưng kích thước nhỏ dần về hai bên phiến

lá. Vùng mô khuyết (4) ở giữa các bó libe gỗ (5) tế bào gần tròn hoặc hình bầu dục. Rải rác có các bó mạch phụ nhỏ hơn, bao quanh bởi mô dày tụ lại thành đám.



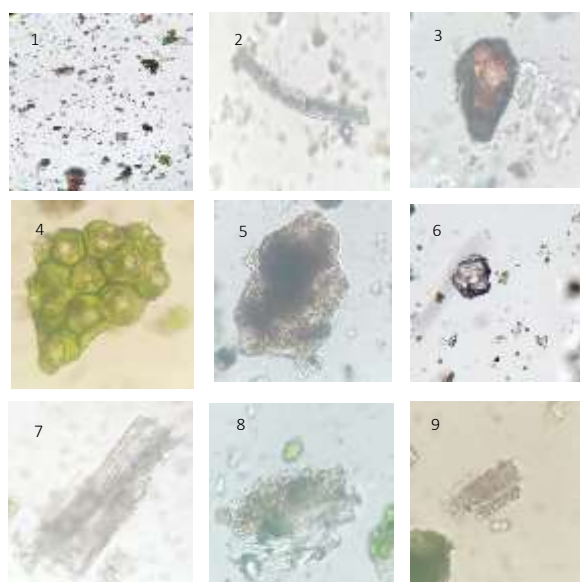
Hình 3. Cấu tạo giải phẫu cây Rau càng cua

A – Thân; B: Lá

3.1.3. Đặc điểm vi học bột dược liệu

Bột dược liệu cây rau càng cua có màu xanh mùi thơm nhẹ. Soi dưới kính hiển vi thấy: Mảnh mô mềm gồm các tế bào hình

tròn, to, thành mỏng (4). Các mảnh màu nâu đỏ kích thước không đều (3,5). Lông che chở (2). Rải rác tinh thể canxi oxalate hình cầu gai (6). Mảnh mạch điểm (8,9), mảnh mạch vạch (7) (Hình 4).



Hình 4. Đặc điểm bột dược liệu cây Rau càng cua

1 - Vi trường ở VK 10; 2 - Lông che chở; 3, 5 - Mảnh nâu đỏ kích thước không đều; 4 - Mảnh mô mềm; 6 - Tinh thể canxi oxalate hình cầu gai; 7 - Mảnh mạch vạch; 8, 9 - Mảnh mạch điểm.

3.2. Nghiên cứu về thành phần hoá học

3.2.1. Định tính sơ bộ các nhóm chất trong mẫu Rau càng cua bằng phương pháp hoá học

Chiết xuất cao dược liệu với ethanol 96⁰, lọc, cất loại dung môi dưới áp suất giảm thu được cao ethanol toàn phần. Chiết phân đoạn lần lượt với n-hexan, ethyl acetat thu được các phần cân tương ứng: cân phân đoạn n-hexan, cân phân đoạn ethyl acetat, cân phân đoạn nước. Sau khi chiết xuất các phân đoạn, phân đoạn n-hexan tiến hành phản ứng định tính carotene, chất béo, sterol; phân đoạn ethyl acetat tiến hành phản ứng định tính alkaloid, glycoside tim, flavonoid, coumarin; phân

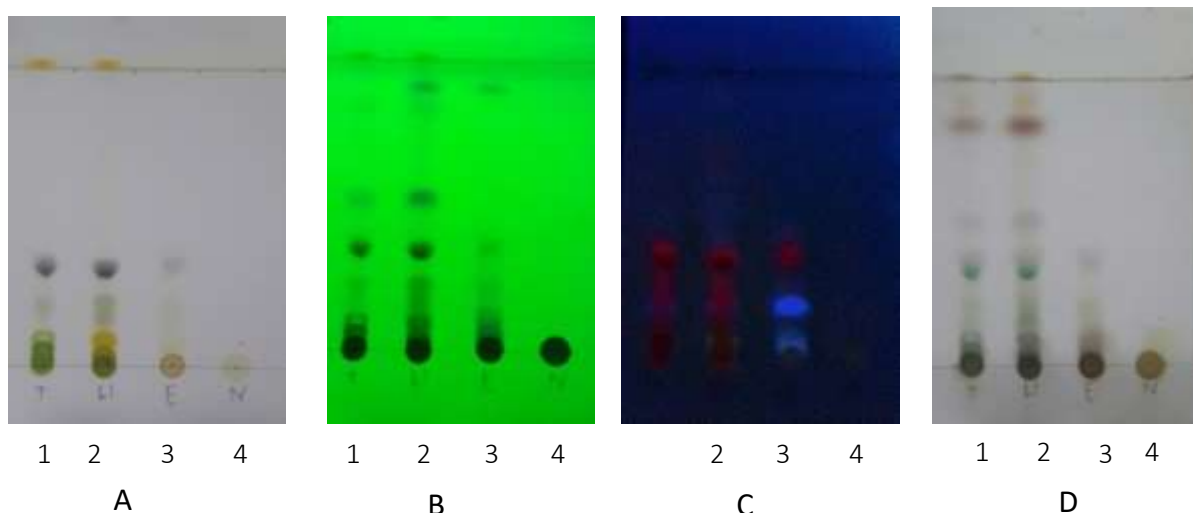
đoạn nước tiến hành phản ứng định tính saponin.

Kết quả định tính sơ bộ các nhóm chất có trong mẫu nghiên cứu cho thấy sự có mặt của flavonoid, đường khử, chất béo và caroten.

3.2.2. Định tính một số chất từ mẫu nghiên cứu bằng phương pháp sắc kí lớp mỏng

Chuẩn bị dịch chiết toàn phần và các phân đoạn.

Tiến hành chấm sắc kí 4 phân đoạn ethanol, n-hexan, ethyl acetat, nước trên cùng một bản mỏng với hệ dung môi n-hexan:ethyl acetat (5:1) và quan sát kết quả thu được (Hình 5).



Hình 5. Sắc ký đồ các phân đoạn dịch chiết trên hệ dung môi

A - Ánh sáng thường; B - 254nm; C - 366nm trước khi dùng thuốc thử; D - Hiện màu bằng thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn.

1 - phân đoạn ethanol toàn phần; 2 - phân đoạn n-hexan; 3 - phân đoạn EtOAc; 4 - phân đoạn nước.

Từ kết quả chạy SKLM sau khi hiện màu với TT H₂SO₄ 10% của các phân đoạn có thể thấy rằng phân đoạn n-hexan và phân đoạn ethanol xuất hiện các vết với màu sắc rõ ràng hơn so với kết quả chạy sắc ký của 2

phân đoạn ethyl acetat và phân đoạn nước. Các vết trên kết quả SKLM của phân đoạn n-hexan có màu xanh đen, xám, xanh là chính với R_f lần lượt là 0,06; 0,09; 0,33. Phân đoạn ethanol có 3 vết xuất hiện với màu xanh đen, xanh, nâu hiển thị rõ nét nhất với R_f lần lượt là 0,06; 0,33; 0,82. Phân đoạn Ethyl acetat có 4 vết đều xuất hiện với 4 cách soi vết với R_f lần lượt là 0,05; 0,11; 0,17; 0,30. Với phân đoạn Nước không thấy xuất hiện vết nào (Bảng 1).

Bảng 1. Bảng kết quả SKLM các phân đoạn

Các phân đoạn	STT	Với thuốc thử H ₂ SO ₄ 10%	Ánh sáng thường	UV 254nm	UV 366nm	Rf
Phân đoạn ethanol	1	Xanh đen	+	+	+	0,06
	2	Xanh xám	+	+	+	0,10
	3	Vàng nhạt	+	+	+	0,17
	4	Xanh nhạt	+	+	+	0,20
	5	Xanh lam	+	+	+	0,33
	6	Tím	-	+	+	0,37
	7	Tím	-	+	+	0,49
	8	Nâu	-	+	-	0,82
	9	Cam	-	-	-	0,88
Phân đoạn n-hexan	1	Xanh đen	+	+	+	0,06
	2	Xám	+	+	+	0,09
	3	Xanh nhạt	+	+	+	0,21
	4	Xanh	+	+	+	0,33
	5	Tím nhạt	+	+	+	0,37
	6	Tím	-	+	+	0,49
	7	Nâu	-	+	+	0,82
	8	Cam	-	+	-	0,9
Phân đoạn EtOAc	1	Nâu đậm	+	+	+	0,05
	2	Nâu	+	+	+	0,11
	3	Vàng	+	+	-	0,17
	4	Xanh	+	+	+	0,30
Phân đoạn nước		Không có vết				

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm thực vật

Các đặc điểm hình thái thực vật của mẫu nghiên cứu khá tương đồng so với đặc điểm chung của các loài thực vật thuộc chi *Peperomia*. Các đặc điểm tương đồng bao gồm: cây thảo, sống hàng năm, mọc đứng, phân nhánh nhiều; lá đơn mọc cách, thường mỏng nước, hình tim, phiến dạng màng, mép

nguyên, gân lá hình cung từ gốc, mặt trên bóng; cụm hoa dạng bông mang nhiều hoa, mọc ở ngọn hoặc ở nách lá; quả dạng quả hạch, không cuống, có một hạt, bề mặt của quả thường bóng, có mùi thơm [3].

So với các loài thuộc chi *Peperomia* phân bố tại Việt Nam, đặc điểm thực vật của mẫu Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng có nhiều đặc điểm tương đồng với loài *Peperomia*

pellucida [3]. Do đó có thể sơ bộ kết luận mẫu nghiên cứu có tên khoa học là *P. pellucida*.

4.2. Về thành phần hóa học

4.2.1. Kết quả định tính các nhóm chất hữu cơ bằng phản ứng hóa học

Kết quả định tính các nhóm chất hữu cơ bằng phản ứng hóa học đặc trưng cho thấy dược liệu này có chứa các nhóm chất: flavonoid, chất béo, carotene, đường khử tự do. Trong số các nhóm chất này, flavonoid là nhóm chất phổ biến nhất trong tự nhiên và có nhiều tác dụng sinh học đáng chú ý: chống oxy hóa, bảo vệ tế bào gan, giảm co thắt cơ trơn, chống loét dạ dày, tác dụng tăng tuần hoàn, an thần, chống ung thư. Nghiên cứu trên cao chiết cồn của cây Rau càng cua thu hái tại huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Hà Quang Thanh, Nguyễn Thị Thu Hương tại Trung tâm Sâm và Dược liệu Thành phố Hồ Chí Minh - Viện Dược liệu cho thấy các chất vô cơ có trong cây Rau càng cua như: canxi, magie, phospho [1]. Trên thế giới, các nghiên cứu về thành phần hóa học của cây Rau càng cua đã được báo cáo. Zhi Xiang và cộng sự đã tìm thấy sự có mặt của phenolic và flavonoid có tác dụng chống oxy hóa và chống viêm [8]. Nghiên cứu của Mutee A. đã báo cáo về tác dụng chống oxy hóa của dịch chiết methanol và chloroform của Rau càng cua [7]. Ngoài ra các nghiên cứu khác về thành phần hóa học của cây Rau càng cua tìm ra các chất như phytol, dẫn xuất lignan [6], carbohydrate [9]. Tuy nhiên các nghiên cứu về việc xác định các hợp chất từ loài này rất hạn chế, rất ít

chất được phân lập và xác định cấu trúc. Hoạt tính của loài này chủ yếu được nghiên cứu trên dịch chiết của cây hơn là các chất cô lập [4].

4.2.2. Kết quả định tính bằng sắc ký lớp mỏng

Từ kết quả sắc ký đồ định tính sơ bộ dịch chiết cây Rau càng cua trong hệ dung môi n-hexan:ethyl acetat (5:1) quan sát dưới ánh sáng thường, ánh sáng UV ở 2 bước sóng 254nm, 366nm và sau khi hiện màu với thuốc thử H_2SO_4 10% trong cồn. Phân đoạn ethanol toàn phần và n-hexan cho số lượng vết là 9 và 8 vết. Các vết có màu xanh ở ánh sáng thường và hiện rõ dưới ánh sáng UV có thể là hợp chất lignan. Các tài liệu nghiên cứu trước đó về thành phần hóa học của cây Rau càng cua của tác giả Kartika và cộng sự tìm ra 2 dẫn xuất lignan, tác giả Xu S và cộng sự tìm ra secolignan trong cây Rau càng cua [6]. Kết quả này định hướng cho việc khảo sát sâu hơn thành phần hóa học của cây Rau càng cua tương ứng với hoạt tính sinh học mà nó mang lại.

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình nghiên cứu và làm thực nghiệm, đề tài “Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hoá học của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng” sẽ thu được một số kết luận sau:

➤ Về đặc điểm thực vật:

Đặc điểm thực vật của cây Rau càng cua thu hái tại Hải Phòng đã được mô tả, từ đó sơ bộ xác định tên khoa học của mẫu nghiên cứu là *Peperomia pellucida*.

➤ Về thành phần hóa học

- Bằng phản ứng hóa học đặc hiệu có thể nhận biết sự có mặt của các hợp chất hữu cơ có trong cây Rau càng cua gồm: flavonoid, chất béo, carotene, đường khử tự do.

- Sau khi tiến hành SKLM, hệ dung môi n-hexan: ethyl acetat (5:1) được lựa chọn để thu kết quả tách tốt, có thể được sử dụng làm điều kiện để định tính cao chứa được liệu nghiên cứu.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.175.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Quang Thanh:** Khảo sát tác dụng của cao chiết cồn từ rau càng cua trên mô hình gây loãng xương ở chuột nhắt trắng. Tạp chí Dược liệu 2018, 23(1):33-39.
2. **Mai NTT:** Kiểm nghiệm dược liệu. Thành phố Hồ Chí Minh: NXB ĐHQG Hồ Chí Minh; 2020: 32.
3. **Nguyễn Viết Thân:** Cây thuốc Việt Nam và những bài thuốc thường dùng. Nhà xuất bản Y học tập II 2020:54-74
4. **Alves NSF, Setzer WN, da Silva JKR:** The chemistry and biological activities of *Peperomia pellucida* (Piperaceae): A critical review. Journal of ethnopharmacology 2019, 232:90-102.
5. **Farnsworth NR:** Biological and phytochemical screening of plants. Journal of pharmaceutical sciences 1966, 55(3):225-276.
6. **Kosasih S GC:** The Effectiveness of *Peperomia Pellucida* Extract Against Acne Bacteria. Journal for Engineering, Technology, and Sciences 2019, 59(1):149-153.
7. **Mutee AF, Salhimi SM, Yam MF, Lim CP, Abdullah GZ, Ameer OZ, Abdulkarim MF, Asmawi MZ:** In vivo anti-inflammatory and in vitro antioxidant activities of *Peperomia pellucida*. International Journal of Pharmacology 2010, 6:686-690.
8. **Ng ZX, Than MJY, Yong PH:** *Peperomia pellucida* (L.) Kunth herbal tea: Effect of fermentation and drying methods on the consumer acceptance, antioxidant and anti-inflammatory activities. Food Chem 2021, 344:128738.
9. **Xu S, Li N, Ning MM, Zhou CH, Yang QR, Wang MW:** Bioactive compounds from *Peperomia pellucida*. J Nat Prod 2006, 69(2):247-250.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2021

Trần Thị Ngân^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh tại khoa Tai mũi họng, bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu dữ liệu từ bệnh án điện tử của 325 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Tai mũi họng, bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 1/1/2021 đến ngày 31/12/2021. Sự phù hợp trong chỉ định, liều dùng, cách dùng, tương tác thuốc được đánh giá theo các tiêu chí được xây dựng căn cứ theo tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc đang lưu hành tại bệnh viện, các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và các hướng dẫn điều trị của các hiệp hội chuyên ngành khác. **Kết quả:** thời gian sử dụng kháng sinh trung bình trong các bệnh lý nhiễm khuẩn tai mũi họng là $11,88 \pm 2,78$ ngày, số lượng bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh tìm căn nguyên nhiễm khuẩn rất ít (5,72%). Phác đồ kháng sinh sử dụng phổ biến nhất là phác đồ đơn trị liệu với amoxicillin/clavulanic. 100% bệnh nhân sử dụng ciprofloxacin đường uống, 14,3% dùng ceftriaxon đường tĩnh mạch và 1,6% levofloxacin đường uống có liều dùng cao hơn khuyến cáo. **Kết luận và kiến nghị:** Xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong các bệnh lý

tai mũi họng, đặc biệt lưu ý vấn đề tăng cường chỉ định xét nghiệm vi sinh để điều trị kháng sinh theo vi khuẩn gây bệnh và liều dùng các kháng sinh là cần thiết để nâng cao hiệu quả, an toàn trong sử dụng kháng sinh và góp phần phòng tránh kháng kháng sinh.

Từ khóa: kháng sinh; tai mũi họng; nhiễm khuẩn.

SUMMARY

ANTIBIOTIC USE AT OTOLARYNGOLOGY DEPARTMENT, HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2021

Objectives: to analyze the current status of antibiotic use at Otolaryngology department of Hai Phong International Hospital from January 1, 2021, to December 31, 2021. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study of electronic medical records of 325 inpatients Otolaryngology department of Hai Phong International Hospital from January 1, 2021 to December 31, 2021. The suitability of the drug indications, interactions, dosage and duration were evaluated according to the information based on the product information sheet of the drugs which are using in the hospital, the guidelines of the Ministry of Health and other guidelines. **Results:** the average duration of antibiotic use in ear, nose and throat infections was 11.88 ± 2.78 days, the number of patients assigned to microbiological tests to determine the cause of the infection was very low (5.72%). The most commonly used antibiotic regimen is amoxicillin/clavulanic monotherapy. 100% of

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: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

patients received oral ciprofloxacin, 14.3% received intravenous ceftriaxone and 1.6% oral levofloxacin had higher dose than recommended doses. **Conclusions and recommendations:** Develop guidelines for the use of antibiotics in Otolaryngology department, focusing on the indications for microbiological tests to treat antibiotics according to pathogenic bacteria and doses of antibiotics, are necessary to improve the effectiveness and safety of antibiotic use and contribute to the prevention of antibiotic resistance.

Keywords: antibiotic; otolaryngology; infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên là một trong những lý do phổ biến nhất khi người bệnh tìm đến cơ sở khám bệnh. Kháng sinh là nhóm thuốc quan trọng trong điều trị điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn tai, mũi, họng. Đồng thời số lượng kháng sinh sử dụng trong các bệnh lý tai mũi họng cũng chiếm đến 75% tổng lượng kê đơn kháng sinh trong các bệnh lý nhiễm khuẩn (5). Đi đôi với số lượng sử dụng kháng sinh gia tăng, tỉ lệ chỉ định kháng sinh không phù hợp trong các bệnh lý tai, mũi, họng ngày cao gia tăng. Sử dụng kháng sinh không phù hợp chiếm tới 46% trường hợp sử dụng kháng sinh trong các bệnh lý tai mũi họng ở người lớn, con số này tăng lên tới 78,4% chỉ định sử dụng kháng sinh đúng và 69,2% không đúng chỉ định ở trẻ em (2, 4). Sử dụng kháng sinh không hợp lý làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh, tăng chi phí điều trị và tăng nguy cơ gặp phải tác dụng phụ do kháng sinh gây ra. Vì vậy, việc quản lý, giám sát sử dụng kháng sinh, đặc biệt trong các bệnh lý tai, mũi,

họng là vô cùng cần thiết. Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng (ĐKQTHP) là bệnh viện đa khoa với quy mô 500 giường bệnh nội trú với mô hình bệnh tật đa dạng với mô hình bệnh tật đa dạng và áp lực sử dụng kháng sinh lớn. Tuy nhiên, hiện nay bệnh viện chưa có các hướng dẫn sử dụng, quản lý các kháng sinh tại bệnh viện. Vì vậy, để hướng tới xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh cá thể hoá cho mô hình bệnh tật tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài “*Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh tại khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021*” với mục tiêu mô tả tình hình sử dụng kháng sinh tại khoa Tai mũi họng, bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01 đến tháng 12 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 điều trị nội trú được kê đơn sử dụng kháng sinh tại khoa Tai mũi họng, bệnh viện ĐKQTHP từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có thời gian sử dụng kháng sinh ít hơn 48 giờ;

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 01/10/2021 đến ngày 31/05/2022.

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 $p = 0,5$. Thay vào công thức, tính ra được $n = 385$.

Nghiên cứu tiến hành lấy mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên, từ danh sách 827 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Tai mũi họng năm 2021 chọn ngẫu nhiên 385 bệnh nhân bằng phương pháp sử dụng hàm RAND trong Microsoft Excel 2016.

2.3. Nội dung nghiên cứu chính

Tính phù hợp về chống chỉ định, liều dùng, đường dùng, khoảng cách liều dùng, cách dùng được đánh giá căn cứ theo tờ thông tin sản phẩm của các biệt dược kháng sinh được sử dụng tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu; Sanford Guide to antimicrobial therapy 2021; Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế Việt Nam, các

hướng dẫn điều trị cập nhật của các hiệp hội chuyên môn ở Việt Nam và trên thế giới về điều trị nhiễm khuẩn tai mũi họng.

Tương tác thuốc được đánh giá theo quyết định số 5948/2021/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 ban hành danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám, chữa bệnh (1).

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập từ bệnh án điện tử.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.3.4.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 385 bệnh nhân điều trị nội trú có tuổi trung vị là 36,1 (2-94) tuổi, có sử dụng kháng sinh cho thấy có đến 86,8% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có can thiệp ngoại khoa tai mũi họng trong thời gian điều trị. Số lượng bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh tìm căn nguyên gây bệnh thấp (5,7%). Chi tiết được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm can thiệp ngoại khoa và xét nghiệm vi sinh

Đặc điểm			Số lượng	Tỷ lệ (%)
Can thiệp ngoại khoa (n=385)	Can thiệp ngoại khoa		334	86,8
	Không can thiệp ngoại khoa		51	13,3
Xét nghiệm vi sinh (n=385)	Có xét nghiệm vi sinh định danh vi khuẩn	Vi khuẩn dương tính	5	1,3
		Vi khuẩn âm tính	17	4,4
	Không xét nghiệm vi sinh		363	94,3

Kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu gồm 22 hoạt chất khác nhau, với đường dùng phổ biến nhất là đường uống. Kháng sinh được phổ biến nhất là Amoxicillin/clavulanic đường uống (52,4%), ceftazidim tiêm truyền tĩnh mạch (20,5%). Chi tiết thể hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Tuân suất kê đơn kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Đường dùng	Hoạt chất kháng sinh	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%) (n=643)
Uống	Amoxicillin/ acid clavulanic	337	52,41	65,9
	Levofloxacin	61	9,49	
	Metronidazol	10	1,56	
	Cefuroxim	4	0,63	
	Cefditoren	2	0,31	
	Azithromycin	2	0,31	
	Moxifloxacin	2	0,31	
	Linezolid	2	0,31	
	Clarithromycin	1	0,16	
	Clindamycin	1	0,16	
	Ciprofloxacin	1	0,16	
	Tetracyclin	1	0,16	
Tiêm truyền tĩnh mạch	Ceftazidim	132	20,53	28,2
	Metronidazol	26	4,04	
	Ceftriaxon	21	3,26	
	Cefoperazon	1	0,16	
	Vancomycin	1	0,16	
Nhỏ tai	Rifamycin	21	3,27	5,4
	Ciprofloxacin	14	2,18	
Nhỏ mũi	Cloramphenicol	3	0,47	0,5

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình trong mẫu nghiên cứu là $11,88 \pm 2,78$ ngày. Độ dài đợt điều trị kháng sinh với từng loại nhiễm khuẩn được trình bày chi tiết trong bảng 3.

Bảng 3. Độ dài đợt điều trị kháng sinh

Chẩn đoán	Số ngày trung bình	Số ngày ngắn nhất	Số ngày dài nhất
Viêm amidan (n=158)	11,75	7	17
Viêm thanh quản (n=83)	11,87	6	19
Polyp mũi (n=21)	12,14	7	28
Viêm V.A (n=30)	10,63	8	17
Viêm xoang (n=47)	12,15	7	28
Rò luân nhĩ (n=11)	11,64	5	17
Viêm tai giữa (n=44)	13,95	6	32
Độ dài đợt điều trị kháng sinh trung bình (ngày)	$11,88 \pm 2,78$		

Phác đồ kháng sinh với từng loại nhiễm khuẩn được thể hiện trong bảng 4. 80,7% các trường hợp sử dụng một kháng sinh, chỉ có 0,8% sử dụng kết hợp 3 kháng sinh. Trong đó phác đồ được sử dụng nhiều nhất với 318

lượt là đơn trị liệu với amoxicillin/acid clavulanic là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất với 226 lượt. Các bệnh lý sử dụng kháng sinh phối hợp nhiều nhất là viêm tai giữa (19/44) và viêm xoang (20/47).

Bảng 4: Phác đồ kháng sinh ban đầu trong điều trị các nhiễm khuẩn tai mũi họng phổ biến

Phác đồ	Bệnh	Phác đồ ban đầu					Tổng số (n=394)
		Viêm amidan (n=158)	Viêm thanh quản (n=83)	Viêm tai giữa (n=44)	Viêm xoang (n=47)	Viêm V.A (n=30)	
Phác đồ đơn độc		139(43,7)	71(22,3)	25 (7,9)	27(8,5)	29(9,1)	318(80,7)
Amox/clav		123	63	5	7	25	226
Cepha thế hệ 2		0	0	1	0	1	2
Cepha thế hệ 3		16	8	17	20	3	88
Levofloxacin		0	0	2	0	0	2
Phối hợp 2 kháng sinh		19 (26,0)	10(13,7)	19(26,0)	19(26,0)	1 (1,4)	73(18,5)
Cepha 3 + Quinolon		4	6	18	14	0	46
Cepha 3 + Metronidazol		15	4	0	5	0	25
Ceftazidim+Azithromycin		0	0	1	0	0	1
Amox/clav +Azithromycin		0	0	0	0	1	1
Phối hợp 3 kháng sinh		0	2 (66,7)	0	1 (33,3)	0	3(0,8)
Ceftazidim+Metronidazol +Levofloxacin		0	2	0	0	0	2
Ceftriaxon+Metronidazol +Linezolid		0	0	0	1	0	1

Tiến hành đánh giá tính hợp lý về liều dùng, cách dùng, tương tác thuốc kết quả cho thấy tất cả các lượt kê đơn thuốc đều phù hợp về cách dùng, nghiên cứu không ghi nhận tương tác thuốc chống chỉ định trong tất cả các lượt kê đơn. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi

nhận 100% bệnh nhân sử dụng ciprofloxacin đường uống, 14,3 % dùng ceftriaxon đường tĩnh mạch và 1,6% levofloxacin đường uống có liều dùng cao hơn khuyến cáo. Chi tiết được thể hiện trong bảng 5.

Bảng 5. Tính hợp lý về liều dùng kháng sinh

Thuốc	Chi tiết lỗi	Số lượng (%)
Ciprofloxacin (n=1)	Liều cao: uống 500mg mỗi 8 giờ (liều khuyến cáo là 500mg mỗi 12 giờ)	1 (100)
Ceftriaxon (n=21)	Liều cao: 1-2g mỗi 12 giờ (liều khuyến cáo 1-2g mỗi 24 giờ, liều 2g mỗi 12 giờ chỉ áp dụng cho viêm màng não)	3 (14,3)
Levofloxacin (n=61)	Liều cao: 1g mỗi 24 giờ (liều khuyến cáo tối đa là 750mg mỗi 24 giờ)	1 (1,6)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nội trú điều trị kháng sinh được chỉ định xét nghiệm vi sinh tìm căn nguyên gây bệnh rất thấp (22/325, chiếm 5,72%). Việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm mà chưa được xét nghiệm vi sinh gây ra rất nhiều hậu quả đáng lo ngại trên bệnh nhân. Việc sử dụng sai thuốc kháng sinh phổ rộng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, bao gồm nhiễm trùng *Clostridium difficile* (3), độc tính trên thận, làm tiến triển các vi sinh vật đa kháng thuốc (7), tăng thời gian nằm viện lâu hơn, chi phí chăm sóc điều trị và tỷ lệ tử vong cao hơn (8). Việc chỉ định xét nghiệm tìm căn nguyên gây bệnh không chỉ giúp định hướng sử dụng kháng sinh hợp lý, nó còn là căn cứ để đánh giá tình trạng vi sinh vật kháng thuốc tại cơ sở từ đó có căn cứ thay đổi chính sách sử dụng kháng sinh kinh nghiệm tại cơ sở.

Độ dài đợt điều trị trung bình sử dụng kháng sinh là $11,88 \pm 2,78$ ngày. Vì bệnh nhân điều trị tại khoa có tỷ lệ phẫu thuật lớn nên độ dài đợt điều trị kháng sinh dài ngày là một liệu pháp cần thiết để giảm thiểu tối đa nhiễm trùng. Một nghiên cứu năm 2013 tại một phòng khám và bệnh viện với số ngày sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật là 7-10 ngày (6). Việc sử dụng kháng sinh kéo dài sẽ làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật, bao gồm cả vết thương và nhiễm trùng cơ quan (6).

Liều dùng và nhịp đưa thuốc của các bệnh nhân phần lớn là phù hợp với các khuyến cáo điều trị. Tuy nhiên có 1 lượt kê đơn (1/1, chiếm 100%) bệnh nhân sử dụng ciprofloxacin được dùng liều cao (500mg mỗi 8 giờ thay vì 500mg mỗi 12 giờ theo khuyến cáo), 14,3% bệnh nhân sử dụng ceftriaxon và 1,6% bệnh nhân sử dụng

levofloxacin liều cao hơn mức liều được khuyến cáo trong tất cả các tài liệu tham chiếu. Việc sử dụng liều cao các kháng sinh này có thể dẫn đến làm gia tăng nguy cơ gặp tác dụng phụ của nhóm kháng sinh quinolon như viêm gân, đứt gân gây tàn tật và không hồi phục, đứt hoặc rách động mạch chủ, với ceftriaxon sử dụng liều cao có thể làm tăng nguy cơ sỏi mật, giảm tiểu cầu, bạch cầu.

Do những hạn chế về hồi cứu số liệu từ bệnh án điện tử, nghiên cứu không tiến hành đánh giá tính phù hợp về chỉ định, liều dùng kháng sinh theo mức độ nặng của tình trạng nhiễm khuẩn. Cần thực hiện các nghiên cứu tiến cứu để đánh giá tính phù hợp về chỉ định, liều dùng, độ dài đợt điều trị kháng sinh theo mức độ nhiễm khuẩn của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 385 bệnh nhân cho thấy thời gian sử dụng kháng sinh trung bình trong các bệnh lý nhiễm khuẩn tai mũi họng là $11,88 \pm 2,78$ ngày, số lượng bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh tìm căn nguyên nhiễm khuẩn rất ít (5,72%). Phác đồ kháng sinh sử dụng phổ biến nhất là phác đồ đơn trị liệu với amoxicillin/clavulanic. 100% bệnh nhân sử dụng ciprofloxacin đường uống, 14,3% dùng ceftriaxon đường tĩnh mạch và 1,6% levofloxacin đường uống có liều dùng cao hơn khuyến cáo. Xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong các bệnh lý tai mũi họng, đặc biệt lưu ý vấn đề tăng cường chỉ định xét nghiệm vi sinh để điều trị kháng sinh theo vi khuẩn gây bệnh và liều dùng các kháng sinh là cần thiết để nâng cao hiệu quả, an toàn trong sử dụng kháng sinh và góp phần phòng tránh kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2021.
2. **Ababneh MA, Al-Azzam SI, Ababneh R, Rababa'h AM, Demour SAJIH.** Antibiotic prescribing for acute respiratory infections in children in Jordan. 2017;9(2):124-30.
3. **Barbut F, Petit J-CJCM,** Epidemiology of Clostridium difficile-associated infections, Infection. 2001;7(8):405-10.
4. **Dekker AR, Verheij TJ, van der Velden AWJFp.** Inappropriate antibiotic prescription for respiratory tract indications: most prominent in adult patients. 2015;32(4):401-7.
5. **Hussey P, Sorbero M, Mehrotra A, Liu H, Damberg CJHA.** Using episodes of care as a basis for performance measurement and payment: Moving from concept to practice. 2009;28(5):1406.
6. **Nausheen S, Hammad R, Khan AJJPM.** Rational use of antibiotics--a quality improvement initiative in hospital setting. 2013;63(1):60.
7. **Peralta G, Sanchez MB, Garrido JC, De Benito I, Cano ME, Martínez-Martínez L, et al.** Impact of antibiotic resistance and of adequate empirical antibiotic treatment in the prognosis of patients with Escherichia coli bacteraemia. 2007;60(4):855-63.
8. **Yu VL, Singh NJIcm.** Excessive antimicrobial usage causes measurable harm to patients with suspected ventilator-associated pneumonia. 2004;30(5):735-8.

TÌNH HÌNH KHÁNG VÀ ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH NHÓM FLUOROQUINOLONE CỦA VI KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG TỪ NĂM 20201 ĐẾN NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Trần Thị Ngân^{1,2}, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Qua phân tích 1182 kết quả xét nghiệm mẫu bệnh phẩm vi sinh được làm kháng sinh đồ với nhóm fluoroquinolon từ 2021 – 2022 chúng tôi thấy các vi khuẩn chủ yếu phân lập được ở Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng vi khuẩn *Escherichia coli* kháng với kháng sinh levofloxacin với tỷ lệ 45%, kháng với kháng sinh Ciprofloxacin 49%. 11319 bệnh nhân được phân tích tình hình sử dụng kháng sinh fluoroquinolon cho thấy các bác sĩ của Bệnh viện đã ưu tiên sử dụng đường uống cho bệnh nhân với tỷ lệ 52%-94%. Levofloxacin và Ciprofloxacin đã bị đề kháng bởi vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* với tỷ lệ 39% và 35%. *Streptococcus pneumoniae* nhạy cảm 100% với cả Moxifloxacin và Levofloxacin. Bệnh nhân sử dụng kháng sinh fluoroquinolon đường uống có số ngày nằm viện ngắn hơn đường truyền tĩnh mạch. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp dữ liệu về tính đề kháng kháng sinh fluoroquinolon của các vi khuẩn điển hình tại bệnh viện nhằm hỗ trợ các bác sĩ trong việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Fluoroquinolon; kháng kháng sinh

SUMMARY

THE SITUATION OF RESISTANCE AND CHARACTERISTICS OF BACTERIAL USE OF FLUOROQUINOLONE ANTIBIOTICS AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL FROM 20201 TO 2022

Through analysis of 1182 test results of microbiological specimens made with fluoroquinolones from 2021 to 2022, we found that the main bacteria isolated at Hai Phong International General Hospital were resistant *Escherichia coli* bacteria. with antibiotic levofloxacin at 45%, resistant to antibiotic Ciprofloxacin 49%. Analysis of the use of fluoroquinolone antibiotics in 11319 patients showed that the hospital's doctors gave priority to oral use for patients with the rate of 52%-94%. Levofloxacin and Ciprofloxacin were resistant by *Pseudomonas aeruginosa* with the rate of 39% and 35%. *Streptococcus pneumoniae* is 100% sensitive to both moxifloxacin and levofloxacin. Patients receiving oral fluoroquinolone antibiotics had shorter hospital stays than intravenous administration. The study results provided data on fluoroquinolone antibiotic resistance of typical hospital-acquired bacteria to assist physicians in selecting and using safe and effective antibiotics.

Keywords: fluoroquinolone; antibiotic resistance

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: nttphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Fluoroquinolones (FQs) được giới thiệu là kháng sinh phổ rộng. FQ được sử dụng rộng rãi trong các bệnh nhiễm khuẩn do đặc điểm sinh khả dụng cao qua đường miệng. Do hiệu lực, phổ hoạt tính, sinh khả dụng đường uống và tính an toàn nhìn chung tốt, fluoroquinolon được sử dụng rộng rãi cho nhiều chỉ định lâm sàng trên khắp thế giới. Mặc dù vẫn có giá trị về mặt lâm sàng, việc sử dụng fluoroquinolon đã trở nên hạn chế ở một số cơ sở lâm sàng, do sự kháng thuốc của vi khuẩn đã xuất hiện theo thời gian. Theo hệ thống giám sát kháng kháng sinh trong nửa đầu năm 2018, tỷ lệ kháng ciprofloxacin lần lượt là 57,8% đối với *Escherichia coli*, 35,4% đối với *Klebsiella* spp., 17,1% đối với *Pseudomonas aeruginosa* và 75,4% đối với *Acinetobacter baumannii*. Kháng FQ được báo cáo là một yếu tố rủi ro độc lập đối với tỷ lệ tử vong tại bệnh viện, có liên quan đến chi phí bệnh viện cao hơn và kết quả lâm sàng kém [1]. Hơn nữa, so với các kiểu hình kháng thuốc khác, nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* và *Klebsiella* spp kháng FQs dẫn đến tỷ lệ tử vong cao hơn [2].

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Tình hình kháng và đặc điểm sử dụng thuốc kháng sinh nhóm fluoroquinolone của vi khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ năm 20201 đến năm 2022” nhằm hai mục tiêu: 1) mô tả một số đặc điểm kháng kháng sinh nhóm fluoroquinolone của vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện 2) mô tả một số đặc điểm sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolone của các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ năm 2021 đến năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phiếu kết quả nuôi cấy vi sinh và kháng sinh đồ các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân gửi về khoa vi sinh bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Mục tiêu 1: Các phiếu chỉ định xét nghiệm có làm kháng sinh đồ với kháng sinh nhóm quinolon, có đầy đủ thông tin của mẫu.

Mục tiêu 2: Bệnh án của các bệnh nhân sử dụng fluoroquinolon trên 24 giờ nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mẫu phiếu kết quả, bệnh án thiếu các thông tin cần thiết và mẫu phiếu phân tích từ bệnh phẩm ngoại viện.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên hệ thống lưu trữ dữ liệu bệnh án điện tử của bệnh viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ 3338 phiếu kết quả phân tích mẫu bệnh phẩm và 11319 bệnh án thu thập tại bệnh viện đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Nhóm nghiên cứu lấy toàn bộ phiếu kết quả mẫu bệnh phẩm của bệnh viện phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Tỷ lệ (%) vi khuẩn phân lập và kháng kháng sinh

Tỷ lệ kháng của các kháng sinh thuộc nhóm quinolon

Đặc điểm sử dụng thuốc: đường dùng, liều dùng, hoạt chất, số ngày nằm viện.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin trong nghiên cứu được thu thập dựa vào bệnh án điện tử trong năm 2021 - 2022, hiện được lưu trữ tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22. Số liệu kết quả tình trạng kháng kháng sinh được trình bày theo tần số và tỷ lệ %.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng theo Quyết định số: QĐ 130/2022/ĐKQT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi đã chọn được 3338 mẫu bệnh phẩm phân lập vi khuẩn được thực hiện kháng sinh đồ với kháng sinh nhóm Quinolone (Bảng 1) bao gồm nước tiểu, mủ, máu, dịch tỵ hầu, dịch phế quản, đờm, phân, dịch mật, dịch ổ bụng, đờm qua sonde, mẫu áp xe gan, dịch sinh dục và các dịch khác. Trong số 1182 mẫu bệnh phẩm nước tiểu, vi khuẩn *Escherichia coli* được phân lập với tỷ lệ 71,57%, tỷ lệ này là 54,42% với bệnh phẩm máu (123/226 mẫu) và 68,18% với mẫu dịch ổ bụng (45/66 mẫu).

34,16% mẫu bệnh phẩm mủ phân lập được vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, tiếp theo đó là vi khuẩn *Escherichia coli* với tỷ lệ 26,74% (Bảng 1).

Trong số 3338 mẫu bệnh phẩm phân lập vi khuẩn dương tính, 2398 mẫu được thực hiện kháng sinh đồ với kháng sinh Levofloxacin (Bảng 2). 45% (322/719 mẫu)

mẫu bệnh phẩm phân lập được *Escherichia coli* kháng với kháng sinh levofloxacin, tỷ lệ này là 49% (596/1207 mẫu) với kháng sinh Ciprofloxacin. Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với Levofloxacin với tỷ lệ 18%, tỷ lệ này là 29% với kháng sinh Ciprofloxacin. Levofloxacin và Ciprofloxacin đã bị đề kháng bởi vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* với tỷ lệ 39% và 35%, tuần tự. Moxifloxacin còn nhạy cảm với *Staphylococcus aureus* với tỷ lệ 87%, tỷ lệ này tương tự ở Levofloxacin và Ciprofloxacin là 84% và 86%. *Streptococcus pneumoniae* nhạy cảm 100% với cả Moxifloxacin và Levofloxacin (Bảng 2).

Nghiên cứu của chúng tôi đã chọn được 11319 bệnh nhân sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolone trong 2 năm với các đặc điểm lâm sàng thể hiện trong Bảng 3. 75% (8532) bệnh nhân sử dụng kháng sinh Ciprofloxacin, trong đó 52% bệnh nhân được chỉ định dùng qua đường truyền tĩnh mạch. 19% (2130) bệnh nhân được chỉ định sử dụng Levofloxacin, trong đó 94% bệnh nhân dùng đường uống. Chỉ có 6% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng Moxifloxacin, trong đó 79% bệnh nhân dùng đường uống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình ($\pm$ SD) của bệnh nhân là 51.44 ± 19 , nam giới chiếm tỷ 56%, BMI trung bình ($\pm$ SD) là 22.47 ± 5 .

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đương về tuổi, giới, BMI giữa các hoạt chất và đường dùng ($p > 0,05$). Khi so sánh số ngày nằm viện giữa các hoạt chất và đường dùng của kháng sinh phân nhóm fluoroquinolone chúng tôi thấy, bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu nằm viện trung bình 7.35 ± 4.29 ngày khi sử dụng đường truyền, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các hoạt chất ($p > 0,05$). Tuy nhiên, khi bệnh

nhân sử dụng Ciprofloxacin đường uống có thời gian nằm viện ngắn hơn so với hai hoạt chất còn lại ($2,9 \pm 3,15$ so với $4,62 \pm 4,3$ và $5,26 \pm 4,14$, $p < 0,01$). Khi so sánh các đường

dùng khác nhau trong cùng 1 hoạt chất chúng tôi thấy bệnh nhân sử dụng kháng sinh đường uống có thời gian nằm viện ngắn hơn đường truyền ở cả 3 hoạt chất (Bảng 4)

Bảng 1: Tỷ lệ phân lập vi khuẩn các mẫu bệnh phẩm được làm kháng sinh đồ với kháng sinh nhóm fluoroquinolone (n=3338)

Bệnh phẩm	Tên vi khuẩn	n	Tỷ lệ %	Bệnh phẩm	Tên vi khuẩn	n	Tỷ lệ %
Nước tiểu	Escherichia coli	846	71.57	Phân	Salmonella paratyphi B	43	33.59
	Staphylococcus saprophyticus	59	4.99		Vibrio parahaemolyticus	37	28.91
	Klebsiella pneumoniae	55	4.65		Aeromonas hydrophila/caviae	18	14.06
	Enterococcus faecalis	38	3.21		Plesiomonas shigelloides	9	7.03
	Streptococcus group B	32	2.71		Khác	21	16.41
	Pseudomonas aeruginosa	44	3.72		Tổng	128	100
	Proteus mirabilis	26	2.2	Dịch mật	Escherichia coli	37	46.84
	Khác	82	6.94		Klebsiella pneumoniae	15	18.99
	Tổng	1182	100		Pseudomonas aeruginosa	5	6.33
Mủ	Staphylococcus aureus	152	34.16		Enterococcus (others)	8	10.13
	Escherichia coli	119	26.74	Dịch ổ bụng	Khác	14	17.72
	Klebsiella pneumoniae	51	11.46		Tổng	79	100
	Pseudomonas aeruginosa	34	7.64		Escherichia coli	45	68.18
	Streptococcus group B	12	2.7		Klebsiella pneumoniae	8	12.12
	Khác	77	17.3	Đờm sonde	Pseudomonas aeruginosa	7	10.61
	Tổng	445	100		Khác	6	9.09
Máu	Escherichia coli	123	54.42		Tổng	66	100
	Klebsiella pneumoniae	40	17.7	Đờm sonde	Pseudomonas aeruginosa	12	24
	Staphylococcus aureus	9	3.98		Klebsiella pneumoniae	7	14
	Khác	54	23.89		Acinetobacter baumannii	10	20
	Tổng	226	100		Khác	21	42

Dịch tý hầu	Streptococcus pneumoniae	108	48	Áp xe gan	Tổng	50	100
	Haemophilus influenzae	89	39.56		Klebsiella pneumoniae	9	64.29
	Khác	22	9.78		Escherichia coli	4	28.57
	Tổng	225	100		Streptococcus spp.	1	7.14
Dịch phế quản	Acinetobacter baumannii	41	30	Dịch sinh dục	Tổng	14	100
	Pseudomonas aeruginosa	47	35		Streptococcus group B	593	482
	Klebsiella pneumoniae	23	17		Neisseria gonorrhoeae	47	38
	Khác	25	18		Escherichia coli	4	3
	Tổng	136	100		Khác	5	4
Đờm	Pseudomonas aeruginosa	23	22	Dịch khác	Tổng	649	528
	Haemophilus influenzae	22	21		Pseudomonas aeruginosa	9	27.27
	Streptococcus pneumoniae	17	16		Staphylococcus aureus	4	12.12
	Pseudomonas aeruginosa	12	11		Escherichia coli	3	9.09
	Klebsiella pneumoniae	10	10		Klebsiella pneumoniae	3	9.09
	Khác	21	20		Khác	14	42.42
	Tổng	105	100		Tổng	33	100
Tổng mẫu bệnh phẩm		3338					

Bảng 2: Tỷ lệ nhạy, kháng, trung gian của vi khuẩn với kháng sinh nhóm fluoroquinolone

STT	Tên vi khuẩn	Ciprofloxacin (n=2252)				Levofloxacin (n=2398)				Moxifloxacin (n=300)			
		S	R	I	T	S	R	I	T	S	R	I	T
1	Escherichia coli	547 (45)	596 (49)	64 (5)	1207	387 (54)	322 (45)	10 (1)	719				
2	Klebsiella pneumoniae	147 (66)	65 (29)	12 (5)	224	109 (82)	24 (18)		133				
3	Pseudomonas aeruginosa	134 (62)	75 (35)	6 (3)	215	115 (53)	83 (39)	17 (8)	215				
4	Staphylococcus aureus	160 (86)	26 (14)	1 (1)	187	152 (84)	28 (15)	1 (1)	181	163 (87)	20 (11)	5 (3)	188
5	Acinetobacter baumannii	8 (11)	62 (86)	2 (3)	72	10 (14)	59 (84)	1 (1)	70				
6	Enterococcus faecalis	26 (51)	19 (37)	6 (12)	51	34 (63)	20 (37)		54	1 (100)			1
7	Neisseria gonorrhoeae		49 (96)	2 (4)	51								
8	Proteus mirabilis	28	10	3	41	32	7		39				

		(68)	(24)	(7)		(82)	(18)						
9	Vibrio parahaemolyticus	35 (95)		2 (5)	37	35 (100)			35				
10	Salmonella spp.	24(8 6)		4 (14)	28	1 (100)			1				
11	Enterobacter cloacae	22 (81)	5 (19)		27	9 (100)			9				
12	Aeromonas hydrophila/caviae	23 (88)	2 (8)	1(4)	26	22 (96)	1 (4)		23				
13	Enterococcus (others)	11 (52)	7 (33)	3 (14)	21	12 (60)	8 (40)		20				
14	Enterococcus faecium	2 (11)	17 (89)		19	4 (18)	18 (82)		22				
15	Enterobacter aerogenes	7 (44)	7 (44)	2 (13)	16	5 (45)	6 (55)		11				
16	Staphylococcus saprophyticus	14 (100)			14	58 (98)	1 (2)		59	14 (100)			14
17	Streptococcus group B					509 (79)	128 (20)	5 (1)	642	4 (100)			4
18	Streptococcus pneumoniae					131 (100)			131	83 (100)			83
19	Streptococcus spp.					12 (80)	3 (20)		15	3 (100)			3
20	Haemophilus parainfluenzae					5 (63)	3 (38)		8				
Vi khuẩn khác					131				200				7

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=11319)

Hoạt chất	Số lượng (n(%))			Tuổi (n±SD)			Giới nam (n(%))			BMI (n±SD)		
	IV	PO	T	IV	PO	T	IV	PO	T	IV	PO	T
Ciprofloxacin	4405 (52)	4127 (48)	8532 (75)	54.75 ±19	46.08 ±17	50.56 ±18	2580 (95)	2248 (63)	4828 (77)	22.53 ±5	22.51 ±4	22.52 ±4
Levofloxacin	130 (6)	2000 (94)	2130 (19)	65.97 ±20	52.1 ±19	52.95 ±19	80 (3)	1014 (28)	1094 (17)	22±3	22.35 ±4	22.33 ±4
Moxifloxacin	81 (12)	576 (88)	657 (6)	53.75 ±20	58.6 ±19	58 ±19	53 (2)	313 (9)	366 (6)	22.96 ±6	22.28 ±4	22.36 ±4
Tổng	4616 (54)	6703 (79)	11319 (100)	55.05 ±19	48.95 ±18	51.44 ±19	2713 (43)	3575 (57)	6288 (56)	22.52 ±5	22.44 ±4	22.47 ±5

Bảng 4: So sánh ngày nằm viện, liều dùng giữa các đường dùng truyền tĩnh mạch (IV) và đường uống của kháng sinh nhóm fluoroquinolone (n=11319)

Hoạt chất	Ngày nằm viện (ngày (n±SD))			Liều dùng (mg) (TB(min,max))		
	IV	PO	T	IV	PO	T
Ciprofloxacin	7.33±4.27	2.9±3.15	5.19±4.37	560.68 (200,1200)	895.08 (500,1500)	722.43 (200,1500)
Levofloxacin	7.62±5.52	4.62±4.3	4.8±4.44	717.31 (250,1500)	740.88 (250,1000)	739.44 (250,1500)
Moxifloxacin	8.07±3.03	5.26±4.14	5.61±4.12	400 (400,400)	400 (400,400)	400 (400,400)
Tổng	7.35±4.29	3.62±3.73	5.14±4.37	562.27 (200,1500)	806.53 (250,1500)	706.92 (200,1500)

IV. BÀN LUẬN

Trong số 1182 mẫu bệnh phẩm nước tiểu, vi khuẩn *Escherichia coli* được phân lập với tỷ lệ 71,57%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ngô Đức Kỳ cho thấy vi khuẩn *Escherichia coli* phân lập được với tỷ lệ 65,3%[3]. Kết quả của nghiên cứu trong 2 năm 2021 và 2022 của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu năm 2019 của nhóm nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia coli* phân lập được trong mẫu nước tiểu là 71,32%, mẫu máu là 53,2% [4].

E. coli, mầm bệnh phổ biến nhất của UTI, nhạy cảm với ampicillin và amoxicillin, nhưng việc sử dụng rộng rãi các loại kháng sinh beta-lactam này có liên quan đến sự xuất hiện của các chủng kháng thuốc. Đề kháng với các tác nhân này thường được trung gian bởi việc sản xuất-lactamase, làm bất hoạt các kháng sinh này. TMP-SMX, đã được sử dụng để điều trị UTI, ức chế cạnh tranh các enzym tổng hợp folate. *E. coli* kháng TMP-SMX bỏ qua sự ức chế bằng cách tạo ra các mục tiêu không nhạy cảm. Theo hướng dẫn của IDSA, fluoroquinolone nên là lựa chọn hàng đầu theo kinh nghiệm để điều trị UTI không biến chứng nếu tỷ lệ kháng TMP-SMX của *E. coli* vượt quá 20% trong một lãnh thổ. Do đó, fluoroquinolones được đề xuất như là lựa chọn thay thế cho

điều trị bước đầu theo kinh nghiệm đối với UTI không biến chứng và chúng thường được kê đơn trên toàn thế giới[5]. Bất chấp những nhược điểm của fluoroquinolone, chẳng hạn như giá cao và chống chỉ định ở bệnh nhi, chúng vẫn được sử dụng để điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu đầu tay vì mầm bệnh gram âm rất nhạy cảm với chúng và ít mầm bệnh kháng thuốc hơn so với các loại thuốc khác. Fluoroquinolone, chất ức chế DNA gyrase (topoisomerase II) để làm gián đoạn quá trình tổng hợp DNA của vi khuẩn, đã được biết là có liên quan đến các trường hợp kháng thuốc rất hiếm phát triển do đột biến tự nhiên trong ống nghiệm. Tuy nhiên, vấn đề đã nổi lên do sự gia tăng gần đây về khả năng kháng ciprofloxacin của vi khuẩn *E. coli* [6]. Khi phân tích tình hình kháng kháng sinh chúng tôi thấy, 45% (322/719 mẫu) mẫu bệnh phẩm phân lập được *Escherichia coli* kháng với kháng sinh levofloxacin, tỷ lệ này là 49% (596/1207 mẫu) với kháng sinh Ciprofloxacin. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Jang cho thấy tỷ lệ kháng của *Escherichia coli* là 42,70% ở nam giới, tuy nhiên thấp hơn ở nữ giới với 33,60%. Tuy nhiên, tỷ lệ kháng với Ciprofloxacin trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Jang (49% so với 34,1%)[7].

Klebsiella pneumoniae là mầm bệnh quan trọng về mặt lâm sàng gây ra nhiều loại bệnh nhiễm trùng. Đây là loại vi khuẩn kháng fluoroquinolone phổ biến nhất trong số Enterobacteriaceae. Cho đến nay, một số cơ chế đã được mô tả về tình trạng kháng fluoroquinolone. Cơ chế chính liên quan đến các đột biến trong gen nhiễm sắc thể mã hóa vị trí đích của quinolone, bao gồm DNA gyrase và topoisomerase IV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với Levofloxacin với tỷ lệ 18% thấp hơn kết quả của tác giả Jomehzadeh (30,4%) , tỷ lệ kháng với kháng sinh Ciprofloxacin là 29% cao hơn so với kết quả của nhóm tác giả Jomehzadeh (18,5%) [8].

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích 1182 kết quả xét nghiệm mẫu bệnh phẩm vi sinh được làm kháng sinh đồ với nhóm fluoroquinolon từ 2021 – 2022 chúng tôi thấy các vi khuẩn chủ yếu phân lập được ở Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng vi khuẩn *Escherichia coli* kháng với kháng sinh levofloxacin với tỷ lệ 45%, kháng với kháng sinh Ciprofloxacin 49%. 11319 bệnh nhân được phân tích tình hình sử dụng kháng sinh fluoroquinolon cho thấy các bác sĩ của Bệnh viện đã ưu tiên sử dụng đường uống cho bệnh nhân với tỷ lệ 52%-94%. Bệnh nhân sử dụng kháng sinh fluoroquinolon đường uống có số ngày nằm viện ngắn hơn đường truyền tĩnh mạch. Các nghiên cứu tiếp theo cần tập trung phân tích đặc điểm sử dụng thuốc ở các trường hợp được báo cáo kháng trên kết quả vi sinh để có thể can thiệp kịp thời trong công tác chống nhiễm khuẩn và giảm thiểu kháng kháng sinh tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kadri, S.S., et al.**, Difficult-to-Treat Resistance in Gram-negative Bacteremia at 173 US Hospitals: Retrospective Cohort Analysis of Prevalence, Predictors, and Outcome of Resistance to All First-line Agents. *Clin Infect Dis*, 2018. **67**(12): p. 1803-1814.
2. **Suzuki, H., et al.**, Attributable mortality due to fluoroquinolone and extended-spectrum cephalosporin resistance in hospital-onset *Escherichia coli* and *Klebsiella* spp bacteremia: A matched cohort study in 129 Veterans Health Administration medical centers. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2019. **40**(8): p. 928-931.
3. **Ngô, Đ.K.**, Khảo sát tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đái tháo đường. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2022. **510**: p. 215-218.
4. **Nguyễn Thị Thu Phương, T.T.N., Ngô Thị Quỳnh Mai.**, “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân nội trú có mẫu nước tiểu cấy vi khuẩn dương tính tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng năm 2019. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2021. **503**(2): p. 3-9.
5. **Warren, J.W., et al.**, Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA)*. *Clin Infect Dis*, 1999. **29**(4): p. 745-58.
6. **Friedland, I., et al.**, Resistance in Enterobacteriaceae: results of a multicenter surveillance study, 1995-2000. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2003. **24**(8): p. 607-12.
7. **Jang, W.H., D.H. Yoo, and S.W. Park.**, Prevalence of and Risk Factors for Levofloxacin-Resistant *E. coli* Isolated from Outpatients with Urinary Tract Infection. *Korean J Urol*, 2011. **52**(8): p. 554-9.
8. **Jomehzadeh, N., K. Ahmadi, and M.A. Bahmanshiri.**, Investigation of plasmid-mediated quinolone resistance genes among clinical isolates of *Klebsiella pneumoniae* in southwest Iran. *J Clin Lab Anal*, 2022. **36**(7): p. e24342.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN KHỐI MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP VÍT KHÓA CÓ HỖ TRỢ MÀN HÌNH TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Trịnh Đình Thanh¹, Nguyễn Mạnh Khánh²,
Đinh Thế Hùng³, Phạm Văn Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương ở bệnh nhân gãy kín khối máu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu với 56 bệnh nhân gãy kín khối máu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 2/2021-02/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 70.38 ± 13.9 ; tỉ lệ nam/nữ là 2/3. Tai nạn sinh hoạt chiếm chủ yếu, loại gãy xương chủ yếu là loại A2 chiếm 69.64%. Đánh giá kết quả theo Merle d'Aubigne - Postel: rất tốt 72.72%, tốt chiếm 18.18%, trung bình 6.83% và kém 2.7%. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng nắn chỉnh xương về giải phẫu, cố định vững chắc ổ gãy, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật và mang lại kết quả tốt cho người bệnh.

Từ khóa: Gãy kín khối máu chuyển, nẹp vít khóa, màn hình tăng sáng.

SUMMARY

RESULTS OF LOCKED PLATE BONE TO TREAT FRACTURE OF THE FEMUR'S TRANSVERSE TROCHANTER USING C-ARM AT THE VIET TIEP HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the results of combined surgery of the transverse trochanteric fracture of the femur with a locking plate and the support of C-arm at the Viet Tiep hospital.

Methods: A retrospective and prospective study on 56 patients who diagnosis intertrochanteric fracture underwent internal osteosynthesis Looking Pate System and the support of C-Arm at Viet Tiep Hospital from 02/2021 to 02/2022.

Result: The mean age of the study subjects was 70.38 ± 13.9 years old, male/female is 2/3, daily-life accidents, which are the cause of injury, accounted for the highest rate and the damage was mainly type A2 (69.64%) according to the AO standard classification. Overall results according to Merle d'Aubigne - Postel standards: good and very good accounted for 90.9% high, 6.38% average, 2.7% poor. **Conclusion:** Looking Plate System to correct and the support with C-Arm restore anatomical, fix the fracture firmly, creating conditions for early rehabilitation after surgery.

Keywords: Intertrochanteric fracture, looking plate, C-arm

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đình Thanh

Email: tdthanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy khối máu chuyển xương là loại gãy xương ngoài khớp thường gặp trên lâm sàng, chiếm 55% các loại gãy đầu trên xương đùi; hay xảy ra ở người cao tuổi (chiếm đến 95%) gặp ở phụ nữ nhiều gấp 2 - 3 lần nam giới và có tần suất ngày càng tăng. Trước đây, với gãy kín khối máu chuyển xương đùi chủ yếu được điều trị bảo tồn, tuy nhiên lại có nhiều biến chứng, nhất là với các bệnh nhân tuổi cao, sức khỏe yếu [6].

Hiện nay với gãy kín khối máu chuyển xương đùi có nhiều phương pháp điều trị khác nhau được áp dụng, ở các nước có nền y học phát triển thì gãy kín khối máu chuyển xương đùi chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật với các loại dụng cụ cố định xương bên giúp phục hồi lại giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc để giảm đau, tạo điều kiện cho liền xương sớm, giúp bệnh nhân ngồi dậy và tập phục hồi chức năng sớm hơn, tránh các biến chứng do nằm lâu [8].

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng với gãy kín khối máu chuyển xương đùi có nhiều lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật như thay khớp bán phần (ở người cao tuổi) hoặc kết hợp xương (đóng đinh nội tủy, nẹp DHS, vít xóp, nẹp vít khóa, khung cố định ngoài). Mỗi kỹ thuật phẫu thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Kỹ thuật kết hợp xương khối máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa trên màn hình tăng sáng có nhiều ưu điểm do nắn chỉnh ổ gãy xương dưới màn tăng sáng, không mở bao khớp nên xâm lấn cấu trúc giải phẫu tối thiểu, là phẫu thuật kết hợp xương vững chắc, ít mất máu, thời gian phẫu thuật và phục hồi sau mổ nhanh, tập phục hồi chức năng sớm [2], [1]. Do đó nhằm tổng kết và đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này chúng tôi thực hiện đề tài: "**Đánh giá**

kết quả điều trị gãy kín khối máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp" với 02 mục tiêu:

1. Mô tả lâm sàng và X quang gãy kín khối máu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa ở người lớn có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 2/2021-2/2022.

2. Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 56 bệnh nhân gãy kín khối máu chuyển xương đùi được phẫu thuật KHX bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Trong thời gian từ tháng 2/2021 đến tháng 2/2022 với tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân tuổi > 16.
- Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín khối máu chuyển xương đùi đơn thuần do các nguyên nhân chấn thương được phân độ gãy theo AO/ASIF, được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các tiêu chuẩn đầy đủ
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hàng loạt ca bệnh gồm hồi cứu và tiền cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện bao gồm 56 bệnh nhân

Quy trình kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên lành trên bàn mổ. Kiểm tra ổ gãy trên màn hình tăng sáng trước mổ. Sát khuẩn vùng mổ, trải khăn vô khuẩn.

- Các bước tiến hành phẫu thuật:

Thì I: Rạch da vào ổ gãy theo đường bên ngoài đùi, bắt đầu từ trên đỉnh mấu chuyển lớn khoảng 2cm kéo dài xuống dưới. Rạch cân đùi bằng đường rạch da. Cắt ngang một phần dưới chỗ bám cơ rộng ngoài, vén cơ rộng ngoài ra trước, bộc lộ ổ gãy và bờ ngoài xương đùi, không mở bao khớp. Kiểm tra đánh giá ổ gãy trên màn hình tăng sáng và nắn chỉnh, cố định tạm thời các mảnh vỡ.

Thì II: Đặt nẹp khóa vào xương, dùng đinh kirschner cố định tạm thời nẹp vào xương, kiểm tra lại trên màn hình tăng sáng. Dùng thước đo chiều dài khối cổ chỏm gián tiếp qua đỉnh đã xuyên.

Thì III: Tiến hành khoan và bắt các vít cố định khối cổ chỏm, dùng thước đo độ dài các vít cho phù hợp. Khoan, bắt vít cứng đường kính 5mm cố định nẹp vào thân xương đùi, kiểm tra lại trên màn hình tăng

sáng. Kiểm tra vận động của khớp háng để đánh giá sự vững của ổ gãy.

Thì IV: Đóng vết mổ, dẫn lưu vết mổ. Kiểm tra cầm máu kỹ, cắt lọc tổ chức cơ dập nát nếu có. Bơm rửa phẫu trường bằng dung dịch nước muối sinh lý. Đặt dẫn lưu kín. Khâu phục hồi cơ rộng ngoài, cân đùi và khâu da. Băng vết mổ vô trùng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng, X-quang: tuổi, giới, tiền sử bệnh, vị trí, triệu chứng lâm sàng, thời gian từ khi tai nạn đến khi mổ, phân loại theo AO/ASIF.

Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả trong mổ gồm: chiều dài đường mổ, số lượng máu truyền, thời gian phẫu thuật, kết quả nắn chỉnh ổ gãy, tai biến

- Kết quả sau mổ: diễn biến tại vết mổ, thời gian nằm điều trị, Xquang, mức độ ngắn chi, mức độ phục hồi theo phương pháp đánh giá của Merle d'Aubigne - Postel.

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình	70.38 ± 13.9 (21 – 89)
Nữ/Nam	1,54 (34/22)
Chân phải/trái	1.43 (33/23)
Bệnh kèm theo	58.92%
Thời gian từ khi gãy xương đến khi phẫu thuật	2.5 ± 1.7 (12h – 9 ngày)

Nhận xét: tuổi trung bình là 70.38 ± 13.9, BN nữ chiếm nhiều hơn với tỷ lệ nữ/nam 1.54, tay phải/trái là 1,43. Trong nghiên cứu có 58,92% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo như tim mạch, tiểu đường, hô hấp... Thời gian từ khi gãy xương đến khi phẫu thuật là 2.5 ± 1.7 ngày

Đặc điểm lâm sàng, Xquang:

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng		Tần suất	Tỷ lệ %
Triệu chứng cơ năng	Sưng nề vùng đùi	56/56	100
	Vùng háng đau	56/56	100
Triệu chứng thực thể	Ấn có điểm đau chói	50/56	89
	Mất vận động đùi	30/56	53
	Biến dạng đùi	10/56	17.85
	Bàn chân đổ ngoài	20/56	35.71
	Ngắn chi	7/56	12.5

Nhận xét: 100% bệnh nhân có đau vùng háng và sưng nề, ngắn chi gặp ở 7/56 bệnh nhân (12.5%), bàn chân đổ ngoài gặp 20/56 bệnh nhân (35.71%), biến dạng đùi gặp 10/56 bệnh nhân (17.85%), mất vận động đùi gặp 30/56 bệnh nhân (53%), Ấn có điểm đau chói 50/56 bệnh nhân (89%).

Bảng 3. Triệu chứng Xquang

Loại gãy		n	%
A1	A1.1	2	3.58
	A1.2	2	3.58
	A1.2	1	1.79
A2	A2.1	13	23.21
	A2.2	10	17.8
	A2.3	16	28.6
A3	A3.1	3	5.36
	A3.2	4	7.16
	A3.3	5	8.92
Tổng		56	100

Nhận xét: Loại gãy xương chủ yếu là loại A2 với 39/56 BN (69.64%). Tiếp đến là A3 với 12/56 BN (21.43%) và nhóm A1 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5/56 BN (8.93%).

Kết quả điều trị:

Đặc điểm			Kết quả
Kết quả trong mổ	Chiều dài vết mổ		6.2 cm
	Số lượng máu truyền	Không truyền	25%
		Truyền	75%
	Thời gian phẫu thuật		50±10.4 (35-75)
	Kết quả nắn xương	120-130 độ	92.8%
		110-119 độ	7.2%
	Tai biến		0%
Kết quả gần (n=56)	Thời gian nằm viện		11±3.4 ngày
	Vết mổ	Liên kì đầu	96.4%
		Nhiễm trùng nông	3.6%

Kết quả xa sau 9 tháng(n=44)	Xquang	Liên xương	97.72%
		Chưa liên xương	2.28%
	Ngắn chi	Bình thường	93.18%
		Ngắn chi 1-2cm	6.82%
	Kết quả chung	Rất tốt	72.72%
		Tốt	18.18%
		Trung bình	6.83%
		Kém	2.27%

Nhận xét: có 2,28% bệnh nhân bị bong bật nẹp vít, không liên xương. 6,82% bệnh nhân ngắn chi từ 1-2cm, đa số bệnh nhân phục hồi chức năng sau mổ tốt và rất tốt 90,9%

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 56 gãy kín khối máu chuyển xương đùi được phẫu thuật KHX bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022 có kết quả tuổi trung bình là 70.38 ± 13.9 , trong đó tỷ lệ nữ/nam là 1,54. Kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Văn Tiến Lưu [2] với 21 bệnh nhân nam, 31 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,5. Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao gồm 38 bệnh nhân (73%), Nguyễn Huy Thành [4] với 55 bệnh nhân độ tuổi trung bình là 53.0 ± 17.4 độ tuổi trung bình là 53,9. Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ khá cao chủ yếu ở nữ, lý do gãy liên máu chuyển xương đùi thường gặp ở người già, ở tuổi này do hiện tượng thưa xương, loãng xương nên chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng đủ gây nên gãy xương và ở độ tuổi này phụ nữ là nhóm bệnh nhân bị loãng xương cao hơn nên tỉ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới. Ở những bệnh nhân lớn tuổi này thì đa số bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo vì những bệnh lý này làm gia tăng nguy cơ gãy xương, làm chậm quá trình liền xương và đe dọa trực tiếp đến sức khỏe người bệnh [7].

Về triệu chứng lâm sàng, 100% bệnh nhân có đau vùng háng và sưng nề, đây cũng là triệu chứng thường gặp của tất cả các chấn thương có gãy xương vùng chi thể. Trong nghiên cứu có 7/56 bệnh nhân (12.5%) có tình trạng ngắn chi so với bên lành sau gãy khối máu chuyển, bàn chân đồ ngoài gặp 20/56 bệnh nhân (35.71%), biến dạng đùi gặp 10/56 bệnh nhân (17.85%), mất vận động đùi gặp 30/56 bệnh nhân (53%), ấn có điểm đau chói 50/56 bệnh nhân (89%). Các triệu chứng này là triệu chứng giúp định hướng của gãy xương, tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng có, ngoài ra triệu chứng thực thể còn phụ thuộc vào nguyên nhân gây tai nạn, cơ chế tổn thương, các biến chứng xảy ra sau chấn thương [4]. Theo tác giả Nguyễn Huy Thành [4] triệu chứng cơ năng như đau vùng háng, sưng nề cũng là triệu chứng gặp ở các tất cả các bệnh nhân gãy khối máu chuyển xương đùi.

Dựa vào cách phân loại của AO/ASIF thì nghiên cứu của chúng tôi phần lớn kiểu gãy liên máu chuyển là loại A2 với 39/56 BN (69.64%). Tiếp đến là A3 với 12/56 BN (21.43%) và nhóm A1 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5/56 BN (8.93%). Do phần lớn bệnh nhân đều trên 60 tuổi nên chất lượng xương kém, tình trạng loãng xương chỉ cần lực chấn thương nhẹ cũng có thể gây gãy xương

không vững và có mảnh rời. So sánh kết quả này với 1 số tác giả khác như Nguyễn Văn Tiến Lưu [2] gãy liên mấu chuyển xương đùi gặp chủ yếu là loại A2 (53,8%), A3 (32,7%), gãy loại A1 là loại gãy vững chiếm 13,5 %.

Về kết quả trong mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 56 bệnh nhân đều sử dụng đường mổ mặt ngoài xương đùi, có 46 bệnh nhân có chiều dài đường mổ 6-8cm chiếm 82.14%. Chiều dài trung bình của vết mổ có kích thước 6.2 cm. Chúng tôi chủ động dùng đường mổ bé, nắn chỉnh ổ gãy xương trên màn hình tăng sáng, hạn chế bóc tách màng xương, luân nẹp ngoài màng xương do đó không cần mở rộng cũng có thể đặt nẹp được.

Đa số bệnh nhân phải truyền 1 hoặc 2 đơn vị máu, chiếm 75%. So sánh với kết quả nghiên cứu Nguyễn Huy Thành [4] có 32/55 bệnh nhân (58.2%) không phải truyền máu trong và sau phẫu thuật, 7/55 bệnh nhân (12.7%) phải truyền 250ml máu, 14/55 bệnh nhân (25.5%) truyền 500ml máu, 2 bệnh nhân phải truyền 3 đơn vị máu 250ml trong mổ.

Thời gian phẫu thuật trung bình 50 ± 10.4 phút. Việc sử dụng thành thạo màn hình tăng sáng để kiểm tra ổ gãy xương trước và trong cuộc mổ giúp chúng tôi nắn chỉnh xương thuận lợi hơn, thời gian đặt nẹp bắt vít nhanh hơn. Mặt khác với kích thước vết mổ nhỏ, làm hạn chế tổn thương phần mềm.

Khi sử dụng màn hình tăng sáng sẽ giúp việc nắn chỉnh góc cổ thân về vị trí giải phẫu bình thường được thuận lợi hơn, hạn chế các di lệch thứ phát. So sánh góc cổ thân xương đùi với bên lành việc nắn chỉnh đa số đạt được góc cổ thân như bên lành có 52/56 trường hợp (chiếm 92.8%) là nắn đạt như bên lành đạt từ 120-130 độ, có 4/56 trường hợp đạt được kết quả 110-119 độ trong đó có

2 bệnh nhân thuộc nhóm gãy A2.3 và 2/56 bệnh nhân thuộc nhóm gãy A3.3 đều là những bệnh nhân gãy có nhiều mảnh rời nên khả năng nắn chỉnh về giải phẫu sẽ khó hơn, cộng với do tuổi cao nên chất lượng xương kém.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nằm viện ngắn nhất là 9 ngày, dài nhất là 19 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 11 ngày. Thời gian nằm viện của bệnh nhân phẫu thuật gãy khối mấu chuyển xương đùi ở một số tác giả khác như: Nguyễn Hữu Thắng [3] thời gian nằm viện từ 5 ngày đến 33 ngày, trung bình là 10,8 ngày của Trần Quang Toàn [5] trung bình là 10.42 ngày.

Về vết mổ, có 54 bệnh nhân 96.4% liền da kỳ đầu, chỉ có 3.6% có biểu hiện của tình trạng nhiễm khuẩn nông vết mổ. Đây là các trường hợp bệnh nhân già yếu, mắc bệnh đái tháo đường type 2 kèm theo, sau phẫu thuật ăn uống kém.

Sau 9 tháng tất cả 44 bệnh nhân được kiểm tra lại Xquang, 43 trường hợp đều có liền xương, 1 trường hợp bị bong bật nẹp vít khóa, không liền xương. Đây là trường hợp của bệnh nhân cao tuổi, chất lượng xương kém, khả năng liền xương không tốt dẫn đến hiện tượng xương không liền mặt khác hàng ngày bệnh nhân vẫn vận động nên dẫn đến hiện tượng bong bật nẹp vít, bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật thay khớp háng để giải quyết tình trạng trên

Khám lại sau 9 tháng phẫu thuật 44 bệnh nhân khám lại có 41/44 bệnh nhân (93.18%) phục hồi chiều dài chi về bình thường, không ngắn hoặc ngắn chỉ dưới 1cm; có 3/44 bệnh nhân (6.82%) bệnh nhân ngắn chi từ 1-2 cm. So sánh với Nguyễn Huy Thành [4] nghiên cứu 55 bệnh nhân có 42/55 bệnh nhân (76.4%) phục hồi chiều dài chi về bình thường, không ngắn hoặc ngắn chỉ dưới 1cm.

Đánh giá kết quả phục hồi chung cho thấy 90,9% bệnh nhân có kết quả rất tốt và tốt, 6,83% trung bình, 2,27% kém. So sánh với Nguyễn Huy Thành [4] nghiên cứu với 55 bệnh nhân mổ kết hợp xương gãy khối máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa có kết quả chung: Rất tốt và tốt 81,8%, trung bình 12,7%, kém 5,5%

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả trên chúng tôi thấy phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng trong điều trị gãy khối máu chuyển mang lại hiệu quả cao, an toàn, thời gian nằm viện ít. Tuy nhiên hạn chế của nghiên cứu là chưa theo dõi được bệnh nhân đủ dài, mặt khác thông qua nghiên cứu này chúng tôi cũng khuyến nghị với các bệnh nhân già yếu nên đo mật độ loãng xương để có kế hoạch điều trị hợp lý nhất cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Mạnh Linh**, Đánh giá kết quả điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Quân Y 108. Tạp chí Y Dược Thực hành, 2016. **175**(số 8): p. 62-72.
2. **Nguyễn Văn Tiến Lưu**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa. 2014, Trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. **Nguyễn Hữu Thắng**, Kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng máu chuyển xương đùi bằng nẹp góc. Y học thực hành, 2005. **3**: p. 72-74.
4. **Nguyễn Huy Thành**, Đánh giá kết quả điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. 2018, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Quang Toàn**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng máu chuyển xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn. 2008, Học viện Quân y.
6. **Võ Thành Toàn and Ngô Hoàng Viễn**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên máu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi tại bệnh viện Thống Nhất - TP HCM. Y học TP Hồ Chí Minh, 2015. **Tập 19**: p. 160-165.
7. **H. Jalan, et al.**, Intravenous bisphosphonate therapy does not delay fracture healing in inter-trochanteric femur fractures - A randomised controlled study. J Clin Orthop Trauma, 2021. **20**: p. 101472.
8. **J. Panula, et al.**, The impact of proximal femur geometry on fracture type--a comparison between cervical and trochanteric fractures with two parameters. Scand J Surg, 2008. **97**(3): p. 266-71.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ KHỐI LƯỢNG TRÊN 80 GRAM BẰNG CẮT ĐỐT NỘI SOI BIPOLAR QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO

Phạm Quốc Hiệu¹, Phạm Văn Duyệt¹, Nguyễn Quang², Phạm Văn Thương¹,
Hoàng Hữu Đoàn¹, Nguyễn Quang Tuyền¹, Hoàng Bảo Ngọc Cường¹, Lê Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80gram bằng cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80 gram, được điều trị phẫu thuật cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 07/2021 đến tháng 04/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $69,8 \pm 7,6$ (57 – 82) tuổi. Nồng độ PSA toàn phần trung bình của nhóm bệnh nhân bí đái $6,7 \pm 6,6$ ng/ml, nhóm bệnh nhân còn đi tiểu được $11,0 \pm 12,6$ ng/ml. Điểm IPSS trung bình $30,6 \pm 2,9$ (29 – 35); 100% BN trước PT có điểm IPSS mức độ nặng. Điểm QoL trung bình: $5,4 \pm 0,6$ (4 – 6). Tỷ lệ thể tích TTL 80-100gram chiếm đa số (56,6%), trung bình $99,8 \pm 2,4$ gram. Có 25 BN còn tiểu tiện được trước PT, tỷ lệ BN Q max < 10ml/s chiếm đa số với 64%, đa số BN có lượng nước tiểu tồn dư ≥ 50 ml (14 BN, chiếm 56%). Điểm QoL trung bình sau PT 1 tháng là $1,1 \pm 0,3$, thấp hơn rõ rệt so với trước PT là $5,4 \pm$

0,6. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ % cải thiện QoL trung bình sau PT 1 tháng là $73,5 \pm 13,7$ (%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến bằng dao điện lưỡng cực qua niệu đạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với bệnh nhân có u phì đại >80gram.

Từ khoá: Tuyến tiền liệt, dao điện lưỡng cực

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, SUBCLINICAL AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT FOR BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA WITH A MASS OF OVER 80 GRAMS BY BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE

Objective: To evaluate the effectiveness of treatment of benign prostatic hyperplasia with a volume of more than 80 grams with bipolar transurethral resection of prostate. **Materials and methods:** Including 60 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia with a mass of more than 80 grams, treated for Bipolar laparoscopic burn bypass surgery through the urethra at the Department of Urology, Viet Tiệp Friendship Hospital from July 2021 to April 2022. **Result:** Average age: 69.8 ± 7.6 (57 – 82) years old. The average total PSA concentration of the group of patients with urinary retention 6.7 ± 6.6 ng/ml, the group of patients who still urinated were 11.0 ± 12.6 ng/ml. The average IPSS score was 30.6 ± 2.9 (29-35); 100% of pre-PT patients had a severe IPSS score. Average QoL score: 5.4 ± 0.6

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hiệu

Email: pqhieu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

(4 – 6). The volumetric ratio of TTL 80-100grams is the majority (56.6%), averaging 99.8 ± 2.4 grams. There are 25 patients who can still urinate before PT, the proportion of Q max patients $< 10\text{ml/s}$ accounts for the majority with 64%, most patients have residual urine $\geq 50\text{ml}$ (14 patients, accounting for 56%). The average QoL score after 1-month PT is 1.1 ± 0.3 , markedly lower than before PT of 5.4 ± 0.6 . The difference is statistically significant with $p < 0.05$. The average percentage of QoL improvement after 1-month PT is 73.5 ± 13.7 (%). **Conclusion:** Bipolar transurethral resection of prostate is an effective and safe method for patients with hypertrophic tumors $>80\text{gram}$.

Keywords: Prostate, dipole electric knife

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi, gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt lên chất lượng sống của người bệnh [1]. Tỷ lệ mắc bệnh tăng lên theo tuổi, khoảng 40% đến 50% nam giới bị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt ở nhóm tuổi 50 đến 59, tỷ lệ này tăng lên xấp xỉ 90% ở nhóm tuổi trên 80 [2]. Hiện nay, điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bao gồm các phương pháp: điều trị bảo tồn (theo dõi, thuốc), các biện pháp ít xâm lấn và nội soi qua niệu đạo, phẫu thuật nội soi ổ bụng, và phẫu thuật mở; trong đó, cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo (Transurethral Resection of the Prostate – TURP) được xem là “tiêu chuẩn vàng” cho các trường hợp có chỉ định phẫu thuật [3]

Trong thập kỷ gần đây, phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt (TTL) với dao lưỡng cực (Bipolar) đang được các phẫu thuật viên tại nhiều nơi trên thế giới áp dụng, kết quả

thu được rất khả quan. Với những bệnh nhân có tuyến tiền liệt khối lượng lớn trên 80g thì thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ các tai biến, biến chứng cao hơn, lại chưa được nghiên cứu rõ ràng.

Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80gram bằng cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80 gram, được điều trị phẫu thuật (PT) cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 07/2021 đến tháng 04/2022

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL có khối lượng trên 80gram được chỉ định điều trị bằng phương pháp cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo.
- TSLTTTL có đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo.
- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Là các bệnh nhân:

- Được chẩn đoán Ung thư tuyến tiền liệt.
- TSLTTTL đi kèm với các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, hẹp bao quy đầu...).
- TSLTTTL tái phát sau can thiệp ngoại khoa hoặc ít xâm lấn.

- TSLTTTL không đủ điều kiện phẫu thuật.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh

❖ **Chọn mẫu:** chọn cỡ mẫu thuận tiện.

❖ **Phương tiện nghiên cứu:**

- Bộ nong niệu đạo benique có số từ 21-29 Ch

- Dàn máy phẫu thuật nội soi: camera, nguồn sáng, màn hình của hãng Karl-Storz

- Hệ thống cắt lưỡng cực bao gồm: nguồn phát điện lưỡng cực, bộ máy cắt/đốt lưỡng cực TTL cỡ 24Fr, điện cực cắt đốt lưỡng cực, điện cực lặn đốt cầm máu)

- Bơm tiêm Guyon 150cc để hút mảnh cắt.

- Sone Foley 3 chạc cỡ 20-24Fr

- Túi nước tiểu

- Dịch tưới rửa trong phẫu thuật: Dịch rửa Sodium Clorid 0,9%

❖ **Cách tiến hành:**

- Thì 1 – đặt máy, soi kiểm tra, xác định mốc giải phẫu.

• Đặt máy cắt đốt lưỡng cực cỡ 24Fr qua niệu đạo vào bàng quang, lắp dây dịch vào – ra (dịch rửa bằng nước muối 0,9%), chiều cao cột nước rửa 60cm so với bàn PT, dây dẫn dịch ra để vuông góc thẳng với mặt sàn.

• Tiến hành soi bàng quang – tuyến tiền liệt, xác định các mốc giải phẫu (2 lỗ niệu quản, gờ liên niệu quản, cổ bàng quang, ụ núi), nhận xét tình trạng bàng quang chống đối, các tổn thương đi kèm của bàng quang và hình thái phát triển của TTL.

- Thì 2 – cắt tổ chức tuyến, lấy mẫu bệnh phẩm làm mô bệnh học

• Lắp quai cắt lưỡng cực, cắt hết tổ chức tuyến từ cổ bàng quang đến sát ụ núi, sát vỏ tuyến tiền liệt. Bơm rửa lấy hết mảnh cắt làm mô bệnh học.

- Thì 3 – đốt cầm máu

• Lắp quai đốt lưỡng cực, kiểm tra đốt các vị trí chảy máu sát vỏ tuyến tiền liệt.

- Thì 4 – kết thúc kỹ thuật

• Hạ áp lực nước rửa để kiểm tra các điểm chảy máu và đốt cầm máu; đặt ống thông niệu đạo bằng ống thông Foley 22Fr 3 chạc, bơm bóng và kéo ép nhẹ cổ bàng quang.

❖ **Nội dung nghiên cứu:**

- Tuổi, bệnh lý kèm theo, PSA, QoL

- Qmax: lưu lượng dòng tiểu tối đa được đo chỉ số lưu lượng đỉnh của dòng tiểu (Qmax) bằng máy ANDROMEDA Helix III.

- PVR: lượng nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu bằng đặt thông niệu đạo – bàng quang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Có 60 bệnh nhân, trong đó:

- Tuổi trung bình: $69,8 \pm 7,6$ (57 – 82) tuổi

- Tiền sử: Có tổng số 18 bệnh nhân (30%) có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp gặp nhiều nhất với 10%.

- Nồng độ PSA toàn phần trung bình của nhóm bệnh nhân bí đái $6,7 \pm 6,6$ ng/ml, thấp hơn nhóm bệnh nhân còn đi tiểu được $11,0 \pm 12,6$ ng/ml, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

- Điểm IPSS trung bình $30,6 \pm 2,9$ (29 – 35); 100% BN trước PT có điểm IPSS mức độ nặng. Điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trung bình: $5,4 \pm 0,6$ (4 – 6).

Bảng 1. Khối lượng tuyến tiền liệt trước phẫu thuật

Khối lượng TTL (gram)	Số BN (n=60)	Tỷ lệ %
> 80 – <100	34	56,6
≥ 100	26	43,4
Tổng	60	100
Trung bình	99,8 ± 2,4 (82-140)	

Tỷ lệ thể tích TTL 80-100gram chiếm đa số (56,6%), trung bình 99,8 ± 2,4 gram. Kích thước TTL bé nhất là 82 gram, lớn nhất là 140 gram.

Bảng 2. Lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax) trước PT

Qmax (ml/s)	Số BN (n=25)	Tỷ lệ %
< 5	4	16
5 – 9	12	48
≥ 10	9	36
Tổng	25	100
Qmax trung bình	7,0 ± 1,8 (4 – 11)	

Có 25 BN còn tiểu tiện được trước PT, tỷ lệ BN Q max < 10ml/s chiếm đa số với 64%.

Bảng 3. Lượng nước tiểu tồn dư (PVR) sau khi đi tiểu trước PT

PVR (ml)	Số BN (n=25)	Tỷ lệ %
< 50	11	44
50 – <100	10	40,0
≥ 100	4	16
Tổng	25	100
PVR trung bình	89,7 ± 36,9 (43 – 153)	

Có 25 BN còn đi tiểu được trước PT, đa số BN có lượng nước tiểu tồn dư ≥ 50ml (14 BN, chiếm 56%)

Bảng 4. So sánh mức độ điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trước và sau phẫu thuật

QoL	Trước PT		Sau 1 tháng	
	Số BN	%	Số BN	%
0 – 2 (nhẹ)	0	0,0	57	95
3 – 4 (vừa)	4	6,7	3	5
5 – 6 (nặng)	56	93,3	00	0,0
Tổng	60	100	60	100

Trước PT, đa số BN có QoL mức độ nặng (93.3%), không có BN mức nhẹ. Sau PT, 93,3% BN có QoL mức độ nhẹ, không có BN ở mức nặng.

Bảng 5. Giá trị trung bình và tỷ lệ % cải thiện trung bình của QoL trước và sau phẫu thuật (n=60)

Thời điểm	QoL trung bình	% cải thiện trung bình	p
Trước phẫu thuật	5,4 ± 0,6		
Sau 1 tháng	1,1 ± 0,3	73,5 ± 13,7	p<0,01

So sánh theo từng cặp giữa QoL trung bình trước PT lần lượt với QoL trung bình sau PT, cùng số BN tương ứng). Điểm QoL trung bình sau PT 1 tháng là $1,1 \pm 0,3$, thấp hơn rõ rệt so với trước PT là $5,4 \pm 0,6$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ % cải thiện QoL trung bình sau PT 1 tháng là $73,5 \pm 13,7$ (%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân TSLTTTL được điều trị bằng B-TURP tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp ghi nhận tuổi trung bình là $69,8 \pm 7,6$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 60-70 (33,3%), và nhóm tuổi 70-80 (48,4%) chiếm đa số trong nghiên cứu. Đây là một điều đã được ghi nhận bởi nhiều tác giả trong và ngoài nước, kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Lê Trọng Khôi (68,95 tuổi), thấp hơn các tác giả Bùi Văn Tùng, Trần Văn Hình, Mertziotis.N với tuổi trung bình lần lượt là 72,2 tuổi, 75,6 tuổi và 71,3 tuổi. Dễ thấy đối tượng mắc bệnh chủ yếu là nam cao tuổi do tính chất bệnh lành tính, tiến triển chậm nên BN thường đến khám muộn [4-5].

Điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt gồm 7 câu hỏi, mỗi câu hỏi là một triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới và đánh giá cảm nhận của BN về mức độ nặng nhẹ và tần suất xuất hiện của triệu chứng đó. Vì vậy đây là một chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ rối loạn tiểu tiện và cũng là căn cứ để đưa ra lựa chọn điều trị và cũng để đánh giá sự cải thiện triệu chứng sau can thiệp điều trị TSLTTTL

Mục đích khi điều trị Ngoại khoa TSLTTTL là để cải thiện và giải quyết vấn đề của tắc nghẽn. Vì vậy bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn càng nặng trước phẫu thuật thì sự cải thiện sau PT càng rõ rệt. Chỉ đánh giá riêng thông qua Qmax là chưa đủ để phản

ánh toàn diện mức độ tắc nghẽn vì tốc độ của dòng tiểu không chỉ phụ thuộc vào sức cản của niệu đạo mà còn phụ thuộc cả vào trương lực cơ chóp bàng quang và áp lực của ổ bụng. Tuy nhiên Qmax là chỉ số khách quan có thể đánh giá được một cách nhanh chóng, rẻ tiền và không xâm lấn thông qua đo niệu dòng đồ.

Theo Abrams P. (2005) thống kê trên 356 BN nam có triệu chứng đường tiểu dưới, đã đưa ra tỷ lệ dự báo khả năng BN bị tắc nghẽn đường tiểu dưới dựa trên chỉ số Qmax <10 là 89% có tắc nghẽn đường tiểu dưới, Qmax từ 10 – 15ml/s là 71% có tắc nghẽn đường tiểu dưới và Qmax > 15ml/s là 48% có tắc nghẽn đường tiểu dưới [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có 25 BN còn tiểu tiện được trước phẫu thuật, tỷ lệ BN Q max < 10ml/s chiếm đa số với 64%, Qmax trung bình là $7,0 \pm 1,8$ (4 – 11).

Trong nghiên cứu của chúng tôi trước phẫu thuật, đa số BN có QoL mức độ nặng (93.3%), không có BN mức nhẹ. Sau PT, 93,3% BN có QoL mức độ nhẹ, không có BN ở mức nặng. Điểm QoL được đánh giá chỉ với một câu hỏi duy nhất và hoàn toàn phụ thuộc vào cảm xúc, tâm lý của bệnh nhân. Theo hướng dẫn của các Hội Niệu khoa quốc tế và Việt Nam (VUNA) cùng với Hội nghị quốc tế về Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt lần thứ 5 tại Pháp (ICBPH 5th) coi QoL là một chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ bệnh và hiệu quả điều trị sau phẫu thuật [7]. Nhìn chung, các tác giả có sự thống nhất trong việc lựa chọn thời điểm đánh giá sự cải thiện triệu chứng nói chung và IPSS, QoL nói riêng là sau PT 1-3-6-12 tháng. Các tác giả nhận định tỷ lệ cải thiện IPSS, QoL thường sẽ đạt tỷ lệ cao nhất và ổn định dần từ 3 tháng và điều này là phù hợp vì TTL cần 4 – 8 tuần sau phẫu thuật mới có biểu mô phủ

hoàn toàn [8]. Vì lý do đó sự cải thiện IPSS, QoL sau B-TURP 1 tháng mới có sự dao động lớn như đã nêu. Kết quả của chúng tôi thấy (So sánh theo từng cặp giữa QoL trung bình trước phẫu thuật lần lượt với QoL trung bình sau PT, cùng số BN tương ứng). Điểm QoL trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là $1,1 \pm 0,3$, thấp hơn rõ rệt so với trước PT là $5,4 \pm 0,6$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ % cải thiện QoL trung bình sau PT 1 tháng là $73,5 \pm 13,7$ (%)

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến bằng dao điện lưỡng cực qua niệu đạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với bệnh nhân có u phì đại >80 gram.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.51.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K.T, McVary, C.G, Roehrborn và al, Avins A.L et** (2011), "Update on AUA Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia", *Journal of Urology*. 185(5), tr. 1793-1803.
2. **C.G., Roehrborn** (2019), "Benign Prostatic Hyperplasia: Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History", *CAMPBELL-WALSH Urology*(10th edition), Elsevier, tr. 2570-2610.
3. **Hội Tiết niệu - Thận học Việt** (2019), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh* lành tính tuyến tiền liệt, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Fourcade R.O, J. Antimicrob. Chemother.** (1990) "Antibiotic prophylaxis with cefotaxime in endoscopic extraction of upper urinary tract stones: a randomized study". 26 (suppl A): 77-83. doi: 10.1093/jac/26.suppl_A.77.
5. **Lê Trọng Khôi** (2016), "Đánh giá kết quả cắt đốt nội soi bằng điện lưỡng cực trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 20(2), tr. 206-211.
5. **Trần Văn Hình và Trương Thanh Tùng**(2012), "Cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng bipolar, kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện 103", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 16(3), tr. 484-487.
6. **P., Abrams** (2005), *Urodynamics in Clinical Practice, Urodynamics, Vol. 3rd edition*, Springer
7. **C.G., Roehrborn, C.-C., Abbou và al., Akaza H. et** (2000), *Clinical research criteria for studies of: Lower urinary tract symptoms (LUTS), Enlarged prostate gland (EPG), Bladder outlet obstruction (BOO) and Benign prostatic hyperplasia (BPH), Benign Prostatic Hyperplasia (5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia)*, Health Publication Ltd 2001, Paris.
8. **M.H., Sokoloff, K., Michel và R.B., Smith** (2010), *Complications of transurethral resection of the prostate, Complications of Urologic Surgery, edition, 4th, ed, Saunderson Elsevier*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN

Nguyễn Đức Thoại¹, Đỗ Trường Thành²,
Phạm Văn Thương³, Nguyễn Thế May¹

TÓM TẮT

Ung thư tuyến tiền liệt (TTL) là ung thư thường gặp đứng thứ 2 ở nam giới. Sinh thiết là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ung thư TTL. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sinh thiết TTL 8 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán xác định ung thư TTL. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu báo cáo hàng loạt trường hợp (TH). Từ tháng 05/2021 đến 10/2022, có 40 bệnh nhân được sinh thiết TTL 8 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm, BN được chỉ định khi PSA >4ng/ml hoặc thăm khám trực tràng có bất thường hoặc kết quả chụp CT scan hoặc Mri TTL có nghi ngờ ung thư. Thực hiện sinh thiết 8 mẫu, mỗi thùy 4 mẫu theo các vị trí của TTL từ đáy tới đỉnh. **Kết quả:** có 40 TH sinh thiết TTL qua ngã trực tràng, tuổi trung bình 71,2 (40 - 92). Thể tích TTL lớn nhất 210ml, nhỏ nhất 25ml. Chia thành 5 nhóm dựa theo nồng độ PSA huyết thanh: Nhóm A (PSA < 10ng/ml): 4 TH (10%), nhóm B (10<PSA< 20 ng/ml): 7 TH (17.5%), nhóm C (20< PSA< 100ng/ml): 19 TH (47.5%), nhóm D (100<PSA< 300 ng/ml): 3 TH (7.5%), nhóm E (PSA > 300): 7 TH (17.5%). Thăm khám TTL nghi ngờ ung thư 21 TH

(52.5%). Kết quả giải phẫu bệnh: ung thư TTL 17 (42.5%) TH, lành tính 21 (52.5%)TH, có 1 (2.5%)TH u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) và 01 (2.5%) TH viêm lao. Tỷ lệ biến chứng sau sinh thiết TTL qua ngã trực tràng: tiểu máu đại thể 4 TH (10%), bí tiểu 2 TH (5%), chảy máu trực tràng 2 TH (5%), xuất tinh có máu 1 TH (2.5%), nhiễm khuẩn đường niệu 1 TH (2.5%), không ghi nhận trường hợp nào NK huyết và choáng nhiễm khuẩn. **Kết luận:** Sinh thiết TTL qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm theo phương pháp 8 mẫu, chúng tôi phát hiện ung thư TTL là 42.5%. Biến chứng thường gặp nhất là tiểu máu (10%), chảy máu trực tràng (5%), nhiễm khuẩn niệu (2.5%), bí tiểu (5%), xuất tinh máu (2.5%) không ghi nhận biến chứng nặng.

Từ khóa: ung thư tiền liệt tuyến, sinh thiết qua trực tràng.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSY FOR DIAGNOSIS PROSTATE CANCER

Prostate cancer is the second most commonly diagnosed cancer in men, accounting for 15% of all cancer diagnosed. Prostate biopsy is the gold standard to diagnose prostate cancer. **Purpose:** To evaluate the results of 8 cores transrectal ultrasound- guided biopsy for diagnosis prostate cancer. **Material and Methods:** A case series study, 40 patients were transrectal prostate biopsied from 05/2021 to 10/2022. Indications of prostate biopsy were based on PSA level > 4ng/ml or abnormal digital rectal examination,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thoại

Email: ducthoaisurgical@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

suspicious cancer by Mri or CT. We performed 8 cores transrectal ultrasound- guided biopsy, including 4 cores each lobe from the base to apex. **Result:** total of 40 cases, the median patient age was 71,2 (40- 92). We divided into 5 groups based on PSA levels: Group A (PSA 10ng/ml) 4 cases (10%), group B ($10 < \text{PSA} < 20$ ng/ml) 7 cases (17.5%), group C ($20 < \text{PSA} < 100$ ng/ml) 21 cases (52.5%), group D ($100 < \text{PSA} < 300$ ng/ml) 3 cases (7.5%), group E ($\text{PSA} > 300$) 7 cases (17.5%). The cancer detection rate was 42.5 %, benign (47.5 %), GIST (2.5%) and tuberculosis (2.5%). No severe complication, septic shock were observed. Common complications were hematuria (10%), haemospermia (2.5%), rectal bleeding (5%), acute retention (5%) and urinary tract infection 2.5%. **Conclusion:** 8 cores transrectal ultrasound- guided prostate biopsy had cancer detection rates 42.5%, without severe complication.

Keywords: prostate cancer, transrectal prostate biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến là bệnh lý ung thư thường gặp đứng hàng thứ 2 ở nam giới, chiếm khoảng 15% tất cả các TH ung thư ở giới nam. Tỷ lệ ung thư TTL thường gặp ở người lớn tuổi: tuổi < 30 tỷ lệ và $< 5\%$, tăng gấp 1,7 lần (1,6 – 1,8) lần mỗi 10 năm và lên đến 59% (48 – 71%) ở tuổi trên 79.(1, 2)

Chẩn đoán sớm ung thư TTL dựa vào triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa và hình ảnh học. Trong đó sinh thiết TTL là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định ung thư TTL(1, 3). Sinh thiết đóng vai trò quan trọng tuy nhiên phụ thuộc vào phương pháp, phương tiện và kỹ thuật hình ảnh học hỗ trợ(1, 4). Tại khoa Ngoại tiết niệu, bệnh viện chợ Rẫy, để chẩn đoán ung thư TTL, chúng

tôi tiến hành sinh thiết TTL 8 mẫu, thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm qua ngã trực tràng. Chuẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh của mẫu mô sinh thiết. Hàng năm có khoảng 80 TH ung thư TTL mới mắc được chẩn đoán tại cơ sở chúng tôi. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện nhằm đánh giá kết quả phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt 8 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán xác định ung thư TTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: những TH nghi ngờ ung thư TTL dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, có chỉ định sinh thiết TTL để chẩn đoán xác định.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2021 đến tháng 10/2022

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại TH Bệnh viện Hữu nghị Việt tiếp Hải Phòng.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các trường hợp có chỉ định sinh thiết TTL dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Thăm trực tràng bằng ngón tay nghi ngờ ung thư TTL
- Nồng độ PSA huyết thanh toàn phần $> 4\text{ng/ml}$, khi $\text{PSA} < 10 \text{ ng/ml}$ chúng tôi sẽ xét nghiệm thêm PSA.
- Hình ảnh học (CT scan, Mri, siêu âm) nghi ngờ ung thư TTL

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo hàng loạt TH

Dụng cụ thực hiện thủ thuật: Máy siêu âm có đầu dò trực tràng hiệu Siemens, dụng cụ kim sinh thiết TTL Biopsy của hãng BARD với kim Tru- cut 16 G hoặc 18 G dài 25 cm.

Quy trình thực hiện thủ thuật: BN được chuẩn bị ruột buổi sáng trước khi sinh thiết bằng cách dùng Fleet enema bơm hậu môn trước khi sinh thiết, kháng sinh dự

phòng, giảm đau Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch trước 1 giờ.

Tư thế bệnh nhân BN nằm tư thế ngửa 2 chân dạng, vén bìu lên trên sát trùng tầng sinh môn bằng dung dịch Betadin trái khăn vô trùng bọc lộ tầng sinh môn và hậu môn.

Gây tê niêm mạc bằng Xylocaine gel 2% sau đó tê tại chỗ bằng Lidocain 2 % tiêm vào bờ ngoài 2 bên TTL. Chúng tôi khảo sát TTL bằng siêu âm qua ngã bụng đánh giá TTL,

bằng quang, siêu âm qua ngã trực tràng để xác định thể tích TTL. Tiến hành sinh thiết 2 thùy TTL bằng Trocut 08 mẫu theo hình. Các mẫu bệnh phẩm được ngâm trong dung dịch Formol 10% để bảo quản và được gửi về khoa giải phẫu bệnh lý để xử lý và đọc kết quả. BN được đưa sang phòng bệnh để được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, và các biến chứng của thủ thuật nếu có thể xảy ra, nếu bình thường BN sẽ được về nhà trong ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Kết quả sinh thiết TLT theo PSA(n= 40)

PSA	TH(n)	Lành tính	GIST	Lao	Carcinoma tuyến	PPV(%)
<10	4	4	0	0	0	0
10-20	7	6	0	1	0	14.3
20-100	19	11	1	0	7	36.8
> 100-300	3	0	0	0	3	100
> 300	7	0	0	0	7	100
Tổng	40	21	1	3	17	

PPV: Giá trị tiên đoán dương

Bảng 2: Kết quả thang điểm mô học ung thư TLT Gleason Score) theo PSA

PSA	Gleason<6	Gleason 7	Gleason 8-10	tổng
<10	0	0	0	0
10-20	0	0	0	0
20-100	1(14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)	7
>100-300	0	0	3 (100)	3
>300	0	1 (14.3)	6 (85.7)	7
tổng	1	3	13	17

Bảng 3: Biến chứng sinh thiết TLT qua ngã trực tràng.

Biến chứng		TH	%
Không biến chứng		30	85
Có biến chứng	Chảy máu trực tràng	2	5
	Xuất tinh máu	1	2.5
	Tiểu máu	4	10
	NK huyết- Choáng NK	0	0
	Bí tiểu cấp	2	5
	NK đường TN	1	2.5
Tổng		40	100

Nghiên cứu 40 TH từ 05/2021 đến 10/2022 tuổi trung bình trong nghiên cứu 71.2 tuổi. Thể tích TTL lớn nhất 210 ml, nhỏ nhất 25ml Chia thành 5 nhóm theo nồng độ PSA huyết thanh: nhóm A (PSA < 10ng/ml): 4 TH (10%); nhóm B (10 < PSA < 20 ng/ml): 7 TH (17.5%); nhóm C (20 < PSA < 100 ng/ml): 19 TH (47.5%); nhóm D (100 < PSA < 300 ng/ml): 3 TH (7.5%); nhóm E (PSA > 300 ng/ml): 7 TH (17.5 %). Thăm khám trực tràng bằng ngón tay nghi ngờ ung thư tuyến là 19 TH (47.5%). Kết quả giải phẫu bệnh: ung thư TTL 17 TH (42.5%), lành tính 21 (52.5%) TH, có 1 (2.5%) TH u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) và 01 (2.5%) TH viêm lao.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ tháng 05/2021 Đến tháng 10/2022 có 40 TH được sinh thiết TTL qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm. Tiêu chuẩn chọn bệnh là PSA > 4ng/ml hay nghi ngờ ung thư TTL qua thăm khám hậu môn trực tràng, hình ảnh học.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 71,2, nhỏ nhất là 40 tuổi, lớn nhất là 92 tuổi. Thể tích TTL lớn nhất 210 ml, nhỏ nhất 25ml.

Tất cả các TH sinh thiết TTL đều được thăm khám hậu môn trực tràng, trong đó nghi ngờ ung thư TTL 21 TH, chiếm tỷ lệ 52.5%. Theo tác giả Nguyễn Minh Thiên báo cáo tỷ lệ thăm khám trực tràng bằng ngón tay nghi ngờ là 31%(5). Theo tác giả Gosselaar C(6), những BN có PSA > 3 ng/ml, khi thăm khám trực tràng bằng ngón tay nghi ngờ có tỷ lệ

ung thư TTL là 48,6% so với nghi ngờ là 22,5%. Cũng theo nghiên cứu này, nhóm BN thăm trực tràng nghi ngờ có tỉ lệ ung thư TTL với Gleason > 7, cao hơn nhóm không nghi ngờ, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu chúng tôi chia thành 5 nhóm dựa theo nồng độ PSA huyết thanh: nhóm A (PSA < 10ng/ml): 4 TH (10 %); nhóm B (10 < PSA < 20 ng/ml): 7 TH (17.5%); nhóm C (20 < PSA < 100 ng/ml): 19 TH (47.5%); nhóm D (100 < PSA < 300 ng/ml): 3 TH (7.5%); nhóm E (PSA > 300 ng/ml): 7 TH (17.5%). Dựa theo nồng độ PSA đơn độc, giá trị tiên đoán dương của từng nhóm là : nhóm A 0%, nhóm B 14.3%, nhóm C 36.8%, nhóm D 100% và nhóm E 100 %. Nồng độ PSA huyết thanh là một biến số độc lập liên quan ung thư TTL tiến triển tại chỗ, di căn xa hoặc nguy cơ tái phát, di căn sau điều trị(7). PSA là yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán ung thư TTL, hầu hết các nghiên cứu chọn nồng độ PSA 4 ng/ml là ngưỡng chỉ định sinh thiết TTL(1, 2). Theo tác giả Egawa (8) tỉ lệ sinh thiết phát hiện ung thư TTL dựa vào PSA theo nhóm : < 2 ng/ml, 2-4ng/ml, 4-10 ng/ml và > 10ng/ml lần lượt là: 4,6%; 8,6%; 15,8%; 59,5%. Theo tác giả Nguyễn Minh Thiên(5), nồng độ PSA, 10ng/ml, 10-30 ng/ml và > 30ng/ml có tỉ lệ sinh thiết ra ung thư TTL là: 5,55%, 17,9%, 86,83%.

Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Ngọc Hà(9) tỉ lệ ung thư TTL với PSA < 10 ng/ml là 5,7%, PSA từ 10 -20 ng/ml là 3,5% và > 20 ng/ml là 90,8%. Theo nghiên cứu chúng tôi với PSA < 10ng/ml giá trị tiên đoán dương tính là 14,1 %. Nồng độ PSA từ 20 -

100 ng/ml là 39,6%, PSA > 100 ng/ml là 97 % và PSA > 300 ng/ml là 100 %.

Theo tác giả Jang JY(7) tỉ lệ sinh thiết chẩn đoán ung thư TTL là 100% khi PSA > 100ng/ml. Với giá trị tiên đoán dương là 100%, tác giả Jang JY(7) khuyên cáo với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật hay xạ trị thì nên sinh thiết TTL, những BN có tình trạng bệnh lý nội khoa nặng kèm theo hay tiên lượng kém, có thể bắt đầu sử dụng liệu pháp triệt Androgen mà không cần sinh thiết TTL.

Sinh thiết TTL giúp chẩn đoán ung thư TTL, bên cạnh đó cũng giúp xác định các nhóm nguy cơ dựa theo thang điểm mô học (Gleason score). Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm C : Gleason < 7 là 14.3%, Gleason = 7 là 28.6 %, Gleason > 7 là 57.1 %; nhóm E : Gleason = 7 là 14.3% và Gleason > 7 là 85.7%. Theo tác giả Ngô Quốc Đạt(10) , điểm Gleason có mối tương quan thuận với nồng độ PSA huyết thanh. Theo tác giả Jang JY(7) 90% BN PSA > 100 có thang điểm mô học Gleason > 7., cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Xuất tinh máu (2.5%) đa số bệnh nhân của chúng tôi lớn tuổi không có quan hệ tình dục nên xuất tinh ra máu gặp ít hơn các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả sinh thiết TTL 8 mẫu qua siêu âm trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 05/2021 đến tháng 10/2022, chúng tôi đã thực hiện sinh thiết TTL tổng cộng 40 TH tỉ lệ sinh thiết chuẩn đoán ung thư TTL là 42.5%, trong đó PSA > 100ng/ml

tỉ lệ ung thư TTL là 100%. Biến chứng thường gặp nhất tiểu máu (10%), chảy máu trực tràng (5%), nhiễm khuẩn niệu (2.5 %), bí tiểu (5%), xuất tinh máu (2.5%) đa số bệnh nhân của chúng tôi lớn tuổi không còn quan hệ tình dục nên xuất tinh ra máu gặp ít hơn các tác giả khác. Trong nghiên cứu không ghi nhận biến chứng nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn , tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau sinh thiết là 2.5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi rút ra 1 kết luận khi PSA > 100ng/ml thì tỉ lệ ung thư 100%. kết quả của chúng tôi nhận thấy còn cao hơn các tác giả trong và ngoài nước, tuy nhiên kết quả cũng tương đồng với đa số các tác giả. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn thấp. Chúng tôi nhận thấy với những bệnh nhân già yếu mà PSA >100 có thể bắt đầu sử dụng liệu pháp triệt Androgen mà không cần sinh thiết TTL.

VI. KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy kĩ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngả trực tràng âm đạo hiệu quả và an toàn, có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. Vì thế kĩ thuật này có thể triển khai thường quy như một chẩn đoán mô bệnh học nhằm sàng lọc và chẩn đoán sớm cho những bệnh nhân có nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gomella LG, FACS. Prostate biopsy: technique and imaging. Campbell-Wash urology 11th edition, Elsevier Saunder, Philadelphia. 2015;Chapter109,(257):2595.

2. **N. Mottet (Chair). R.C.N. van den Bergh, Briers (Patient Representative), L. E. Bourke, P. Cornford (Vice-chair), M. De Santis, S. Gillessen, A. Govorov, J. Grummet, A.M. Henry, T.B. Lam, M.D. Mason, H.G. van der Poel, T.H. van der Kwast, O. Rouvière, T. Wiegel** Guidelines Associates: T. Van den Broeck, M. Cumberbatch, N. Fossati, T. Gross, M. Lardas, M. Liew, L. Moris, I.G. Schoots, P.M. Willemse. EAU guidelines. 2018.
3. **Chiang IN CS, Pu YS HK, HJ Y, CY H.** Major complications and associated risk factors of transrectal ultrasound guided prostate needle Taiwan. J Formos Med Assoc. 2007;11(106):929.
4. **Wei TC LT, Chang YH, Chen TJ, Lin AT, Chen KK.** Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy in Taiwan: A nationwide database study. J Chin Med Assoc. 2015;78(11):5.
5. **Thiền NM.** Sinh thiết TTL tại Medic. 2010.
6. **C G, MJ R, S R, FH S.** The role of the digital rectal examination in subsequent screening visits in the European randomized study of screening for prostate cancer (ERSPC). Rotterdam Eur Urol. 2008;3(54):851.
7. **JY J, YS K.** Is Prostate biopsy essential to diagnose prostate cancer in the older patient with extremely high Prostate-specific antigen? Korean J Urol. 2012;53(2):82-8.
8. **S E, K M, K Y, M I, S K, Koshiba.** Results of transrectal ultrasound-guided biopsies and clinical significance of Japanese. 1998.
9. **Hà NN.** Đánh giá chẩn đoán và các phương pháp điều trị ngoại khoa ung thư tuyến tiền liệt. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2016.
10. **Đạt Nq, Hà HTN, Trung NS.** Mối liên quan giữa điểm gleason và một số đặc điểm lâm sàng- giải phẫu bệnh của carcinoma tuyến tiền liệt. tạp chí y học TPHCM. 2007;11(1):142- 5.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN XƯƠNG BÀN NGÓN TAY BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thương¹, Trịnh Đình Thanh¹, Nguyễn Mạnh Khánh²,
Phạm Tâm Long¹, Phan Văn Tuấn¹, Nguyễn Thị Quỳnh Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương bàn tay bằng nẹp vít tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu với 40 bệnh nhân gãy kín xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng từ 1/2020-01/2023. Đánh giá sau mổ dựa trên theo phân loại Belsky. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 47.38 ± 10.9 ; tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu $\sim 3/2$. Kết quả liền xương 100%. kết quả rất tốt chiếm 90 %. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít đem lại hiệu quả cao trong điều trị cho bệnh nhân gãy kín xương bàn ngón tay, đạt được sự nắn chỉnh giải phẫu tốt, khả năng liền xương cao, phục hồi chức năng sớm, biến chứng thấp, tỉ lệ liền xương đạt 100%

Từ khóa: Gãy kín xương bàn ngón tay, kết quả phẫu thuật, nẹp vít.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF
CLOSED-HAND FRACTURE
TREATMENT WITH PLATE
FIXATION AT HAI PHONG MEDICAL
UNIVERSITY HOSPITAL

¹Bộ môn Ngoại & Phẫu thuật Thực hành –
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

Objectives: This study aims to evaluate the result of closed-hand fracture treatment with plate fixation at the Hai Phong Medical University Hospital. **Methods:** A retrospective and prospective study on 40 patients who closed-hand fractures treated with plate fixation from 01/2020 to 01/2023. Postoperative evaluation with Belsky classification. **Result:** The mean age of the study subjects was 47.38 ± 10.9 years old, male/female ratio in the study $\sim 3/2$, Bone healing is 100%, 90% patients have excellent results. **Conclusion:** closed-hand fracture treatment with plates has good outcomes: good anatomical correction, high healing ability, early rehabilitation and low complications, bone healing rate is 100%.

Keywords: closed-hand fracture, plate fixation, surgery result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương bàn ngón tay là tổn thương thường gặp trong chấn thương chiếm 10% các gãy xương và khoảng 1/3 các trường hợp gãy xương chi trên. Trước đây, với gãy kín xương bàn ngón tay chủ yếu được điều trị bảo tồn, tuy nhiên lại có nhiều di chứng, [6].

Hiện nay do nhu cầu bệnh nhân vận động sớm, mặt khác để giảm các di chứng, thì phẫu thuật kết hợp xương gãy xương bàn bằng nẹp vít là phẫu thuật thường quy giúp người bệnh phục hồi chức năng sớm và trở về với cuộc sống lao động bình thường [8].

Tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng chúng tôi đã triển khai kỹ thuật này thường

quy đạt được kết quả cao [2], [1]. Do đó nhằm tổng kết và đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này chúng tôi thực hiện đề tài: **"Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng"**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 40 bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2023 với tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân tuổi > 16.
- Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các tiêu chuẩn đầy đủ

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hàng loạt ca bệnh gồm hồi cứu và tiền cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện bao gồm 40 bệnh nhân

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, X-quang: tuổi, giới, tiền sử bệnh, vị trí, triệu chứng lâm sàng, thời gian từ khi tai nạn đến khi mổ, phân loại gãy.

Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả trong mổ gồm: thời gian phẫu thuật, kết quả nắn chỉnh ổ gãy, tai biến
- Kết quả sau mổ: diễn biến tại vết mổ, thời gian nằm điều trị, Xquang, đánh giá sau mổ dựa theo Belsky

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình	47.38 ± 10.9 (17 – 59)
Nam/Nữ	3/2(25/15)
Tay phải/trái	4/3 (23/17)
Thời gian từ khi gãy xương đến khi phẫu thuật	1.5 ± 1.2 (12h – 3 ngày)

Nhận xét: tuổi trung bình là 47.38 ± 10.9 (17 – 59), BN nam chiếm nhiều hơn với tỷ lệ nam/nữ ~ 3/2, tay phải/trái là 4/3. Thời gian từ khi gãy xương đến khi phẫu thuật là 1.5 ± 1.2 ngày.

Vị trí gãy xương bàn ngón tay:

Bảng 2. Vị trí gãy xương bàn ngón tay

Vị trí gãy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bàn ngón	26	65
Đốt ngón	14	35
Tổng	40	100

Nhận xét: Gãy xương bàn ngón tay chiếm tỷ lệ cao nhất 65%

Đặc điểm ổ gãy xương

Bảng 3. Đặc điểm ổ gãy xương

Đặc điểm ổ gãy	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy chéo vát	18	45%
Gãy ngang	15	37.5%
Gãy nhiều mảnh rời	7	17.5%
Tổng	40	100%

Nhận xét: Loại gãy xương gặp nhiều nhất là gãy chéo vát 18/40 bệnh nhân (45%)

Phân loại gãy xương

Bảng 4: Phân loại gãy xương

Gãy xương	Xương bàn	Xương ngón	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy hở	2	2	4	10%
Gãy kín	24	12	36	90%
Tổng	26	14	40	100%

Nhận xét: Loại gãy xương hay gặp nhất là gãy kín chiếm 90%.

Kết quả điều trị:

- Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình 6.2 ngày (ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 15 ngày)

- Tình trạng vết mổ

Bảng 5. Tình trạng vết mổ

Tình trạng vết mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Liên tốt	38	95%
Nhiễm khuẩn nông	2	5%
Tổng	40	100%

Nhận xét: 95% các trường hợp là liền vết mổ tốt

- Tình trạng liền xương: 100% các trường hợp đều liền xương sau mổ 6 tháng

- Kết quả phục hồi chức năng theo Belsky

Bảng 6. Kết quả phục hồi chức năng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Xuất sắc	36	90%
Tốt	4	10%
Tổng	40	100%

Nhận xét: 100% số bệnh nhân sau mổ đạt kết quả xuất sắc, tốt, không có bệnh nhân kém.

IV. BÀN LUẬN

- Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương bàn nẹp vít tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ 01/2020 to

01/2023. Độ tuổi trung bình là 47.38 ± 10.9 ; tỉ lệ nam/nữ ~ 3/2. Tỷ lệ tay phải gặp nhiều hơn tay trái, các tác giả cũng thống nhất do tay phải là tay thuận nên tỷ lệ mắc nhiều hơn tay bên trái.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được mổ sớm sau tai nạn (12h – 3 ngày), do bệnh nhân chủ yếu là người trẻ, vào viện sau tai nạn nên bệnh nhân được làm các xét nghiệm và khám các chuyên khoa sớm trước khi phẫu thuật

- Với 40 bệnh nhân vị trí tổn thương chủ yếu là gãy xương bàn tay, đặc điểm, tính chất đường gãy chéo vát chiếm tỷ lệ đa số, kết quả này cũng giống như 1 số tác giả khác [1], [6]. Với đặc điểm tính chất đường gãy chéo vát dễ di lệch thứ phát sau nắn bó bột điều trị bảo tồn gây nên các biến chứng liên xương lệch trục ảnh hưởng đến chức năng vận động bàn tay và quan trọng hơn cả là ảnh hưởng đến khả năng lao động của người bệnh, điều đó cũng phản ánh tỷ lệ mổ gãy đốt bàn cao hơn. Mặt khác, trong nghiên cứu có 17.5% các trường hợp gãy nhiều mảnh rời, các trường hợp này nắn chỉnh khó, khi phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít sẽ giúp cho việc nắn chỉnh ổ gãy tốt hơn, hạn chế các trường hợp can lệch khi điều trị bảo tồn.

- Biến chứng: Trong nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp biến chứng: viêm xương, lộ nẹp... sau mổ, có 2 trường hợp nhiễm trùng nông sau mổ, 2 bệnh nhân này là nhóm bệnh nhân gãy hở, kèm tiểu đường, tuy nhiên bệnh nhân được dùng kháng sinh, cắt chỉ cách, thay băng ngày 2 lần, bệnh nhân sau đó ổn định và xuất viện.

- Với 40 bệnh nhân nghiên cứu có 100% các trường hợp là liền xương sau mổ 6 tháng, phần lớn các trường hợp đạt kết quả xuất sắc về phục hồi chức năng sau mổ, không có kết quả kém.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả trên chúng tôi thấy phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít trong điều trị gãy xương bàn ngón tay mang lại hiệu quả cao, an toàn, thời gian nằm viện ít, tỷ lệ biến chứng thấp, nắn chỉnh tốt, phục hồi chức năng sau mổ rất tốt và tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bấy** (1997), Chấn thương các ngón tay, bàn tay, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
2. **Đặng Kim Châu** (1982), Phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.94-99.
3. **Trần Trung Dũng**, “Nhận xét kết quả điều trị gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội”, Y học thực hành 2013, 884(10), tr. 8-9, 2013
4. **Trần Thanh Tùng** (2010), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương bàn và ngón tay bằng phương pháp kết hợp xương, Luận văn thạc sỹ y khoa, Học viện Quân y.
5. **Đoàn Thị Nhũ** (2017), “Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương nẹp vít điều trị gãy xương bàn tay, ngón tay tại Bệnh viện Quân y 7A”, luận án chuyên khoa cấp 2, trang 65.
6. **K.C. Chung, S.V. Spilson** (2001), “The frequency and epidemiology of hand and forearm fracture in the United States”, J. Hand Surg. A., 26(5), pp.908-915.
7. **A.E. Freeland, et al.** (2001), “Operation treatment of common displaced and unstable fractures of the hand”, J. of Bone and Joint Surg. Am, 83(6), p.928.
8. **K. Bosscha, J.P. Snellen** (1993), “Internal fixation of metacarpal and phalangeal fractures with AO minifragment screws and plates: A prospective study”, Injury 24(3), pp.166-168

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG: IMPLAN TỨC THÌ VÙNG THẨM MỸ KẾT HỢP KỸ THUẬT GHÉP XƯƠNG HAI VÙNG DUAL ZONE VÀ GHÉP MÔ LIÊN KẾT

Phạm Thanh Hải¹, Nguyễn Thị Huyền²

TÓM TẮT

Cấy ghép implant vùng thẩm mỹ là một thách thức trong điều trị mất răng do yêu cầu cả về thẩm mỹ và chức năng cần đạt được, nhất là ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Bài báo trình bày về một trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam 24 tuổi, gãy ngang thân răng 11 sau tai nạn giao thông. Bệnh nhân được điều trị cấy ghép implant tức thì, sử dụng kỹ thuật ghép xương hai vùng Dual zone và ghép mô liên kết, sau cùng là phục hình sứ trên abutment Tibase cá nhân hoá. Kết quả điều trị phục hồi được thể tích xương đã mất, tăng thể tích mô mềm đảm bảo sự ổn định lâu dài cho implant, phục hình sau cùng đạt yêu cầu cả về thẩm mỹ, chức năng.

Từ khóa: cấy ghép implant, vùng thẩm mỹ, ghép xương dual zone, ghép mô liên kết

SUMMARY

A CASE REPORT: IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT IN ESTHETIC AREA COMBINING WITH THE DUAL- ZONE THERAPEUTIC CONCEPT AND SOFT TISSUE GRAFT

Implant placement in esthetic area was a challenge in the treatment of tooth loss due to

both aesthetic and functional requirements to be achieved, especially in the group of young patients. The article presented a clinical case of a 24-year-old male patient with horizontal fracture tooth 11 after a traffic accident. The patient was treated with immediate implant using the dual-zone therapeutic concept and connective tissue graft, and eventually porcelain restoration with a custom abutment on tibase. The result showed an increase of bone and soft tissue volume to ensure the aesthetics and function as well as the longer stability of the implant.

Keywords: implant placement, esthetic area, dual zone therapeutic concept, connective tissue grafting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép nha khoa đã có sự phát triển nhanh chóng và cho tới nay vẫn là kỹ thuật phục hình tối ưu cho bệnh nhân bị mất răng. Cấy ghép nha khoa có ưu điểm mà các phương pháp phục hình trước đây không có được: implant độc lập trên cung hàm mà không cần mài hay tựa vào răng bên cạnh, góp phần bảo tồn tối đa răng thật cho bệnh nhân, đảm bảo tính chất tự nhiên cả về thẩm mỹ và chức năng.

Cấy ghép implant nha khoa, yếu tố đầu tiên quyết định kết quả điều trị là chất lượng và thể tích xương. Đặc biệt trong cấy ghép implant tức thì sau nhổ răng, thể tích huyết ở răng thường rộng hơn so với kích thước implant, kèm theo chiều cao xương có ích thường hạn chế, việc đặt implant trở thành

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Nha khoa Thanh Hải – Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

thách thức do khó lựa chọn vị trí, thiếu sự ổn định sơ khởi. Đối với răng vùng thẩm mỹ, bản xương ngoài thường khá mỏng, và có nguy cơ tiêu sau nhổ chân răng. Do đó kỹ thuật ghép xương Dual Zone, kỹ thuật ghép xương hai vùng bao gồm ghép xương tại huyết ổ răng và ghép xương vùng mô mềm quanh cổ implant là giải pháp hiệu quả hàng đầu nhằm nâng cao chất lượng mô xương và mô mềm quanh implant [6]

Nếu xương là điều kiện cần thì mô mềm quanh implant chính là yếu tố quyết định, là điều kiện đủ để implant có thể tồn tại lâu dài cũng như đảm bảo tính thẩm mỹ. Mô mềm quanh implant có vai trò quan trọng như một hàng rào sinh học ngăn chặn vi khuẩn, nếu nó phá hủy hoặc quá mỏng thì vi khuẩn dễ dàng lây lan và đẩy nhanh tốc độ viêm nhiễm, ảnh hưởng đến kết quả điều trị lâu dài của implant. Hơn nữa, đối với cây ghép implant vùng răng cửa, phục hình trên implant được xem là thành công không chỉ là đạt được sự tích hợp xương tốt, implant cứng chắc đạt hiệu quả ăn nhai mà còn phải hài hòa về mô lợi so với các răng lân cận. Nhiều phương pháp với kỹ thuật và vật liệu khác nhau được đề nghị để phục hồi thẩm mỹ mô mềm, tuy nhiên chưa đạt được sự đồng thuận cao về chỉ định và tiên lượng còn hạn chế. Ngày nay phẫu thuật ghép mô liên kết là

phương pháp được áp dụng phổ biến điều trị mô mềm quanh implant nhất là vùng thẩm mỹ [7].

Như vậy, một ca điều trị toàn diện bao gồm cấy ghép implant, ghép xương, tái tạo mô mềm vùng thẩm mỹ được xem là một ca phức tạp, đòi hỏi sự phối hợp giữa các kỹ thuật, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng để có thể đạt được thành công trong điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

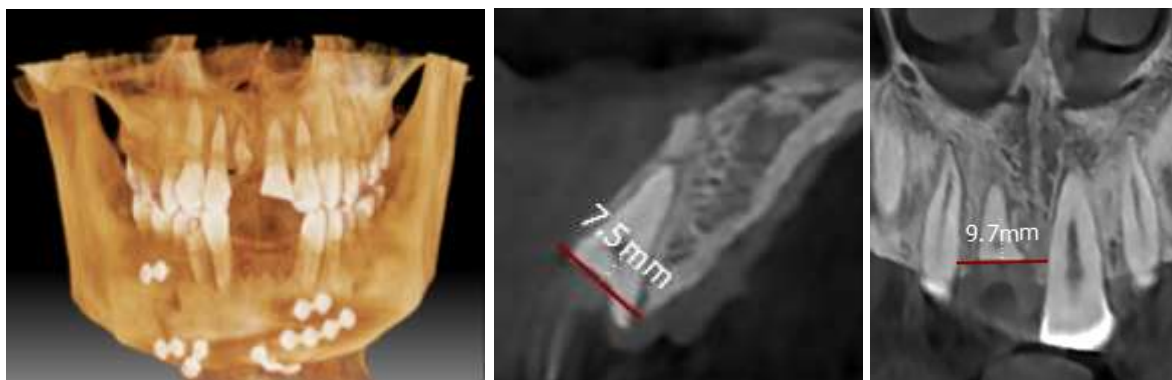
Bệnh nhân mất răng vùng thẩm mỹ có chỉ định phục hình bằng phương pháp cấy ghép implant nha khoa kèm theo thiếu thể tích xương và mô mềm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả một trường hợp bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân Lê Quý T, nam, 24 tuổi đến khám vì gãy thân răng 11 do tai nạn giao thông. Sau khi thăm khám lâm sàng, chụp phim CT Conebeam khảo sát thể tích và chất lượng xương, bệnh nhân được lên kế hoạch điều trị cấy ghép implant nha khoa để phục hồi lại răng mất.



Hình 1: Hình Ảnh phim CTCB ngày đầu đến khám: gãy ngang thân răng 11

Bệnh nhân bị TNGT, gãy ngang thân răng 11, gãy một phần thân răng 21, mất răng 32-42, xương hàm dưới sau phẫu thuật cố định xương gãy hiện tại còn nẹp vít. Răng 11: gãy ngang thân răng ngang mức mào xương, lợi có phủ chân răng, không có viêm nhiễm. Kích thước xương chiều gần – xa 9,7mm, chiều ngoài – trong 7,5mm (còn chân răng), khoảng phục hình 8mm.

Kế hoạch điều trị

Giai đoạn 1: Nhổ chân răng 11, cấy ghép implant tức thì kết hợp ghép xương với kỹ

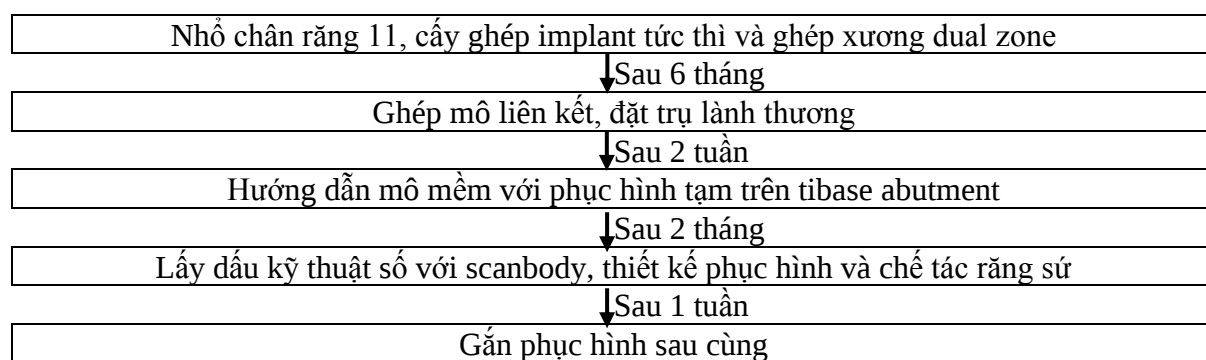
thuật dual zone (ghép xương vùng huyết ổ răng và vùng mô mềm quanh cổ implant).

Giai đoạn 2: Ghép mô liên kết tăng thể tích lợi sừng hóa quanh implant và đặt trụ lành thương

Giai đoạn 3: Hướng dẫn mô mềm với phục hình tạm.

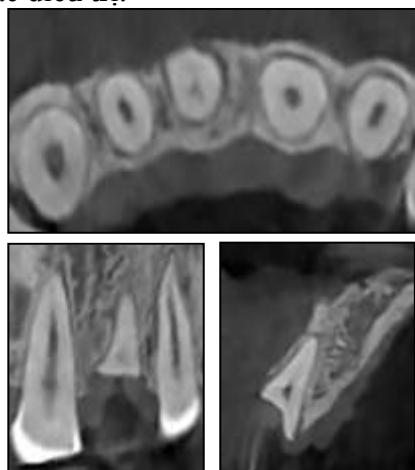
Giai đoạn 4: Lấy dấu kỹ thuật số, thiết kế phục hình sau cùng và gắn phục hình trên lâm sàng

Tiến trình điều trị:

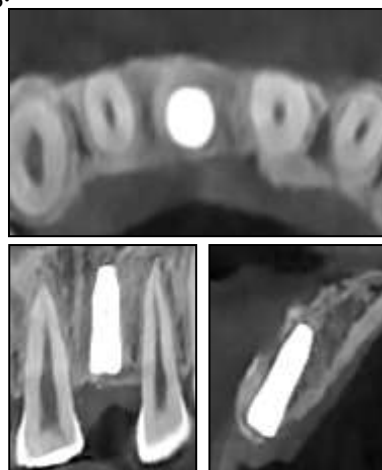


Nhận định đây là một ca phục hình phức tạp, yêu cầu thẩm mỹ cao do đó đòi hỏi sự phối hợp của nhiều phương pháp và kỹ thuật chuyên sâu, nhóm bác sĩ đã lên kế hoạch cụ thể cho từng giai đoạn và tuân thủ các nguyên tắc điều trị.

Giai đoạn 1: Bệnh nhân được nhổ chân răng 11, đặt implant tức thì Dio UF(II) kích thước 3.8x11.5mm, ghép xương với kỹ thuật dual zone. Sau phẫu thuật, implant được khâu vùi, chờ quá trình lành thương sau là 6 tháng.



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật đặt implant và ghép xương Dual zone 6 tháng

Hình 2: Hình Ảnh phim CTCTB trước và sau phẫu thuật đặt implant

Giai đoạn 2: Sau phẫu thuật đặt implant 6 tháng, mặc dù thể tích xương đã được tái lập, tuy nhiên thể tích mô mềm vẫn còn thiếu hụt, do đó bệnh nhân được phẫu thuật ghép mô liên kết lấy từ vùng khẩu cái, đặt trụ lạnh thương kích thước 4.5x4



Mô mềm thiếu hụt



Bóc tách vạt bán phần



Bộc lộ cover screw tối thiểu



KT lấy MLK 4 đường rạch



Lạng biểu mô



Đặt collagen khâu cầm máu



Khâu cố định MLK



Đặt trụ lạnh thương



Khâu đóng vạt

Hình 3: Hình ảnh ghép mô liên kết và đặt trụ lạnh thương

Giai đoạn 3: Sau phẫu thuật ghép mô liên kết 2 tuần, bệnh nhân được gắn phục hình tạm để hướng dẫn, tạo hình mô mềm.



Hình 4: Hình ảnh hướng dẫn mô mềm bằng phục hình tạm composite

Giai đoạn 4: Bệnh nhân được lấy dấu phục hình implant răng 11 với scanbody và máy quét trong miệng Trios 3. Sau lấy dấu, mẫu hàm được thiết kế với phần mềm Exocad 3.1, in sườn và răng sứ với hệ thống in CAD/CAM (Roland DWX52)



Bộc lộ tháo răng tạm

Gắn scan body



Gắn phục hình sau cùng trên lâm sàng



Chế tác phục hình sau cùng



Tạo hình sườn

Lắp sườn zirconia



Kết quả sau cùng

IV. BÀN LUẬN

* Implant tức thì có ghép xương: Cấy ghép implant vùng thẩm mỹ là một thách thức đối với các bác sĩ điều trị implant nhất lại là một phẫu thuật đặt implant tức thì sau nhổ răng. Có nhiều tác giả đã nghiên cứu về implant vùng thẩm mỹ như: thời điểm đặt implant sau nhổ răng ở vùng thẩm mỹ: implant tức thì ngay sau nhổ răng, implant sớm loại 1 (sau 4 – 8 tuần lành thường mô mềm), implant sớm loại 2 (sau 12 – 16 tuần lành thương xương một phần) hay đặt implant trì hoãn (sau nhổ răng > 6 tháng khi lành thương xương hoàn toàn) [3]; hiệu quả thẩm mỹ khi đặt implant tức thì vùng thẩm mỹ có kết hợp ghép xương hoặc không ghép xương... Bhutani N cho rằng đặt implant vùng thẩm mỹ có kết hợp ghép xương nhằm duy trì sự ổn định theo ba chiều của xương ổ răng, bảo tồn được tình trạng mô mềm và có thể mang lại thẩm mỹ chấp nhận được [2]. Trong ca lâm sàng, bác sĩ điều trị đã tiến hành đặt implant tức thì sau nhổ răng 11 và kết hợp ghép xương. Lựa chọn phương pháp điều trị này là hợp lý và có thể hạn chế tình trạng tụt mô mềm sau đặt implant, giảm thời gian chờ đợi cho bệnh nhân. Hơn nữa vùng răng trước hàm trên thường là vùng có đủ chiều cao xương cho việc đặt implant xong chiều rộng lại không thuận lợi, sau khi đặt implant thì một phần bề mặt cổ hoặc thân implant sẽ bị thiếu xương, vì thế việc ghép xương để che phủ toàn bộ bề mặt implant là bắt buộc.

* Lựa chọn kích thước implant: Gần đây, xu hướng của các nhà lâm sàng trên thế giới là lựa chọn implant đường kính nhỏ và vừa. Quan điểm này cũng vì công nghệ sản xuất ngày nay đã đạt nhiều tiến bộ trong thiết kế chịu lực, hơn nữa quan điểm mô mềm quanh implant đặc biệt là bản xương ngoài là yếu tố

quan trọng để đạt kết quả cao trong điều trị. Khắc phục việc lựa chọn đường kính nhỏ hay vừa, bác sĩ sẽ lựa chọn implant dài nhằm giảm ứng suất lực tác động lên răng trên implant, từ đó nâng cao tuổi thọ cho phục hình. Do đó trong ca bệnh, bác sĩ đã lựa chọn implant có kích thước Ø3,8 x L11,5mm cho phục hình răng 11. Việc lựa chọn này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó như của Đàm Văn Việt [1], Raes và cộng sự (2012) [5].

* Ghép mô mềm: Ghép mô mềm ngày càng được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng để tăng độ dày của mô, tái lập cấu trúc theo chiều rộng của mô sừng hóa hay điều chỉnh các nhược điểm của mô lợi và cải thiện thẩm mỹ. Mô ghép có thể được lấy từ lưỡi củ hay vòm miệng với các cách tiếp cận khác nhau, khi đó độ dày mô mềm và chiều rộng mô sừng hóa cũng được cải thiện tùy theo mô ghép [7]. Ở trường hợp này, bệnh nhân được lấy mô liên kết từ khẩu cái, chuẩn bị vùng ghép với vật bán phần và cố định mô ghép bằng các mũi khâu dính vào màng xương. Kết quả cho thấy tăng độ dày mô mềm và mô sừng hóa tại vị trí quanh implant.

* Lấy dấu kỹ thuật số và thiết kế, chế tác bằng công nghệ CAD/CAM: ở giai đoạn lấy dấu cho phục hình sau cùng trên implant, bác sĩ điều trị đã sử dụng máy quét trong miệng Trios 3 và scanbody để ghi dấu vị trí implant cũng như hình dạng mô mềm quanh implant. Sau khi lấy dấu, răng được thiết kế với phần mềm Exocad 3.1, chế tác sườn và răng sứ với hệ thống in CAD/CAM (Roland DWX52). Lấy dấu kỹ thuật số hạn chế được nhiều nhược điểm của lấy dấu truyền thống, thông tin từ bệnh nhân được truyền đến labo nhanh, chính xác và đạt hiệu quả; bệnh nhân cũng thoải mái với điều trị hơn. Kết quả phục hình

sau cùng đạt yêu cầu cả về chức năng và thẩm mỹ, bác sĩ và bệnh nhân cũng hài lòng với kết quả điều trị này. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Carlo Monaco [4]– một tác giả với nhiều nghiên cứu về quy trình số hóa trong điều trị implant nha khoa

V. KẾT LUẬN

Ghép xương với kỹ thuật dual zone và ghép mô liên kết lấy từ vùng khẩu cái kết hợp với cấy ghép implant tức thì là phương pháp điều trị phù hợp trong trường hợp lâm sàng mất răng vùng thẩm mỹ có kèm theo thiếu hụt xương và mô mềm. Kết quả sau cùng giúp cải thiện cả chức năng, thẩm mỹ và bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị.

VI. KIẾN NGHỊ

Trong điều trị implant tức thì vùng thẩm mỹ, dual zone là phương pháp ghép xương có hiệu quả khi vừa tăng được thể tích xương, vừa giảm được thời gian cũng như số lần phẫu thuật cho bệnh nhân và ghép mô liên kết là phương pháp tăng thể tích mô mềm có hiệu quả tuy nhiên còn hạn chế là gây đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Do đó, với các ca lâm sàng tương tự, việc phối hợp hai kỹ thuật ghép xương dual zone và mô liên kết trong điều trị implant cho kết quả điều trị tích cực, tuy nhiên cần có những cải tiến trong kỹ thuật để giảm cảm giác đau, khó chịu cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Văn Việt.** Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có

ghép xương. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, 2013.

2. **Bhutani N, Fatima G, Rampure N, et al.** Esthetic Evaluation of Maxillary Anterior Immediate Implant with Provisionalization with or without Bone Grafting. *J Contemp Dent Pract* (2021), **22**(10): 1105-1112.
3. **Hämmerle CH, Chen ST, Wilson TG Jr.** Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* (2004), **19**: 26-8.
4. **Monaco C, Scheda L, Baldissara P, Zucchelli G.** Implant Digital Impression in the Esthetic Area. *J Prosthodont* (2019), **28**(5): 536-540.
5. **Raes F, Cosyn J, De Bruyn H.** Clinical, Aesthetic, and Patient Related Outcome of Immediately Loaded Single Implants in the Anterior Maxilla: A Prospective Study in Extraction Sockets, Healed Ridges, and Grafted Sites. *Clin Implant Dent Relat Res* (2012).
6. **Stephen J Chu, Maurice A Salama, Henry Salama et al.** The dual-zone therapeutic concept of managing immediate implant placement and provisional restoration in anterior extraction sockets. *Compend Contin Educ Dent* (2012). **33**(7): 524-32,534.
7. **Zucchelli G, Tavelli L, McGuire MK, et al.** Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction. *J Periodontol* (2020), **91**(1): 9-16.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THUY ĐIỂN UÔNG BÍ THAM GIA PHÒNG CHỐNG ĐẠI DỊCH COVID-19

Dương Thị Hương¹, Đoàn Thị Thúy Hồng²,
Cáp Minh Đức¹, Nguyễn Thị Thắm¹, Trần Thị Thuý Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí tham gia chống dịch COVID-19. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 454 NVYT, thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Các yếu tố liên quan đến trầm cảm: Bác sĩ (OR = 1,92; 95%CI: 1,22 - 3,02); mắc COVID-19 (OR = 1,82; 95%CI: 1,19 - 2,79); không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ, chất lượng không tốt (OR = 3,31; 95%CI: 1,86 - 5,89); làm việc trong bệnh viện hoặc khu dã chiến (OR = 2,18; 95%CI: 1,21 - 3,92); điều kiện ăn ở không tốt (OR = 2,08; 95%CI: 1,38 - 3,15). Các yếu tố liên quan đến lo âu: NVYT không phải là bác sĩ (OR = 0,53; 95%CI: 0,34 - 0,82); thời gian tham gia chống dịch trung bình trong một ngày > 8 giờ (OR = 1,60; 95%CI: 1,09 - 2,34); mắc COVID-19 (OR = 2,41; 95%CI: 1,51 - 2,83); không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ, chất lượng phòng hộ cá nhân không tốt (OR = 2,57; 95%CI: 1,29 - 5,12); làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng (OR = 2,57; 95%CI: 1,73 - 3,81). Các yếu

tố liên quan đến stress: Mắc COVID-19 (OR = 1,88; 95%CI: 1,21 - 2,91); không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ, chất lượng phòng hộ cá nhân không tốt (OR = 3,79; 95%CI: 2,12 - 6,75); làm việc trong bệnh viện hoặc khu dã chiến (OR = 2,13; 95%CI: 1,15 - 3,95); làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng (OR = 1,82; 95%CI: 1,16 - 2,85); điều kiện ăn ở không tốt (OR = 2,26; 95%CI: 1,46 - 3,49).

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần; COVID - 19; Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO MENTAL HEALTH STATUS OF HEALTHCARE WORKERS AT VIETNAM - THUY DIEN UONG BI HOSPITAL PARTICIPATING IN THE FIGHT AGAINST COVID-19 PANDEMIC

Objective: Describe factors related to mental health status of healthcare workers at the Vietnam - Thuy Dien Uong Bi hospital participating in the fight against the COVID-19 pandemic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 454 healthcare workers, the study period from December 2021 to December 2022. **Results:** Factors related to depression: Doctors (OR = 1.92; 95%CI: 1.22 - 3.02); infected with COVID-19 (OR = 1.82; 95%CI: 1.19 - 2.79); not equipped with adequate personal protective equipment, poor quality equipment (OR = 3.31; 95%CI: 1.86 - 5.89); working in hospitals or field hospitals (OR = 2.18; 95%CI: 1.21 - 3.92); living conditions were not good (OR = 2.08; 95%CI:

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thắm
Email: nttham@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023
Ngày duyệt bài: 15.5.2023

1,38 - 3,15). Factors related to anxiety: Health workers were not doctors (OR = 0,53; 95%CI: 0,34 - 0,82); the average time of participating in anti-epidemic in one day > 8 hours (OR = 1.60; 95%CI: 1,09 - 2,34); infected with COVID-19 (OR = 2.41; 95%CI: 1,51 - 2,83); not equipped with adequate personal protective equipment, the quality of personal protective equipment was not good (OR = 2.57; 95%CI: 1,73 - 3,81); working in hot weather (OR = 2.57; 95%CI: 1,73 - 3,81). Factors related to stress: Infected with COVID-19 (OR = 1.88; 95%CI: 1,21 - 2,91); not equipped with adequate personal protective equipment, the quality of personal protective equipment was not good (OR = 3.79; 95%CI: 2,12 - 6,75); working in a hospital/field area (OR = 2.13; 95%CI: 1,15 - 3,95); working in hot weather conditions (OR = 1.82; 95%CI: 1,16 - 2,85); living conditions were not good (OR = 2.26; 95%CI: 1,46 - 3,49).

Keywords: Mental health; COVID-19; Vietnam - Thuy Dien Uong Bi hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ca bệnh COVID-19 được báo cáo đầu tiên ở Trung Quốc vào ngày 8 tháng 12 năm 2019, sau đó lây lan nhanh chóng trên toàn thế giới [1, 2]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tính đến ngày 14 tháng 11 năm 2021 có 253.778.458 trường hợp được xác nhận nhiễm COVID-19, trong đó 5.113.148 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, tính đến ngày 16 tháng 6 năm 2022 đã có 10.734.151 trường hợp được xác nhận mắc COVID-19 [3].

Nhân viên y tế (NVYT) đóng vai trò quan trọng trong việc phòng chống dịch bệnh COVID-19 - là đội ngũ tuyến đầu. Ngay từ khi dịch bệnh lan sang Việt Nam, Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí đã được Bộ Y tế và UBND tỉnh Quảng Ninh giao nhiệm

vụ thu dung và điều trị cho các bệnh nhân COVID-19. NVYT ngoài nhiệm vụ chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân COVID-19 trong tỉnh còn tham gia hỗ trợ các địa phương ngoài tỉnh (TP. Hồ Chí Minh, Tây Ninh, Bắc Giang) truy vết, lấy mẫu, điều trị bệnh nhân tại các bệnh viện dã chiến... Câu hỏi đặt ra là yếu tố nào liên quan đến mức các dấu hiệu sức khỏe tâm thần (SKTT) của NVYT tham gia phòng chống dịch COVID-19? Để trả lời cho câu hỏi đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan đến thực trạng mức dấu hiệu SKTT của NVYT Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí tham gia chống dịch COVID-19 năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. NVYT trực tiếp tham gia các công tác phòng chống dịch COVID-19 năm 2020 - 2022.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ quần thể:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. Z: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$). p: Là tỷ lệ lo âu của NVYT, lấy p = 0,318 theo kết quả nghiên cứu trước

[4]. d: Độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0,05$. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu là 333. Thực tế chúng tôi triển khai nghiên cứu trên 454 NVYT.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất. Chọn toàn bộ NVYT tham gia phòng chống dịch trong thời gian từ năm 2020 - 2022.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

NVYT tự điền phiếu điều tra thiết kế sẵn. Các dấu hiệu SKTT được xác định theo

thang đo DASS-21 (Depression-Anxiety-Stress Scale). Thang đo đã được chuẩn hoá tại Việt Nam lần đầu tiên vào năm 2013, độ nhạy là 79,1%, độ đặc hiệu là 77,0%, hệ số Cronbach's alpha cho trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 0,86, 0,79 và 0,86 [5]. Thang đo DASS-21 bao gồm 21 câu hỏi, mỗi câu hỏi từ 0 đến 3 điểm. Tổng điểm DASS của từng rối loạn được tính bằng tổng của 7 câu hỏi mỗi phần rối loạn đôi. Kết quả đánh giá của thang DASS 21 như sau:

Bảng 1. Mức độ lo âu, trầm cảm và stress theo thang điểm DASS-21

Mức độ	Lo âu	Trầm cảm	Stress
Bình thường	0 - 7	0 - 9	0 - 14
Nhẹ	8 - 9	10 - 13	15 - 18
Vừa	10 - 14	14 - 20	19 - 25
Nặng	15 - 19	21 - 27	26 - 33
Rất nặng	≥ 20	≥ 28	≥ 34

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. Phân tích đơn biến, tính tỷ suất chênh OR (Odds ratio) với độ tin cậy 95% để xác định mối liên quan giữa các dấu hiệu SKTT của NVYT và các yếu tố.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ưông Bí. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng thuận tham gia. Thông tin thu thập được hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ($n = 454$)

Yếu tố		Trầm cảm	Có n (%)	Không n (%)	OR 95%CI	P
Giới tính	Nam		49 (37,1)	83 (62,9)	1,43 0,93 - 2,19	0,09
	Nữ		94 (29,2)	228 (70,8)	1	
Nhóm tuổi	20 - 29 tuổi		29 (30,5)	66 (69,5)	1	0,83
	30 - 39 tuổi		80 (34,3)	153 (65,7)	1,14 0,50 - 1,40	
	40 - 49 tuổi		29 (26,1)	82 (73,9)	0,96	

				0,68 - 2,28	
	50 - 59 tuổi	5 (33,3)	10 (66,7)	1,41 0,28 - 3,08	0,56
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn (đang sống cùng vợ/chồng)	128 (32,8)	262 (67,2)	1,60 0,86 - 2,95	0,13
	Độc thân/Ly hôn/goá	15 (23,4)	49 (76,6)	1	
Chức năng chuyên môn	Bác sĩ	45 (42,9)	60 (57,1)	1,92 1,22 - 3,02	0,004
	Nhân viên y tế khác	98 (28,1)	251 (71,9)	1	
Chăm sóc/điều trị trực tiếp bệnh nhân	Có	87 (32,0)	185 (68,0)	1,06 0,71 - 1,59	0,78
	Không	56 (30,8)	126 (69,2)	1	
Thời gian chống dịch trung bình 1 ngày	> 8 giờ	78 (31,5)	170 (68,5)	0,99 0,67 - 1,48	0,98
	≤ 8 giờ	65 (31,6)	141 (68,4)	1	
Mắc COVID-19	Có	53 (41,1)	76 (58,9)	1,82 1,19 - 2,79	0,006
	Không	90 (27,7)	235 (72,3)	1	
Trang bị phòng hộ được cung cấp đủ và chất lượng tốt	Không	31 (56,4)	24 (43,6)	3,31 1,86 - 5,89	< 0,001
	Có	112(28,1)	287 (71,9)	1	
Môi trường làm việc	Bệnh viện	127 (34,2)	244 (65,8)	2,18 1,21 - 3,92	0,008
	Cộng đồng	16 (19,3)	67 (80,7)	1	
Điều kiện thời tiết	Nắng nóng	96 (33,8)	188 (66,2)	1,34 0,88 - 2,03	0,17
	Râm mát	47 (27,6)	123 (72,4)	1	
Điều kiện ăn ở	Không tốt	96 (38,4)	154 (61,6)	2,08 1,38 - 3,15	< 0,001
	Tốt	47 (23,0)	157 (77,0)	1	

Nhận xét: Bác sĩ có khả năng có dấu hiệu trầm cảm cao hơn 1,92 lần so với NVYT khác ($p < 0,01$). NVYT mắc COVID-19 trong thời gian tham gia chống dịch có khả năng có dấu hiệu trầm cảm cao hơn 1,82 lần so với NVYT không mắc COVID-19 ($p < 0,01$). NVYT không được trang bị phòng

hộ cá nhân đầy đủ, chất lượng không tốt; làm việc trong bệnh viện/khu dã chiến; điều kiện ăn ở của NVYT trong thời gian chống dịch không tốt có khả năng có dấu hiệu trầm cảm cao hơn lần lượt là 3,31 lần; 2,18 lần và 2,08 lần ($p < 0,05$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến lo âu (n = 454)

Yếu tố	Trầm cảm	Có n (%)	Không n (%)	OR 95% CI	P
Giới tính	Nam	211 (65,5)	111 (34,5)	1,40 0,92 - 2,12	0,11
	Nữ	76 (57,6)	56 (42,4)	1	
Nhóm tuổi	20 - 29 tuổi	51 (53,7)	44 (46,3)	1	0,33
	30 - 39 tuổi	151 (64,8)	82 (35,2)	0,58 0,39 - 1,02	
	40 - 49 tuổi	79 (71,2)	32 (28,8)	0,36 0,26 - 1,83	
	50 - 59 tuổi	6 (40,0)	9 (60,0)	1,74 0,57 - 5,27	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn (đang sống cùng vợ/chồng)	250 (64,1)	140 (35,9)	1,30 0,76 - 2,23	0,33
	Độc thân/Ly hôn/goá	37 (57,8)	27 (42,2)	1	
Chức năng chuyên môn	Bác sĩ	54 (51,4)	51 (48,6)	0,53 0,34 - 0,82	0,004
	Nhân viên y tế khác	233 (66,8)	116 (33,2)	1	
Chăm sóc/điều trị trực tiếp bệnh nhân	Có	167 (61,4)	105 (38,6)	0,82 0,56 - 1,22	0,32
	Không	120 (65,9)	62 (34,1)	1	
Thời gian chống dịch trung bình 1 ngày	> 8 giờ	169 (68,1)	79 (31,9)	1,60 1,09 - 2,34	0,017
	≤ 8 giờ	118 (57,3)	88 (42,7)	1	
Mắc COVID-19	Có	99 (76,7)	30 (23,3)	2,41 1,51 - 3,83	<0,001
	Không	188 (57,8)	137 (42,2)	1	
Trang bị phòng hộ được cung cấp đủ và chất lượng tốt	Không	44 (80,0)	11 (20,0)	2,57 1,29 - 5,12	0,006
	Có	243 (60,9)	156 (39,1)	1	
Môi trường làm việc	Bệnh viện	232 (62,5)	139 (37,5)	0,85 0,52 - 1,40	0,52
	Cộng đồng	55 (66,3)	28 (33,7)	1	
Điều kiện thời tiết	Nắng nóng	203 (71,5)	81 (28,5)	2,57 1,73 - 3,81	<0,001
	Râm mát	84 (49,4)	86 (50,6)	1	
Điều kiện ăn ở	Không tốt	166 (66,4)	84 (33,6)	1,36 0,92 - 1,99	0,12
	Tốt	121 (59,3)	83 (40,7)	1	

Nhận xét: NVT không phải là bác sĩ có khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn so với NVYT là bác sĩ ($p < 0,01$). NVYT có thời gian tham gia chống dịch trung bình > 8 giờ/ngày có khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn 1,60 lần ($p < 0,05$). NVYT mắc COVID-19 trong thời gian tham gia chống dịch có

khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn 2,41 lần ($p < 0,001$). NVYT không được trang bị phòng hộ đầy đủ, chất lượng phòng hộ cá nhân không tốt; làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng có khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn 2,57 lần ($p < 0,01$).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến căng thẳng ($n = 454$)

Yếu tố		Trầm cảm	Có n (%)	Không n (%)	OR 95% CI	P
Giới tính	Nam		38 (28,8)	94 (71,2)	1,08 0,69 - 1,69	0,75
	Nữ		88 (27,3)	234 (72,7)	1	
Nhóm tuổi	20 - 29 tuổi		24 (25,3)	71 (74,7)	1	0,91
	30 - 39 tuổi		69 (29,6)	164 (70,4)	1,08 0,47 - 1,38	
	40 - 49 tuổi		29 (26,1)	82 (73,9)	0,86 0,51 - 1,79	
	50 - 59 tuổi		4 (26,7)	11 (73,3)	1,03 0,27 - 3,19	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn (đang sống cùng vợ/chồng)		111 (28,5)	279 (71,5)	1,30 0,70 - 2,41	0,40
	Độc thân/Ly hôn/goá		15 (23,4)	49 (76,6)	1	
Chức năng chuyên môn	Bác sĩ		31 (29,5)	74 (70,5)	1,12 0,69 - 1,81	0,64
	Nhân viên y tế khác		95 (27,2)	254 (72,8)	1	
Chăm sóc/điều trị trực tiếp bệnh nhân	Có		76 (27,9)	196 (72,1)	1,02 0,67 - 1,56	0,91
	Không		50 (27,5)	132 (72,5)	1	
Thời gian chống dịch trung bình 1 ngày	> 8 giờ		68 (27,4)	180 (72,6)	0,96 0,64 - 1,46	0,86
	≤ 8 giờ		58 (28,2)	148 (71,8)	1	
Mắc COVID-19	Có		48 (37,2)	81 (62,8)	1,88 1,21 - 2,91	0,005
	Không		78 (24,0)	247 (76,0)	1	
Trang bị phòng hộ được cung cấp đủ và chất lượng tốt	Không		30 (54,5)	25 (45,5)	3,79 2,12 - 6,75	<0,001
	Có		96 (24,1)	303 (75,9)	1	
Môi trường làm việc	Bệnh viện		112 (30,2)	259 (69,8)	2,13	0,014

				1,15 - 3,95	
	Cộng đồng	14 (16,9)	69 (83,1)	1	
Điều kiện thời tiết	Nắng nóng	91 (32,0)	193 (68,0)	1,82 1,16 - 2,85	<0,001
	Râm mát	35 (20,6)	135 (79,4)	1	
Điều kiện ăn ở	Không tốt	126 (27,8)	328 (72,2)	2,26 1,46 - 3,49	<0,001
	Tốt	39 (19,1)	165 (80,9)	1	

Nhận xét: NVYT mắc COVID-19 có khả năng có dấu hiệu stress cao hơn gấp 1,88 lần so với NVYT không mắc COVID-19 ($p < 0,01$). NVYT không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ, làm việc trong bệnh viện/khu dã chiến, làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng, và điều kiện ăn ở trong thời gian chống dịch không tốt có khả năng có dấu hiệu stress cao hơn lần lượt là 3,79 lần; 2,13 lần; 1,82 lần và 2,26 lần ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và sức khỏe tâm thần

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và dấu hiệu trầm cảm, lo âu, stress của NVYT ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện ở Hà Nội năm 2020 [6]; nghiên cứu tại 12 bệnh viện và đơn vị y tế tuyến đầu điều trị bệnh nhân COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 [7]. Tỷ lệ NVYT trong độ tuổi từ 40 - 49 tuổi có dấu hiệu lo âu là cao nhất 71,2%; tiếp đến là 30 - 39 tuổi 64,8%; 20 - 29 tuổi 53,7% và 50 - 59 tuổi là 40,0% ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa trầm cảm, stress và tuổi ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện ở Hà Nội năm 2020 cho thấy độ tuổi càng trẻ thì tỷ lệ lo âu, stress và trầm cảm càng cao, chủ yếu ở độ tuổi 20-30

tuổi (58,8% lo âu, 71,4 % stress, 80% trầm cảm), có thể do còn ít kinh nghiệm, chưa từng trải qua một đại dịch lớn và hoàn toàn mới nên tâm lý như vậy là điều dễ hiểu.

Nghiên cứu cho thấy bác sĩ có khả năng có dấu hiệu trầm cảm cao hơn so với NVYT khác ($p < 0,01$); tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Trung ương và Bệnh viện đa khoa Ninh Bình, bác sĩ có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với điều dưỡng, hộ lý, kỹ thuật viên (OR: 2,06; 95%CI: 1,11 - 3,80) [8]. Nghiên cứu cũng cho thấy NVYT khác có khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn so với bác sĩ ($p < 0,05$), tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2021 cho thấy y tá/nữ hộ sinh hoặc nhân viên hành chính/những người khác có khả năng có dấu hiệu trầm cảm, lo âu cao hơn so với bác sĩ [4].

4.2. Mối liên quan giữa đặc điểm, điều kiện làm việc và sức khỏe tâm thần

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NVYT có thời gian tham gia chống dịch > 8 giờ/ngày có khả năng có dấu hiệu lo âu cao hơn 1,60 lần so với NVYT có thời gian làm việc trung bình 1 ngày ≤ 8 giờ ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Trung ương và bệnh viện đa khoa Ninh Bình cho thấy thời gian làm việc tăng (hơn 8 giờ/ngày) làm gia tăng nguy cơ trầm cảm [8],

tương đồng với những nghiên cứu trước đây tại Trung Quốc [9].

Kết quả cho thấy NVYT mắc COVID-19 trong thời gian tham gia chống dịch có khả năng có dấu hiệu trầm cảm, lo âu, stress cao hơn 1,82 lần, 2,41 lần và 1,88 lần so với NVYT không mắc COVID-19 ($p < 0,05$). Trong hoàn cảnh bùng phát dịch bệnh truyền nhiễm, các NVYT tuyến đầu luôn lo sợ bị lây nhiễm hoặc lây nhiễm cho người khác, đặc biệt khi họ gặp bất kỳ triệu chứng thực thể nào liên quan đến bệnh nhiễm trùng. Điều này làm gia tăng mức độ lo lắng, trầm cảm của nhân viên khi họ vừa phải tập trung điều trị cho bệnh nhân vừa mang trong mình những lo lắng do chính công việc này đem lại.

Nghiên cứu cho thấy NVYT không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ hoặc trang bị phòng hộ chất lượng không tốt có khả năng có dấu hiệu trầm cảm, lo âu, stress cao hơn lần lượt là 3,31 lần, 2,57 lần, 3,79 lần so với những NVYT được cung cấp đầy đủ phòng hộ cá nhân. Kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thanh Thuý và cộng sự tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Trung ương và bệnh viện đa khoa Ninh Bình năm 2020 lại cho thấy không có mối liên quan giữa cơ sở có đầy đủ thiết bị phòng chống dịch (đồ bảo hộ, thiết bị điều trị) và dấu hiệu trầm cảm [8].

NVYT làm việc trong bệnh viện/khu dã chiến có khả năng có dấu hiệu trầm cảm, stress cao hơn 2,18 lần, 2,13 lần so với NVYT làm việc tại cộng đồng ($p < 0,05$). Đại dịch COVID-19 là một sang chấn tâm lý nặng nề và dai dẳng, gây ra hậu quả nghiêm trọng về tâm lý với rất nhiều người, đặc biệt là đội ngũ y bác sĩ làm việc trong các bệnh viện dã chiến chứng kiến cảnh nhiều người

nằm điều trị, chứng kiến một số lượng lớn bệnh nhân nặng, tử vong trong khi “bắt lực” không làm được gì cho người bệnh. Đó là một sang chấn tâm lý lớn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NVYT làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng trong thời gian chống dịch có khả năng có dấu hiệu stress, lo âu lần lượt cao hơn 2,26 lần; 2,57 lần so với NVYT làm việc trong điều kiện thời tiết bình thường ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích là do làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng khiến NVYT cảm thấy mệt mỏi, uể oải, làm việc mất tập trung. Đặc biệt là trong điều kiện nắng nóng 39 - 40°C, NVYT vẫn phải mặc trang phục bảo hộ kín... là một trong những thách thức không nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố liên quan đến các dấu hiệu SKTT như mắc COVID-19 trong thời gian tham gia chống dịch; thời gian tham gia chống dịch trung bình trong một ngày > 8 giờ; không được trang bị phòng hộ cá nhân đầy đủ, chất lượng không tốt; làm việc trong bệnh viện hoặc khu dã chiến; làm việc trong điều kiện thời tiết nắng nóng; điều kiện ăn ở không tốt.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Trong tổ chức chống dịch cần lưu ý các yếu tố nguy cơ để giảm các ảnh hưởng không tốt đến SKTT cho NVYT khi tham gia chống dịch: Trang bị bảo hộ phù hợp và đủ cho người trực tiếp phơi nhiễm; đảm bảo thời gian làm việc hợp lý, thời gian làm việc không quá 8 tiếng/ngày. Bố trí thời gian làm việc xen kẽ thời gian nghỉ ngơi, tránh quá tải công việc; đảm bảo điều kiện sinh hoạt nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luo M, Guo L, Yu M, et al.** The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public-A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research* (2020), 291: p113190.
2. **WHO.** Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 2020.
3. **WHO.** COVID-19 Weekly Epidemiological Update 40. 2021.
4. **Dien TN, Ho Huynh QN, Phan HT, et al.** Depression, Anxiety, and Stress Among Health Care Workers at a Tertiary Hospital in Vietnam COVID-19 Epicenter: A Cross-Sectional Study. *Asia Pac J Public Health* (2023): p10105395231158502.
5. **Tran TD, Tran T, Fisher J.** Validation of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry* (2013), 13(1): p24.
6. **Bùi Thị Thanh Vân, Nguyễn Thị Bích Ngọc, Trần Nguyễn Ngọc và cộng sự.** Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế tham gia công tác phòng chống dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp (COVID-19) ở một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2021), 501(2): tr95.
7. **Vũ Thị Cúc, Nguyễn Phúc Thành Nhân, Nguyễn Xuân Chi và cộng sự.** Tình trạng căng thẳng của nhân viên y tế tại một số bệnh viện điều trị bệnh nhân COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2021), 508(2): tr196.
8. **Bùi Thanh Thúy, Trần Thị Len, Nguyễn Kim Thư và cộng sự.** Một số yếu tố liên quan tới trầm cảm của nhân viên bệnh viện trực tiếp chăm sóc người bệnh COVID-19. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* (2021), 145(9): tr69.
9. **Huang Y, Zhao N.** Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research* (2020), 288: p112954.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN MẮC BỆNH BỤI PHỔI THAN Ở CÔNG NHÂN KHAI THÁC HẦM LÒ TẠI TỈNH QUẢNG NINH, VIỆT NAM

Trần Thị Thúy Hà¹, Lê Mạnh Thường², Phạm Minh Khuê¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than và các yếu tố liên quan ở công nhân khai thác hầm lò tại tỉnh Quảng Ninh, Việt Nam năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện với 1752 công nhân khai thác có tiền sử tiếp xúc với bụi than ít nhất 5 năm tại một công ty than thuộc Tập đoàn than-khoáng sản Việt Nam. Dữ liệu được thu thập bằng khám sức khỏe nghề nghiệp và đọc phim X-quang ngực. **Kết quả:** Trong số những người tham gia nghiên cứu, 12,5% được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than; tỷ lệ mắc tăng theo tuổi (0,6% ở nhóm dưới 30 tuổi và 28% ở nhóm trên 50 tuổi) và tăng theo số năm công tác (1,1% ở nhóm có thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm và tăng lên 36,8% ở nhóm thâm niên trên 20 năm); Công nhân làm công việc khai thác than trong hầm lò có nguy cơ mắc bệnh cao hơn ở các vị trí khác. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than tại công ty còn rất cao. Cần có các biện pháp phòng ngừa, sàng lọc, chăm sóc phù hợp cho người lao động ngành than.

Từ khóa: Bệnh bụi phổi than; thợ mỏ; Quảng Ninh; Việt Nam

SUMMARY

ANTHRACOSIS: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG COAL WORKERS IN QUANG NINH PROVINCE, VIETNAM

Objective: To determine the prevalence of anthracosis and associated factors among coal workers in Quang Ninh province, Vietnam in 2022. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 1752 miners working at Vinacomin company of Vietnam and have been exposed to coal dust for at least five years. The data were collected by occupational physical examination and reading X-ray chest radiographs. **Results:** Among study participants, 12.5% were diagnosed with anthracosis; the prevalence increased with age (0.6% in the group under 30 years old and 28% in the group over 50 years old), and it increased with the number of years of service (in which 1.1% in the seniority group (from 5 to 10 years), and increased with to 36.8% in seniority group over 20 years); Workers working in coal mining sites in underground mines have a higher risk of infection than other positions. **Conclusions:** The prevalence of anthracosis among coal workers in Thong Nhat company is very high. There is a need to design appropriate measures of prevention, screening, and care for coal workers in the Coal industry.

Keywords: Coal workers' pneumoconiosis; coal dust; miners; Quang Ninh; Vietnam

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²CDC Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Than đóng vai trò chính trong việc cung cấp điện trên toàn cầu và sẽ vẫn đóng góp 22% vào năm 2040. Việt Nam có tiềm năng về khoáng sản năng lượng, trong đó có than đá với trữ lượng hàng tỷ tấn. Tuy nhiên, khai thác than là ngành lao động nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm [11], cùng với điều kiện môi trường lao động khắc nghiệt, trong quá trình khai thác, chế biến than có thể phát sinh các yếu tố nghề nghiệp có hại như bụi, ồn, rung, khí độc... đều ảnh hưởng đến sức khỏe của người lao động, làm gia tăng tỷ lệ bệnh tật, đặc biệt là bệnh nghề nghiệp và bệnh liên quan đến nghề nghiệp [1]. Tại Việt Nam, vấn đề môi trường lao động và sức khỏe của người lao động trong ngành khai thác than cũng rất được quan tâm trong những năm gần đây. Bệnh bụi phổi than là bệnh thường gặp ở công nhân khai thác than do tiếp xúc nhiều với bụi than. Bệnh bụi phổi của công nhân than thường không gây ra triệu chứng nhưng có thể tiến triển thành xơ hóa lớn với chức năng phổi bị suy giảm. Chẩn đoán bệnh bụi phổi than dựa trên tiền sử tiếp xúc và kết quả chụp X-quang ngực. Điều trị nói chung là hỗ trợ [5]. Ở Việt Nam, bệnh bụi phổi than là vấn đề sức khỏe nghề nghiệp vì đây là một bệnh không có khả năng điều trị khỏi, giá thành chẩn đoán cao, hiện nay thiếu số liệu liên quan đến tỷ lệ hiện mắc.

Quảng Ninh là tỉnh vùng Đông Bắc Việt Nam có trữ lượng than lớn nhất cả nước, lực lượng lao động trong ngành khai thác than tương đối lớn. Trên địa bàn có nhiều công ty khai thác than hầm lò. Trong khai thác than hầm lò, môi trường làm việc được bao bọc hoàn toàn bởi môi trường địa chất, bao gồm vỉa than và các tầng bên trên và bên dưới [6]. Theo báo cáo của Tập đoàn Than-khoáng sản Việt Nam, hàng năm đều phát sinh các

trường hợp mắc bệnh bụi than nghề nghiệp mới. Bệnh bụi phổi than cho đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, bệnh dẫn đến tổn thương phổi và để lại di chứng vĩnh viễn ngay cả khi công nhân đã di chuyển khỏi môi trường ô nhiễm [6]. Việc tìm hiểu môi trường lao động và tình hình công nhân mắc bệnh bụi phổi than sẽ giúp Công ty và người lao động chủ động phòng ngừa sớm bệnh nghề nghiệp, góp phần giảm tác hại đến sức khỏe người lao động tại nơi làm việc. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỷ lệ hiện mắc và một số yếu tố liên quan mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp ở công nhân khai thác hầm lò tại mỏ than Thống Nhất, năm 2022 từ đó xây dựng kế hoạch điều trị và dự phòng cho người lao động mắc bệnh bụi phổi than.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Công nhân khai thác than

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chúng tôi chọn tất cả công nhân tham gia vào một trong các công đoạn của quá trình khai thác than thỏa mãn các tiêu chí sau: Trực tiếp tham gia vào quá trình sản xuất; Đã làm việc ở vị trí hiện tại ít nhất 5 năm, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tổng cộng có 1752 công nhân tham gia vào nghiên cứu này.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một Công ty than trên địa bàn thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 đến tháng 11 năm 2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu

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

Trong đó:

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ – tra bảng với độ tin cậy là 95% = 1,96

Giá trị sai lệch áp đặt (d): độ sai số 2% = 0,02

p: tỷ lệ bệnh bụi phổi than trong nghiên cứu trước; p=0,199 (theo kết quả nghiên cứu dịch tễ học bệnh nghề nghiệp ở Tập đoàn công nghiệp Than Khoáng sản Việt Nam năm 2020 là 19,9%) [4]

Tính được n = 1531 (người). Đây là cỡ mẫu tối thiểu. Chúng tôi chọn mẫu là toàn bộ công nhân có thâm niên làm việc trên 5 năm của công ty than Thống Nhất đáp ứng đủ điều kiện của đối tượng nghiên cứu. Thực tế khám 1752 công nhân.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Gồm biến số và các nhóm biến số: Giới tính, nhóm tuổi, vị trí làm việc, số năm phơi nhiễm với bụi than, thời gian tiếp xúc với bụi than trong ngày, tình trạng hút thuốc lá, đánh giá về mức độ bụi trong môi trường làm việc, các triệu chứng hô hấp có thể gặp sau ca làm việc; Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than; Các yếu tố liên quan (tuổi, giới, vị trí làm việc, hút thuốc lá, đánh giá về bụi trong môi trường làm việc, các triệu chứng hô hấp xuất hiện sau ca làm việc) với tình trạng mắc bệnh bụi phổi than.

2.6. Công cụ thu thập dữ liệu

Chúng tôi đã sử dụng các công cụ sau để thu thập dữ liệu:

- Bảng câu hỏi xã hội học được sử dụng để thu thập thông tin chung như tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc và thông tin liên quan đến công việc, bao gồm thâm niên, vị trí làm việc và thời gian tiếp xúc với bụi than mỗi ngày.

- Bộ câu hỏi sàng lọc triệu chứng được xây dựng dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán bệnh bụi phổi công nhân của Bộ Y tế Việt Nam [2].

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh bụi phổi công nhân than

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên hướng dẫn của ILO cập nhật năm 2011 với 2 đặc điểm xác định chính: tiền sử tiếp xúc với bụi than ít nhất 5 năm và hình ảnh tổn thương trên phim chụp X-quang ngực (theo phim mẫu 2000 của ILO hoặc phim mẫu ILO Kỹ thuật số 2011).

+ Hình ảnh các nốt sần nhỏ, tròn, mờ có ký hiệu p, q, r;

+ Có thể có tổn thương dạng nốt nhỏ không đều ký hiệu s, t, u;

+ Có thể có vết mờ A, B, C lớn;

+ Hoặc kèm theo khí phế thũng: Vùng sáng trong phổi, thường ở đáy phổi hoặc xung quanh một đám lớn.

Đánh giá X-quang dựa trên đánh giá khách quan có hệ thống về chụp X-quang ngực chất lượng tốt. Việc chấm điểm được thực hiện theo các tiêu chuẩn nghiêm ngặt bằng cách sử dụng Phân loại quốc tế về chụp X quang các bệnh bụi phổi của ILO (Văn phòng Lao động Quốc tế) và do Hội đồng đánh giá bệnh nghề nghiệp.

2.7. Thu thập số liệu

Nghiên cứu này trải qua các giai đoạn sau:

Bước 1: Công nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu (ký vào các mẫu đơn đồng ý) được phỏng vấn về thông tin nhân khẩu xã hội học, đặc điểm nghề nghiệp và sàng lọc triệu chứng. Song song với phỏng vấn, tất cả các đối tượng nghiên cứu đã được các chuyên gia của CDC Quảng Ninh khám sức khỏe.

Bước 2: Chụp X-quang phổi.

Thực hiện chụp Xquang phổi theo hướng dẫn kỹ thuật chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán xác định bệnh bụi phổi của công nhân than.

Bước 3: Hội đồng chẩn đoán bệnh nghề nghiệp, so sánh phim X-quang với phim chuẩn 2011 của ILO. Có 219 công nhân được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than. Phim Xquang và hồ sơ phơi nhiễm được xem xét và kết luận bởi Hội đồng chuyên môn bệnh nghề nghiệp có chứng chỉ hành nghề do Bộ Y tế Việt Nam cấp. Phim X-quang được so sánh với Phim mẫu về bệnh phổi nghề nghiệp do Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO 2011) phát hành, đang được tất cả các nước trên thế giới sử dụng và được chính phủ Việt Nam chấp thuận.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích dữ liệu. Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình/trung vị và độ lệch chuẩn. Tỷ lệ (số lượng, tỷ lệ phần trăm, khoảng tin cậy 95%) của bệnh bụi phổi than trong từng loại theo các biến số nhân khẩu

học xã hội và nghề nghiệp đã được tính toán. Kiểm định chi bình phương (kiểm định chính xác của Fisher) cho các biến định tính được sử dụng để so sánh các đặc tính của mẫu theo tình trạng bệnh bụi phổi than. Hồi quy logistic được sử dụng để nghiên cứu các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh bụi phổi than. Các biến độc lập được đưa vào mô hình khi có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến. Mức ý nghĩa được đặt ở giá trị p nhỏ hơn 0,05.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Công ty. Tất cả các quy trình nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu được giải thích một cách rõ ràng về mục đích nghiên cứu, nội dung nghiên cứu và ký đồng thuận tham gia nghiên cứu trước khi phỏng vấn và khám sức khỏe. Mọi thông tin thu thập được của từng cá nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi công nhân than theo một số đặc điểm

Biến số/chỉ số	N=1752	n (%)	Mắc bệnh bụi phổi than				P
			Không		Có		
			SL	%	SL	%	
Giới	Nam	1690 (96,5)	1471	87,5	219	12,9	<0,001*
	Nữ	62 (3,5)	62	100,0	0	0	
Nhóm tuổi	<30	169 (9,6)	168	99,4	1	0,6	<0,001*
	30-39	848 (48,4)	792	93,4	52	6,6	
	40-49	571 (32,6)	455	79,7	116	20,3	
	50-59	164 (9,4)	118	72,0	46	28,0	

Số năm phơi nhiễm với bụi than	5-10 năm	688 (39,3)	668	97,1	20	2,9	<0,001
	>10 -20 năm	784 (44,7)	668	85,2	116	14,8	
	> 20 năm	280 (16,0)	197	70,4	83	29,6	
Vị trí làm việc	Đào lò	1081 (63,5)	921	85,2	160	14,8	0,001
	Vận chuyển	157 (9,2)	140	98,2	17	10,8	
	Cơ điện	229 (13,4)	217	94,8	12	5,2	
	Sàng tuyển	51 (3,0)	47	92,2	4	7,8	
	Phục vụ	185 (10,9)	166	89,7	19	10,3	
Thời gian tiếp xúc bụi than trong ngày	8 giờ	1631 (93,1)	1424	87,3	207	12,7	0,173
	9-10 giờ	121 (6,9)	109	90,1	12	9,9	
Hút thuốc lá	Có	880 (50,2)	761	86,5	119	13,5	0,193
	Không	872 (49,8)	772	88,5	100	11,5	
Đánh giá về bụi trong môi trường làm việc	Rất nhiều bụi	1415 (80,8)	1228	86,8	187	13,2	0,179
	Vừa phải	306 (17,5)	277	90,5	29	9,5	
	Rất ít bụi	31 (1,8)	28	90,3	3	9,7	
Cảm giác đau họng sau ca làm việc	Có	757 (43,2)	665	86,5	102	13,5	0,182
	Không	995 (56,8)	878	88,2	117	11,8	
Cảm giác khó thở sau ca làm việc	Có	695 (39,7)	578	83,2	117	16,8	<0,001
	Không	1057 (60,3)	995	90,4	102	9,6	
Cảm giác tức ngực sau ca làm việc	Có	686 (39,2)	565	82,4	121	17,6	<0,001
	Không	1066 (60,8)	968	90,8	98	9,2	
TỔNG		1752 (100,0)	1533	87,5	219	12,5	

*) : Fisher's Exact Test

Nhận xét: Trong số đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), 96,5% là nam giới; 48,4% ở độ tuổi từ (30 đến 39); có 44,7% công tác trên 10 năm; 63,5% lao động trực tiếp đào hầm lò, số còn lại làm các công việc dịch vụ (vận tải, cơ điện, sàng tuyển, khác); 93,1% công nhân tiếp xúc với bụi than 8 giờ trong 1 ngày làm việc và có 6,9% công nhân tiếp xúc với bụi than từ 9 giờ đến 11 giờ. Có 50,2% ĐTNC đã từng hút thuốc. Đa số công nhân (80,8%) cho rằng môi trường làm việc có nhiều bụi. Có 43,2% công nhân cho biết họ bị ngứa họng sau ca làm việc; 39,7% cho biết khó thở và 39,2% cho biết cảm thấy tức ngực sau giờ làm việc. Có 219 công nhân (12,5%)

được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi ở công nhân than tăng theo nhóm tuổi ($p < 0,001$) và theo số năm tiếp xúc với bụi than. Cụ thể, 2,9% công nhân có thời gian tiếp xúc với bụi than từ 5 - 10 năm được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than, tỷ lệ này ở nhóm tiếp xúc từ 10 - 20 năm là 14,8% và tăng lên 29,6% ở nhóm tiếp xúc trên 10 năm ($p < 0,001$). Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than ở nhóm làm công việc đào lò là cao nhất (14,8%), thấp nhất là ở vị trí công việc Cơ điện (5,2%).

3.2. Một số yếu tố liên quan mắc bệnh bụi phổi than

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan mắc bệnh bụi phổi than

Biến số		OR (95%CI)	OR_{hiệu chỉnh} (95%CI)	P
Nhóm tuổi	<30*	-	-	-
	30-39 tuổi	11.03 (1.51-80.35)	5.41 (0.72-40.84)	0.102
	40-49 tuổi	42.83 (5.93-309.08)	11.06 (1.44-85.05)	0.021
	50-59 tuổi	65.49 (8.91-481.57)	14.22 (1.78-113.54)	0.012
Số năm phơi nhiễm với bụi than	5-10 năm*	-	-	-
	>10 -20 năm	5.80 (3.57-9.43)	3.73 (2.19-6.33)	<0.001
	> 20 năm	14.07 (8.42-23.51)	6.88 (3.66-12.92)	<0.001
Vị trí làm việc	Khác	-	-	-
	Đào lò	1.81 (1.32-2.48)	2.70 (1.90-3.84)	<0.001
Hút thuốc lá	Không	-	-	-
	Hút thuốc	1.21 (0.91-1.60)	0.92 (0.68-1.24)	0.580
Thời gian tiếp xúc bụi trong ngày	8 giờ	-	-	-
	9-10 giờ	0.76 (0.41-1.40)	1.35 (0.69-2.59)	0.375
Đánh giá về bụi trong môi trường làm việc	Rất ít	-	-	-
	Vừa phải	0.98 (0.28-3.41)	1.08 (0.68-1.71)	0.738
	Rất nhiều bụi	1.42 (0.43-4.72)	1.04 (0.28-3.87)	0.950
Cảm giác đau họng sau ca làm việc	Không	-	-	-
	Có	1.17 (0.87-1.55)	1.28 (0.90-1.82)	0.168
Cảm giác khó thở sau ca làm việc	Không	-	-	-
	Có	1.79 (1.35-2.79)	0.84 (0.57-1.23)	0.364
Cảm giác tức ngực sau ca làm việc	Không	-	-	-
	Có	2.11 (1.58-2.81)	0.75 (0.51-1.31)	0.137

*): biến tham chiếu

Nhận xét: Khi đưa các yếu tố có giá trị p nhỏ hơn 0,2 vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Kết quả mô hình cuối cùng cho thấy độ tuổi trên 40, thâm niên trên 10 năm và công việc đào lò có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh bụi phổi của công nhân ngành than. Cụ thể, nhóm tuổi (40-49 tuổi) có $OR = 11,06$, $p=0,021$ và nhóm tuổi (50-59) có $OR = 14,22$, $p = 0,012$ (nhóm tham chiếu < 30 tuổi); so với thâm niên dưới 10 năm, lao động có thâm niên (10-20 năm) và (20-30 năm) có giá trị OR và p lần lượt là 3,73, 6,88 và <0,001, <0,001; Vị trí công nhân làm việc đào lò có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than cao hơn so với công nhân làm việc ở các vị trí khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tại Công ty cổ phần Than Thống Nhất chúng tôi nhận thấy, công nhân nam chiếm đa số (96,5%), điều này phù hợp với loại hình hoạt động của Công ty là khai thác than hầm lò và tuyển than. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Khương Văn Duy [3]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, công nhân thuộc nhóm tuổi từ 30 đến 49 tuổi chiếm chủ yếu (81,0%). Điều này có thể giải thích độ tuổi 30 - 49 là độ tuổi có nhiều kinh nghiệm, có sức khỏe là lực lượng lao động chính của Công ty đảm bảo chức năng nhiệm vụ chính của Công ty (bảng 1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp ở Công ty than Thống Nhất năm 2022 là 12,5%; tỷ lệ mắc tăng theo tuổi (0,6% ở nhóm dưới 30 tuổi và 28% ở nhóm trên 50 tuổi) và tăng theo số năm công tác (1,1% ở nhóm có thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm và tăng lên 36,8% ở nhóm thâm niên trên 20 năm); Công nhân làm công việc khai thác than trong hầm lò có nguy cơ mắc bệnh cao

hơn ở các vị trí khác. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than, tỷ lệ này khác nhau giữa các vùng, giữa đặc điểm khai thác hầm lò, lộ thiên, khác nhau giữa giới tính, giữa tuổi đời, tuổi nghề, tình trạng hút thuốc hay bệnh nền kèm theo. Năm 2019, Yuyuan Zhang và cộng sự đã tổng hợp tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than của công nhân khai thác hầm lò giai đoạn 1980 - 2017 cho kết quả tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than lên đến 20,03% [Error! Reference source not found.]. Kết quả nghiên cứu của Khương Văn Duy tại Công ty than Vàng Danh công bố năm 2020 cho thấy tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than là 21,3% [3]; Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp nên chưa có đủ cơ sở để so sánh kết luận. Theo báo cáo của tác giả Trần Quang Lương khi nghiên cứu dịch tễ học bệnh nghề nghiệp ở Tập đoàn công nghiệp Than Khoáng sản Việt Nam trong một đề tài cấp tập đoàn cũng đã cho thấy tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than là 19,9% [4]. Kết quả này cho thấy cần có thêm các nghiên cứu chuyên sâu về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp tại Việt Nam.

Trong ngành khai thác than, bệnh bụi phổi than là một trong những bệnh nghề nghiệp mất an toàn nhất do hít phải bụi than (kể cả bụi từ khai thác than hoặc bụi than nguyên chất) lâu dài tại nơi làm việc [10]. Mặc dù đã có những nỗ lực phòng ngừa trong nhiều thập kỷ, bệnh bụi phổi than vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới [11]. Đặc biệt ở các nước đang phát triển, nơi than đá vẫn là nguồn năng lượng chính, hàng triệu người lao động đã tiếp xúc với bụi than trong các hoạt động nghề nghiệp của họ.

Kết quả bảng 2 cho thấy, độ tuổi trên 40, phơi nhiễm bụi trên 10 năm và công việc đào

lò có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh bụi phổi than nghề nghiệp của công nhân. Cụ thể, nhóm tuổi (40-49 tuổi) có nguy cơ mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp cao gấp 11 lần so với nhóm dưới 30 tuổi và nhóm trên 50 tuổi có nguy cơ mắc cao gấp 14,2 lần ($OR = 11,06$, $p=0,021$ và nhóm tuổi (50-59) có $OR = 14,22$, $p = 0,012$); so với thâm niên dưới 10 năm, lao động có thâm niên (10-20 năm) và (20-30 năm) có giá trị OR và p lần lượt là 3,73, 6,88 và $<0,001$, $<0,001$; Vị trí công nhân làm việc đào lò có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than cao hơn so với công nhân làm việc ở các vị trí khác. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khương Văn Duy, tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than gấp nhiều nhất ở nhóm tuổi nghề 10 - 19 năm (44,6%), tiếp theo là nhóm tuổi nghề 20 - 29 năm (39,2%) [3]. Theo các nghiên cứu y học, bệnh bụi phổi than hay còn gọi là "phổi đen" là một bệnh phổi kẽ không hồi phục do hít phải bụi than mãn tính [10]. Hầu hết các trường hợp bệnh bụi phổi than xảy ra ở những nơi vệ sinh lao động và kiểm soát bụi kém [2]. Bệnh bụi phổi than là một bệnh phổi không thể điều trị nhưng có thể phòng ngừa được việc hít phải bụi than kinh niên. Các triệu chứng và biểu hiện của bệnh bụi phổi than khác nhau tùy thuộc vào thành phần của bụi hít vào, thời gian tiếp xúc, giai đoạn bệnh và các yếu tố liên quan đến thể trạng. Bệnh bụi phổi than có thể phát triển thành bệnh xơ hóa lớn tiến triển (PMF), có thể gây tử vong. Các chuyên gia đã chỉ ra rằng các chương trình sàng lọc theo chiều dọc là rất quan trọng để theo dõi tình trạng sức khỏe của công nhân ngành than nhằm xác định những người mắc

bệnh ở giai đoạn đầu và ngăn ngừa sự tiến triển từ nhẹ sang nặng [10],[2],[8].

Điểm mạnh và điểm hạn chế của nghiên cứu

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên về bệnh bụi phổi than nghề nghiệp ở Việt Nam. Nghiên cứu có cỡ mẫu lớn để mô tả cắt ngang với nhiều đặc điểm nhân khẩu học. Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng các công cụ chuẩn để phục vụ chẩn đoán hướng dẫn của LLO. Đây là tài liệu tham khảo tốt cho các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực y tế lao động và y tế dự phòng. Đây cũng là một nguồn dữ liệu quan trọng để các nhà quản lý của các công ty khai thác than cải thiện sức khỏe của người lao động.

Bên cạnh những ưu điểm nêu trên, nghiên cứu còn có những nhược điểm cần được xem xét trong các công trình nghiên cứu tiếp theo. Do thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và bệnh bụi phổi than nghề nghiệp chưa được thiết lập. Việc lấy mẫu chỉ được thực hiện tại một công ty khai thác than tại tỉnh Quảng Ninh; điều này có thể làm cho mẫu không đại diện cho tất cả công nhân mỏ trong tỉnh nói riêng cũng như Việt Nam nói chung. Nghiên cứu này cũng chưa đề cập đến bản chất của than cũng như nồng độ của nó.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp ở công ty than Thống Nhất là 12,5%. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp tại công ty còn rất cao. Cần có các biện pháp phòng ngừa, sàng lọc, chăm sóc phù hợp cho người lao động ngành than.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Bảo (2012).** Định hướng hoạt động của Viện Y học lao động và vệ sinh môi trường trong giai đoạn tới về sức khỏe nghề nghiệp, sức khỏe môi trường và sức khỏe trường học. Tạp chí Y học thực hành, (6); Tr. 16-21.
2. **Bộ y tế (2014).** Thông tư số 36/2014/TT-BYT ngày 14 tháng 11 năm 2014 Thông tư bổ sung bệnh bụi phổi-than nghề nghiệp vào danh mục bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm và hướng dẫn chẩn đoán, giám định.
3. **Khương Văn Duy, Lê Quang Chung, Khương Thị Bích Phượng.** Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than ở người lao động tại một công ty khai thác than hầm lò, năm 2020. Tạp chí nghiên cứu y học. **144 (8)** – 2021: 350-360.
4. **Trần Quang Lương, Khương Văn Duy và cộng sự.** Nghiên cứu dịch tễ học bệnh nghề nghiệp ở Tập đoàn công nghiệp Than Khoáng sản Việt Nam. 2020. Đề tài cấp tập toàn
5. **Abigail R. Lara (2020).** Coal Workers' Pneumoconiosis. <https://www.msmanuals.com/professional/pulmonary-disorders/environmental-pulmonary-diseases/coal-workers%E2%80%99-pneumoconiosis>. Assessed 20h20 4/2/2023.
6. **Vallyathan V, Landsittel DP, Petsonk EL, et al (2011).** The influence of dust standards on the prevalence and severity of coal worker's pneumoconiosis at autopsy in the United States of America. Arch Pathol Lab Med 2011; **135**: 1550-1556.
7. **D. Vearrier and M. I. Greenberg (2011).** Occupational health of miners at altitude: adverse health effects, toxic exposures, pre-placement screening, acclimatization, and worker surveillance. Clin Toxicol (Phila), **49(7)**; pp. 629-640.
8. **World Coal Association (2018).** Coal. <https://www.worldcoal.org/coal-facts>. Assessed 21h 5/3/2023.
9. **Health and Safety Executive (HSE) (2017).** Silicosis and Coal Workers Pneumoconiosis. www.hse.gov.uk/statistics/causdis/pneumoconiosis. Assessed 21h 4/3/2023.
10. **SME.** Coal's Importance to the World. <https://www.worldcoal.org/coal>. Assessed 21h 1/3/2023.
11. **NIOEH (2022).** Các bệnh nghề nghiệp thường gặp trong khai thác mỏ. <http://nioeh.org.vn>. Truy cập ngày 9/11/2022.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER THULIUM TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Bá Phước¹, Lương Văn Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được chỉ định điều trị bằng Laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020. **Kết luận:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $69,7 \pm 10,7$ tuổi, tuổi thấp nhất là 45 tuổi; cao nhất là 96 tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện với lý do bí đái (chiếm 60,0%). Điểm IPSS trung bình là $29,38 \pm 2,58$ điểm, điểm chất lượng cuộc sống trung bình là $4,78 \pm 0,92$ điểm, đa phần ở mức độ không chịu được. Trọng lượng tiền liệt tuyến trung bình là $46,55 \pm 13,56$ gram, thể tích nước tiểu tồn dư trung bình là $75,3 \pm 19,39$ ml.

Từ khoá: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, Kiến An.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA TREATED BY LASER THULIUM AT KIEN AN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG IN 2020

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics of patients with benign prostatic hyperplasia. **Subjects and methods:** 40 patients with benign prostatic hyperplasia were assigned to receive Thulium Laser treatment at Kien An general hospital, Hai Phong from January 2020 to December 2020. **Conclusions:** The average age of the patients was 69.7 ± 10.7 years old, the lowest age was 45 years old; the oldest was 96 years old. The majority of patients admitted to the hospital with urinary retention (accounting for 60.0%). The average IPSS score was 29.38 ± 2.58 points, the average quality of life score was 4.78 ± 0.92 points, most of which were at the tolerable level. The mean prostate volume was 46.55 ± 13.56 grams, the mean residual urine volume was 75.3 ± 19.39 ml.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, Kien An.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL) là bệnh lý hàng đầu trên hệ tiết niệu, là nguyên nhân chính gây triệu chứng đường tiết niệu dưới ở nam giới lớn tuổi [1], với hơn 94 triệu trường hợp mắc trên toàn thế giới [2]. Một đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp bao gồm 31 nghiên cứu đã báo cáo rằng tỷ lệ hiện mắc của TSLT-TTL là 26,20% [3].

Về mặt giải phẫu, TSLT-TTL nén niệu đạo, làm tăng sức cản đường ra của bàng quang. Điều này dẫn đến các triệu chứng đường tiết niệu dưới, bao gồm các triệu

¹Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

chứng khó đi tiểu (do dự, căng thẳng, dòng chảy yếu, cảm giác đi không hết) và đi tiểu khó chịu (tần suất, khẩn cấp, tiểu không tự chủ) [4]. Do đó, TSLT-TTL gây ra các biến chứng ảnh hưởng tới chất lượng sống của bệnh nhân. Tại châu Âu và Mỹ, TSLT-TTL là bệnh có số lượng phẫu thuật nhiều thứ hai ở nam giới lớn tuổi.

Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng đã lựa chọn kỹ thuật Laser Thulium gây bay hơi áp dụng cho điều trị bệnh TSLT-TTL từ tháng 01 năm 2020. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân TSLT-TTL được điều trị bằng laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo tiền liệt tuyến bằng Laser Thulium tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Kiến An.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nam được chẩn đoán TSLT-TTL có chỉ định can thiệp ngoại khoa. Bệnh nhân có định lượng nồng độ PSA (Prostate-specific Antigen) trong máu từ ≤ 10 ng/ml. Bệnh nhân có biến chứng của TSLT-TTL, điều trị nội khoa thất bại, thể tích nước tiểu tồn lưu trên 200ml hoặc rối loạn đi tiểu không cải thiện ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân TSLT-TTL mắc một số bệnh nội khoa như hen phế quản, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim đã điều trị ổn định.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư TTL hoặc bệnh nhân

có TSLT-TTL nhưng có bệnh kèm theo như: hẹp niệu đạo, di chứng chấn thương khung chậu và khớp háng, có sỏi bàng quang, u bàng quang, bệnh nhân không thể nằm tư thế sản phụ khoa được, bệnh nhân có tiền sử đã mổ niệu đạo hoặc TTL trước đây, hẹp cổ bàng quang.

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 kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020 có tổng số 40 bệnh nhân TSLT-TTL được chỉ định điều trị bằng Laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, lý do vào viện, bệnh mắc kèm theo), bảng điểm quốc tế đánh giá triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS: International Prostate Symptom Score), bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality of Life), trọng lượng tiền liệt tuyến trên siêu âm, nồng độ PSA, thể tích nước tiểu tồn dư trên siêu âm.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Không thực hiện thủ thuật hoặc phẫu thuật xâm hại đến cơ thể bệnh nhân mà không có sự đồng thuận và giấy cam kết trước mổ của bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 40)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 70 tuổi	24	60,0
	70 - 79	10	25,0
	≥ 80 tuổi	6	15,0
	X ± SD, Min – Max	69,7 ± 10,7 tuổi, 45 - 96 tuổi	
Lý do vào viện	Bí đái	24	60,0
	Triệu chứng khác	16	40,0
Bệnh lý mắc kèm	Tăng huyết áp	11	27,5
	Đái tháo đường	5	12,5
	Tai biến mạch máu não	1	2,5
	Viêm gan	1	2,5

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 69,7 ± 10,7. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 45 và nhiều tuổi nhất là 96. Đa số bệnh nhân vào viện với lý do bí đái (chiếm 60,0%). Bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5%, tiếp đến là đái tháo đường 12,5%.

Bảng 2. Điểm IPSS của bệnh nhân (n = 40)

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Điểm IPSS (X ± SD)
≤ 69	24	28,83 ± 2,61
70 - 79	10	30,50 ± 2,07
Trên 80	6	29,67 ± 2,94
Chung	40	29,38 ± 2,58

p = 0,223

Nhận xét: Tất cả 40 bệnh nhân (100%) đều ở mức độ nặng (20-35 điểm), cho thấy bệnh nhân đa số đến nhập viện vì triệu chứng đường tiết niệu dưới mức độ nặng hoặc khi có biến chứng của bệnh.

Bảng 3. Điểm QoL của bệnh nhân (n = 40)

Điểm QoL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	X ± SD Min – Max
Không chịu được (5 - 6 điểm)	26	65,0	4,78 ± 0,92 điểm (3 - 6 điểm)
Tạm được (3 - 4 điểm)	14	35,0	
Tổng	40	100	

Nhận xét: Điểm số QoL trung bình của bệnh nhân là 4,78 ± 0,92 điểm, thấp nhất là 3 điểm và cao nhất là 6 điểm. Trong đó mức độ không chịu được (5-6 điểm) có 26 bệnh nhân chiếm 65%, mức độ tạm được (3-4 điểm) chiếm 35% và không có trường hợp nào mức độ tốt.

Bảng 4. Trọng lượng tiền liệt tuyến trên siêu âm (n = 40)

Nhóm tuổi	Trọng lượng (gram)
< 70 tuổi	46,67 ± 13,9
70 - 79 tuổi	42,90 ± 10,2
≥ 80 tuổi	52,17 ± 16,8
Chung	46,55 ± 13,5

Nhận xét: Trọng lượng tiền liệt tuyến trên siêu âm của bệnh nhân là 46,55 ± 13,5 gram.

Bảng 5. Giá trị PSA toàn phần theo trọng lượng TTL

Trọng lượng TTL (gram)	Số bệnh nhân (n)	PSA toàn phần (ng/ml)
25 - 39	13	3,54 ± 2,07
40 - 59	19	5,89 ± 2,75
Trên 60	8	7,37 ± 2,20
<i>p</i> = 0,003		

Nhận xét: Giá trị trung bình PSA toàn phần tăng theo trọng lượng tiền liệt tuyến. Sự khác biệt PSA toàn phần giữa 3 nhóm trọng lượng tuyến tiền liệt có ý nghĩa thống kê (*p* < 0,05).

Bảng 6. Thể tích nước tiểu tồn dư trên siêu âm

Trọng lượng tiền liệt tuyến (gram)	Số bệnh nhân (n)	Thể tích nước tiểu tồn dư (ml)
25 - 39	6	81,67 ± 18,89
40 - 59	6	80,00 ± 20,98
> 60	4	58,75 ± 7,89
Chung	16	75,31 ± 19,39
<i>p</i> = 0,140		

Nhận xét: Có 24 bệnh nhân bí đái phải đặt sonde bàng quang nên chúng tôi không tiến hành khảo sát các chỉ số nước tiểu tồn dư trên siêu âm trước khi phẫu thuật. Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình của 16 bệnh nhân là 75,31 ± 19,39 ml.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 69,7 ± 10,7 tuổi (thấp nhất là 45 tuổi, cao nhất là 96 tuổi). Theo kết quả nghiên cứu bước đầu ứng dụng Laser Thulium với bước sóng liên tục 2μm trong điều trị TSLT-TTL của tác giả Vũ Lê Chuyên và cộng sự cho thấy tuổi trung bình là 77,0 ± 10,18 tuổi [5]; nghiên cứu của tác giả Fu WJ và cộng sự, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 68,6 ± 12,4 tuổi [6].

Trong các lý do nhập viện của bệnh nhân, lý do bí đái chiếm đa số 24 bệnh nhân (60%). Cho thấy bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn muộn, khi bệnh đã diễn tiến nặng và có biến chứng khiến bệnh nhân phải nhập cấp cứu tại bệnh viện. Nghiên cứu của tác giả Danh Hào và cộng sự tại Cần Thơ từ ngày 3/2021 đến ngày 7/2022 cho thấy tiểu khó là

nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 62,50% trong tổng số các bệnh nhân [7]. Trong 40 bệnh nhân có 11 bệnh nhân (27,5%) tăng huyết áp, 1 bệnh nhân (2,5%) virus viêm gan, 5 bệnh nhân (12,5%) đái tháo đường tuýp 2. Các bệnh lý phối hợp có thể gây khó khăn cho điều trị can thiệp trong TSLT-TTL vì có thể tăng nguy cơ trong phẫu thuật.

Mức độ nặng của các triệu chứng cơ năng và sự gây phiền toái cho bệnh nhân là yếu tố chỉ định quan trọng trong can thiệp y khoa và cũng là phương tiện quan trọng để đánh giá thành công của phương pháp điều trị. Có nhiều thang điểm được thiết kế để mô tả và định tính triệu chứng cơ năng. Từ tháng 6 năm 1991, thang điểm quốc tế về triệu chứng cơ năng tuyến tiền liệt (IPSS) được khuyến cáo sử dụng từ hội nghị quốc tế về TSLT-TTL. Trong thang IPSS có 7 câu hỏi đánh giá các triệu chứng khác nhau thuộc hai nhóm triệu chứng kích thích và tắc nghẽn đường niệu dưới. Thang điểm IPSS có thể giúp cho định hướng lựa chọn phương pháp điều trị, dự báo kết quả điều trị và theo dõi kết quả điều trị, thang điểm triệu chứng cơ năng tuyến tiền liệt IPSS gồm 7 câu hỏi với

tổng điểm là 35 điểm; mức độ bệnh được phân loại theo 3 mức: Rối loạn tiểu tiện mức độ nhẹ (0-7 điểm), rối loạn tiểu tiện mức độ trung bình (8-19 điểm), rối loạn tiểu tiện mức độ nặng (20-35 điểm). Kết quả nghiên cứu cho thấy số điểm IPSS trung bình của bệnh nhân là $29,38 \pm 2,58$ điểm, kết quả này tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Danh Hào và cộng sự tại Cần Thơ ($28,21 \pm 4,49$ điểm) [7].

Một yếu tố quan trọng để đánh giá chất lượng cũng như hiệu quả của điều trị TSLT-TTL chính là tiêu chuẩn chất lượng cuộc sống. Đối với bệnh nhân, điều quan trọng duy nhất mà họ quan tâm là giảm thiểu được triệu chứng nhiều hơn là cải thiện tốc độ dòng tiểu. Thang điểm chất lượng sống (Quality of life-QoL) với triệu chứng đường tiểu dưới thực ra là câu hỏi thứ 8 trong thang điểm triệu chứng quốc tế về triệu chứng cơ năng tuyến tiền liệt IPSS. Thang điểm chất lượng cuộc sống đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với các triệu chứng rối loạn tiểu tiện, sự thích nghi của mỗi bệnh nhân đối các triệu chứng đó, nó tương ứng với bảng điểm IPSS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số QoL trung bình của bệnh nhân là $4,78 \pm 0,92$ điểm, thấp nhất là 3 điểm và cao nhất là 6 điểm, mức độ không chịu được (5 - 6 điểm) có 26 bệnh nhân chiếm 65%, mức độ tạm được (3 - 4 điểm) chiếm 35% và không có trường hợp nào mức độ tốt.

Trong nghiên cứu chúng tôi đo trọng lượng TTL bằng siêu âm qua ngả bụng. Đo kích thước 3 chiều của TTL trên siêu âm và tính trọng lượng khối TTL theo công thức của Zerbib M như sau:

$$VTTL = \frac{1}{2} a \times b \times c$$

Với a, b, c là kích thước 3 chiều của khối u TTL, được tính bằng cm. VTTL: Trọng

lượng TTL tính được bằng cm^3 , 1cm^3 được tính tương đương với bằng 1 gram mô u TTL.

Trọng lượng TTL trung bình là $46,55 \pm 13,56$ gram (thấp nhất 26 gram, cao nhất 78 gram), trong đó có 13 bệnh nhân có trọng lượng TTL 25 - 39 gram, 19 bệnh nhân trọng lượng TTL 40 - 59 gram, còn lại 8 bệnh nhân trọng lượng TTL trên 60 gram. Kết quả này tương đối thấp khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả trong nước như: Nguyễn Tế Kha (VTTL trung bình là $57,68 \pm 27,73$ mL) [8], Dương Hoàng Lân (VTTL trung bình là $56,11 \pm 16,77$ mL) [9].

PSA (prostate specific antigen) là kháng nguyên đặc hiệu cho tuyến tiền liệt, không phải đặc hiệu cho ung thư tuyến tiền liệt. Hiện nay PSA có vai trò khá quan trọng trong tầm soát ung thư TTL trong khi chờ đợi marker mới có tính đặc hiệu hơn cho chẩn đoán ung thư TTL, cùng với thăm trực tràng và siêu âm đầu dò trực tràng giúp tầm soát hiệu quả ung thư TTL. Theo khuyến cáo của Hiệp hội niệu khoa châu Âu 2019 và khuyến cáo của Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam 2019, chỉ định sinh thiết TTL khi khám TTL qua ngả trực tràng phát hiện nhân cứng, siêu âm phát hiện nhân echo kém, PSA huyết thanh > 10 ng/ml hoặc PSA huyết thanh trong khoảng 4 - 10 ng/ml và có tỉ lệ free PSA/tPSA $< 20\%$. Sinh thiết bằng kim dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngả trực tràng. Nghiên cứu cho thấy nồng độ PSA toàn phần của bệnh nhân trước điều trị tăng dần theo trọng lượng TTL ($p < 0,05$).

Thể tích nước tiểu tồn dư trên siêu âm là phương pháp đơn giản chính xác và không xâm lấn. Tuy nhiên có sự biến thiên lớn giữa các lần đo trên cùng một bệnh nhân. Thể tích nước tiểu tồn dư không liên quan đến triệu chứng lâm sàng, thể tích TTL, lưu lượng

đỉnh dòng tiểu, được coi là một chỉ số tham khảo trong đánh giá về bệnh TSLT-TTL. Trong nghiên cứu này có 24 bệnh nhân bị bí đái phải đặt thông tiểu, nên chúng tôi không tiến hành khảo sát nước tiểu tồn dư trên siêu âm trước khi điều trị, kết quả cho thấy lượng nước tiểu tồn dư trên siêu âm trung bình là $75,31 \pm 19,39$ ml.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được chỉ định nội soi bằng Laser Thulium cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân là $69,7 \pm 10,7$ tuổi, tuổi thấp nhất là 45 tuổi, cao nhất là 96 tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện với lý do bí đái (chiếm 60,0%). Điểm IPSS trung bình là $29,38 \pm 2,58$ điểm, điểm chất lượng cuộc sống trung bình là $4,78 \pm 0,92$ điểm, đa phần ở mức độ không chịu được. Trọng lượng tiền liệt tuyến trung bình là $46,55 \pm 13,56$ gram, thể tích nước tiểu tồn dư trung bình là $75,3 \pm 19,39$ ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Langan RC.** Benign Prostatic Hyperplasia. Prim Care (2019), **46**(2): p223-232.
2. **Stewart KL, Lephart ED.** Overview of BPH: Symptom Relief with Dietary Polyphenols, Vitamins and Phytochemicals by Nutraceutical Supplements with Implications to the Prostate Microbiome. Int J Mol Sci (2023), **24**(6): p5486.
3. **Lee SWH, Chan EMC, Lai YK.** The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep (2017) **7**(1): p7984.
4. **Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP, et al.** The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J. Urol (1992), **148**: p1549-1557.
5. **Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oanh, Nguyễn Tuấn Vinh và cộng sự.** Bước đầu ứng dụng LASER Thulium với bước sóng liên tục 2-µm trong điều trị bướu lành tuyến tiền liệt. Y học Thành phố Hồ Chí Minh (2012), **16**: p116121.
6. **Fu WJ, Hong BF, Yang Y, et al.** Vaporesection for managing benign prostatic hyperplasia using a 2-microm continuous-wave laser: a prospective trial with 1-year follow-up. BJU Int (2009) **103**(3): p352-6.
7. **Danh Hào, Đàm Văn Cường.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi trên bệnh nhân có bệnh mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (2022), (50): p93-100.
8. **Nguyễn Tế Kha.** Vai trò LASER Thulium trong điều trị ngoại khoa tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2018.
9. **Dương Hoàng Lân.** Đánh giá kết quả của cắt đốt nội soi bằng điện lưỡng cực trong tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2015.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CƠ NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAINE KẾT HỢP VỚI DEXAMETHASONE TRONG PHẪU THUẬT NÂNG VÚ

Nguyễn Hữu Lành¹, Lê Trung Kiên¹, Lê Hữu Điền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau do phẫu thuật thẩm mỹ ngực được xếp vào loại đau vừa đến nặng, tuy vậy nó vẫn còn bị xem nhẹ. Hơn một nửa số người bệnh vẫn phải chịu đau sau phẫu thuật và nó ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và sự phục hồi của người bệnh. Kiểm soát đau phải là mục tiêu chính của người gây mê trong phẫu thuật vú. Công nghệ hiện đại đã làm ra máy siêu âm cầm tay nhỏ gọn nên gây tê vùng dưới siêu âm đã được ứng dụng và đóng vai trò quan trọng trong phác đồ kiểm soát đau sau mổ. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê thần kinh cơ ngực (Pecs block) dưới siêu âm trong và sau phẫu thuật nâng vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn này. Chúng tôi thực hiện trên 60 trường hợp phẫu thuật nâng vú dưới gây mê nội khí quản được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm áp dụng Pecs block (nhóm I) và nhóm chứng (nhóm II). Sau khi khởi mê, nhóm I được thực hiện Pecs block hai bên bằng hỗn hợp ropivacain 0,2% 30ml với dexamethasone 4mg cho mỗi bên ngực, nhóm II thực hiện Pecs bằng natriclorid 0,9% 30ml mỗi bên ngực. Giảm đau sau mổ thường qui bằng truyền tĩnh mạch paracetamol 1g mỗi 8 giờ và IV-PCA fentanyl

20mcg/lần người bệnh tự kiểm soát. Biến số chính trong nghiên cứu là tổng liều fentanyl trong 24 sau mổ và điểm VAS khi nghỉ và khi cử động ở các thời điểm 1,2,3,6,9,12,15,18,21,24 giờ sau mổ. Biến số nghiên cứu phụ là thời điểm yêu cầu giải cứu giảm đau lần đầu, các biến chứng của Pecs và tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, ngứa, an thần cũng được ghi nhận. **Kết quả:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tổng lượng tiêu thụ fentanyl trong 24 giờ sau phẫu thuật, nhóm có Pecs là: 278.33µg, nhóm không Pecs là: 375.33µg, giảm 97µg ($p < 0,05$). Điểm đau sau mổ lúc nghỉ và lúc vận động thấp hơn ở nhóm Pecs so với nhóm chứng. Không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng do Pecs block. Tỷ lệ tác dụng phụ (buồn nôn, nôn, ngứa và rét run) giảm khác biệt có ý nghĩa ở nhóm Pecs.

Từ khóa: gây tê Pecs block dưới hướng dẫn của siêu âm, gây tê thần kinh cơ ngực, gây tê giảm đau trong và sau phẫu thuật nâng vú.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND-GUIDED INTERCOSTAL NERVE BLOCK WITH ROPIVACAINE COMBINED WITH DEXAMETHASONE FOR PAIN REDUCTION IN BREAST AUGMENTATION SURGERY

Background: Pain caused by cosmetic breast surgery is categorized as moderate to severe, yet it is often underestimated. More than half of patients still experience pain after surgery, which directly affects their health and recovery. Pain control must be the main objective of the anesthesiologist during breast surgery. Modern

¹Bệnh viện thẩm mỹ Thu Cúc Hà Nội

²Thẩm mỹ DrD (Hà Nội)

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Lành

Email: bslanh.lava@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

technology has developed a small handheld ultrasound machine, which has been applied to the ultrasound-guided regional anesthesia technique and plays an important role in postoperative pain control. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the ultrasound-guided Pectoralis nerve (Pecs) block for pain reduction during and after breast augmentation surgery. **Subjects and Methods:** In this randomized controlled trial, we performed 60 breast augmentation surgeries under general anesthesia, randomly assigned into two groups: the Pecs block group (group I) and the control group (group II). After induction of anesthesia, group I received a Pecs block bilaterally with a mixture of 0.2% ropivacaine 30ml and 4mg dexamethasone per breast, while group II received a Pecs block with 0.9% sodium chloride 30ml per breast. Postoperative pain was managed with intravenous paracetamol 1g every 8 hours and patient-controlled intravenous analgesia with fentanyl 20mcg per dose. The primary outcome measure was the total amount of fentanyl consumed in 24 hours after surgery and the VAS score at rest and on movement at 1, 2, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, and 24 hours after surgery. Secondary outcome measures were the time to first rescue analgesia, Pecs-related complications, and adverse effects such as nausea, vomiting, itching, and sedation. **Results:** There was a statistically significant difference in the total amount of fentanyl consumed in 24 hours after surgery, with the Pecs block group consuming 278.33µg and the control group consuming 375.33µg, a reduction of 97µg ($p < 0.05$). The VAS score at rest and on movement was lower in the Pecs block group than in the control group. No Pecs block-related complications were recorded. The incidence of adverse effects (nausea, vomiting, itching, and shivering) was significantly lower in the Pecs block group.

Keywords: Ultrasound-guided Pecs block, Pectoralis nerve block, regional anesthesia, pain

control during and after breast augmentation surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nâng vú gây ra mức đau vừa đến đau nặng sau mổ, nếu điều trị không tốt sẽ tác động tiêu cực đến tâm lý cũng như hết quả phục hồi sau mổ. 50% các trường hợp sau phẫu thuật vú có thể trở thành đau mạn tính, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, đặc biệt làm rối loạn giấc ngủ kéo dài^(1,2). Tuy vậy điều trị đau trong phẫu thuật thẩm mỹ còn bị xem nhẹ, hơn một nửa số người bệnh nói chung vẫn phải chịu đựng đau từ mức độ trung bình đến nặng. Nguyên nhân chủ yếu do bác sỹ quan tâm không đúng mức đến điều trị và những khó khăn trong tổ chức chống đau tại các bệnh viện. Kiểm soát đau trong phẫu thuật vú là điều cần thiết để cải thiện kết quả phẫu thuật và sự hài lòng của người bệnh.

Có nhiều phương pháp giảm đau trong phẫu thuật nâng ngực như gây tê ngoài màng cứng ngực, gây tê khoang cạnh sống ngực, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, gây tê thần kinh liên cơ ngực, gây tê mặt phẳng cơ răng trước, giảm đau toàn thân bằng các thuốc dòng họ morphin, giảm đau đa mô thức kết hợp nhiều loại thuốc giảm đau như nhóm không steroid, nhóm corticoid, nhóm acetaminophen, ketamin...

Gây tê đám rối thần kinh cơ ngực (Pectoralis Block) viết tắt là Pecs gồm hai kỹ thuật: Gây tê mặt phẳng giữa cơ ngực lớn và cơ ngực bé (Pecs I) phong bế thần kinh ngực ngoài kết hợp với gây tê gian cân cơ giữa cơ ngực bé và cơ răng trước (Pecs II) phong bế thần kinh gian sườn 3 – 6, thần kinh gian sườn cánh tay và thần kinh ngực dài nhằm giảm đau trong và sau phẫu thuật vú hoặc thành ngực trước bên. Pecs block là kỹ thuật

gây tê thần kinh ngoại vi nên không ức chế giao cảm, ít tác dụng không mong muốn, tác dụng giảm đau hiệu quả 24 giờ đầu sau mổ. Do đó, làm giảm tiêu thụ thuốc dòng họ morphin, giảm tác dụng không mong muốn của thuốc morphin toàn thân, giảm sử dụng thuốc giảm đau không steroid^(3,4,5).

Tuy nhiên hạn chế lớn nhất của Pecs block là khó đặt và duy trì được catheter giảm đau liên tục, do dễ lệch và tụt catheter do người bệnh vận động. Việc dùng liều đơn thuốc tê chỉ có tác dụng giảm đau trong thời gian ngắn, không đảm bảo được yêu cầu giảm đau kéo dài sau phẫu thuật. Để tối ưu hoá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật nhiều loại thuốc đã được pha thêm vào dung dịch thuốc tê như: adrenalin, bicarbonate, neostigmin, opioids, clonidin hoặc nhóm corticoid... đã được chứng minh hiệu quả giảm đau qua rất nhiều nghiên cứu. Dexamethasone là thuốc thuộc nhóm corticoid được dùng kết hợp với thuốc tê đã chứng minh được hiệu quả kéo dài thời gian giảm đau đáng kể với rất ít tác dụng phụ^(6,7,8,9,10).

Tại Việt Nam giảm đau cho phẫu thuật nâng vú chủ yếu dùng các thuốc giảm đau đường tĩnh mạch nên hiệu quả giảm đau thấp và nhiều tác dụng phụ. Nhưng nay, công nghệ hiện đại đã làm ra máy siêu âm cầm tay nhỏ gọn, giá thành vừa phải nên các kỹ thuật gây tê vùng có cơ hội phát triển và ứng dụng mạnh mẽ, đóng vai trò quan trọng trong phác đồ kiểm soát đau, đảm bảo an toàn ít tai biến và biến chứng hơn.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề này nhằm trả lời câu hỏi là Pecs block bằng ropivacain kết hợp với dexamethasone có đủ khả năng kiểm soát đau sau mổ nâng vú hay không.

Mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê Pecs block trong và sau phẫu thuật vú*

2. *Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp này*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân phẫu thuật nâng vú bằng túi độn ngực tại khoa Phẫu thuật thẩm mỹ - Bệnh viện Thẩm mỹ Thu Cúc cơ sở 1 B Yết Kiêu – Hoàn Kiếm – Hà nội từ tháng 08/2022 đến tháng 4/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi > 18 tuổi
- ASA I – II
- Mổ nâng vú dưới gây mê NKQ
- Đồng ý áp dụng phương pháp giảm đau Pecs block

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chống chỉ định với gây tê vùng; dị ứng thuốc tê, rối loạn đông máu, nhiễm trùng vị trí chọc kim
- Có chống chỉ định với dexamethasone; đái tháo đường, tăng huyết áp, loét dạ dày tiến triển...
- Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu

- Người bệnh không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu
- Xuất hiện biến chứng liên quan đến phẫu thuật hoặc gây mê hồi sức

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh, mù đơn.

Cỡ mẫu

Có 60 trường hợp phẫu thuật nâng vú đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu lấy mẫu thuận tiện

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của người bệnh

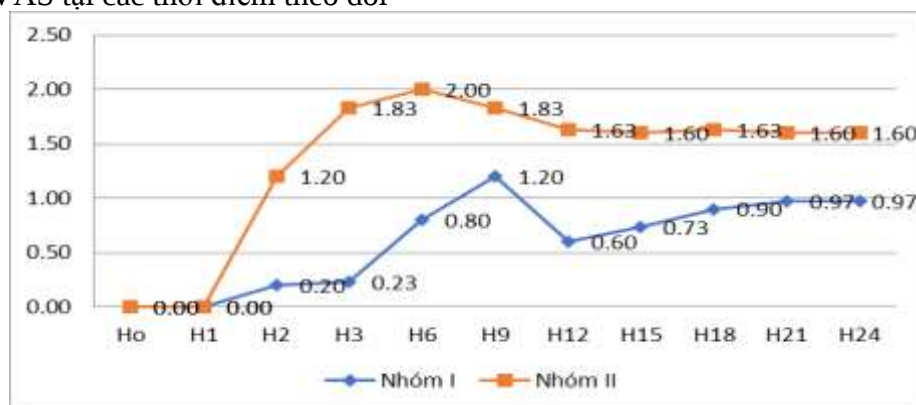
Bảng 1. Đặc điểm chung người bệnh

Phân bố			Nhóm	Nhóm I	Nhóm II	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$			31.8 $\pm$ 7.3	30.5 $\pm$ 7.7	0,493 (*)
	Min-Max			20 - 48	19 - 43	
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$			19.84 $\pm$ 1.68	19.4 $\pm$ 1.7	0,340 (*)
	Min-Max			16.25 – 23.80	16.66 – 23.09	
Thời gian mổ (phút)	$\bar{X} \pm SD$			66.2 $\pm$ 10.1	63.2 $\pm$ 5.5	0,160 (*)
	Min – Max			50 - 100	50 - 70	
Đường mổ	Nách	Số lượng (n)		10	10	0,608(**)
		Tỷ lệ (%)		33.3	33.3	
	Chân vú	Số lượng (n)		20	20	
		Tỷ lệ (%)		66.7	66.7	

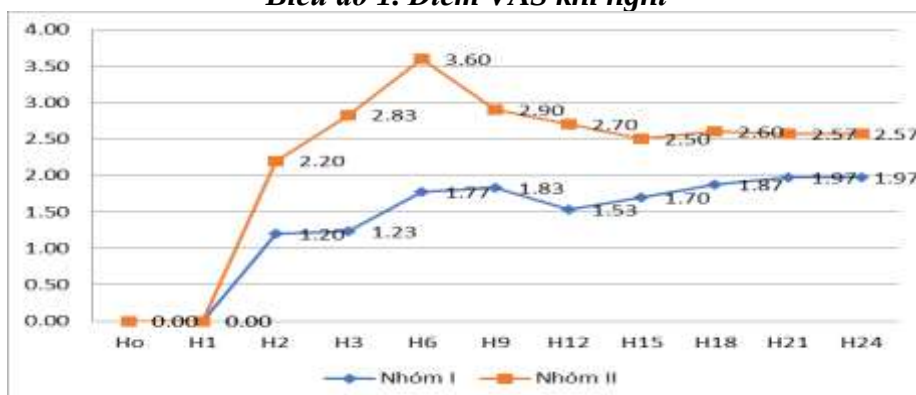
Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, thể trạng, thời gian phẫu thuật và đường mổ giữa hai nhóm nghiên cứu

Hiệu quả giảm đau trong và sau phẫu thuật

Điểm VAS tại các thời điểm theo dõi



Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ



Biểu đồ 2. Điểm VAS khi vận động

Từ biểu đồ 1 và 2 chúng tôi thấy, trong 24 giờ sau mổ điểm VAS khi nghỉ và khi vận động của hai nhóm đều < 4 điểm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhưng điểm VAS khi nghỉ và khi vận động của nhóm Pecs đều thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa tại tất cả các thời điểm theo dõi. ($p < 0,05$)

Bảng 2. Lượng opioid tiêu thụ trong và sau mổ.

Nhóm		Nhóm I	Nhóm II	p
Thời gian thuốc fentanyl				
Fentanyl trong mổ (μg)	$\bar{X} \pm \text{SD}$	261.3 ± 25.2	294.0 ± 37.7	<0,001(*)
	Min - Max	200 - 300	250 - 400	
Fentanyl sau mổ (μg)	$\bar{X} \pm \text{SD}$	17.33 ± 6.3	98.0 ± 18.9	<0,001(*)
	Min - Max	0 - 160	0 - 400	
Thời gian từ sau mổ đến khi liều đầu fentanyl (giờ)	$\bar{X} \pm \text{SD}$	20.03 ± 6.3	10.3 ± 9.4	<0,001(*)
	Min - Max	6 - 24	2 - 24	

Nhận xét: Tổng lượng fentanyl trung bình dùng trong mổ của nhóm I là: 261.3 μg , nhóm II là: 294.0 μg . Lượng fentanyl tiêu thụ trung bình sau mổ của nhóm I là: 17.33 μg , nhóm II là: 98.0 μg . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. ($p < 0,05$)

Thời gian từ sau mổ đến khi dùng liều fentanyl PCA đầu tiên của nhóm I là: 20 giờ, nhóm II là: 10 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn

Nhóm	Nhóm I		Nhóm II		P
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tác dụng phụ					
Không có TD phụ	26	86.7	19	63.3	0.038 (**)
Suy thở (suy hô hấp)	0	0	0	0	
Buồn nôn-Nôn	4	13.3	9	30.0	
Ngứa	0	0	1	3.3	
Tai biến của thủ thuật	0	0	0	0	
Khác	0	0	1	3.3	

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn thường gặp giữa hai nhóm là nôn, buồn nôn. Nhóm I là: 13,3%, nhóm II: 30,0%. Không có tai biến do thủ thuật nào được xác nhận.

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả giảm đau trong và sau phẫu thuật thể hiện ở hai biến số đó là: lượng tiêu thụ fentanyl trong và sau mổ và điểm đau VAS trong 24 giờ sau mổ.

Tổng lượng fentanyl trung bình tiêu thụ trong 24 giờ của nhóm I là: 278.33 μg , nhóm II là: 375.33 μg . Trong đó lượng fentanyl

trong mổ của nhóm I là: 261.3 μg thấp hơn so với nhóm II 294.0 μg là 33 μg , phù hợp với nghiên cứu của Versyck B giảm trung bình 34,79 μg fentanyl trong mổ⁽¹¹⁾. Lượng fentanyl giải cứu sau mổ qua IV – PCA của nhóm I cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm II lần lượt là: 17,33 μg và 98,0 μg . Thời gian từ sau mổ đến liều giảm đau fentanyl

giải cứu đầu tiên ở nhóm I là: 20 giờ, nhóm II là: 10 giờ. Yêu cầu liều đầu fentanyl cũng được trì hoãn đáng kể ở nhóm thực hiện Pecs block. Không chỉ kéo dài thời gian giảm đau sau mổ Pecs còn làm giảm lượng tiêu thụ fentanyl qua đó góp phần giảm biến chứng do opioid gây ra như: nôn, buồn nôn, chóng mặt, ngứa, bí tiểu, ức chế hô hấp.. Versyck B ghi nhận thời gian giải cứu fentanyl liều đầu nhóm Pecs II trung bình là 301 phút⁽¹¹⁾. Elsabeeny cũng chứng minh được nhóm gây tê Pecs II cần giải cứu morphin sau mổ muộn hơn nhóm không tê lần lượt là $19 \pm 5,9$ giờ và $5 \pm 4,62$ giờ. Tổng liều morphin trong 24 giờ đầu sau mổ của nhóm không gây tê cũng nhiều hơn so với hai nhóm còn lại là $9,19 \pm 2,32\text{mg}$ so với $4 \pm 1,55\text{mg}$ ⁽¹²⁾.

Điểm VAS khi vận động và khi nghỉ ở nhóm Pecs thấp hơn đáng kể nhóm chứng. Điểm VAS ở nhóm chứng thấp là do người bệnh bắt đầu dùng PCA fentanyl, thời điểm phải bấm PCA giảm đau của nhóm chứng cũng sớm hơn nhóm Pecs. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng như tại Việt Nam cũng cho kết quả điểm VAS ở nhóm Pecs block đều thấp hơn nhóm chứng. Sina G phân tích 16 nghiên cứu với 1026 bệnh nhân ghi nhận điểm VAS khi nghỉ giảm trung bình -1,5 ở nhóm Pecs⁽¹³⁾. Versyck B cũng cho thấy điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu ở nhóm gây tê Pecs II thấp hơn nhóm không gây tê trung bình từ - 0,93 đến - 1,93 điểm⁽¹¹⁾. Rahimzadeh P thực hiện gây tê Pecs II tại thời điểm sau mổ người bệnh đã tỉnh hoàn toàn nhận thấy điểm VAS trước và sau gây tê giảm rõ rệt từ $5,2 \pm 0,7$ xuống còn $2,4 \pm 0,4$. Hiệu quả giảm đau tương đương với nhóm IV – PCA fentanyl⁽¹⁴⁾.

Tác dụng không mong muốn: Không có trường hợp nào gặp phải tác dụng phụ nặng như suy hô hấp, tụt huyết áp, nhịp tim

chậm, ngộ độc thuốc tê hoặc tai biến do kỹ thuật như tổn thương thần kinh, mạch máu, chọc vào khoang màng phổi, nhiễm trùng. Tác dụng phụ hay gặp của hai nhóm là nôn, buồn nôn 13,3% ở nhóm Pecs và 30,0% nhóm chứng. Nguyễn Thu Trang ghi nhận tần suất tác dụng phụ nôn, buồn nôn nhóm Pecs II là 20%⁽¹⁵⁾. Adballah ghi nhận 33,3% nôn, buồn nôn sau mổ nhóm Pecs II⁽¹⁶⁾. Phân tích gộp của Sina G ghi nhận tần suất nôn, buồn nôn nhóm Pecs giảm từ 30,8% xuống còn 18,7%⁽¹³⁾. Một nghiên cứu gộp của Rickman chỉ ra rằng nôn, buồn nôn, ngứa và bí tiểu là triệu chứng thường xuyên xảy ra sau mổ ở bệnh nhân dùng giảm đau opioids toàn thân⁽¹⁷⁾. Giảm tỷ lệ nôn, buồn nôn cũng là một lợi ích khác mà Pecs mang lại cho người bệnh góp phần cải thiện chất lượng hồi phục sau phẫu thuật. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn còn mặt hạn chế, là nghiên cứu ngẫu nhiên mù đơn, người gây tê và người theo dõi biết rõ từng đối tượng nghiên cứu nên không tránh khỏi những sai lệch mang tính chủ quan, cỡ mẫu chưa lớn nên kết quả còn chưa đủ độ tin cậy cao.

Qua nghiên cứu này chúng tôi cho rằng, Pecs block là kỹ thuật phù hợp để điều trị đau đa mô thức trong phẫu thuật nâng vú, do được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm nên đạt được độ chính xác cao, ít biến chứng và đơn giản dễ thực hiện.

V. KẾT LUẬN

Vai trò của gây tê vùng trong giảm đau đa mô thức ngày càng được khẳng định trong kiểm soát đau sau mổ nói chung và phẫu thuật nâng vú nói riêng. Siêu âm ứng dụng trong các kỹ thuật gây tê mặt phẳng khoang cân cơ thành ngực mang lại hiệu quả cao, an toàn, chính xác, ít tai biến, biến chứng và phù hợp với xu hướng “Gây mê giảm đau không opioid” để đạt được mục tiêu cuối cùng là “Bệnh viện không đau”(Free Pain Hospital).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gartner A, Elyasi H** (2007). The role of PVB in decreasing postoperative pain in elective breast surgeries. *Med Sci Monit*, 13:CR464-7.
2. **Andreae MH, Andreae DA** (2013). Regional anaesthesia to prevent chronic pain after surgery: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 111(5):711-20.
3. **Blanco R** (2011). The “pecs block”: a novel technique for providing analgesia after breast surgery. *Anaesthesia*, 66:847-848.
4. **Blanco R, Fajardo M, Parras Maldonado T** (2012). Ultrasound description of Pecs II (modified Pecs I): a novel approach to breast surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 59:470-475.
5. **Blanco R, Parras T, McDonnell JG, et al** (2013). Serratus plan block a novel ultrasound – guided thoracic wall nerve block. *Anesthesia*, 68:1107-1113.
6. **Choi S, Rodseth R, McCartney CJL** (2014). Effects of dexamethasone as a local anaesthetic adjuvant for brachial plexus block: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, 112(3):427-439.
7. **Zhang D, et al** (2019). Dexamethasone added to local anesthetics in ultrasound-guided transversus abdominis plain (TAP) block for analgesia after abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Plos One*. 1-15.
8. **Mao Y, et al** (2018). Efficacy of perineural dexamethasone with ropivacaine in thoracic paravertebral block for postoperative analgesia in elective thoracotomy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Pain Research*, 11:1811-1819.
9. **Sigariya G, Choudhary S, Kumar M** (2020). Analgesic sparing effect of dexamethasone with levobupivacaine in quadratus lumborum block in patients undergoing unilateral inguinal hernia repair: A postoperative randomized controlled trial. *Indian J Anesth*, 64(8):668-674.
10. **Gao Z, et al** (2019). Comparison of dexamethasone and dexamethasone as adjuvant for ropivacaine in ultrasound-guided erector spinae plane block for video-assisted thoracoscopic lobectomy surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Transl Med*, 7(22):668.
11. **Versyck B, Van Geffen G- J, Chin K- J**. Analgesic Efficacy of the Pecs II block: a systematic review and meta – analysis. *Anaesthesia*. 2019;74(5):663-673.
12. **Elsabeeny WY, Shehab NN, Wadod MA, Elkady MA**. Perioperative Analgesic Modalities for Breast Cancer Surgeries: A Prospective Randomized Controlled Trial. *J Pain Res*. 2020;13:2885-2894.
13. **Sina Grape, Eric Jaunin, Kariem El-Boghdadly, Vincent Chan, Eric Albrecht**. Analgesic efficacy of PECS and serratus plane blocks after breast surgery: A systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *J Clin Anesth*. 2020;63:109744.
14. **Rahimzadeh P, Imani F, Faiz SHR, Boroujeni BV**. Impact of the Ultrasound-Guided Serratus Anterior Plane Block on Post-Mastectomy Pain: A Randomised Clinical Study. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2018;46(5):388-392.
15. **Nguyễn Thu Trang**. Đánh giá tác dụng giảm đau của phong bế cơ răng trước bằng dưới hướng dẫn siêu âm bằng ropivacaine phối hợp với dexamethasone cho phẫu thuật ung thư vú. Luận văn thạc sỹ y học. 2021.
16. **Abdallah FW, Maclean D, Madjdpour C, Cil T, Bhatia A, Brull R**. Pectoralis and Serratus Fascial Plane Blocks Each Provide Early Analgesic Benefits Following Ambulatory Breast Cancer Surgery: A Retrospective Propensity – Matched Cohort Study. *Anesth Analg*. 2017;125(1):294-302.
17. **Richman JM, Liu SS, Courpas G, et al**. Does Continuous Peripheral Nerve Block Provide Superior Pain Control to Opioids? A Meta-Analysis. *Anesth Analg*. 2006;102(1):248-257.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HLA-B*15:02 VÀ HLA-A*31:01 VỚI CÁC PHẢN ỨNG DA DO THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM VIỆT NAM

Nguyễn Văn Khiêm^{1,2,3}, Vũ Văn Quang¹, Nguyễn Văn Đình^{1,4,5}

TÓM TẮT

Kháng nguyên bạch cầu người (Human Leukocyte Antigen – HLA) là yếu tố nguy cơ di truyền gây các phản ứng dị ứng thuốc qua trung gian lympho T biểu hiện là SJS/TEN, DRESS, AGEP, MPE. Trong nhiều nghiên cứu trên các chủng tộc người châu Á khác, HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 được ghi nhận là một yếu tố rủi ro gây SCAR cũng như MPE ở bệnh nhân sử dụng thuốc chống động kinh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu Xác định mối liên quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 với các phản ứng da do thuốc chống động kinh ở trẻ em. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sự có mặt của yếu tố HLA-B*15:02 làm tăng nguy cơ phản ứng da với Carbamazepine và Oxcarbazepine lần lượt OR = 10,2 (p: 0,028, 95%CI: 1.19 -122.14) và OR = 12.68 (p<0,001, 95%CI 3,44 -51,22). Nguy cơ phản ứng da do Oxcarbazepine tăng lên với OR = 18,87 (p: 0,001, 95%CI 2,54 -142,63) ở bệnh nhân mang alen HLA-A*31:01. Không phát hiện mối liên quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-

A*31:01 và nguy cơ phản ứng da chậm với các thuốc chống động kinh khác.

Từ khóa: Thuốc chống động kinh, Kháng nguyên bạch cầu người, SJS/TEN, DRESS, AGEP, MPE

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN HLA-B*15:02 AND HLA-A*31:01 AND ANTIEPILEPTIC MEDICATIONS-INDUCED CUTANEOUS ADVERSE REACTIONS IN VIETNAMESE CHILDREN

Human Leukocyte Antigen (HLA) is a genetic risk factor for T-lymphocyte-mediated allergic drug reactions including SJS/TEN, DRESS, AGEP and MPE. In multiple studies of other Asian populations, HLA-B*15:02 and HLA-A*31:01 were found to be a risk factor of SCAR and MPE in patients taking the anti-epileptic drugs. The aim of our study was to determine of the association with HLA-B*15:02 and HLA-A*31:01 to antiepileptic drug-induced cutaneous reactions in children. The results showed that patient with positive HLA-B*15:02 has a higher risk of cutaneous reactions to Carbamazepine and Oxcarbazepine than negative HLA-B*15:02 one with OR = 10,2 (p:0,028, 95%CI: 1.19 -122.14) and OR = 12.68 (p<0,001, 95%CI 3,44 -51,22) respectively. The risk of developing cutaneous reactions to Oxcarbazepine increased 18,87 folds (p: 0,001, 95%CI 2,54 -142,63) in patients with HLA-A*31:01 alleles more than negative subjects. The correlation between HLA-B*15:02 and HLA-A*31:01

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa Khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ thống Y tế Vinmec

⁵Khối Khoa Học Sức Khỏe, Đại Học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đình

Email: v.dinhnv6@vinmec.com

Ngày nhận bài: 31.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

alleles and the risks of cutaneous reactions cause by other antiepileptic medications.

Keywords: Human Leukocyte Antigen, Antiepileptic medications, SJS/TEN, DRESS, AGEP, MPE

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các thuốc chống động kinh đang ngày càng được sử dụng rộng rãi không chỉ để điều trị các thể động kinh và còn được chỉ định trong các rối loạn tâm thần kinh khác. Song song với đó, tỷ lệ dị ứng được ghi nhận liên quan đến các thuốc này ngày càng tăng, chủ yếu là nhóm thuốc chống động kinh có vòng thơm như Carbamazepin, Oxcarbazepine, Lamotrigine... Các phản ứng xảy ra ở nhiều thể bệnh với nhiều mức độ khác nhau, trong đó nghiêm trọng nhất là nhóm bệnh lý phản ứng da nặng do thuốc (Severe cutaneous adverse reactions – SCAR) như SJS, TEN, DRESS.

HLA vừa là tên của protein có vai trò trình diện kháng nguyên và đáp ứng miễn dịch, vừa là tên gọi của gen quy định protein. Protein HLA đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của phản ứng dị ứng thuốc. Yếu tố nguy cơ của phản ứng dị ứng thuốc và mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng phụ thuộc vào đáp ứng miễn dịch của mỗi bệnh nhân, liều lượng thuốc sử dụng, thời gian điều trị, yếu tố miễn dịch di truyền bẩm sinh, đặc biệt là gen HLA.

Một số gen HLA là yếu tố nguy cơ rõ rệt với các phản ứng da nặng do các thuốc chống động kinh như HLA-B*15:02 với SJS/TEN do Carbamazepin, Lamotrigine, Phenytoin, Oxcarbazepine; HLA-A*31:01 với SJS/TEN do Carbamazepine.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu liên quan đến HLA và các tổn thương da nặng do Carbamazepin ở người lớn như

nghiên cứu của Nguyễn Văn Đình và cộng sự năm 2015 [1]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào cho thấy mối liên quan giữa HLA và tất cả các mức độ phản ứng da do thuốc trên đối tượng trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định mối liên quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 với các phản ứng da do thuốc chống động kinh ở trẻ em*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 74 trẻ có phản ứng da liên quan tới thuốc chống động kinh được điều trị tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 1/2015 đến tháng 12/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Nhóm bệnh: Bệnh nhân trẻ em (<18 tuổi) được có phản ứng da thuộc một trong các thể MPE, SJS -TEN, DRESS, AGEP đã được chẩn đoán xác định hoặc có khả năng cao do thuốc chống động kinh (thang điểm Najaro ≥ 5) và đồng ý tham gia nghiên cứu

Nhóm chứng (nhóm dung nạp): Những bệnh nhân đã sử dụng thuốc chống động kinh trong vòng tối thiểu 12 tuần và không ghi nhận phản ứng bất thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nhóm bệnh:

- Có phản ứng da chậm nhưng không liên quan hoặc có mối liên quan không rõ ràng đến thuốc chống động kinh (kinh (thang điểm Najaro < 5)

- Bệnh nhân có phản ứng da tức thì do thuốc chống động kinh

Các tiêu chuẩn đánh giá khác:

Hội chứng DRESS, SJS/TEN được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của RegiSCAR

Thể SJS – TEN được chẩn đoán bởi tổn thương niêm mạc của ít nhất 2 hốc tự nhiên

kèm theo các tổn thương da dạng hồng ban đa dạng không điển hình kèm theo các tổn thương ly thượng bì theo các mức độ

- SJS: diện tích da ly thượng bì <10% diện tích cơ thể

- SJS/TEN: diện tích da ly thượng bì 10-30% diện tích cơ thể

- TEN: diện tích da ly thượng bì > 30% diện tích cơ thể

AGEP được chẩn đoán theo thang phân loại của EuroScar

Phương pháp xét nghiệm HLA

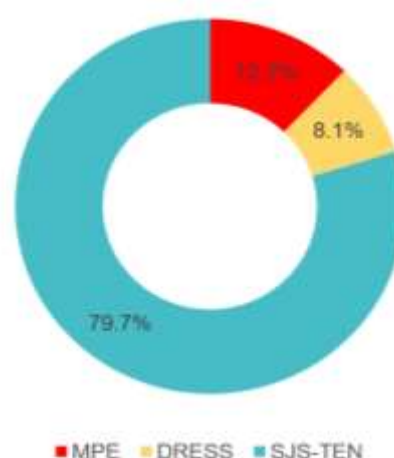
DNA được tách từ máu toàn phần. Xét nghiệm HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 bằng phương pháp Realtime [2].

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính sử dụng phần mềm thống kê Y học SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương. Quyết định số 1419/BVNTU-HĐĐĐ ngày 25/08/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1: Tỷ lệ các thể lâm sàng dị ứng của đối tượng nghiên cứu (n=74)

Trong số 74 bệnh nhân có phản ứng da liên quan tới thuốc chống động kinh được đưa vào phân tích: Thể bệnh SJS-TEN chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 79,7%, đứng thứ hai là thể bệnh MPE chiếm 12,2% và thấp nhất là thể bệnh DRESS chiếm 8,1%. Vì các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng là có thể khác nhau giữa các thể bệnh, cho nên phân tích được thực hiện phân tầng cho từng thể bệnh.

Bảng 1: Phân bố thể bệnh theo đặc điểm nền của đối tượng (n=74)

Đặc điểm	Thể bệnh				p
	Tổng (n=74)	MPE (n=9)	DRESS (n=6)	SJS-TEN (n=59)	
Giới					
Nữ	32 (43,2)	6 (66,7)	4 (66,7)	22 (37,3)	0,154 *
Nam	42 (56,8)	3 (33,3)	2 (33,3)	37 (62,7)	
Tuổi	7 (4-9) ^b	5 (1-7) ^b	13 (11-14) ^b	7 (4-9) ^b	0,006 ^a
	6,77 ± 3,97 ^c	4,56 ± 3,71 ^c	12 ± 3,79 ^c	6,58 ± 3,62 ^c	
Nhóm tuổi					
Dưới 2 tuổi	10 (13,5)	3 (33,3)	0 (0,0)	7 (11,8)	0,004 *
2-12 tuổi	55 (74,3)	6 (66,7)	2 (33,3)	47 (79,7)	
Trên 12 tuổi	9 (12,2)	0 (0,0a)	4 (66,7)	5 (8,5)	

*: Kiểm định chính xác Fisher, ^a: Kiểm định Kruskal-Wallis

^b: Trung vị (Khoảng tứ phân vị), ^c: Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 74 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam giới có phản ứng do thuốc chống động kinh là 56,8% cao hơn so với nữ giới là 43,2%, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 7. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi khi so sánh giữa các nhóm bệnh ($p<0,05$). Tuổi trung vị ở nhóm thể bệnh DRESS cao nhất

(13). Trong khi đó, tuổi trung vị thấp nhất là ở nhóm MPE (trung vị là 5). Gần $\frac{3}{4}$ đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 2-12 tuổi. Điều này tương tự ở thể bệnh MPE và SJS-TEN (lần lượt 66,7% và 79,7%). Trong khi đó ở thể bệnh DRESS, nhóm tuổi trên 12 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm tuổi giữa các thể bệnh với nhau ($p<0,05$).

Bảng 2: Mối tương quan giữa phản ứng da và yếu tố HLA khi so sánh giữa nhóm dung nạp thuốc và nhóm phản ứng da

Đặc điểm	Phản ứng da (n=74)	Dung nạp thuốc (n=159)	P	OR (KTC 95%)
HLA-B*15:02				
Dương tính	21 (61,8)	28 (17,6)	<0,001	7,56 (3,15-18,34)
Âm tính	13 (38,2)	131 (82,4)		Ref
HLA-A*31:01				
Dương tính	6 (25,0)	8 (5,0)	0,004*	6,29 (1,58-23,15)
Âm tính	18 (75,0)	151 (95,0)		Ref

*: Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm bệnh nhân có HLA-B*15:02 dương tính, khả năng có phản ứng da cao hơn và gấp 7,56 lần so với nhóm bệnh nhân âm tính (KTC 95%: 3,15-18,34). Ở nhóm bệnh nhân có HLA-A*31:01 dương tính, khả năng có phản ứng da cao hơn và gấp 6,29 lần so với nhóm bệnh nhân âm tính (KTC 95%: 1,58-23,15).

Bảng 3: Mối tương quan giữa phản ứng da và yếu tố HLA khi so sánh giữa nhóm dung nạp thuốc và nhóm phản ứng da theo từng loại thuốc động kinh sử dụng

Đặc điểm	Phản ứng da (n=74)	Dung nạp thuốc (n=159)	P	OR (KTC 95%)
Carbamazepine (n=43)				
HLA-B*15:02 (n=30)				
Dương tính	6 (75,0)	5 (22,7)	0,028	10,2 (1,19-122,14)
Âm tính	2 (25,0)	17 (77,3)		Ref
HLA-A*31:01 (n=28)				
Dương tính	5 (83,3)	18 (81,8)	1,000	0,9 (0,02-12,48)
Âm tính	1 (16,7)	4 (18,2)		Ref
Oxcarbazepine (n=144)				
HLA-B*15:02 (n=131)				
Dương tính	11 (68,8)	17 (14,8)	<0,001	12,68 (3,44-51,22)

Âm tính	5 (31,2)	98 (85,2)		Ref
HLA-A*31:01 (n=127)				
Dương tính	4 (33,3)	3 (2,6)	0,001*	18,67 (2,54-142,63)
Âm tính	8 (66,7)	151 (97,4)		Ref
Lamotrigine (n=23)				
HLA-B*15:02 (n=18)				
Dương tính	2 (40,0)	5 (38,5)	1,000	1,07 (0,07-13,25)
Âm tính	3 (60,0)	8 (61,5)		Ref
HLA-A*31:01 (n=16)				
Dương tính	0 (0,0)	0 (0,0)	#N/A	#N/A
Âm tính	3 (100,0)	13 (100,0)		
Phenorbabital (n=11)				
HLA-B*15:02 (n=10)				
Dương tính	2 (50,0)	1 (16,7)	0,5	5 (0,14-352,66)
Âm tính	2 (50,0)	5 (83,3)		Ref
HLA-A*31:01 (n=9)				
Dương tính	2 (66,7)	5 (83,3)	1,000	2,5 (0,02-234,83)
Âm tính	1 (33,3)	1 (16,7)		Ref
Phenytoin (n=10)				
HLA-B*15:02 (n=4)				
Dương tính	0 (0,0)	0 (0,0)	#N/A	#N/A
Âm tính	1 (100,0)	3 (100,0)		
HLA-A*31:01 (n=3)				
Dương tính	0 (0,0)	0 (0,0)	#N/A	#N/A
Âm tính	0 (0,0)	3 (100,0)		

Kết quả nghiên cứu cho thấy alen HLA-B*15:02 làm tăng nguy cơ phản ứng da với Carbamazepine và Oxcarbazepine, HLA-A*31:01 dương tính làm tăng nguy cơ phản ứng da với Oxcarbazepine và không có mối liên quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 với phản ứng da do các thuốc Lamotrigine, Phenobarbital và Phenytoin.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số những bệnh nhân có phản ứng da do các thuốc chống động kinh, có đến 87,6% thuộc nhóm SCARs trong đó bao gồm 79,7 % thuộc nhóm SJS/TEN và 8,1% thuộc nhóm

DRESS. Kết quả này khác biệt với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Tuyền năm 2021 với tỷ lệ phản ứng da nặng chỉ chiếm 6,3% [3]. Bởi vì nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Nhi trung ương là bệnh viện tuyến cuối về Nhi khoa tại Việt nam nên thu dung nhiều trường hợp có tổn thương da nặng.

Không có sự khác biệt về giới giữa các kiểu hình lâm sàng với tỷ lệ nam là 56,8% và nữ là 43,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu trước của Nguyễn Văn Đình và cộng sự với tỷ lệ xuất hiện ở nam là 52,6% và nữ là 47,4%. Một phân tích đa biến lớn tại Anh và Châu Âu cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 giới tính về tỷ lệ phản ứng trong khi

một số nghiên cứu khác tại Trung Quốc lại cho thấy tỷ lệ phản ứng ở nữ giới cao hơn và sự khác này được giải thích có thể do tác dụng bảo vệ của androgens [4].

Trong bảng 1, các trường hợp SJS/TEN và DRESS có xu hướng xuất hiện ở trẻ lớn (trung bình khoảng 13 tuổi đối với DRESS và 7 tuổi với SJS/TEN) so với những bệnh nhân có MPE (trung bình khoảng 5 tuổi). Phần lớn các trường hợp DRESS xảy ra ở trẻ >12 tuổi (chiếm 66,67%) trong khi phần lớn các trẻ xuất hiện SJS/TEN và MPE thuộc nhóm 2-12 tuổi. Đặc biệt, không có trường hợp nào trên 12 tuổi có MPE và không có DRESS dưới 2 tuổi trong nhóm nghiên cứu.

Phân tích nguy cơ theo từng loại thuốc cho thấy tỷ lệ các phản ứng da chậm do Carbamazepine tăng gấp 10,2 lần ở nhóm có HLA-B*15:02 dương tính so với nhóm âm tính ($p=0,028$, 95% CI 1,19-122,14). Kết quả này một lần nữa khẳng định với kết luận của Nguyễn Văn Đĩnh và cộng sự năm 2015¹ HLA-B*15:02 là yếu tố nguy cơ di truyền của CBZ gây SJS/TEN (OR=33,87; 95% CI:7,55-151,03, $p < 0,0001$). Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ 16 nghiên cứu của Wimonchat Tangamornsuksan và cộng sự nghiên cứu về HLA-B*15:02 trên các chủng tộc châu Á khác nhau như Hán, Thái, Malaysia cũng có thấy mối liên quan rất chặt chẽ giữa allele này và SJS/TEN do carbamazepine [1], [5].

Với Oxcarbazepine, HLA-B*15:02 cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ các phản ứng da (OR=12,68 $p<0,001$, 95% CI 3,44-51,22) và HLA-A*31:01 dương tính làm tăng nguy cơ phản ứng da với Oxcarbazepine (OR=18,67; $p=0,001$, 95% CI, 2,54-142,63). Kết quả tương tự với các nghiên cứu của Chun-Bing Chen và cộng sự năm 2017 ở bệnh nhân Trung Quốc và Thái Lan cho thấy, có mối

liên quan đáng kể giữa HLA-B*15:02 với SJS/TEN ở bệnh nhân dùng Oxcarbazepine với OR 27,90 ($p<0,001$, CI 95%, 7,84-99,23) [6]. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp khác tổng hợp từ 6 nghiên cứu của W Tangamornsuksan năm 2018, nghiên cứu trên các nhóm dân tộc Hán, Hàn Quốc và Thái Lan, kết quả cho thấy HLA-B*15:02 làm tăng nguy cơ SJS/TEN do Oxcarbazepine ở dân số nói chung lên tới 30,2 lần (95% CI, 3,45-264), tăng nguy cơ phát ban dát sẩn (MPE) do Oxcarbazepine ở dân số nói chung gấp 5,67 lần (95% CI, 2,03-15,9), trong khi HLA-A*31:01 làm đến tăng nguy cơ phát ban dát sẩn (MPE) gấp 29,2 lần (CI 95%, 6,7-128) so với nhóm âm tính [7].

Nghiên cứu không ghi nhận tương quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 đối với các thuốc Lamotrigine, Phenobarbital và Phenytoin. Với lamotrigine, kết quả khác biệt so với một số nghiên cứu trước tại Việt Nam cũng như quốc tế. Nghiên cứu của Trần Quang Tuyền năm 2021 [3] ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ phản ứng da nghiêm trọng và không nghiêm trọng do lamotrigine ở nhóm mang allele HLA-B*15:02 và nhóm không mang allele HLA-B*15:02. Một tổng quan và phân tích tổng hợp xác định mối liên quan giữa allele HLA-B*15:02 với SJS và TEN do Lamotrigine gây ra trong quần thể người Hán của Tao Zeng và cộng sự công bố năm 2015 cho thấy, SJS/TEN do lamotrigine có liên quan đến sự hiện diện của allele HLA-B*15:02 với OR:4 (95% CI 1,43-17,28, $p<0,05$) [8]. Với Phenytoin, kết quả của chúng tôi tương tự với Trần Quang Tuyền năm 2022 với kết luận rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ phản ứng da do phenytoin giữa nhóm mang allele HLA-B*15:02 và nhóm không mang allele HLA-B*15:02 [3].

V. KẾT LUẬN

Kháng nguyên bạch cầu người là yếu tố liên quan đến phản ứng dị ứng thuốc qua trung gian lympho T. Kiểu hình SJS/TEN và DRESS có xu hướng gặp ở trẻ lớn hơn, đặc biệt phần lớn các trường hợp DRESS xảy ra ở trẻ > 12 tuổi. Sự có mặt của yếu tố HLA-B*15:02 làm tăng nguy cơ phản ứng da với Carbamazepine và Oxcarbazepine lần lượt với OR = 10,2 (p:0,028, 95%CI: 1.19 - 122.14) và OR = 12.68 (p<0,001, 95%CI 3,44 -51,22). Nguy cơ phản ứng da do Oxcarbazepine tăng lên với OR = 18,87 (p:0,001, 95%CI 2,54 -142,63) bệnh nhân mang alen HLA-A*31:01. Không phát hiện mối liên quan giữa HLA-B*15:02 và HLA-A*31:01 và nguy cơ phản ứng da chậm với các thuốc chống động kinh khác

VI. LỜI CẢM ƠN

ThS.BS Nguyễn Văn Khiêm được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo Thạc sĩ, Tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2002.TS059.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen, D.V., et al.**, HLA-B*1502 and carbamazepine-induced severe cutaneous adverse drug reactions in Vietnamese. *Asia Pac Allergy*, 2015. 5(2): p. 68-77.
2. **Nguyen, D.V., et al.**, A novel multiplex polymerase chain reaction assay for detection of both HLA-A*31:01/HLA-B*15:02 alleles, which confer susceptibility to carbamazepine-induced severe cutaneous adverse reactions. *Hla*, 2017. 90(6): p. 335-342.
3. **Trần Quang Tuyền, C.P.P., Nguyễn Hữu Công**, Khảo sát mối liên quan giữa hla-b*1502 và phản ứng da do thuốc chống động kinh. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2021. 2(25) p. 82-86.
4. **Fowler, T., A.S. Bansal, and D. Lozsádi**, Risks and management of antiepileptic drug induced skin reactions in the adult out-patient setting. *Seizure*, 2019. 72: p. 61-70.
5. **Tangamornsuksan, W., et al.**, Relationship between the HLA-B*1502 allele and carbamazepine-induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*, 2013. 149(9): p. 1025-32.
6. **Chen, C.-B., et al.**, Risk and association of HLA with oxcarbazepine-induced cutaneous adverse reactions in Asians. *Neurology*, 2017. 88(1): p. 78-86.
7. **Tangamornsuksan, W., N. Scholfield, and M. Lohitnavy**, Association Between HLA genotypes and Oxcarbazepine-induced Cutaneous Adverse Drug Reactions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pharm Pharm Sci*, 2018. 21(1): p. 1-18.
8. **Zeng, T., et al.**, Association of HLA-B*1502 allele with lamotrigine-induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Han Chinese subjects: a meta-analysis. *Int J Dermatol*, 2015. 54(4): p. 488-93.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG LINEZOLID TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2021

Trần Thị Ngân^{1,2}, Nguyễn Văn Hải¹,
Hoàng Thị Bích Vân¹, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích thực trạng sử dụng linezolid tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 1/1/2021 đến ngày 31/12/2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu dữ liệu từ bệnh án điện tử của 125 trường hợp tương ứng với 121 bệnh nhân điều trị nội trú ở tất cả các khoa lâm sàng của bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 1/1/2021 đến ngày 31/12/2021. Sự phù hợp trong chỉ định, liều dùng, cách dùng, tương tác thuốc được đánh giá theo các tiêu chí được xây dựng căn cứ theo tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc linezolid, các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và các hướng dẫn điều trị của các hiệp hội chuyên ngành khác. **Kết quả:** 16% trường hợp chỉ định chưa hợp lý với lý do không có chuẩn đoán nhiễm khuẩn (75%) và có thể sử dụng vancomycin ưu tiên hơn linezolid (25%). Hai cặp tương tác thuốc chống chỉ định do làm tăng nguy cơ gặp hội chứng serotonin được ghi nhận là fentanyl-linezolid (5,6%) và tramadol-linezolid (2,4%). Phản ứng có hại phổ biến nhất là giảm tiểu cầu (9,1%). **Kết luận và kiến nghị:** Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định linezolid hợp lý là tương đối cao. Tuy nhiên để tăng cường quản lý

sử dụng kháng sinh linezolid, bệnh viện nên xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc để áp dụng tại bệnh viện.

Từ khóa: linezolid; quản lý sử dụng kháng sinh; giảm tiểu cầu.

SUMMARY

ANALYSIS OF LINEZOLID USE AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2021

Objectives: to analyze the current status of linezolid use at Hai Phong International General Hospital from January 1, 2021, to December 31, 2021. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study of electronic medical records of 125 cases corresponding to 121 inpatients at Hai Phong International Hospital from January 1, 2021 to December 31, 2021. The suitability of the drug indications, interactions, dosage and duration were evaluated according to the instruction for linezolid which was built based on the guidelines of the Ministry of Health and other guidelines. **Results:** 16% inappropriate indications was found, which included no diagnosis of infection (75%) and vancomycin could be used in preference to linezolid (25%). Two pairs of contraindicated drug interactions that are due to an increased risk of serotonin syndrome are fentanyl-linezolid (5.6%) and tramadol-linezolid (2.4%). The most common adverse reaction was thrombocytopenia (9.1%). **Conclusions and recommendations:** the proportion of patients who are reasonably prescribed linezolid is relatively high. However,

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: 31.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

the hospital should develop drug use guidelines in the hospital to to strengthen the management of linezolid antibiotic use.

Keywords: linezolid; antimicrobial stewardship; thrombocytopenia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn gram dương kháng thuốc có sự gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây, *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA) mắc phải tại bệnh viện (từ 39% năm 1991 lên 75% năm 2003) và *Enterococci* kháng vancomycin (VRE) (từ 1,2% năm 1996 lên 6,1% năm 2003) (5). Điều này kéo theo sự gia tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, tăng chi phí và thời gian điều trị điều trị cũng như trở thành gánh nặng cho các cơ sở khám, chữa bệnh. Linezolid là oxazolidinone đầu tiên được phê duyệt trong điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn Gram dương đa kháng. Linezolid được coi là một kháng sinh dự trữ, là lựa chọn thứ hai sau Vancomycin cho các trường hợp nhiễm khuẩn Gram dương kháng thuốc. Tuy nhiên, gần đây trên lâm sàng tỉ lệ sử dụng linezolid đang ngày càng gia tăng vì những ưu điểm vượt trội của kháng sinh này khi so sánh với vancomycin: không có khả năng kháng chéo với các kháng sinh khác, khả năng phân bố tốt vào các mô, cơ quan trong cơ thể, không phải hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận, sinh khả dụng đường uống rất tốt (6). Tuy nhiên, thực trạng sử dụng linezolid cũng có rất nhiều vấn đề cần xem xét, như tỉ lệ chỉ định không hợp lý 25,7-53,3%, với 25,4-31,2% trường hợp xuất hiện các phản ứng có hại của thuốc (ADR) (1,4). Đó cũng là lý do Bộ Y tế Việt Nam đưa linezolid vào nhóm kháng sinh cần ưu tiên quản lý (2). Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng (HIH) là bệnh viện

đa khoa với quy mô 500 giường bệnh nội trú, mô hình bệnh tật đa dạng và áp lực sử dụng kháng sinh lớn. Tuy nhiên, hiện nay bệnh viện chưa xây dựng chương trình quản lý sử dụng kháng sinh và chưa có hướng dẫn sử dụng, quản lý các kháng sinh cần ưu tiên quản lý. Vì vậy, để hướng tới xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh linezolid cá thể hoá cho mô hình bệnh tật tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài “Phân tích thực trạng sử dụng linezolid tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021” với hai mục tiêu phân tích tình hình sử dụng linezolid ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01 đến tháng 12 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 điều trị nội trú được kê đơn sử dụng linezolid tại bệnh viện ĐKQTHP từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có thời gian sử dụng linezolid ít hơn 48 giờ.

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 01/08/2021 đến ngày 31/05/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Tính phù hợp về chỉ định, chống chỉ định, liều dùng, đường dùng, cách dùng, thời gian dùng được đánh giá căn cứ theo bộ tiêu chí sử dụng linezolid. Bộ tiêu chí này do nhóm nghiên cứu xây dựng với sự tham gia của các dược sĩ lâm sàng tại bệnh viện, căn

cứ trên tờ thông tin sản phẩm của biệt dược Lichaunox 600 mg/300 ml (đường truyền tĩnh mạch) và Macdin 600 mg (đường uống) được sử dụng tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu; Sanford Guide to antimicrobial therapy 2021; các hướng dẫn điều trị cập nhật của các hiệp hội chuyên môn ở Việt Nam và trên thế giới về điều trị nhiễm khuẩn. Tương tác thuốc được đánh giá theo quyết định số 5948/2021/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 ban hành danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám, chữa bệnh (3).

- Tác dụng không mong muốn được xác định như sau: nhiễm toan lactic khi nồng độ lactat huyết thanh $> 5 \text{ mmol/L}$ và pH máu $< 7,35$; giảm tiểu cầu: tiểu cầu dưới 75% giới hạn dưới của khoảng giá trị bình thường ($150-450 \times 10^9/l$) hoặc dưới 75% giá trị tại thời điểm trước điều trị; hoặc giảm $< 75\%$ so với trước điều trị; thiếu máu: một trong các giá trị HGB, HCT hoặc số lượng hồng cầu dưới 75% giới hạn dưới của khoảng giá trị bình thường hoặc dưới 75% giá trị tại thời

điểm trước điều trị; giảm bạch cầu đa nhân trung tính: dưới 50% giới hạn dưới của khoảng giá trị bình thường ($1.8-7.5 \times 10^9/l$) hoặc dưới 50% giá trị tại thời điểm trước điều trị (8)

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập từ bệnh án điện tử.

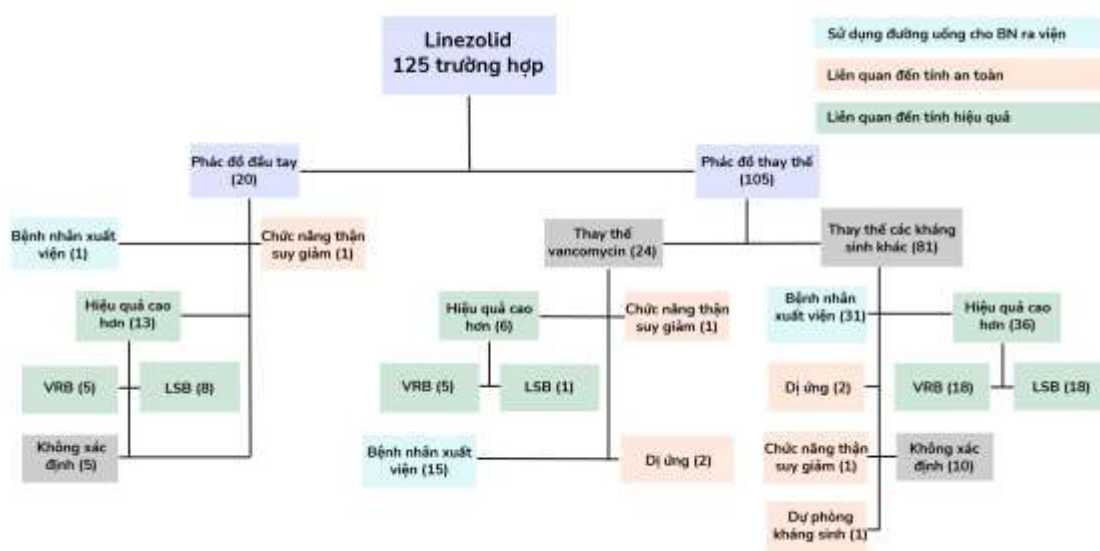
2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.3.4. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng nguy cơ xuất hiện tác dụng phụ gây giảm tiểu cầu của linezolid.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá chỉ định

Nghiên cứu phân tích 125 bệnh án tương ứng với 121 bệnh nhân (4 bệnh nhân được điều trị 2 lần với phác đồ có linezolid trong năm 2021) với trung vị tuổi là 55 (17-92) tuổi với các lý do chỉ định linezolid được trình bày trong hình 1.



Hình 1. Lý do sử dụng linezolid

(VRB-vi khuẩn kháng vancomycin, LSB-vi khuẩn nhạy cảm linezolid)

Linezolid được kê đơn như là liệu pháp đầu tay trong 16% (20/125) trường hợp và liệu pháp thay thế trong 84% (105/125) trường hợp. Các lý do cho việc lựa chọn linezolid (liệu pháp đầu tay hay thay thế) được phân loại thành 3 nhóm bao gồm: sử dụng đường uống, tính an toàn với các thuốc khác và tính hiệu quả. Nghiên cứu ghi nhận 44,8% bệnh nhân được chỉ định đường uống để thuận tiện ra viện. Trong khi đó, cân nhắc về tính an toàn của việc sử dụng linezolid đối với bệnh nhân, các lý do được đưa ra bao gồm: dị ứng vancomycin (4%), suy thận nghi

ngờ do vancomycin (0,8%) và suy thận không do vancomycin (2,4%). Cuối cùng, khi xét về tính hiệu quả trong điều trị, lý do chính là do phân lập được vi khuẩn kháng vancomycin (12%).

Đánh giá chỉ định, liều dùng, cách dùng, thời gian sử dụng của linezolid theo bộ tiêu chí đã xây dựng kết quả cho thấy tất cả các lượt sử dụng linezolid đều có liều dùng, cách dùng, thời gian sử dụng phù hợp. Tính phù hợp về chỉ định của linezolid được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Tính phù hợp về chỉ định của linezolid

Chỉ tiêu đánh giá	Số lượng (%)
Đánh giá chỉ định (n=125)	
Phù hợp	105 (84,0)
Không phù hợp	20 (16,0)
Các loại chỉ định phù hợp (n=105)	
Chỉ định được Cục quản lý Dược phê duyệt	40 (38,1)
Chỉ định chưa được phê duyệt nhưng có trong khuyến cáo điều trị	65 (61,9)
Các loại chỉ định không phù hợp (n=20)	
Không có chẩn đoán nhiễm khuẩn	15 (75,0)
Không thoả mãn điều kiện sử dụng linezolid thay thế vancomycin	5 (25,0)

Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định phù hợp chiếm 84% trong đó có 38,1% các chỉ định đã được Bộ Y tế phê duyệt trong tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc và 61,9% trường hợp chỉ định off-label nhưng đều là các chỉ định được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị bệnh lý nhiễm khuẩn ở Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu ghi nhận 16% trường hợp chỉ định không phù hợp với hai lý do là không thoả mãn điều kiện sử dụng linezolid

thay thế vancomycin (75%) và không có chẩn đoán nhiễm khuẩn (25%).

3.2. Tương tác thuốc chống chỉ định

Trong 125 trường hợp được điều trị với linezolid, phát hiện được 10 trường hợp có tương tác thuốc-thuốc chống chỉ định phối hợp linezolid với fentanyl (5,6%) và tramadol (2,4%). Cụ thể được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2: Các tương tác thuốc chống chỉ định

Cặp tương tác thuốc chống chỉ định	Số lượng (%) (n=125)
Tramadol-Linezolid	3 (2,4)
Fentanyl-Linezolid	7 (5,6)

3.3. Phản ứng có hại của thuốc

Chỉ 33 trong số 125 trường hợp đáp ứng điều kiện dữ liệu được đưa vào đánh giá thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu và giảm bạch cầu trung tính và 8 trường hợp được đánh giá nhiễm toan lactic, kết quả được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3: Các phản ứng có hại của linezolid

Phản ứng có hại của linezolid	Số lượng (%)
Giảm tiểu cầu (n=33)	3 (9,1)
Thiếu máu (n=33)	2 (6,1)
Nhiễm toan lactic (n=18)	1 (5,6)

Giảm tiểu cầu là biến cố được ghi nhận nhiều nhất ở 3 bệnh nhân (chiếm 9,1%). Tất cả các trường hợp giảm tiểu cầu đều được xác nhận bằng dữ liệu huyết học. Mức độ nghiêm trọng của giảm tiểu cầu khác nhau giữa các bệnh nhân, với một bệnh nhân ở độ 4 (25000 tiểu cầu/mm³), một bệnh nhân ở độ 3 (25000–50000 tiểu cầu/mm³) và một bệnh nhân ở độ 1 (75000-150000 tiểu cầu/mm³).

Thiếu máu và nhiễm toan lactic rất ít gặp với 6,1% và 5,6%.

Tiến hành phân tích các yếu tố nguy cơ xuất hiện giảm tiểu cầu do linezolid, nghiên cứu ghi nhận số lượng tiểu cầu trước điều trị là yếu tố nguy cơ xuất hiện giảm tiểu cầu với OR 0,968 (0,937-0,999, p=0,046). Kết quả được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4: Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện giảm tiểu cầu do linezolid

Tham số	Giảm tiểu cầu Trung vị (khoảng dao động)		Giá trị p	OR [95% CI]
	Không (n=30)	Có (n=3)		
Số lượng tiểu cầu ban đầu (x10 ⁹ /l)	294 (146-702)	157 (106-215)	0.046	0.968 [0.937-0.999]
Tuổi (năm)	58 (24-92)	67 (52-78)	0.483	1.028 [0.952-1.109]
BMI (kg/m ²)	22.1 (15.1-29.1)	19.7 (17.5-23.4)	0.794	0.794 [0.509-1.237]
Đái tháo đường (%) (Có/Không)	9 (30)	1 (33.3)	0.905	1.176 [0.093-14.562]
Charlson index	0.5 (0-6)	2 (2-2)	0.362	1.358 [0.703-2.622]
GFR (ml/phút)	77.9 (10.2-190.1)	83.2 (63.7-88.0)	0.889	0.997 [0.960-1.036]
Số ngày điều trị (ngày)	14.5 (1-42)	4 (3-16)	0.182	0.877 [0.723-1.063]
Điều trị trước với vancomycin (%) (Có/Không)	6 (20)	0 (0)	0.999	0.889 [0.778-1.016]
Số lượng thuốc kết hợp	16 (1-31)	27 (15-31)	0.111	1.142 [0.970-1.343]

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ chỉ định phù hợp linezolid chiếm 84% mẫu nghiên cứu trong đó các chỉ định off-label tương đối cao (chiếm 61,9%). Kết quả này tương ứng với thực trạng kê đơn off-label tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016-2020 (53,3%) (4), cũng như ở Bỉ năm 2021 (80,3%) ở 4 cơ sở y tế khác nhau (8). Tuy nhiên, 61,9% chỉ định off-label trong nghiên cứu được đánh giá là phù hợp vì là các chỉ định được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn theo bộ tiêu chí nhóm nghiên cứu đã xây dựng.

Các trường hợp chỉ định linezolid không phù hợp (16%) với lý do chính là không có chẩn đoán nhiễm khuẩn (75%). Các trường hợp này chủ yếu các trường hợp chỉ có chẩn đoán gout cấp hoặc dự phòng phẫu thuật. Linezolid là một kháng sinh cần hạn chế kê đơn nên không có khuyến cáo dự phòng phẫu thuật bằng kháng sinh này (2). Nguyên nhân thứ hai của các chỉ định linezolid không hợp lý là không thỏa mãn điều trị sử dụng linezolid thay thế vancomycin gặp phải là nhiễm khuẩn da, mô mềm và nhiễm khuẩn xương, khớp. Với các trường hợp nhiễm khuẩn này kháng sinh được ưu tiên sử dụng là vancomycin khi nghi ngờ/xác định do tụ cầu vàng kháng methicillin, linezolid chỉ là lựa chọn thay thế khi không thể sử dụng vancomycin do gặp tác dụng phụ với vancomycin hoặc không đáp ứng với vancomycin điều trị trước đó (7). Đặc biệt nghiên cứu còn ghi nhận 10/125 trường hợp có xuất hiện tương tác thuốc chống chỉ định phối hợp với linezolid của 2 thuốc là tramadol và fentanyl. Đây là hai tương tác thuốc chống chỉ định tuyệt đối vì có thể làm tăng nguy cơ dẫn đến hội chứng serotonin (3). Như vậy qua nghiên cứu này có thể thấy linezolid-một kháng sinh dự trữ vẫn được sử

dụng khá phổ biến trong các trường hợp không có khuyến cáo sử dụng hoặc có thể lựa chọn vancomycin là điều trị ưu tiên hơn. Vì vậy, bệnh viện cần triển khai các biện pháp can thiệp như xây dựng hướng dẫn sử dụng linezolid, đào tạo nâng cao nhận thức của các nhân viên y tế về việc hạn chế sử dụng kháng sinh cần ưu tiên quản lý như linezolid.

Tác dụng không mong muốn phổ biến nhất phát hiện được trong nghiên cứu này là giảm tiểu cầu (9,1%), tỉ lệ này thấp hơn các nghiên cứu trước (14,5-57,0%) (4, 8). Lý do của sự khác biệt này là sự khác biệt trong việc định nghĩa giảm tiểu cầu và có thể do thiếu dữ liệu đánh giá số lượng tiểu cầu trước và sau dùng linezolid. Nghiên cứu này định nghĩa giảm tiểu cầu là khi giá trị tiểu cầu sau điều trị giảm xuống 75% giá trị tiêu chuẩn đối với những người có giá trị tiểu cầu ban đầu bình thường và giảm xuống 75% giá trị ban đầu đối với trường hợp còn lại, nghiên cứu khác sử dụng định nghĩa khác về biến cố này như: sự suy giảm tiểu cầu lớn hơn 30% giá trị ban đầu, giá trị tiểu cầu nhỏ hơn 150000 tế bào/ μ L hay giá trị giảm tiểu cầu lớn hơn 50% so với ban đầu (8). Nhóm nghiên cứu cũng chỉ tiến hành đánh giá giảm tiểu cầu của 33/125 bệnh nhân do thiếu số liệu về giá trị tiểu cầu sau điều trị. Để phát hiện sớm các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo máu của linezolid, các bác sĩ nên chỉ định xét nghiệm công thức máu hàng tuần nếu điều trị linezolid kéo dài trên 1 tuần.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được chỉ định linezolid phù hợp tương đối cao 84%. Các trường hợp chỉ định không phù hợp là do không có chẩn đoán nhiễm khuẩn (75%) và có thể sử dụng vancomycin ưu tiên

hơn linezolid (25%). Hai cặp tương tác thuốc chống chỉ định do làm tăng nguy cơ gặp hội chứng serotonin được ghi nhận là fentanyl-linezolid (5,6%) và tramadol-linezolid (2,4%). Phản ứng có hại phổ biến nhất là giảm tiểu cầu (9,1%). Bệnh viện cần giám sát sử dụng kháng sinh linezolid toàn diện hơn bằng các biện pháp như xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc tại bệnh viện.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.159.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Lan Anh**, Nguyễn Thị Mai Anh, Nguyễn Thành Vinh, Nguyễn Thị Tuyền, Đào Quang Minh, Nguyễn Hoàng Anh. Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh linezolid tại Bệnh viện Thanh Nhân. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2021;16(DB11).
2. **Bộ Y tế**, Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện (2020).
3. **Bộ Y tế**, Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (2021).
4. **Bùi Thị Ngọc Thực**, Phạm Hương Giang, Nguyễn Thu Minh, Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Quỳnh Hoa, Đào Xuân Cơ. Phân tích thực trạng sử dụng linezolid tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2016-2020. *Tạp chí NCD & TTT*. 2020;6:201-8.
5. **Hsueh PR, Chen WH, Teng LJ, Luh KT.**, Nosocomial infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant enterococci at a university hospital in Taiwan from 1991 to 2003: resistance trends, antibiotic usage and in vitro activities of newer antimicrobial agents. *Int J Antimicrob Agents*. 2005;26(1):43-9.
6. **Leach KL, Brickner SJ, Noe MC, Miller PF.**, Linezolid, the first oxazolidinone antibacterial agent. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011;1222(1):49-54.
7. **Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ, et al.** Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clinical infectious diseases*. 2011;52(3):e18-e55.
8. **Thirot H, Briquet C, Fripiat F, Jacobs F, Holemans X, Henrard S, et al.** Clinical use and adverse drug reactions of linezolid: A retrospective study in four belgian hospital centers. *Antibiotics*. 2021;10(5):530.

TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2021 - 2022

Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Trần Thị Ngân^{1,2},
Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Trần Văn Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 2154 bệnh nhân với 4130 mẫu bệnh phẩm vi khuẩn dương tính với mục đích khảo sát tỷ lệ phân lập vi khuẩn tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng và khảo sát tình hình xuất hiện chủng vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện trong năm 2021 - 2022. Nghiên cứu sử dụng phương pháp hồi cứu, mô tả cắt ngang dữ liệu hồ sơ bệnh án của Bệnh viện. Kết quả cho thấy tác nhân gây nhiễm khuẩn chủ yếu là các vi khuẩn Gram (-) (72,9%), trong đó E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%). Vi khuẩn Gram (+) gây bệnh chủ yếu là S.aureus (14,8%). S. aureus là vi khuẩn chính được tìm thấy ở bệnh phẩm mủ (7,8%). Về tỷ lệ phát hiện các chủng kháng thuốc tại bệnh viện, tỷ lệ phân lập chủng E. coli kháng thuốc là cao nhất chiếm 58,04%, sau đó là tỷ lệ tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA) là 38,99%.

Từ khóa: Kháng kháng sinh; tỷ lệ phân lập

The study retrospectively studied 2154 patients with 4130 positive bacterial specimens for the purpose of investigating the situation of antibiotic resistance at Hai Phong International Hospital. This research used the retrospective method, which described cross-sectional data of the Hospital's medical records. The results showed that the main infectious agents were Gram (-) (72,9%) bacteria, of which E.coli accounted for the highest percentage (40,8%). Gram (+) bacteria causing diseases mainly were S.aureus (14,8%). S. aureus was the main bacteria found in purulent specimens (7,8%). Regarding the detection rate of drug-resistant strains at the hospital, the rate of isolation of drug-resistant strains of E. coli was the highest at 58.04%, followed by the rate of Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) at 38.99%.

Keywords: Antibiotic resistant; isolation rate

SUMMARY

SURVEY OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2021 - 2022

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: nttphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng kháng sinh (KKS) hiện là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu ở hầu hết các quốc gia trên toàn thế giới. Trên thế giới và cả các nước đang phát triển như Việt Nam, các cơ sở khám chữa bệnh phải đối mặt với tốc độ lan rộng của các chủng vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2020, sự gia tăng tình trạng kháng kháng sinh dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng đồng thời tỷ lệ thất bại trong điều trị với nhiễm khuẩn do vi

khuẩn thông thường tăng lên đáng kể. Thêm vào đó, trong giai đoạn 2016 – 2020, tỷ lệ đề kháng của các chủng kháng thuốc như E.coli, K.pneumoniae kháng lại carbapenem, E.faecium kháng vancomycin hay Acinobacter spp. và Pseudomonas aeruginosa kháng carbapenem tăng cao dẫn tới nhiều khó khăn trong điều trị [1]. Các chủng vi khuẩn KKS cũng là nguyên nhân chính gây nên tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). NKBV làm kéo dài thời gian nằm viện từ 7-15 ngày, tăng việc sử dụng kháng sinh, do đó, làm chi phí điều trị tăng lên từ 2-4 lần so với trường hợp không bị NKBV [2]. Một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy NKBV làm kéo dài thời gian nằm viện 15 ngày. Với viện phí trung bình mỗi ngày là 192.000 VND, có thể ước tính chi phí phát sinh do NKBV vào khoảng 2.880.000 VND [3]. Từ các lý do trên, nhận thấy việc điều tra về tỷ lệ phân lập vi khuẩn KKS là một công việc vô cùng cần thiết nhằm đánh giá tỉ lệ KKS của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp và các quy trình kiểm soát sự lây lan của vi khuẩn trong môi trường khám chữa bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm các mục tiêu mô tả tỷ lệ phân lập vi khuẩn tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022 nhằm góp phần vào hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh của bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm các mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/2021 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn mẫu: Tất cả các kết quả mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn chấp nhận nuôi cấy.

Tiêu chuẩn loại trừ mẫu: kết quả mẫu bệnh phẩm không có ghi đầy đủ thông tin

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/2021 đến tháng 12/2022 tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, mô tả cắt ngang dữ liệu xét nghiệm phân lập vi sinh và kháng kháng sinh có tại hồ sơ bệnh án thỏa, mẫu tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được thu thập từ bệnh án điện tử của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ 4130 kết quả mẫu bệnh phẩm của Bệnh viện đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Nhóm nghiên cứu lấy toàn bộ kết quả mẫu bệnh phẩm của bệnh viện phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Tỷ lệ (%) các mẫu vi khuẩn phân lập

Tỷ lệ (%) các mẫu vi khuẩn phân lập theo mẫu bệnh phẩm

Tỷ lệ (%) các mẫu vi khuẩn kháng kháng sinh phân lập theo mẫu bệnh phẩm

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin trong nghiên cứu được thu thập dựa vào bệnh án điện tử trong năm 2021-2022, hiện được lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22. Số liệu kết quả tình trạng KKS được trình bày theo tần số và tỷ lệ %.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận bởi Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng theo quyết định số 130/2022/QĐ-ĐKQT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả khảo sát tình trạng kháng kháng sinh

Bảng 1. Tỷ lệ một số vi khuẩn phân lập tại Bệnh viện năm 2022 (n=2514)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn Gram (-)		
E. coli	1026	40,8
K. pneumonia	220	8,8
P. aeruginosa	168	6,7
A. baumannii	68	2,7
Khác	350	13,9
Tổng VK Gram (-)	1832	72,9
Vi khuẩn Gram (+)		
S. aureus	372	14,8
S. pneumonia	66	2,63
E. faecalis	66	2,63
Khác	174	6,9
Tổng VK Gram (+)	678	27,0
Khác	4	0,1

Các tác nhân gây nhiễm khuẩn chủ yếu là các vi khuẩn Gram (-) (72,9%). Trong đó, E. coli chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%) trong tổng số các bệnh nhân có mẫu bệnh phẩm cho kết quả cấy dương tính. Tiếp sau đó là các vi

khẩn như K. pneumoniae (8,8%), P. aeruginosa (6,7%), và A. baumannii (2,7%). Các vi khuẩn Gram (+) gây bệnh chủ yếu là S. aureus (14,8%) và S. pneumonia (2,63%) và E. faecalis (2,63%).

Bảng 2. Tỷ lệ phân lập được các chủng vi khuẩn theo mẫu bệnh phẩm

Tần số (n)/Tỷ lệ (%)																	
Vi khuẩn/mẫu bệnh phẩm	Áp xe gan	Nước tiểu	Catheter	Dịch dẫn lưu	Dịch dẫn lưu (dịch khác)	Dịch khớp gối	Dịch màng phổi	Dịch mật	Dịch não tủy	Dịch ổ bụng	Dịch phế quản	Dịch sinh dục	Dịch tỷ hầu	Đờm	Máu	Mủ	Phân
	N=20	N=1210	N=3	N=10	N=14	N=9	N=4	N=94	N=3	N=71	N=144	N=812	N=389	N=160	N=282	N=774	N=131
Escherichia coli (n=1225)	4 (20)	851 (71)		3 (30)	1 (8)			37 (40)		45 (64)	3 (3)	4 (1)	6 (2)	7 (5)	145 (52)	119 (16)	
Streptococcus group B (n=644)		32 (3)					1 (25)					594 (74)			4 (2)	13 (2)	

Staphylococcus aureus (n=517)		3 (1)	1 (34)		3 (22)	5 (56)					11 (8)	2 (1)	50 (13)	11 (7)	17 (7)	413 (54)	1 (1)
Klebsiella pneumoniae (n=237)	12 (60)	55 (5)		3 (30)	1 (8)	1 (12)		15 (16)		8 (12)	23 (16)		1 (1)	17 (11)	48 (18)	53 (7)	
Candida (others) (n=165)		5 (1)										159 (20)				1 (1)	
Streptococcus pneumoniae (n=131)											1 (1)		108 (28)	17 (11)		5 (1)	
Moraxella catarrhalis (n=125)					1 (8)						1 (1)	1 (1)	119 (31)	2 (2)		1 (1)	
Haemophilus influenzae (n=122)					1 (8)		1 (25)				4 (3)	1 (1)	90 (24)	22 (14)		3 (1)	
Pseudomonas aeruginosa (n=115)		28 (3)		2 (20)	3 (22)	2 (23)		5 (6)		2 (3)	19 (14)		10 (3)	24 (15)	1 (1)	15 (2)	4 (4)
Pseudomonas aeruginosa (n=104)		16 (2)			2 (15)			2 (3)		6 (9)	29 (21)			27 (17)	3 (2)	19 (3)	
Streptococcus spp. (n=76)	2 (10)					1 (12)	2 (50)			4 (6)					18 (7)	49 (7)	
Staphylococcus saprophyticus (n=67)		67 (6)															
Enterococcus faecalis (n=64)		39 (4)		1 (10)				8 (9)						1 (1)	6 (3)	9 (2)	
Neisseria gonorrhoeae (n=52)		3 (1)										47 (6)				2 (1)	
Acinetobacter baumannii (n=44)		1 (1)	1 (34)								30 (21)			9 (6)	1 (1)	2 (1)	
Proteus mirabilis (n=41)		26 (3)												1 (1)	6 (3)	8 (2)	
Khác (n=401)	2 (10)	84 (7)	1 (34)	1 (10)	2 (16)	0 (0)	0 (0)	27 (29)	3 (100)	6 (8)	53 (37)	4 (0)	5 (1)	22 (14)	33 (23)	62 (8)	126 (95)

Ở bảng 2, vi khuẩn được phân lập từ 17 mẫu bệnh phẩm khác nhau, vi khuẩn *Escherichia coli* phân lập được chủ yếu từ mẫu nước tiểu với tỷ lệ 71% trong khi vi khuẩn *Staphylococcus aureus* được phân lập nhiều ở mẫu dịch mủ (54%) và *Streptococcus* group B được phát hiện thấy

nhiều ở dịch sinh dục với 74%. *Klebsiella pneumoniae* được phân lập chủ yếu ở dịch áp xe gan (60%) trong khi *Streptococcus pneumoniae* và *Moraxella catarrhalis* được phát hiện nhiều ở mẫu bệnh phẩm dịch ty hầu lần lượt với tỷ lệ 28% và 31%.

Bảng 3. Tỷ lệ phân lập được các chủng vi khuẩn kháng thuốc theo mẫu bệnh phẩm (n=672)

Tên vi khuẩn	Chủng kháng thuốc	Tần số (n)/Tỷ lệ (%)											
		Áp xe gan	Catheter	Dịch dẫn lưu	Dịch khớp gối	Dịch mắt	Dịch ổ bụng	Dịch phế quản	Dịch sinh dục	Dịch ty hầu	Đờm	Máu	Mủ
		N=2	N=1	N=2	N=2	N=11	N=10	N=5	N=2	N=41	N=7	N=60	N=24
Citrobacter freundii	ESBL (n=1)												1(1)
Escherichia coli	AmpC (n=26)	1(50)										3(5)	22(8)
	Carbapenemase (n=1)												1(1)
	E.coli AmpC (n=1)												1(1)
	E.coli ESBL (n=362)	1(50)		1(50)		9(82)	10(100)	1(20)	2(100)	5(13)	2(29)	50(84)	31(13)
Escherichia coli Total	(n=390)	2(100)		1(50)		9(82)	10(100)	1(20)	2(100)	5(13)	2(29)	53(89)	31(13)
Klebsiella oxytoca	ESBL(n=1)												1
Klebsiella pneumoniae	K.pneumoniae ESBL (n=10)			1(50)		2(19)				2		1(1)	4
Proteus mirabilis	ESBL (n=2)										1(2)	1(1)	
Staphylococcus aureus	MRSA (n=262)	1(100)		2(100)				4(80)		36(88)	3(43)	6(10)	209(87)
													1(100)
													262(38.99)

>30% trong năm 2003 lên >40% trong năm 2006; đối với *Pseudomonas* spp. từ >40% trong năm 2004 lên >50% trong năm 2006 và đối với *Acinetobacter* spp. từ >50% trong năm 2004 lên >60% trong năm 2006. Trong khi imipenem/cilastatin, carbapenem được đưa vào thị trường Việt Nam mới gần được 10 năm, cũng đã giảm nhạy cảm đối với các trực khuẩn gram âm không sinh men. Tỷ lệ đề kháng imipenem/cilastatin của *Pseudomonas* spp. tăng dần qua các năm 12,5% (2003), 15,5% (2005) và 18,4% (2006)[4].

Nghiên cứu hồi cứu 2154 bệnh nhân với 4130 mẫu bệnh phẩm vi khuẩn dương tính với mục đích khảo sát tỷ lệ phân lập vi khuẩn tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng và khảo sát tình hình xuất hiện chủng vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện trong năm 2021 - 2022 cho thấy tác nhân gây nhiễm khuẩn chủ yếu là các vi khuẩn Gram (-) (72,9%), trong đó E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%). Vi khuẩn Gram (+) gây bệnh chủ yếu là S.aureus (14,8%). S. aureus là vi khuẩn chính được tìm thấy ở bệnh phẩm mủ (7,8%). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu “Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm

2008-2009 của Bộ Y tế Việt Nam phối hợp với Dự án Hợp tác toàn cầu về kháng kháng sinh GARP Việt Nam và Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford “Trong số các tác nhân gây bệnh phân lập được, vi khuẩn Gram âm chiếm đa số với 72,5%, vi khuẩn Gram dương chiếm 21,5%. Tại tất cả các bệnh viện, vi khuẩn đường ruột chiếm đa số như *E. coli* và *Klebsiella spp*”. Hai loại vi khuẩn Gram âm thường gặp gồm *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter spp*, là hai căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp. *S. aureus* là vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất [5]. Tỷ lệ sinh men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) của *E. coli* tại bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng là cao hơn với tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* phân lập từ bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng từ năm 2015-2017 (58% so với 40%)[6]. Tỷ lệ này tại bệnh viện chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu này thực hiện gần đây phù hợp với thống kê tình trạng kháng kháng sinh. Cũng theo báo cáo nêu trên, tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* dao động từ 17,4% ở bệnh viện Đồng Tháp đến 57,4% ở bệnh viện Việt Đức [5]. Như vậy, khác với những năm 70, nhiễm khuẩn chủ yếu do vi khuẩn Gram dương, hiện nay nhiễm khuẩn do các vi khuẩn Gram âm đang chiếm ưu thế.

V. KẾT LUẬN

Các tác nhân gây nhiễm khuẩn chủ yếu là các vi khuẩn Gram âm với vi khuẩn *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất. *E. coli* cũng là căn nguyên hàng đầu gây nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn tiết niệu. *S. aureus* là vi khuẩn chính gây nhiễm khuẩn da và mô mềm do đó có tỷ lệ chiếm ưu thế trong bệnh phẩm mủ.

Tỷ lệ phân lập chủng *E. coli* kháng thuốc là cao nhất chiếm 58,04%, trong đó tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* là 53,8% và sau đó là tỷ lệ tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA) là 38,99%. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp số liệu vi sinh cần thiết cho các quyết định lâm sàng của các bác sĩ nhằm tăng cường các biện pháp kiểm soát tình hình kháng thuốc tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, New report calls for urgent action to avert antimicrobial resistance crisis. 2019.
2. **Jia, H., et al.**, Impact of Healthcare-Associated Infections on Length of Stay: A Study in 68 Hospitals in China. *Biomed Res Int*, 2019. **2019**: p. 2590563.
3. **Trương Văn Việt và Lê Thị Anh Thư**. Quy trình thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn. 2006; Available from: <http://choray.vn/quitrinhkiemsoat/eBooks.html>.
4. **Bộ Y tế**, Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc. Phê duyệt kèm theo Quyết định số 2174/QĐ-BYT ngày 21 tháng 6 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2013.
5. **Nguyễn Văn Kính và Lương Ngọc Khuê**, Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009. 2009.
6. **Hà Thị Bích Ngọc và Trần Đức**, Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm thường gặp phân lập từ bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải phòng. *Y học dự phòng*, 2019: p. 131-137.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHÔM XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Trịnh Đình Thanh¹, Nguyễn Mạnh Khánh²,
Đinh Thế Hùng³, Phạm Văn Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu đánh giá trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022. Kết quả được đánh giá thông qua thang điểm Harris, tỉ lệ trật, mức độ hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 52.6 ± 11 tuổi tỷ lệ nam 53 bệnh nhân (chiếm 88.3%), 7 bệnh nhân nữ (chiếm 11.7%). Điểm Harris trước mổ và sau mổ lần lượt là 50.20 ± 5.1 , 88.10 ± 3.7 . Thời gian theo dõi bệnh nhân sau mổ trung bình là 10 tháng. Không có trường hợp nào gặp biến chứng sau mổ. 100% bệnh nhân hài lòng với cuộc mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp đạt kết quả tốt về chức năng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: thay khớp háng toàn phần, hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, thang điểm chức năng khớp háng Harris, không xi măng...

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF TOTAL HIP REPLACEMENT FOR AVASCULAR NECROSIS IN VIET TIEP HOSPITAL

Objective: Early outcome of total hip replacement for avascular necrosis in Viet Tiep hospital. **Method:** Prospective study on 60 cases of avascular necrosis of the heads of the femurs admitted at Viet Tiep hospital and treated surgically by uncemented total hip replacement between January 2020 to december 2022. The outcome was assessed by Harris Hip Score; dislocation rate and patients' satisfaction. **Result:** Mean age was 52.6 ± 11 years old. 53(88.3%) were male and 7(11.7%) were female. The mean follow-up time was 12 months. The average pre-op HHS and post-op HHS were 50.20 ± 5.1 , 88.10 ± 3.7 , respectively. There were no major complications such as dislocation; intraprosthesis dislocation, aseptic loosening or revision at the latest follow-up. 100% of the patients were satisfied with the procedure. **Conclusion:** Cementless total hip arthroplasty for osteonecrosis of the hip yields good postoperative results in terms of hip function, and quality of life.

Keywords: Total hip arthroplasty, osteonecrosis, HHS, cementless...

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đình Thanh

Email: tdthanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (HTVKCXD) là bệnh lý đặc trưng bởi sự hủy hoại tế bào xương do nghẽn mạch, tổn thương lớp nội mạc, rối loạn chuyển hóa mỡ [8]. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn ở nữ, độ tuổi thường gặp là 25-50 tuổi [7]. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 20.000 ca được phát hiện và tổng số bệnh nhân bị HTVKCXD là từ 300.000 đến 600.000 ca [8]. Tại Việt Nam, theo tổng kết tình hình bệnh tật tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ 1991 đến 2000 thì bệnh này đứng thứ 14 trong 15 bệnh khớp hay gặp (chiếm 2.24%) và có xu hướng tăng lên [2]. Điều trị HTVKCXD bao gồm điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật. Mục đích chung là kéo dài thời gian tối đa trước khi khớp háng mất chức năng hoàn toàn. Thay khớp háng toàn phần là phẫu thuật điều trị chủ yếu cho bệnh nhân HTVKCXD ở giai đoạn đã có biến dạng tại chỏm xương đùi [6]. Từ lâu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đã áp dụng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần để điều trị cho người bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Và nhằm tổng kết và đánh giá hiệu quả điều trị, phát hiện những ưu nhược điểm của phương pháp, rút ra bài học kinh nghiệm, nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ***“Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng toàn phần điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp”*** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân HTVKCXD được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2020-12/2022.
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần của bệnh nhân HTVKCXD tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân được khám, chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi và được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bao gồm tất cả những bệnh nhân >16 tuổi, được chẩn đoán HTVKCXD nguyên phát giai đoạn III và IV theo Ficat và Arlet, được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không do HTVKCXD, bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu lấy mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện gồm 60 bệnh nhân

Quy trình nghiên cứu:

Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm bệnh án, xét nghiệm cơ bản, chụp Xquang khớp háng 2 bên trước mổ. Bệnh nhân được hội chẩn chỉ định mổ tại khoa phòng và liên khoa Ngoại.

- Tiến hành phẫu thuật thay khớp háng toàn phần

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tại các thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

- Phân tích kết quả lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật để rút ra kết luận, yếu tố nguy cơ, mối liên quan, hướng theo dõi và điều trị

Kỹ thuật mổ thay khớp háng toàn phần

Chuẩn bị bệnh nhân và đường mổ: Bệnh nhân được đặt nằm nghiêng 90 độ trên bàn mổ về bên không thay khớp, chân dưới co, chân trên có thể linh hoạt thực hiện các động tác. Cố định bệnh nhân chắc chắn. Phẫu thuật viên đứng phía sau khớp được thay. Rạch da theo đường Hardinge cải tiến, chiều dài trung bình 10cm.

Kỹ thuật: Bóc tách tổ chức, cắt mạc đùi theo đường rạch da, qua cơ mông nhỡ, mông nhỏ vào bao khớp, cắt bao khớp hình chữ T, bộc lộ cổ xương đùi. Cưa lấy bỏ cổ xương đùi, bảo toàn khối máu chuyển. Doa ổ cối theo các cơ qua lớp sụn đến phần xương, lấp ổ cối nhân tạo với lớp lót có thể là Polyethylene, gốm hoặc kim loại. Sau đó làm đường hầm ống tủy xương đùi, doa đến size phù hợp, đặt chuôi phù hợp với doa size ống tủy. Kiểm tra các tư thế trật, kiểm tra chiều dài chi, lắp chỏm phù hợp, nắn lại khớp vào

ổ cối. Khâu lại bao khớp, đặt dẫn lưu áp lực, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, Xquang: tuổi, giới, tiền sử bệnh, vị trí, triệu chứng lâm sàng, Xquang

- Kết quả sau mổ: vết mổ, hình ảnh Xquang sau mổ, biến chứng sau mổ, vị trí mổ

- Kết quả phục hồi chức năng chung sau 3, 6 tháng: áp dụng phương pháp đánh giá theo chỉ số khớp háng của Harris gồm các tiêu chí: mức độ đau, chức năng vận động, dáng đi, biến dạng chi, biên độ vận động. Sau đó phân loại thành 4 nhóm: Rất tốt, tốt, trung bình và kém.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi trung bình		52.6 ± 11
Nam/Nữ		8:1
Chỏm tổn thương	Một bên chỏm	28.33%
	Hai bên chỏm	71.67%
Bệnh và yếu tố nguy cơ kèm theo		86.7%

Nhận xét: tuổi trung bình là 52.6 ± 11, tỷ lệ Nam/Nữ là 8:1, có 71.67% bệnh nhân bị hoạt tử cả 2 bên chỏm, 28.33% bệnh nhân hoạt tử 1 bên chỏm. có 86.7% bệnh nhân có các bệnh lý và yếu tố nguy cơ kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, lạm dụng rượu, sử dụng Steroid,...)

- Đặc điểm lâm sàng, Xquang

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Đau	Đau nhẹ	7	11.67
	Vừa	42	70.00
	Nặng	11	18.33
Hạn chế tầm vận động khớp	Nhẹ (211–300 độ)	34	56.67

	Vừa (161-210 độ)	17	28.33
	Nặng (101-160 độ)	9	15.00
Phân loại theo Ficat và Arlet	III	43	71.67
	IV	17	28.33

Nhận xét: 100% bệnh nhân đều có triệu chứng đau trên lâm sàng, trong đó 11.67% bệnh nhân đau mức độ nhẹ, 70% bệnh nhân đau mức độ vừa và 18.33%. Trong nghiên cứu có 34/60 bệnh nhân có hạn chế vận động mức độ nhẹ (56/67%), 17/60 bệnh nhân hạn chế mức độ vừa (28.33%) và 9/60 bệnh nhân hạn chế mức độ nặng (15%). Phân loại giai đoạn theo Ficat-Arlet thì thấy 43/60 bệnh nhân ở giai đoạn III (71.67%), 17/60 bệnh nhân ở giai đoạn IV (28.33%)

- Vị trí phẫu thuật: 63.3% bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng ở bên phải, 36.7%

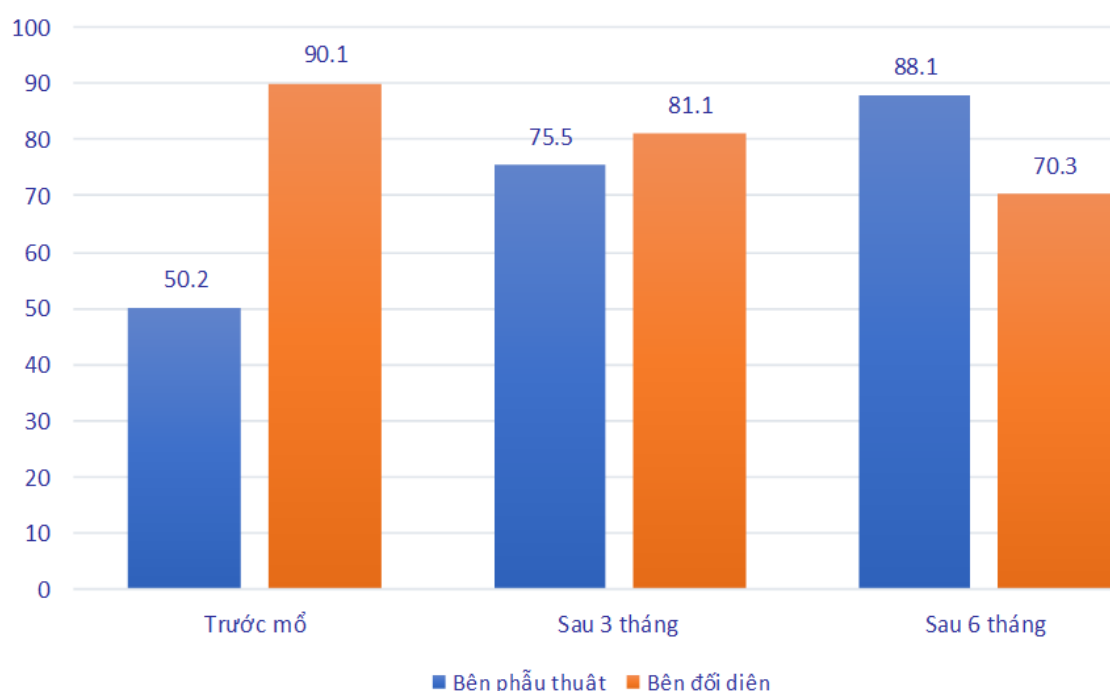
ở bên trái. Sự chênh lệch vị trí phẫu thuật giữa 2 bên không có ý nghĩa thống kê

- Kết quả điều trị sau mổ:

100% bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, cắt chỉ sau 10 ngày. Không có bệnh nhân tụ máu, nhiễm trùng sau ra viện.

Kết quả chụp X quang sau mổ: Không có bệnh nhân trật khớp háng nhân tạo. Không có dấu hiệu nứt gãy của ổ cối và thân xương đùi

- Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Harris



Biểu đồ 1: Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Harris

Nhận xét: Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3, 6 tháng sau mổ với 60 bệnh nhân nghiên cứu, theo thang điểm Harris ở cả 2 bên khớp háng, ta thấy ở bên khớp háng phẫu thuật, điểm trước mổ là 50.2 điểm, sau 6 tháng là 88.1 điểm. Trong khi đó khớp háng đối diện có điểm giảm từ 90.1 xuống còn 70.3 sau 6 tháng. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$

- Kết quả lâm sàng theo thang điểm Harris sau phẫu thuật

Bảng 3: Kết quả lâm sàng theo thang điểm Harris

Harris Tình trạng	Trước phẫu thuật		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	N	%	N	%	N	%
Rất tốt	0	0.00	1	1.67	46	76.67
Tốt	0	0.00	31	51.67	12	20.00
Trung bình	2	3.33	15	25.00	2	3.33
Kém	58	96.67	13	21.67	0	0.00

Nhận xét: trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, kết quả lâm sàng của khớp háng sau mổ có tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 96.67%, có 2 bệnh nhân cho kết quả trung bình, chiếm 3.33%, không có kết quả kém

- Biến chứng: không gặp các biến chứng tắc mạch do huyết khối, nhồi máu phổi, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng sau mổ, trật khớp háng, lỏng khớp nhân tạo, chuột hay ổ cối, gãy thân xương đùi trong thời gian theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022, chúng tôi thu được kết quả tuổi trung bình của bệnh nhân là 52.6 ± 11 , trong đó tỷ lệ nam/nữ ~ 8:1.. Kết quả này trùng với kết quả của Mai Đắc Việt [3] tuổi trung bình là 49.5 ± 7.49 (tuổi thấp nhất là 28, cao nhất là 60), tỷ lệ nam/nữ là 9:1. Theo tác giả Michael A. Mont, tỷ lệ nam/nữ là 4/1, tuổi thường gặp là 30-60 tuổi [5]. Như vậy có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả trong nước và trên thế giới, bệnh hoại tử chỏm xương đùi ảnh hưởng đến nhóm tuổi lao động chính trong xã hội, làm giảm khả năng lao động cũng như sinh hoạt hàng ngày, do vậy đây là một tổn thất lớn đến năng suất lao động, tác động tiêu cực đến hoạt động kinh tế xã hội. Độ tuổi này có nguy cơ rất cao cho việc thay thế khớp háng tiếp theo do tuổi thọ của khớp giới hạn và quá trình mài mòn gây

tiêu xương quanh khớp tiếp tục diễn ra, cộng với tác động của lực cơ học. Thay khớp háng toàn phần giúp bệnh nhân cải thiện được khả năng vận động, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm bớt sự phụ thuộc vào người khác. Tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn nhiều lần so với nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là ~8/1, do nam giới có nguy cơ chấn thương và mức độ sử dụng rượu bia thuốc lá cao hơn nữa giới.

Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu có tổng số 103 chỏm xương đùi bị hoại tử vô khuẩn, trong đó có 43 bệnh nhân bị bệnh ở cả 2 bên chiếm tỷ lệ là 71.67%. Kết quả này tương đồng với tác giả Lưu Thị Bình với 116 bệnh nhân thì có 215 chỏm xương đùi bị hoại tử vô khuẩn, chiếm tỷ lệ 85.3% [1]. Hoặc với tác giả Mai Đắc Tiến, số bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi cả 2 bên chiếm đến 90% [3]. Điều này có thể giải thích là do các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh như rượu, bia, thuốc lá, sử dụng corticoid hay một số bệnh hệ thống...đều có tác động toàn thân nên tổn thương thường xảy ra cả 2 bên với tốc độ tiến triển bệnh không đồng đều.

Về triệu chứng lâm sàng, 100% bệnh nhân đều có triệu chứng đau trên lâm sàng, trong đó 11.67% bệnh nhân đau mức độ nhẹ, 70% bệnh nhân đau mức độ vừa và 18.33%. Đau khớp háng ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như lạm dụng rượu, sử dụng steroid được cho là 2/6 tiêu chuẩn phụ giúp chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Đau khớp háng có giá trị tiên lượng bệnh, giai

đoạn muện (III, IV) thường có mức độ đau và hạn chế vận động khớp háng nhiều hơn. Chúng tôi thấy 34/60 bệnh nhân có hạn chế vận động mức độ nhẹ (56/67%), 17/60 bệnh nhân hạn chế mức độ vừa (28.33%) và 9/60 bệnh nhân hạn chế mức độ nặng (15%). Theo Lưu Thị Bình, tỉ lệ bệnh nhân có thay đổi đáng kể là 94%, trong đó đi khập khiễng là 81.9% [1].

Kết quả sau mổ của chúng tôi có 100% bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, cắt chỉ sau 14 ngày. Không có bệnh nhân tụ máu, nhiễm trùng sau ra viện. Bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng tại giường ngay sau mổ. Kết quả chụp X quang sau mổ: Không có bệnh nhân trật khớp háng nhân tạo. Không có dấu hiệu nứt gãy của ổ cối và thân xương đùi

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3, 6 tháng sau mổ theo thang điểm Harris ở cả 2 bên khớp háng, điểm trước mổ là 50.2 điểm, sau 6 tháng là 88.1 điểm. Trong khi đó khớp háng đối diện có điểm giảm từ 90.1 xuống còn 70.3 sau 6 tháng. Kết quả lâm sàng của khớp háng sau mổ có tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 96.67%, có 2 bệnh nhân cho kết quả trung bình, chiếm 3.33%, không có kết quả kém. Kết quả này tương đồng với tác giả Mai Đắc Việt, tỷ lệ rất tốt là 94.5%, tốt là 5.5%, không có kết quả trung bình và kém[3]. Ở nước ngoài, theo Karimi năm 2020 với khớp háng không xi măng, tỉ lệ tốt và rất tốt theo thang Harris là 99.2% [4]. Như vậy, từ những kết quả trên ta có thể thấy, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần trong điều trị HTVHCXD góp phần đem lại kết quả rất tốt, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ngày

càng có xu hướng tăng lên và trẻ hóa, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trong độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao. Việc điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần là một phương pháp điều trị tốt khi bệnh lý này ở giai đoạn III IV theo phân loại của Ficat-Arlet, điều này góp phần làm cải thiện chất lượng cuộc sống, cải thiện đời sống tinh thần cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L.T. Bình**, Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn. 2011: Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.
2. **N.T. Hiền**, Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000). 2001, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa 1995-2001, Đại học Y Hà Nội.
3. **M.Đ. Việt**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân HTVKCXĐ giai đoạn IV, V, VI, in Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y. 2017.
4. **S. Karimi, et al.**, Functional Outcomes of Cementless Total Hip Arthroplasty in Avascular Necrosis of the Hip: A Prospective Study. 2020. 12(8).
5. **M.A. Mont, L.C. Jones, and D.S.J.J. Hungerford**, Nontraumatic osteonecrosis of the femoral head: ten years later. 2006. 88(5): p. 1117-1132.
6. **M.A. Mont, et al.**, The natural history of untreated asymptomatic osteonecrosis of the femoral head: a systematic literature review. J Bone Joint Surg Am, 2010. 92(12): p. 2165-70.
7. **A. Narayanan, et al.**, Avascular Necrosis of Femoral Head: A Metabolomic, Biophysical, Biochemical, Electron Microscopic and Histopathological Characterization. Sci Rep, 2017. 7(1): p. 10721.
8. **D. Zhao, et al.**, Guidelines for clinical diagnosis and treatment of osteonecrosis of the femoral head in adults (2019 version). J Orthop Translat, 2020. 21: p. 100-110.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ KHỐI LƯỢNG TRÊN 80 GRAM BẰNG CẮT ĐỐT NỘI SOI BIPOLAR QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phạm Quốc Hiệu¹, Phạm Văn Duyệt¹, Nguyễn Quang², Phạm Văn Thương¹,
Hoàng Hữu Đoàn¹, Nguyễn Quang Tuyền¹, Hoàng Bảo Ngọc Cương¹, Lê Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80gram bằng cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80 gram, được điều trị phẫu thuật cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp từ tháng 07/2021 đến tháng 04/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $69,8 \pm 7,6$ (57 – 82) tuổi. Điểm IPSS trung bình $30,6 \pm 2,9$ (29 – 35); 100% BN trước PT có điểm IPSS mức độ nặng. Điểm QoL trung bình: $5,4 \pm 0,6$ (4 – 6). Tỷ lệ thể tích TTL 80-100gram chiếm đa số (56,6%), trung bình $99,8 \pm 2,4$ gram. Thời gian phẫu thuật trung bình là $73,6 \pm 10,2$ phút. Đa số phẫu thuật dùng lớn hơn hoặc bằng 20 lít dịch Natri chlorid 0,9% (chiếm 53,3%). Đa số bệnh nhân lưu thông niệu đạo 3 ngày sau B-TURP (56,7%). Tai biến trong mổ của chúng tôi có 2 trường hợp thủng bao xơ, sau khi rút thông lần 1. Thời gian nằm viện trung bình là $6,5 \pm 2,0$ phút, chủ yếu là 6-7 ngày

(chiếm 80%). Có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ giữa tỷ lệ % cải thiện IPSS sau B-TURP 1 tháng với tuổi và liên quan giữa thời gian phẫu thuật B-TURP với khối lượng tuyến tiền liệt. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến bằng dao điện lưỡng cực qua niệu đạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với những bệnh nhân nhân có u phì đại TLT nói chung, và với bệnh nhân có u phì đại >80gram nói riêng.

Từ khoá: u phì đại Tuyến tiền liệt, dao điện lưỡng cực

SUMMARY

RESULTS OF BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA OVER 80 GRAM AND SOME RELATED FACTORS

Objectives: To evaluate the results of treatment and some factors related to the results of treatment of benign prostatic hyperplasia over 80 grams by Bipolar transurethral resection of prostate. **Materials and methods:** Including 60 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia over 80 grams, treated with bipolar transurethral resection of prostate at the Department of Urological Surgery - Viet Tiep Hospital from July 2021 to April 2022. **Results:** Average age: 69.8 ± 7.6 (57 – 82) years old. Average IPSS score 30.6 ± 2.9 (29 – 35); 100% of patients before surgery had a severe IPSS score. Average QoL score: 5.4 ± 0.6 (4 – 6). The proportion of TTL volume 80-100gram is the

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hiệu

Email: pqhieu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

majority (56.6%), the average is 99.8 ± 2.4 grams. The average surgery time is 73.6 ± 10.2 minutes. Most surgeries use 20 liters or more of 0.9% sodium chloride solution (accounting for 53.3%). The majority of patients have clear urethra 3 days after B-TURP (56.7%). In our surgery, there were 2 cases of capsular perforation, after the first catheterization. The average hospital stay was 6.5 ± 2.0 minutes, mainly 6-7 days (accounting for 80%). There is a strong negative correlation between the percentage of IPSS improvement after 1 month of B-TURP with age and the relationship between the time of B-TURP surgery and prostate volume. **Conclusion:** Bipolar transurethral resection of prostate is an effective and safe method for patients with enlarged prostate in general, and for patients with enlarged prostate > 80 grams in particular.

Keywords: prostatic hypertrophy, bipolar electrocautery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi, gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt lên chất lượng sống của người bệnh [1]. Tỷ lệ mắc bệnh tăng lên theo tuổi, khoảng 40% đến 50% nam giới bị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt ở nhóm tuổi 50 đến 59, tỷ lệ này tăng lên xấp xỉ 90% ở nhóm tuổi trên 80 [2]. Hiện nay, điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TTL) bao gồm các phương pháp: điều trị bảo tồn (theo dõi, điều trị nội khoa), các biện pháp ít xâm lấn và nội soi qua niệu đạo, phẫu thuật nội soi ổ bụng, và phẫu thuật mở; trong đó, cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo (Transurethral Resection of the Prostate – TURP) được xem là “tiêu chuẩn vàng” cho các trường hợp có chỉ định phẫu thuật [3].

Trong thập kỷ gần đây, phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt với dao lưỡng cực (Bipolar) đang được các phẫu thuật viên tại nhiều nơi trên thế giới áp dụng, kết quả thu được rất khả quan. Với những bệnh nhân có tuyến tiền liệt khối lượng lớn trên 80g thì thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ các tai biến, biến chứng cao hơn, lại chưa được nghiên cứu rõ ràng. Đề tài nghiên cứu với mục tiêu “Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80gram bằng cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80 gram, được điều trị phẫu thuật cắt đốt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 07/2021 đến tháng 04/2022

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL có khối lượng trên 80gram được chỉ định điều trị bằng phương pháp cắt nội soi Bipolar qua đường niệu đạo.
- Các trường hợp TSLT TTL có chỉ định phẫu thuật:
- TSLT TTL có biến chứng bí đái cấp, bí đái không hoàn toàn.
- Bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện mức độ nặng hay trung bình.
- Điều trị nội khoa không đáp ứng
- Đái máu đại thể tái phát
- TSLTTTL có đủ điều kiện thực hiện PTNS qua đường niệu đạo.
- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Là các bệnh nhân:

- Được chẩn đoán Ung thư tuyến tiền liệt.
- TSLTTTL đi kèm với các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, hẹp bao quy đầu...).
- TSLTTTL tái phát sau can thiệp ngoại khoa hoặc ít xâm lấn.
- TSLTTTL không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh

❖ **Chọn mẫu:** chọn cỡ mẫu thuận tiện.

❖ **Phương tiện nghiên cứu:**

- Bộ nong niệu đạo benique có số từ 21-29 Ch.
- Dàn máy phẫu thuật nội soi: camera, nguồn sáng, màn hình của hãng Karl-Storz.
- Hệ thống cắt lưỡng cực bao gồm: nguồn phát điện lưỡng cực, bộ máy cắt/đốt lưỡng cực TTL cỡ 24Fr, điện cực cắt đốt lưỡng cực, điện cực lặn đốt cầm máu).
- Bơm tiêm Guyon 150cc để hút mảnh cắt.
- Sone Foley 3 chạc cỡ 20-24Fr
- Túi nước tiểu
- Dịch tưới rửa trong phẫu thuật: Dịch rửa Sodium Clorid 0,9%
- Cách tiến hành:
 - Thì 1 – đặt máy, soi kiểm tra, xác định mốc giải phẫu.
 - + Đặt máy cắt đốt lưỡng cực cỡ 24Fr qua niệu đạo vào bàng quang, lắp dây dịch vào – ra (dịch rửa bằng nước muối 0,9%), chiều cao cột nước rửa 60cm so với bàn PT, dây dẫn dịch ra để vuông góc thẳng với mặt sàn.

+ Tiến hành soi bàng quang – tuyến tiền liệt, xác định các mốc giải phẫu (2 lỗ niệu quản, gờ liên niệu quản, cổ bàng quang, ụ núi), nhận xét tình trạng bàng quang chống đối, các tổn thương đi kèm của bàng quang và hình thái phát triển của TTL.

• Thì 2 – cắt tổ chức tuyến, lấy mẫu bệnh phẩm làm mô bệnh học

+ Lắp quai cắt lưỡng cực, cắt hết tổ chức tuyến từ cổ bàng quang đến sát ụ núi, sát vỏ tuyến tiền liệt. Bơm rửa lấy hết mảnh cắt làm mô bệnh học.

• Thì 3 – đốt cầm máu

+ Lắp quai đốt lưỡng cực, kiểm tra đốt các vị trí chảy máu sát vỏ tuyến tiền liệt.

• Thì 4 – kết thúc kỹ thuật

+ Hạ áp lực nước rửa để kiểm tra các điểm chảy máu và đốt cầm máu; đặt ống thông niệu đạo bằng ống thông Foley 22Fr 3 chạc, bơm bóng và kéo ép nhẹ cổ bàng quang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân, trong đó:

- Tuổi trung bình: $69,8 \pm 7,6$ (57 – 82) tuổi

- Tiền sử: Có tổng số 18 bệnh nhân (30%) có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp gặp nhiều nhất với 10%.

- Điểm IPSS trung bình $30,6 \pm 2,9$ (29 – 35); 100% BN trước PT có điểm IPSS mức độ nặng. Điểm QoL trung bình: $5,4 \pm 0,6$ (4 – 6).

- Tỷ lệ khối lượng TTL 80-100gram chiếm đa số (56,6%), trung bình $99,8 \pm 2,4$ gram. Kích thước TTL bé nhất là 82 gram, lớn nhất là 140 gram

3.2. Kết quả

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số BN (n=60)	Tỷ lệ %
<60	07	11,7
61-70	12	20
71-80	19	31,7
81-90	17	28,3
>90	5	8,3
Thời gian phẫu thuật trung bình	73,6 ± 10,2 (55-105)	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 73,6 ± 10,2 phút, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 71-80 phút (31,7%). Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút và dài nhất là 105 phút.

Bảng 2. Lượng dịch rửa trong phẫu thuật

Lượng dịch rửa	Số BN (n=60)	Tỷ lệ %
10 – < 20 lít	28	46,7
≥ 20 lít	32	53,3
Tổng	60	100
Thể tích dịch rửa trung bình	25,6 ± 9,1 (10 – 52)	

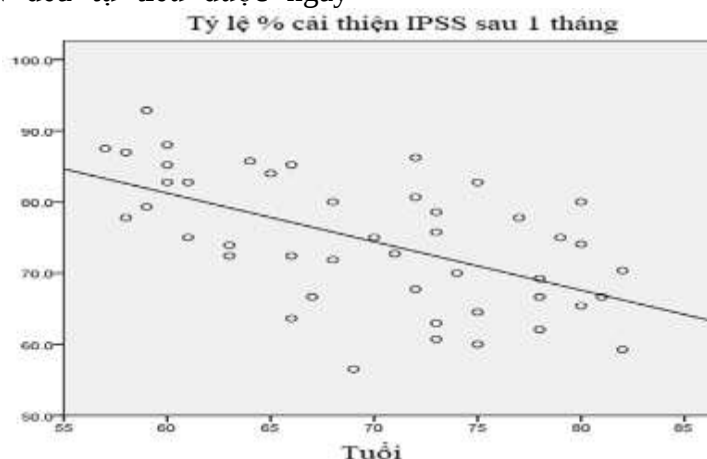
Đa số phẫu thuật dùng lớn hơn hoặc bằng 20 lít dịch Natri chlorid 0,9% (chiếm 53,3%).

Bảng 3. Thời gian lưu ống thông niệu đạo

Thời gian lưu ống thông	Số BN (n=60)	Tỷ lệ %
3 ngày	34	56,7
4 ngày	15	25
≥ 5 ngày	11	18,3
Tổng	60	100
Thời gian lưu thông niệu đạo trung bình	3,4 ± 0,8 (3 – 7)	

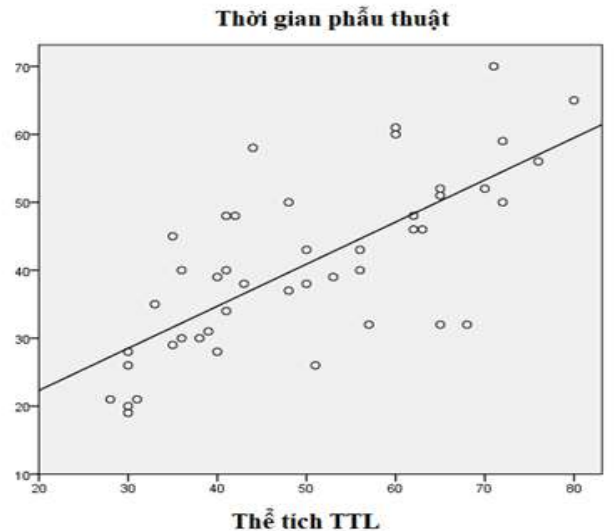
Đa số bệnh nhân lưu thông niệu đạo 3 ngày sau B-TURP (56,7%).

- Tai biến trong mổ của chúng tôi có 2 trường hợp thủng bao xơ, sau khi rút thông lần 1, đa số BN đều tự tiểu được ngay (91,7%), có 5 BN đặt lại thông lần 2 (8,3%), không có bệnh nhân phải đặt thông lại lần 3
- Thời gian nằm viện trung bình là 6,5 ± 2,0 phút, chủ yếu là 6-7 ngày (chiếm 80%).



Biểu đồ 3.1: Tương quan tỷ lệ cải thiện IPSS sau 1 tháng với tuổi
(n = 60; r = - 0,57; p<0,01)

Có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ giữa tỷ lệ % cải thiện IPSS sau B-TURP 1 tháng với tuổi: Tuổi càng cao thì tỉ lệ % cải thiện IPSS sau 1 tháng càng thấp.



Biểu đồ 3.2: Tương quan thời gian phẫu thuật với khối lượng TTL
($n = 60$; $r = 0,720$; $p < 0,01$)

Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa thời gian phẫu thuật B-TURP với khối lượng tuyến tiền liệt: tuyến càng to thì thời gian phẫu thuật càng dài. Mối tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu của chúng tôi là 73,6 phút dài hơn các tác giả khác. Một điều hiển nhiên là thể tích TTL càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng dài kéo theo đó là lượng dịch tiêu thụ cũng nhiều lên. Tuy nhiên không có mối tương quan giữa các nghiên cứu về thể tích TTL với thời gian phẫu thuật do còn phụ thuộc vào kỹ năng của mỗi phẫu thuật viên. Đa số BN trong nghiên cứu có thời gian PT từ 70-90 phút. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút, so với tác giả Bùi Văn Tùng (2018) là 25

phút, thì dài hơn do chúng tôi lựa chọn nhóm bệnh nhân nghiên cứu có khối lượng lớn > 80 gram [4].

Lượng dịch rửa trong nghiên cứu trung bình là 25,6 lít, nhiều hơn đáng kể so với tác giả Bùi Văn Tùng và Phommavithane Thongmany có lượng dịch rửa trung bình lần lượt là 17,1 lít và 19,1 lít. Dịch rửa dùng nhiều thì việc quan sát phẫu trường sẽ dễ dàng hơn và đương nhiên là thể tích tuyến càng lớn, thời gian phẫu thuật dài thì lượng dịch rửa sẽ tăng lên. Để phân loại tai biến – biến chứng cho các PTNS qua niệu đạo điều trị TSLTTTL tác giả Mamoulakis C. (2011) dựa vào bảng phân loại tai biến-biến chứng phẫu thuật của Clavien-Dindo [5]. Nghiên cứu này ghi nhận có 2/60 BN gặp tai biến trong phẫu thuật chiếm 4,4% và là thủng bao xơ TTL tương ứng với mức độ nhẹ theo bảng phân loại Clavien – Dindo, cả

2 bệnh nhân này được xử trí đốt điện và chèn bóng của thông niệu đạo sau phẫu thuật, theo dõi diễn biến hậu phẫu không cần can thiệp thêm. Nghiên cứu không ghi nhận tai biến nào khác trong phẫu thuật B-TURP.

Tác giả Qian (2017) và Tang (2014) trong các phân tích tổng hợp từ các nghiên cứu đều không xuất hiện hội chứng nội soi trong và sau B-TURP [6-7]. Không có báo cáo về tử vong trong và sau phẫu thuật do tai biến – biến chứng liên quan đến kỹ thuật ở các tài liệu được tham khảo trong bài. Tác giả Al-Radhi (2021) gặp 3/56 BN (5,4%) thủng bao xơ trong phẫu thuật, 1 BN (1,8%) có tai biến chảy máu trong phẫu thuật, các nghiên cứu khác được tham khảo trong bài không ghi nhận tai biến trong mổ.

Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật của nghiên cứu 10 % (6 BN) trong đó 1 BN sốt 38,5 độ C, không gai rét thoáng qua một ngày sau PT, 5 bệnh nhân bí tiểu phải đặt lại thông tiểu và không ghi nhận biến chứng nào khác. Qian X. (2017) phân tích tổng hợp 4 nghiên cứu so sánh B-TURP và Ho-Lep không ghi nhận bất cứ trường hợp TURP nào, bên cạnh đó với tổng hợp hơn 160 BN B-TURB ghi nhận 1/160 BN truyền máu, mổ lại 3/160, chuyển PP 3/160, tiểu không kiểm soát 3/160.

Kết quả của chúng tôi có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ giữa tỷ lệ % cải thiện IPSS sau B-TURP 1 tháng với tuổi: Tuổi càng cao thì tỉ lệ % cải thiện IPSS sau 1 tháng càng thấp. Tuổi cũng không có ảnh hưởng lên sự cải thiện Qmax sau phẫu thuật,

không có mối tương quan giữa tuổi với tỷ lệ % cải thiện Qmax sau phẫu thuật 1 tháng [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa thời gian phẫu thuật B-TURP với khối lượng tuyến tiền liệt: tuyến càng to thì thời gian phẫu thuật càng dài, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tác giả Dincel C. (2004) cũng cho thấy có mối tương quan thuận giữa thời gian phẫu thuật và khối lượng TTL [9]. Robert G. (2012) cũng báo cáo thời gian B-TURP trung bình của nhóm BN khối lượng tuyến ≤ 30 gr (51 phút) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$) so với thời gian của nhóm BN khối lượng tuyến ≥ 45 gr (65,6 phút) [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến bằng dao điện lưỡng cực qua niệu đạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với những bệnh nhân nhân có u phì đại TLT nói chung, và với bệnh nhân có u phì đại >80 gram nói riêng.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.51.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K.T, McVary, C.G, Roehrborn và al, Avins A.L et (2011), "Update on AUA Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia", Journal of Urology. 185(5), tr. 1793-1803.

2. **C.G., Roehrborn (2019)**, "Benign Prostatic Hyperplasia: Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History", CAMPBELL-WALSH Urology(10th edition),Elsevier, tr. 2570-2610.
3. **Hội Tiết niệu - Thận học Việt (2019)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Fourcade R.O, J. Antimicrob. Chemother. (1990)** "Antibiotic prophylaxis with cefotaxime in endoscopic extraction of upper urinary tract stones: a randomized study". 26 (suppl A): 77-83. doi: 10.1093/jac/26.suppl_A.77.
4. **Bùi Văn Tùng (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt đốt nội soi Bipolar qua niệu đạo., Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Chuyên ngành Ngoại khoa, Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng..
5. **C., Mamoulakis, I., Efthimiou và al, Kazoulis S. et (2011)**, "The modified Clavien classification system: a standardized platform for reporting complications in transurethral resection of the prostate", World Journal of Urology. 29(2), tr. 205-210.
6. **Y., Tang, J, Li và al, Pu C. et (2014)**, "Bipolar Transurethral Resection Versus Monopolar Transurethral Resection for Benign Prostatic Hypertrophy: A Systematic Review and Meta-Analysis", JOURNAL OF ENDOUROLOGY. 28(9), tr. 1107–1114.
7. **X., Qian, H., Lui và al., Xu D. et (2020)**, "Functional outcomes and complications following B-TURP versus HoLEP for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a review of the literature and Meta-analysis", The Aging Male. 20(3), tr. 184-191
8. **Đỗ Ngọc Thế (2018)**, Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo, Luận án tiến sỹ y học, Chuyên ngành Tiết Niệu, Học viện quân Y, Hà Nội.
9. **C., Dincel, M., Samli M. và al., Guler C. et (2020)**, "Plasma Kinetic Vaporization of the Prostate: Clinical Evaluation of a New Technique", Journal of Endourology. 18(3), tr. 293–298.
10. **G., Robert, A., Descazeaud và al., Delongchamps N. B. et (2020)**, "ransurethral plasma vaporization of the prostate: 3-month functional outcome and complications", BJU International. 110(4), tr. 555-560.

ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG THULIUM LASER, KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

**Nguyễn Đức Thoại¹, Đỗ Trường Thành²,
Phạm Văn Thương¹, Nguyễn Thế May¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sử dụng laser thuliumdoped Ttrium aluminium Garnet (Tm: YAG) bước sóng liên tục 2 μ m để điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT- TTL) tại khoa ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét kết quả bước đầu trong điều trị TSLT TTL bằng thulium laser tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng cộng 20 trường hợp được nghiên cứu tiến cứu điều trị cắt nhỏ và bốc hơi (vaporesection) TSTL-TTL sử dụng laser thulium: Yttrium-aluminium- garnet (Tm: YAG). tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu $70,6 \pm 7,7$. Thể tích trung bình tuyến tiền liệt trước phẫu thuật là $57,5 \pm 22,9$ ml. Sau phẫu thuật chúng tôi đánh giá các yếu tố : thời gian phẫu thuật, tỷ lệ truyền máu, Hemoglobin huyết thanh. Na⁺ huyết thanh, thời gian đặt ống thông niệu đạo, Thời gian nằm viện. Các yếu tố được đánh giá trước và sau phẫu thuật là Bảng điểm quốc tế đánh giá triệu chứng tiền liệt tuyến. (IPSS. International Prostate Symptom Score.), Bảng Điểm chất lượng cuộc sống.

(QoL: Quality of life Index), Lượng nước tiểu tồn dư. theo dõi sau 1 và 3 tháng. **Kết quả.** Thời gian phẫu thuật trung bình. $61,3 \pm 25,4$. Phút. Không có trường hợp nào phải truyền máu. Không có trường hợp nào bị hội chứng cắt đốt nội soi. Thời gian đặt thông niệu đạo trung bình $4,1 \pm 0,6$ ngày. Điểm IPSS giảm từ $30,6 \pm 3,5$. Tới sau phẫu thuật 1 và 3 tháng là $14,3 \pm 1,2$. $10,4 \pm 2,5$. Điểm QoLT giảm từ $5,2 \pm 0,5$. Tới sau phẫu thuật 1 và 3 tháng là $2,1 \pm 0,3$ và $1,5 \pm 0,2$. **Kết luận.** Sử dụng laser thulium bước sóng liên tục 20 μ m. Trong điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cho kết quả an toàn hiệu quả và ít biến chứng.

Từ khóa: Tuyến tiền liệt, thulium lasser

SUMMARY

TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA BY THULIUM LAZER: THE INITIAL RESULT AT VIET TIEP HOSPITAL

Background: Laser thuliumdoped Yttrium Aluminium Garnet (Tm: YAG) with a continuous-wave length of 2mm was used to treat the patient with benign prostatic hyperplasia (BPH) at Viet Tiep Hospital. **Purpose:** To describe the initial results of using Thulium Laser in the treatment of BPH at Viet Tiep Hai Phong Hospital. **Subjects and methods:** 20 BPH patients were recruited. They were treated by resection and vaporisation (vaporesection) using YAG thulium laser. The average age was 70.6 ± 7.7 years. The average volume of prostate before the operation was 57.5 ± 22.9 ml. After surgery,

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thoại

Email: ducthoaisurgical@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

we evaluated: operative time, transfusion rate, hemoglobin serum, serum sodium, catheter time, hospitalization time. The factors were evaluated before and after operation included: International Prostate Symptom Score (IPSS), Quality of Life Index (QoL), maximum urinary flow rate (Qmax), postvoiding residual urine volume (PVR), followed up after 1 and 3 months.

Results: The average time of vaporesction was 61.3 ± 25.4 mins. No case needed a transfusion. No case had endoscopic ablation syndrome. The mean catheter time was 4.1 ± 0.6 days. . IPSS decreased from 30.6 ± 3.5 to 14.3 ± 1.2 ; 10.4 ± 2.5 at the 1st and 3rd month after operation, respectively. QoL scores decreased from 5.2 ± 0.5 to 2.1 ± 0.3 ; 1.5 ± 0.2 at the 1st and 3rd month after operation. **Conclusion:** Using 2 μ m continuous-wave Thulium Laser for the treatment of BPH at Viet Tiep Hospital is safe, efficacy, and less complication.

Keywords: prostate, thulium laser

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính, tuyến tiền liệt (TSLT_TTL) là nguyên nhân chính gây triệu chứng rối loạn đường tiết niệu dưới (RLDTND) ở nam giới và khá thường gặp. Đa số nam giới trên 50 tuổi đều có rối loạn đường tiểu dưới liên quan đến tăng sinh tuyến tiền liệt, với triệu chứng gia tăng theo tuổi và khoảng 70% ở độ tuổi 70 và 90% ở độ tuổi 80.(1) Cắt đốt nội soi (CDNS) bằng điện đơn cực (ĐDC) vẫn là phương pháp điều trị phẫu thuật hiệu quả nhất là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ngoại khoa tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Tuy nhiên phương pháp này vẫn còn tồn tại những tai chứng cắt đốt nội soi chiếm 1% đến 3%. Tiểu không kiểm soát từ 1% đến 3% dẫn tới việc bệnh nhân nằm viện tương đối dài.(2)

Các năng lượng laser đã được áp dụng trong phẫu thuật để khắc phục khuyết điểm

của phương pháp cắt đốt nội soi tiêu chuẩn này trong những thập kỷ gần đây. Laser thulium là thế hệ laser mới nhất với đặc tính ưu việt có bước sóng 2 μ m và khả năng phát sóng liên tục dành riêng cho các ứng dụng phẫu thuật nội soi trong môi trường nước. Bước sóng này được hấp thu mạnh bởi nước (có bước sóng 1,94 μ m) Và dung dịch nước muối sinh lý. Bước sóng liên tục 2 μ m, có vai trò lớn trong việc làm bốc hơi, cắt mô có mạch máu và mô không có mạch máu, đồng thời giúp cầm máu tốt và ít tổn thương mô xung quanh.(3)

Nghiên cứu này sử dụng laser Tm: YAG RevoLix Tm (sản phẩm laser LISA, Katlenburg, Germany) Trong điều trị phẫu thuật TSLT TTL Tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp Hải Phòng. Nhận xét kết quả bước đầu trong điều trị TSLT TTL bằng thulium laser tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp (TH) TSLT-TTL được phẫu thuật bằng thulium laser từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022 tại khoa ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang như: Tuổi, thể tích tuyến tiền liệt (VTTL) và nước tiểu tồn lưu (NTTL) PSA huyết thanh, hemoglobin huyết thanh, Na⁺ huyết thanh. Bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (**IPSS**: International Prostate Symptom Score), bảng điểm chất lượng cuộc sống (**QoL**: Quality Of Life Index) Thời gian phẫu thuật, thời gian đặt thông niệu đạo, thời gian nằm viện. Bệnh nhân được theo dõi tới 3 tháng sau.

Quá trình phẫu thuật được tiến hành như sau: Xác định và đánh dấu giới hạn của vùng phẫu thuật so với ụ núi, Tiến hành cắt ở

vị trí 5h và 7h.(Mức độ bốc hơi được kiểm soát bằng tốc độ của sợi dẫn laser xuyên mô), Để tiếp tục cắt tiến về phía trước so với giới hạn đã được đánh dấu thùy giữa, Và sau cùng là thùy bên. Các mẫu u được cắt nhỏ và

bốc hơi giống như các mẫu trong cắt đốt nội soi. Các mẫu này dễ dàng hút ra bằng bơm thủy tinh mà không cần dùng đến máy xay mô. Thông niệu đạo được đặt ngay sau khi kết thúc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 20 trường hợp TSLT-TTL Được điều trị cắt nhỏ và làm bốc hơi bằng Laser thulium từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022 tại khoa ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng, chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính.

Yếu tố	N=20
Tuổi	70,6±7,7 (63-92)
PSA	3,6±3,1 (0,48 - 13,8)
VTTL(ml)	57,5±22,9(20-110)

Ghi chú; PSA:Prostate-specific antigen.

VTTL: Thể tích tuyến tiền liệt

Bảng 2. Một số kết quả ngay sau phẫu thuật.

Yếu tố	N=20		
	Trước PT	Sau PT	P
Hemoglobin(g/dl)	12,1± 1,3	11,7±1,6	< 0.001
Na+ huyết thanh(mmol/l)	137,5±3,2	135,9±3,1	0,458

Ghi chú; PT: Phẫu thuật.

Bảng 3. Thời gian PT, lưu thông niệu đạo và nằm viện.

Yếu tố	N=20
Thời gian phẫu thuật (phút)	61,3 ±25.6 (43 - 82)
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	4,1±0,6 (4-7)
Thời gian nằm viện	6,2±1,3(5-8)

Bảng 4. Một số kết quả sau 1 tháng và 3 tháng

Yếu tố	N=20		
	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
IPSS (điểm)	30,6±3,5	14,3±1,2	10,4±2,5
QoL (điểm)	5,2±0,5	2,1±0,3	1,5±0,2

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Các bệnh nhân có tuổi trung bình là 70,6±7,7 (63-92 tuổi), với TTL có thể tích trung bình ở mức 57,5±22,9 (20-120). Tuổi của chúng tôi thấp hơn một số tác giả khác trong nước như Vũ Lê Chuyên và CS (tuổi trung bình 77±10,18),(4) hay Trần Ngọc Sinh (tuổi

trung bình là 74,06 ±6,98),(5) Tuy nhiên cũng phù hợp với nhóm tuổi mắc bệnh và có chỉ định phẫu thuật. So sánh với một số tác giả ngoài nước như Bach T và CS (tuổi trung bình là 61)(6)FU W.J và CS (tuổi trung bình là 68,6±12,4)(1,7) tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn.

Sự thay đổi của Hemoglobin trước phẫu thuật là $(12,1 \pm 1,3)$ và sau phẫu thuật là $(11,7 \pm 1,6)$, với $P < 0,001$ cũng như Na^+ huyết thanh trước phẫu thuật $(137,5 \pm 3,2)$ và sau phẫu thuật $(135,9 \pm 3,1)$ với $P = 0,458$ cho thấy việc mất máu và biến đổi điện giải đồ trong quá trình phẫu thuật là rất ít và có ý nghĩa thống kê

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi $(61,3 \pm 25,6)$ phút, lâu hơn Xia S.J $(46,3 \pm 16,2)$ phút(8) và FU W.J $(59,5 \pm 22,4)$ phút,(7) Lý do là chúng tôi mới triển khai kỹ thuật mới. Thời gian đặt thông niệu đạo và nằm viện của chúng tôi lần lượt là $(4,1 \pm 0,6)$ ngày và $(6,2 \pm 1,3)$ ngày dài hơn các tác giả trên. Xia S.J $(45,7 \pm 25,8)$ giờ và $115,1 \pm 25,5$ giờ(8); FU W.J $(1,8 \pm 0,3)$ ngày và $3,2 \pm 1,6$ ngày(1). Do bước đầu, chúng tôi còn cẩn trọng nhằm theo dõi sát tiến triển của bệnh nhân.

Theo dõi sau 3 tháng. Có sự cải thiện nhiều về các chỉ số IPSS, QoL. Trong đó IPSS giảm từ $30,6 \pm 3,5$ đến $10,4 \pm 2,5$ ($p < 0,05$), QoL từ $5,2 \pm 0,5$ đến $1,5 \pm 0,2$, tuy nhiên mức độ cải thiện còn thấp hơn so với các tác giả như Xia S.J(8) và Fu W.J.(1)

Hạn chế nghiên cứu: Cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm chứng. Do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ và chưa có nhóm đối chứng nên nhiều chỉ tiêu so sánh đánh giá còn chưa đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu chúng tôi nhận thấy : điều trị ngoại khoa TSLT -TTL bằng laser Tm:YAG cho kết quả điều trị an toàn , hiệu quả. Thời gian lưu thông niệu đạo và nằm viện có thể được rút ngắn. Có sự cải thiện rõ về IPSS, QoL, NTTL sau phẫu thuật.

VI. KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy phẫu thuật nội soi điều trị tăng sinh tuyến Tiền liệt bằng Laser là hiệu quả và an toàn. Kỹ thuật này có thể được triển khai thường quy tại

những bệnh viện có đầy đủ về trang thiết bị và nhân lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W.J F, X Z, al Ye.** comparison of 2-um continuous wave LASER vaporesction of the prostate and transurethral resection of the prostate : a prospective nonrandomized trial with 1-year follow-up. *Urology*. 2010;75(9).
2. **RS K, RS M, DM B, DG B.** high-power (60 wat)potassium-titanyl-phosphate laser vaporization protatectomy in living canines and in human and canine cadavers. *Urology*. 1997;49:8.
3. **T B, J X, Yang Y MS, Watson M, Gross J, Hermann W.** Thulium: YAG2 um cw LASER prostatetcomy : where do we stand? *Wold J Urol*. 2010;28:163.
4. **Chuyên VL, Đào Quang Oánh, Nguyễn Tuấn Vinh VT, Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng. Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu và Nguyễn Ngọc Thái.** bước đầu ứng dụng laser thulium với bước sóng liên tục 2um trong điều trị u lành tuyến tiền liệt. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2012;16:121.
5. **Sinh TN.** chỉ định điều trị cắt đốt nội soi trang bể tắc đường tiết niệu đười u lành tinhstuyeens tiền liệt. *Luận án tiến khoa học Y dược TPHCM*. 2001.
6. **T B, T.R.W H, al GRe.** Revolix vaporesctionof the prostate: initial result of 54 patients with a one year follow-up. *BJU Int*. 2007;25:262.
7. **WJ F, Hong B.F yY, Zhang X GJP, et al.** vaporesction for managing benign prostatic propective trial with 1-year follow-up. *BJU int*. 2008;103:256.
8. **S.J X, zhuj, Sun X.W HBM, Sho Y. Zhang Y.N.** Thulium LASER versus standard transurethral resection of the prostate: a randomized prospective trial. *eur Urol*. 2008;53:389.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẠP MÓC KHÓA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thương¹, Phạm Tâm Long¹, Trịnh Đình Thanh¹,
Phan Văn Tuấn¹, Đinh Thế Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 05/2020 đến 05/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu với 33 bệnh nhân trật khớp cùng đòn được điều trị bằng nẹp móc khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $46,39 \pm 11,3$ tuổi, khoảng cách quạ đòn trước mổ trung bình là $20,9 \pm 4,1$ mm, sau mổ trung bình là $10,4 \pm 0,3$ mm. Kết quả điểm Constant trung bình sau 1 tháng là $70,4 \pm 6,3$ điểm, sau 3 tháng là $81,3 \pm 5,7$ điểm và sau 6 tháng là $85,7 \pm 4,6$ điểm. **Kết luận:** Điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc khóa giúp nắn chỉnh tốt khớp trật và cải thiện chức năng khớp vai sau mổ.

Từ khóa: Trật khớp cùng đòn, nẹp móc khóa

Objective: Evaluate the results of acromioclavical dislocation treatment with locking hook plate at Viet Tiep Hospital from 05/2020 to 05/2022. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study with 33 patients with acromioclavical dislocation treated by locking hook plate at Viet Tiep hospital. **Result:** Mean age was $46,39 \pm 11,3$, Mean coracoid – clavical distance was $20,9 \pm 4,1$ mm preoperative and $10,4 \pm 0,3$ mm postoperative. The average Constant score postoperative 1st month was $70,4 \pm 6,3$, 3rd month was $81,3 \pm 5,7$ and 6th month was $85,7 \pm 4,6$. **Conclusion:** Treatment acromioclavical dislocation with locking hook plate helps to correct the dislocation and improve the function of the shoulder after surgery.

Keywords: Acromioclavical dislocation, Locking hook plate

SUMMARY

RESULTS OF ACROMIOCLAVICAL DISLOCATION TREATMENT WITH LOCKING HOOK PLATE 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: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn là một tổn thương hay gặp ở vùng vai, chiếm khoảng 9% tổng số các tổn thương vùng vai và chiếm khoảng 8% tổng số các loại trật khớp trên cơ thể, gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng khớp vai [4]. Tùy theo mức độ di lệch và tổn thương dây chằng, trật khớp cùng đòn được chia làm 6 độ theo Rockwood và hiện nay chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, chụp X-quang. Trong đó, trật khớp cùng đòn độ I, II

chủ yếu được điều trị bảo tồn bằng đai treo tay trong vòng 2 – 3 tuần. Độ III hiện vẫn còn nhiều tranh luận về cách thức điều trị bảo tồn hay phẫu thuật nhưng đối với các bệnh nhân trẻ tuổi đang trong độ tuổi lao động hoặc các vận động viên cần phục hồi cơ năng vùng vai sớm có thể lựa chọn điều trị phẫu thuật. Từ độ IV trở lên với hệ thống dây chằng tổn thương nghiêm trọng thì có chỉ định phẫu thuật đặt lại khớp về vị trí giải phẫu và phục hồi lại hệ thống dây chằng [7]. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật đã được đưa ra nhằm mục đích trả lại khoảng cách qua đòn, duy trì độ vững của khớp, phục hồi lại dây chằng qua đòn và dây chằng cùng đòn. Trong đó, cố định khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc là một trong các phương pháp được sử dụng phổ biến hiện nay tại nhiều trung tâm đã cho kết quả tương đối tốt, bệnh nhân có thể vận động sớm với biên độ được cải thiện đáng kể. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, kỹ thuật này được thực hiện từ năm 2017, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo đánh giá kết quả điều trị, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 33 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa

móc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 05/2020 đến tháng 05/2022.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tuổi từ 18 trở lên
- Trật khớp cùng đòn từ độ III trở lên theo phân loại Rockwood
- Được phẫu thuật điều trị bằng nẹp khóa móc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có gãy đầu ngoài xương đòn kèm theo
- Bệnh nhân có tổn thương khác kèm theo cùng bên trật khớp
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu

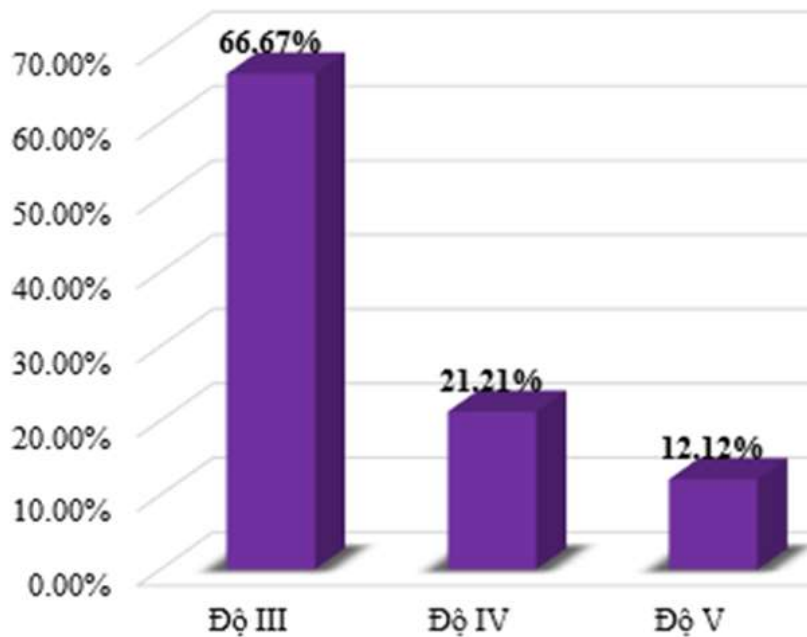
2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới
- Phân độ tổn thương khớp cùng đòn theo Rockwood
- Khoảng cách qua đòn trước và sau mổ
- Chức năng khớp vai sau mổ 1 tháng, 3 tháng tính theo thang điểm Constant

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $46,39 \pm 11,3$ tuổi, nam giới chiếm đa số với 91%, tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu với 57,58%, tổn thương vai phải chiếm 60,6%.



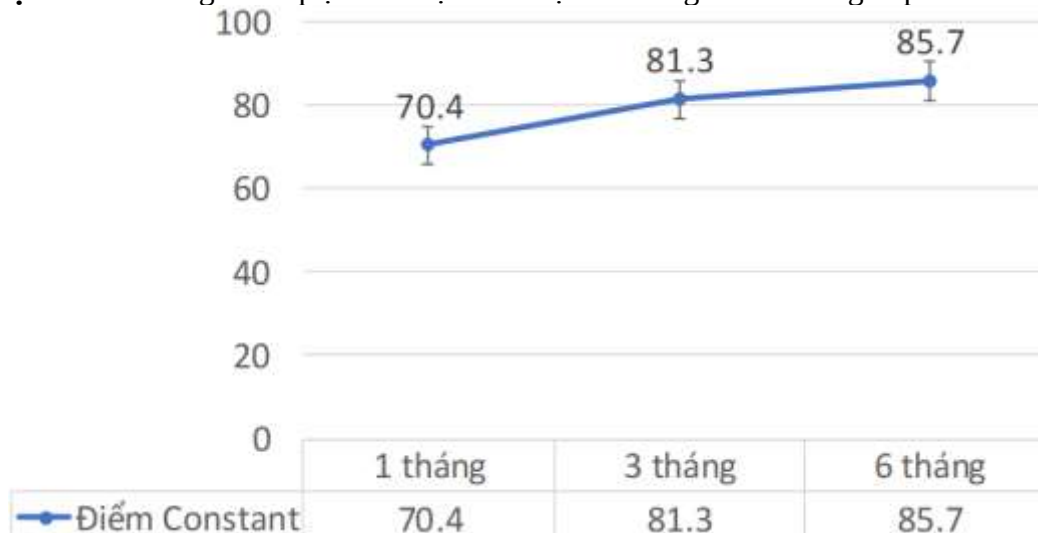
Biểu đồ 1. Phân độ trật khớp cùng đòn theo Rockwood

Nhận xét: Bệnh nhân tổn thương trật khớp cùng đòn độ III chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,67%

Khoảng cách quạ đòn trước và sau mổ

Khoảng cách quạ đòn trung bình trước mổ là $20,9 \pm 4,1$ (15 - 28) mm, sau mổ là $10,4 \pm 0,3$ (10,9 - 11,1) mm

Nhận xét: Khoảng cách quạ đòn được cải thiện đưa về gần cấu trúc giải phẫu sau mổ.



Biểu đồ 2. Kết quả chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm Constant

Nhận xét: Chức năng khớp vai sau mổ được cải thiện rõ rệt sau thời gian 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $46,39 \pm 11,31$ tuổi, trong đó chủ yếu độ tuổi lao động từ 31-59 tuổi (chiếm 84,85%). Độ tuổi này là lực lượng lao động chính của gia đình cũng như của xã hội. Đây vừa là những người trực tiếp tham gia vào công việc đòi hỏi sức khỏe, cũng vừa là đối tượng tham gia giao thông chủ yếu nên việc đối mặt với các nguy cơ trong tai nạn giao thông, tai nạn trong quá trình làm việc cũng cao hơn so với các nhóm tuổi khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần các tổn thương phân độ III, IV, trong đó tổn thương độ III chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,67%, không có bệnh nhân nào tổn thương độ VI. Điều này cũng phù hợp khi các bệnh nhân của chúng tôi chỉ có tổn thương đơn thuần khớp cùng đòn. Theo y văn, tổn thương độ VI là tổn thương vùng vai rất nặng thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Đối với các tổn thương độ I,II chúng tôi thấy rằng việc điều trị bảo tồn bằng đai số 8 cho kết quả khá tốt. Việc phẫu thuật chỉ nên đặt ra đối với các bệnh nhân tổn thương từ độ III trở lên, khi đã có sự mất cân đối hình thái hai bên khớp cùng đòn. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả Nguyễn Ngọc Hân, Phan Văn Ngọc và Lee B.K [1], [2], [6].

Khi trật khớp cùng đòn, vị trí giữa mỏm quạ và xương đòn xa nhau. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khoảng cách quạ đòn trung bình trước mổ là $20,9 \pm 4,1$ mm.

Điều này chứng tỏ các tổn thương đều rất không vững, gây mất cân đối 2 bên vai, làm hạn chế vận động và ảnh hưởng tới chức năng khớp vai.

Tác giả Hoàng Ngọc Sơn [3] đánh giá chỉ số này trên các bệnh nhân được phẫu thuật khâu dây chằng quạ đòn bằng chỉ siêu bền tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy giá trị trung bình là $21,7 \pm 3,4$ mm. Tác giả cũng nhận định rằng đối với tổn thương từ độ III trở lên đều rất không vững và đều cần phải phẫu thuật. Kết quả sau mổ bằng nẹp móc khóa, đo lại chỉ số khoảng cách mỏm quạ đòn chúng tôi thấy cải thiện đáng kể, với giá trị trung bình là $10,4 \pm 0,3$ mm, về gần giá trị giải phẫu bình thường. Kết quả này tương tự với tác giả A Di. Francescco [5]

Đánh giá kết quả chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm Constant tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng chúng tôi thấy chức năng khớp vai được cải thiện đáng kể từ 70,4 điểm tại thời điểm 1 tháng lên 81,3 điểm sau 3 tháng và 85,7 điểm tại thời điểm sau mổ 6 tháng. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng tuy chức năng khớp vai có cải thiện nhưng có một vấn đề nhiều bệnh nhân gặp phải là tình trạng đau sau mổ. Điều này có thể giải thích do phần móc của nẹp làm hạn chế khoảng cách mỏm cùng vai, gây cản vào chòm xương cánh tay khi bệnh nhân vận động. Tình trạng này hết khi bệnh nhân được tháo bỏ nẹp.

V. KẾT LUẬN

Điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc giúp nắn chỉnh tốt và cải thiện

chức năng khớp vai sau mổ, tuy nhiên cần cân nhắc về tình trạng đau sau mổ ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Hân, Nguyễn Tiến Thành** (2018), Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật sai khớp cùng đòn, Tạp chí Y_Dược học quân sự, 2 tr. 57-62
2. **Phan Văn Ngọc** (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc tại bệnh viện Saigon ITO, Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, tr. 201-206
3. **Hoàng Ngọc Sơn** (2017) “Nhận xét triệu chứng lâm sàng của trật khớp cùng đòn được phẫu thuật tại khoa khám bệnh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2015 – 2016”, Tạp chí Y học thực hành số 3, trang 22-25
4. **Anthony A, Mascioli et al** (2017), “Acromioclavicular joint”, Campbell’s operative orthopaedics, 13th ed, Philadelphia , Vol 3, pp.3127- 3120
5. **A. Di Francesco, et al.** (2012), The use of hook plate in type III and V acromioclavicular Rockwood dislocations: clinical and radiological midterm results and MRI evaluation in 42 patients, Injury, 43 (2), tr. 147-52
6. **Lee BK et al** (2019), “Reconstruction of acute acromioclavicular joint dislocation with or without tendon graft: a retrospective comparative study”, Arch Bone J Surg, 7(3), pp. 239-2
7. **Mah Jeffrey, Society the Canadian Orthopaedic Trauma** (2017), "General Health Status After Nonoperative Versus Operative Treatment for Acute, Complete Acromioclavicular Joint Dislocation: Results of a Multicenter Randomized Clinical Trial". Journal of Orthopaedic Trauma, 31 (9), pp. 485-490.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TỔN THƯƠNG BÀN CHÂN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN Y HỌC BIỂN NĂM 2021

Nguyễn Văn Tâm¹, Nguyễn Trường Sơn², Nguyễn Bá Phước³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Viện Y học biển năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện thông qua khám lâm sàng kết hợp với định lượng đường máu, HbA1c trên 205 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 để mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường là 61,47%. Các loại tổn thương bàn chân do đái tháo đường hay gặp bao gồm: rối loạn cảm giác (43,41%); chai chân (16,58%); phù (12,19%); loét hoặc hoại tử (5,85%). Bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,54 lần bệnh nhân không thừa cân, béo phì; Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường 5-10 năm và trên 10 năm nguy cơ bị tổn thương bàn chân do đái tháo đường cao gấp 4,18 - 16,04 lần so với bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường dưới 5 năm; Bệnh nhân kiểm soát đường máu và HbA1c ở mức kém có nguy cơ tổn thương bàn chân cao gấp

2,57-4,21 lần so với bệnh nhân kiểm soát đường máu và HbA1c ở mức tốt. **Kết luận:** Tổn thương bàn chân là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường. Có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, thừa cân béo phì, kiểm soát đường máu và HbA1c kém và tổn thương bàn chân đái tháo đường.

Từ khóa: Đái tháo đường, tổn thương bàn chân, yếu tố liên quan.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO FOOT DAMAGE IN DIABETES PATIENTS TREATED AT THE INSTITUTE OF MARINE MEDICINE IN 2021

Objectives: Description of characteristics and some factors related to foot damage in patients with type 2 diabetes treated at the Institute of Marine Medicine in 2021. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was through clinical examination combined with blood sugar quantification, HbA1C on 205 patients diagnosed with type 2 diabetes to describe characteristics and some factors related to foot damage in diabetic patients. **Results:** The rate of foot damage in diabetic patients is 61.47%. Common types of diabetic foot damage include: sensory disturbances (43.41%); foot callus (16.58%); edema (12.19%); ulceration or necrosis (5.85%). Overweight and obese patients have risk of foot damage higher 1.54 times than patients who are not overweight or obese; Patients with diabetes

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Viện Y học biển

³Bệnh Viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tâm

Email: nvtam@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

for 5-10 years and more than 10 years have risk of diabetic foot damage higher 4.18-16.04 times than patients with diabetes under 5. five; Patients with poor blood sugar and HbA1c control have risk of foot damage higher 2.57-4.21 times than patients with good blood sugar and HbA1c control. **Conclusions:** The foot damage are a common complication in patients with diabetes. There is an association between disease duration, overweight and obesity, poor glycemic control and HbA1c and diabetic foot damage.

Keywords: Diabetes mellitus, foot damage, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh nội tiết không lây nhiễm phổ biến nhất hiện nay trên toàn cầu. Bệnh có tốc độ phát triển rất nhanh, là một trong ba bệnh thường gặp gây tàn phế và tử vong nhất trên thế giới (ung thư, tim mạch, đái tháo đường). Theo thống kê của WHO, năm 2015 trên thế giới có 415 triệu người độ tuổi 20-79 bị bệnh đái tháo đường và dự báo đến năm 2040, con số này sẽ tăng lên khoảng 642 triệu người, hay nói cách khác cứ 10 người lớn thì có 1 người bị bệnh đái tháo đường. Đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm, trong đó phải kể đến các biến chứng tim mạch, thận, mắt, biến chứng thần kinh, nhiễm trùng...[8]

Biến chứng bàn chân do đái tháo đường có nhiều tổn thương đa dạng, điều trị khó khăn, chi phí điều trị tốn kém, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo WHO, cho thấy 15% số người bệnh bị ĐTĐ có bệnh lý bàn chân, trên phạm vi toàn cầu cứ 30 giây lại có 1 ca bệnh liên quan bệnh lý bàn chân phải cắt cụt chi [8].

Biến chứng bàn chân là nguyên nhân làm gia tăng chi phí và kéo dài thời gian điều trị. Thống kê của Bệnh viện Nội tiết năm 2007, 1/3 chi phí điều trị bệnh đái tháo đường được dành cho các chi phí chăm sóc liên quan tới biến chứng bàn chân. So với những bệnh nhân ĐTĐ không bị loét bàn chân, chi phí dành cho những bệnh nhân loét bàn chân do ĐTĐ cao gấp 5,4 lần và chi phí điều trị cho trường hợp loét bàn chân mức độ nặng cao hơn 8 lần so với loét bàn chân mức độ nhẹ. Một nghiên cứu đầy đủ về tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan tới tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại Viện Y học biển là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

Mục tiêu đề tài: Mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Viện Y học biển năm 2021.

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

- Bệnh nhân được chẩn đoán là đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Viện Y học biển

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương bàn chân do các nguyên nhân khác

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa nội tổng hợp 2 Viện Y học biển

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 2/2021 – tháng 10/2021

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

- 205 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ 2 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Nội dung và một số chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường:

+ Tỷ lệ tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2

+ Các hình thái tổn thương bàn chân đái tháo đường: Rối loạn cảm giác, chai chân, đau cách hồi, ngón chân hình búa/ vuốt, phù, loét, hoại tử.

- Một số yếu tố liên quan tới tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường: Liên quan giữa thừa cân, béo phì; thời gian mắc bệnh; mức độ kiểm soát đường máu; mức độ kiểm soát HbA1C và tổn thương bàn chân đái tháo đường

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Khám lâm sàng: Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng do các bác sỹ chuyên khoa của Viện Y học biển đảm nhiệm.

- Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới tổn thương bàn chân đái tháo đường.

- Lấy máu tĩnh mạch để định lượng đường máu lúc đói, HbA1c.

- Kết quả khám lâm sàng, phỏng vấn, xét nghiệm máu sẽ được ghi vào mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.5. Một số tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ: Theo ADA 2020 [6], dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây: Glucose huyết tương lúc đói: $\geq 7,0$ mmol/l; Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp đường máu: $\geq 11,1$ mmol/l; HbA1c $\geq 6,5\%$. Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế; Đường máu ngẫu nhiên: $\geq 11,1$ mmol/l kèm theo các triệu chứng tăng đường máu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì: theo tiêu chuẩn của WHO sử dụng cho người Châu Á. Thừa cân khi BMI từ 23,00 – 24,99; béo phì khi BMI $\geq 25,0$.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương bàn chân đái tháo đường khi người bệnh có 1 trong 3 dạng tổn thương sau: Tổn thương thần kinh; tổn thương mạch máu; tổn thương phối hợp thần kinh - mạch máu.

- Mức độ kiểm soát đường máu và HbA1c theo khuyến cáo của Hội nội tiết-đái tháo đường Việt Nam năm 2009

+ Kiểm soát đường máu tốt khi đường máu lúc đói từ 4,4-6,1mmol/l; trung bình khi đường máu ≤ 7 mmol/l; kém khi đường máu > 7 mmol/l.

+ Kiểm soát HbA1c: tốt khi $< 6,5\%$; trung bình: 6,5 -7,5%; kém: $> 7,5\%$.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phương pháp thống kê y sinh học sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Viện Y học biển.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới tính

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
<30	5	2,4	4	2,0	9	4,4
30-39	10	4,8	8	4,0	18	8,8
40-49	35	17,0	30	14,7	65	31,7
50 - 59	17	8,3	30	14,7	47	23,0
≥ 60	38	18,5	28	13,6	66	32,1
Tổng	105	51,0	100	49,0	205	100
X ± SD	52,86 ± 8,33		55,12 ± 8,45		53,96 ± 8,40	

Đối tượng nghiên cứu có tuổi đời ≥ 40 tuổi bị bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (86,8%); tuổi đời trung bình bị bệnh đái tháo đường là 53,96 ± 8,40; Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường giữa 2 giới là tương đương nhau (nam: 105; nữ: 100).

Bảng 2. Tỷ lệ tổn thương bàn chân của đối tượng nghiên cứu

Tổn thương bàn chân \ KQNC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không tổn thương bàn chân	79	38,53
Có tổn thương bàn chân	126	61,47
Tổng	205	100

Nghiên cứu 205 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ 2 được điều trị tại Viện Y học biển, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương bàn chân do đái tháo đường là 61,47%.

Bảng 3. Các hình thái tổn thương bàn chân do đái tháo đường (n=205)

Các hình thái tổn thương \ KQNC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn cảm giác	89	43,41
Chai chân	34	16,58
Đau cách hồi	6	2,92
Ngón chân hình búa/ vuốt	10	4,87
Phù	25	12,19
Loét (hoại tử)	12	5,85

Kết quả nghiên của chúng tôi cho thấy hình thái tổn thương bàn chân do đái tháo đường hay gặp nhất là loại rối loạn cảm giác (43,41%), tiếp đến là chai chân (16,58%), phù (12,19%), loét hoặc hoại tử (5,85%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Bảng 4. Liên quan giữa thừa cân béo phì và tổn thương bàn chân đái tháo đường

Bảng 1. Liên quan giữa thừa cân béo phì và tổn thương mắt chân răng miệng đường						
BMI \ KQNC	n	Có tổn thương		Không tổn thương		p
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
BMI ≥ 23	66	45	68,18	21	31,82	<0,05
BMI <23	139	81	58,27	58	41,73	
Tổng	205	126		79		
OR (95% CI)	1,54 (1,12-3,28)					

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường có thừa cân, béo phì có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,54 lần bệnh nhân không thừa cân, béo phì ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tổn thương bàn chân đái tháo đường

Bảng 3: Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tổn thương sản xuất sữa đầu mùa đông						
Thời gian \ KQNC	n	Có tổn thương		Không tổn thương		p
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
< 5 năm (1)	68	23	33,83	45	66,17	p3/1<0,05 p2/1<0,05
5-10 năm (2)	91	62	68,13	29	31,87	
> 10 năm (3)	46	41	89,13	5	10,87	
Tổng	205	126		79		
OR 3/1 (95% CI)	16,04 (3,14-19,22)					
OR 2/1 (95%CI)	4,18 (2,12-9,78)					

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường trên 10 năm có nguy cơ tổn thương bàn chân do bệnh đái tháo đường cao gấp 16,04 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$). Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường từ 5-10 năm có nguy cơ tổn thương bàn chân cao gấp 4,18 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa kiểm soát đường máu và tổn thương bàn chân đái tháo đường

Bảng 3: Liên quan giữa kiểm soát đường máu và tổn thương thận mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường						
Đường máu \ KQNC	n	Có tổn thương		Không tổn thương		p
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
≤ 6,1 mmol/l (1)	54	28	51,85	26	48,42	p2/1>0,05 p3/1<0,05
6,2 – 7,0 mmol/l (2_)	68	37	54,41	31	45,59	
> 7 mmol/l (3)	83	61	73,49	22	26,51	
	205	126		79		
OR 2/1(95% CI)	1,1 (0,37-1,84)					
OR 3/1(95% CI)	2,57 (1,85-5,68)					

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân kiểm soát đường máu ở mức kém có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 2,57 lần so với bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt, $p < 0,05$.

Bảng 7. Liên quan giữa kiểm soát HbA1c và tổn thương bàn chân đái tháo đường

Bảng 7: Liên quan giữa kiểm soát HbA1c và tổn thương mắt chân đường hoàng						
HbA1c \ KQNC	n	Có tổn thương		Không tổn thương		p
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
< 6,5 % (1)	70	38	54,28	32	45,72	p2/1>0,05 p3/1<0,05
6,5 – 7,5 % (2)	81	48	59,25	33	40,75	
> 7,5 % (3)	54	45	83,33	9	16,67	
Tổng	205	126		79		
OR2/1 (95% CI)	1,23 (0,89- 2,38)					
OR3/1 (95% CI)	4,21 (3,12-11,05)					

Bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ kém có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 4,21 lần so với bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ tốt, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Về tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tổn thương bàn chân ĐTD: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương bàn chân do đái tháo đường là 61,47%. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng trên 300 bệnh nhân trên 60 tuổi bị đái tháo đường được điều trị tại bệnh viện Lão khoa trung ương, kết quả cho thấy tỷ lệ tổn thương bàn chân là 64,0% [2].

Phạm Ngọc Hoa, Nguyễn Huỳnh Nguyên nghiên cứu trên 75 bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh An Giang năm 2016 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương bàn chân là 78,7% [3]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Tính năm 2007 tại bệnh viện Việt Tiệp cho thấy tỷ lệ tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường là 25,8%[4]. Tỷ lệ tổn thương bàn chân do đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn Tiến Dũng cao hơn Đỗ Thị Tính. Để giải thích điều này chúng tôi cho rằng đối tượng nghiên cứu của Đỗ Thị Tính bị đái tháo đường hầu hết là giai đoạn sớm (dưới 5 năm).

Các hình thái tổn thương bàn chân do đái tháo đường: Kết quả nghiên cứu cho thấy hình thái tổn thương bàn chân do đái tháo đường hay gặp nhất là loại rối loạn cảm giác (43,41%), tiếp đến là chai chân (16,58%), phù (12,19%), loét hoặc hoại tử (5,85%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng về hình thái tổn thương bàn chân đái tháo đường hay gặp nhất là rối loạn cảm giác, giảm cảm giác. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng trên 300 bệnh nhân đái tháo đường, kết quả cho thấy hình thái tổn thương rối loạn cảm giác (30,5%); giảm cảm giác (38,4%); chai chân (44,2%); đau cách hồi (2,1%); loét hoặc hoại tử (3,6%) [2].

Nghiên cứu của Lê Quang Cường trên 70 bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, kết quả cho thấy 52,9% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cảm giác nông; 31,7% bệnh nhân có biểu hiện teo cơ, teo cơ bàn chân là dấu hiệu hay gặp hơn cả; 27,1% bệnh nhân bị yếu các cơ gốc chi [1]. Biến chứng thần kinh do đái tháo đường làm giảm khả năng cảm nhận đau, nóng hay lạnh, đồng nghĩa với việc bệnh nhân sẽ không thể cảm

nhận được chân đã bị tổn thương. Bệnh nhân có thể dẫm lên một dị vật nhưng vẫn đi suốt cả ngày mà không hề hay biết, hoặc bệnh nhân có thể chườm ấm, ngâm chân bằng nước ấm nhưng không cảm nhận được nhiệt độ dẫn tới bỏng mà không biết, đây là các yếu tố nguy cơ dẫn tới nhiễm trùng, loét bàn chân...

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Liên quan giữa thừa cân béo phì và tổn thương bàn chân đái tháo đường: Bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường có thừa cân, béo phì có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,54 lần bệnh nhân không thừa cân, béo phì ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng [2], bệnh nhân bị đái tháo đường có thừa cân, béo phì nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,41 lần so với bệnh nhân không thừa cân, béo phì ($p < 0,05$).

Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tổn thương bàn chân đái tháo đường: Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường trên 10 năm có nguy cơ tổn thương bàn chân do bệnh đái tháo đường cao gấp 16,04 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$). Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường từ 5-10 năm có nguy cơ tổn thương bàn chân cao gấp 4,18 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng, thời gian mắc bệnh đái tháo đường có liên quan chặt chẽ với tổn thương bàn chân đái tháo đường. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng cho thấy bệnh nhân có thời gian

mắc bệnh đái tháo đường dưới 5 năm có tổn thương bàn chân là 48%; thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm có tổn thương bàn chân là 66,7%.

Liên quan giữa kiểm soát HbA1c và tổn thương bàn chân đái tháo đường: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ trung bình có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,23 lần so với bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ kém có nguy cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 4,21 lần so với bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức độ tốt, $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng [2], Lê Quang Cường [1] và một số tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng cho thấy bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức tốt có tỷ lệ tổn thương bàn chân là 58,5%; bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức trung bình tỷ lệ tổn thương bàn chân là 61,8%; bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức kém có tổn thương bàn chân là cao nhất (80,4%).

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

+ Tỷ lệ tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường là 61,47%; Các hình thái tổn thương bàn chân do đái tháo đường hay gặp bao gồm: rối loạn cảm giác (43,41%); chai chân (16,58%); phù (12,19%); loét hoặc hoại tử (5,85%).

- Một số yếu tố liên quan tới tổn thương bàn chân ở bệnh nhân ĐTD

+ Bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy

cơ bị tổn thương bàn chân cao gấp 1,54 lần bệnh nhân không thừa cân, béo phì; Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường 5-10 năm và trên 10 năm nguy cơ bị tổn thương bàn chân do đái tháo đường cao gấp 4,18 - 16,04 lần so với bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường dưới 5 năm.

+ Bệnh nhân kiểm soát đường máu ở mức kém có nguy cơ tổn thương bàn chân cao gấp 2,57 lần so với bệnh nhân kiểm soát đường máu ở mức tốt; Bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức kém có nguy cơ tổn thương bàn chân cao gấp 4,21 lần so với bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường**, Đặc điểm lâm sàng của biến chứng thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường, Tạp chí Y học thực hành (2006), số 5, trang 9-15.
2. **Nguyễn Tiến Dũng**, Tìm hiểu tỷ lệ tổn thương bàn chân và các yếu tố nguy cơ gây tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường người cao tuổi, Luận văn thạc sĩ Y học (2015), Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Ngọc Hoa, Nguyễn Huỳnh Nguyên**, Tỷ lệ và yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường có biến chứng tại bệnh viện đa khoa tỉnh An Giang, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang (2016).
4. **Nguyễn Thị Tính**, Nghiên cứu tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường, Tạp chí Y học thực hành (2010), số 6, trang 146-148.
5. **Phạm Tiến Thắng**, Tìm hiểu tỷ lệ tổn thương bàn chân và các yếu tố nguy cơ gây tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường, Luận văn thạc sĩ Y học (2015), Đại học Y Hà Nội.
6. **American Diabetes Association**, Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes (2020);38(1):10–38. <https://doi.org/10.2337/cd20-as01>. PubMed: 31975748
7. **Maria Teresa Verrone Quilici, Fernando de Sá Del Fiol**, Risk Factors for Foot Amputation in Patients Hospitalized for Diabetic Foot Infection, J Diabetes Res (2016), 8931508.
8. **WHO**, Report of the expert committee on the diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Diabetes care (2015), Vol 23 Suppl 1.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: CẤY GHÉP IMPLANT ĐƠN LẺ KẾT HỢP TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN (GBR) VÀ GHÉP LỢI TỰ DO

Phạm Thanh Hải¹, Trần Thái Phụng², Nguyễn Thị Huyền²

TÓM TẮT

Điều trị implant trong thực hành nha khoa ngày nay đã trở thành một phương pháp phổ biến để phục hồi các trường hợp mất răng. Chất lượng xương (mô cứng) đóng một vai trò quan trọng sự tích hợp xương và độ vững ổn của implant và luôn được các nhà lâm sàng ưu tiên quan tâm khảo sát. Tuy nhiên trong những năm gần đây mô mềm quanh implant đang dành được sự quan tâm rất lớn bởi vai trò quan trọng không kém mô xương trong việc duy trì tính ổn định lâu dài của implant. Bài báo trình bày trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nữ 23 tuổi mất răng 36 do nứt vỡ sau điều trị nội nha gây tiêu xương và thiếu hụt mô sừng hóa. Bệnh nhân được lên kế hoạch cấy ghép implant đơn lẻ kết hợp tái tạo xương có hướng dẫn và ghép lợi tự do. Kết quả cho thấy implant tích hợp xương tốt, tăng thể tích xương và mô mềm quanh implant, phục hình đạt yêu cầu cả về thẩm mỹ và chức năng.

Từ khóa: Cấy ghép implant, tái tạo xương có hướng dẫn, ghép lợi tự do.

SUMMARY

A CASE REPORT: SINGLE IMPLANT PLACEMENT COMBINING WITH GUIDED BONE REGENERATION AND FREE GINGIVAL GRAFT

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Nha khoa Thanh Hải - Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

Nowadays, implant treatment in dentistry had become a popular method to restore cases of tooth loss. In the past, hard tissue was gain much attention due to the concept of ensuring bone integration and stability of the implant, but these approaches had gradually changed with the important role of soft tissue around the implant. The article presented a clinical case of a 23-year-old female patient lost tooth 36 because of breakage after endodontic treatment. The patient was treated with a single implant placement combining with guided bone regeneration (GBR) and free gingival graft. The results showed a good bone integration, an increase of bone and soft tissue volume around the implant, and the restoration was met the requirements of both aesthetics and function.

Keywords: implant placement, guided bone regeneration, free gingival graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng mà còn làm giảm sự tự tin khi giao tiếp. Vì vậy, việc phục hồi lại răng đã mất bằng một phương pháp phù hợp và hiệu quả là vô cùng quan trọng. Với sự tiến bộ vượt bậc trong y học thì ngày nay cấy ghép implant đã trở thành một giải pháp phổ biến để phục hồi cho các trường hợp mất răng và có thể đáp ứng được các yêu cầu chức năng, thẩm mỹ của bệnh nhân với tỉ lệ thành công cao. Tuy nhiên, khi bệnh nhân có chỉ định cấy ghép implant nhưng gặp tình trạng mất xương, thiếu hụt mô mềm thì điều trị này trở nên khó khăn và đòi hỏi kỹ thuật

phức tạp hơn. Khi đó, việc tái tạo lại xương và mô mềm là cần thiết để tạo nền tảng cho sự ổn định lâu dài của implant.

Tái tạo xương có hướng dẫn (GBR) là một quy trình phẫu thuật sử dụng vật liệu xương ghép và màng ngăn để tái tạo các khuyết hổng xung quanh vị trí dự định cấy implant [3]. Kỹ thuật này được ghi nhận là một phương pháp hiệu quả và được áp dụng rộng rãi để tăng thể tích và chất lượng xương vùng cấy ghép. Nhiều vật liệu ghép và một số quy trình được nghiên cứu và giới thiệu trong thời gian gần đây cũng góp phần tăng tỷ lệ thành công của phương pháp này, nâng cao chất lượng vùng tái tạo xương.

Ghép lợi tự do là phương pháp sử dụng mảnh ghép mô mềm được lấy từ vòm miệng với đầy đủ cả lớp biểu mô và mô liên kết nhằm cải thiện vùng thiếu hoặc không có mô sừng hóa [8]. Kỹ thuật này ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như sự chuẩn bị vùng nhận, vị trí nhận, kích thước và độ dày mảnh ghép, sự ổn định sau ghép và đáp ứng của người nhận... Do đó, nó đòi hỏi bác sĩ phẫu thuật phải có chuyên môn sâu, nắm vững kỹ thuật và áp dụng một cách linh hoạt cho từng trường hợp lâm sàng.

Như vậy, một ca lâm sàng cấy ghép implant kết hợp tái tạo xương có hướng dẫn

và ghép lợi tự do là một điều trị phức tạp, đòi hỏi có cái nhìn toàn diện và sự kết hợp linh hoạt các kỹ thuật chuyên sâu, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ để đạt được kết quả tối ưu nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân mất răng có chỉ định phục hình bằng phương pháp cấy ghép implant nha khoa kèm theo thiếu thể tích xương và mô mềm

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

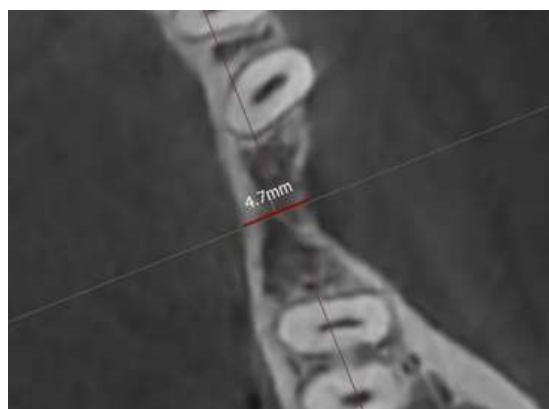
Mô tả một trường hợp bệnh

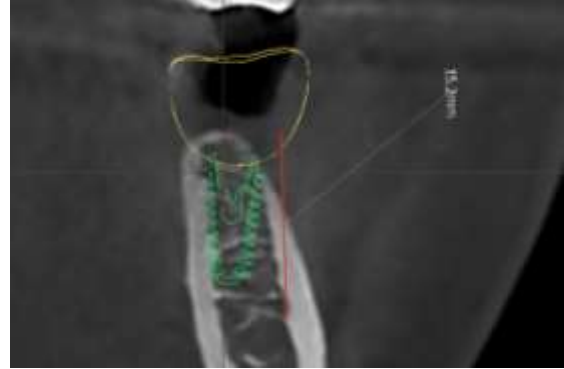
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân Nguyễn Thảo N, nữ, 23 tuổi, không có bệnh lý toàn thân đến khám vì mất răng 36 do gãy vỡ sau điều trị nội nha nhiều năm và mong muốn được phục hồi bằng phương pháp cấy ghép implant.

Khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh:

Vùng mất răng 36: Khoảng phục hình 8.5mm, kích thước theo chiều gần – xa 8mm, bề rộng xương ngoài – trong 4.7mm, mô sừng hóa 3 mm. Chiều cao từ mào xương – bờ trên ống thần kinh răng dưới 15.2 mm.





Hình 1. Hình ảnh lâm sàng và x-quang bệnh nhân ngày đầu đến khám

Kế hoạch điều trị:

Giai đoạn 1: Cấy ghép implant phục hồi R36 kết hợp tái tạo xương có hướng dẫn

Giai đoạn 2: Đặt trụ lành thương, ghép lợi tự do tăng thể tích mô sừng hóa

Giai đoạn 3: Lấy dấu kỹ thuật số, gắn phục hình trên lâm sàng.

Tiến trình điều trị và kết quả

Giai đoạn 1: Bệnh nhân được đặt implant Megagen kích thước 5x11,5mm, tái tạo xương có hướng dẫn với màng collagen tiêu chậm. Sau phẫu thuật implant được khâu vùi chờ lành thương sau 4,5 tháng.



Khoan vị trí đặt implant



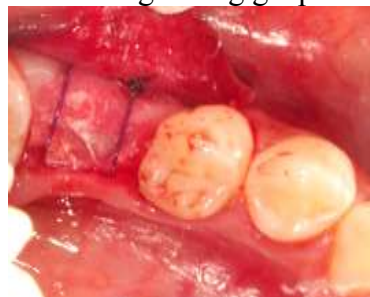
Tạo điểm lưu giữ và nuôi dưỡng xương ghép



Đặt implant âm xương 1mm



Ghép xương&màng collagen



Khâu cố định màng



Khâu đóng vạt

Hình 2: Quy trình khoan đặt implant và tái tạo xương có hướng dẫn (GBR)

Giai đoạn 2: Phẫu thuật đặt trụ lành thương và ghép lợi tự do tăng thể tích mô sừng hóa. Mô ghép lấy từ vùng khẩu cái, kích thước 15x8x2mm. Sau lấy mô ghép, vùng cho được che phủ bằng màng collagen.



Lành thương sau đặt implant
4,5 tháng



Đặt trụ lành thương kích thước
5x5mm



Tạo vạt bán phần, chuẩn bị
vùng ghép



Làm sâu ngách tiền đình



Lấy mảnh ghép lợi tự do



Cố định mảnh ghép với vùng nhận



Lành thương sau 4 tuần

Hình 3: Quy trình phẫu thuật đặt trụ lành thương và ghép lợi tự do

Giai đoạn 3: Lấy dấu kỹ thuật số và gắn phục hình sau cùng trên miệng bệnh nhân: Vị trí implant cũng như hình dạng mô mềm được lấy dấu với scanbody và máy quét trong miệng Trios 3. Mẫu hàm sau lấy dấu được thiết kế bằng phần mềm Exocad 3.1 và chế tác trên hệ thống in CAD/CAM (Roland

DWX52). Phục hình sau cùng là phục hình lai bắt vít và xi măng: răng sứ được gắn ngoài miệng bằng xi măng lưỡng trùng hợp ReplyX™ U200 trên abutment cá nhân hóa để kiểm soát chất gắn dư trước khi gắn cố định trên miệng bệnh nhân.



Lấy dấu kỹ thuật số với scanbody và máy quét trong miệng Trios 3



Gắn phục hình sau cùng trên miệng bệnh nhân

Hình 4: Quy trình kỹ thuật số cho phục hình sau cùng trên implant

IV. BÀN LUẬN

Tiêu xương sau nhổ răng là một quá trình không thể tránh khỏi và dễ dẫn đến những thay đổi đáng kể về kích thước sống hàm. Khi đó, cùng với điều trị phục hồi bằng cấy ghép implant nha khoa, ghép xương là kỹ thuật được khuyến cáo nhằm nâng cao chất lượng xương vùng phẫu thuật và tăng độ ổn định cho implant. Có nhiều kỹ thuật được áp dụng trong thực hành lâm sàng nhằm tăng thể tích xương nhưng tái tạo xương có hướng dẫn (GBR) được đề cập như một kỹ thuật hiệu quả với nhiều bằng chứng dựa trên những nghiên cứu can thiệp trên lâm sàng [4]. Tái tạo xương có hướng dẫn đồng thời với đặt implant mang lại kết quả tương tự như tái tạo xương và đặt implant hai thì.

Trong ca lâm sàng này, với bề rộng xương 4.7mm tại vị trí mào xương và khuyết hổng xương nhỏ ở 1/3 trên cổ implant, được phân loại B theo Misch - Judy [5] bác sĩ phẫu thuật đã lựa chọn cấy ghép implant kết hợp GBR đồng thời giúp giảm thiểu thời gian và số lần phẫu thuật.

Với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, việc tăng cấp máu, cố định và che phủ vật liệu ghép là một điều kiện cần thiết để tăng khả năng thành công cho điều trị. Vùng khuyết hổng xương nhỏ ở vị trí 1/3 trên cổ implant là vùng nhiều xương vỏ, xương đặc và ít mạch máu, việc tạo điểm chảy máu giúp tăng nuôi dưỡng, tránh hiện tượng hoại tử mô ghép.

Theo nghiên cứu của Burkhardt R (2010) việc khâu đóng vạt có co kéo với lực $> 0,1N$ làm tăng nguy cơ hở mép vết thương, lộ vùng mô và vật liệu ghép đến 40% [1]. Do đó, sau tiến hành đặt vật liệu ghép, khi vùng cần che phủ tăng thể tích so với sống hàm ban đầu, tăng độ che phủ vạt ở vùng phẫu thuật là điều cần thiết. Độ che phủ của vạt có thể được cải thiện nhờ các đường rạch giảm căng hay các kỹ thuật chuyên sâu như tách vạt bán phần, di dời vị trí bám cơ... và điều này cần được đánh giá và thực hiện ngay từ những bước đầu của phẫu thuật.

Một phần của tái tạo xương có hướng dẫn là màng che phủ vật liệu ghép tránh nguy cơ mô mềm xâm lấn. Việc cố định màng giúp định hình khối vật liệu ghép, tránh hiện tượng mất ổn định gây biến dạng mô ghép, viêm nhiễm, tăng nguy cơ thất bại của điều trị implant. Cố định màng có thể sử dụng vít hay các mũi khâu và trong trường hợp lâm sàng này, với khối vật liệu ghép nhỏ, ngách tiền đình trung bình, ít co kéo cơ, nguy cơ màng không di động nhiều, bác sĩ điều trị đã lựa chọn mũi khâu đệm ngang dưới màng xương, kỹ thuật đơn giản mà vẫn đem lại hiệu quả cao trong việc cố định màng ghép như đã được Istvan A.Urban và cộng sự đề cập [7].

Trong quan điểm điều trị implant trước đây, quản lý mô mềm được coi là yếu tố thẩm mỹ đơn thuần nhưng cùng với sự phát triển của cấy ghép nha khoa với những cập nhật mới, mô mềm được xem là yếu tố quan trọng, có vai trò như một hàng rào sinh học ngăn chặn vi khuẩn, nếu nó bị phá hủy hoặc

thiếu hụt thì vi khuẩn dễ dàng xâm nhập gây viêm nhiễm, ảnh hưởng đến sự tồn tại lâu dài của implant [8]. Tương tự như ghép mô liên kết, ghép lợi tự do được tiến hành thường quy cho các điều trị tăng thể tích mô sừng hóa. Mô ghép lợi tự do được lấy từ vòm miệng nhưng không loại bỏ lớp biểu mô mà ghép trực tiếp vào vùng cần điều trị giúp tăng độ dày mô mềm và chiều rộng mô sừng hóa. Ở trường hợp này, bệnh nhân được lấy mô ghép từ khẩu cái, bảo tồn lớp biểu mô; chuẩn bị vùng ghép với vạt bán phần và cố định mô ghép bằng các mũi khâu dính vào màng xương. Kết quả cho thấy tăng độ dày mô mềm và mô sừng hóa tại vị trí quanh implant.

Ở giai đoạn lấy dấu cho phục hình sau cùng trên implant, bác sĩ điều trị đã sử dụng máy quét trong miệng Trios 3 và scanbody để ghi dấu vị trí implant cũng như hình dạng mô mềm quanh implant. Quy trình số hóa này giúp tiết kiệm thời gian, tăng độ chính xác và tạo được sự hài lòng đối với bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu về việc phục hình có định trên implant có sử dụng quy trình kỹ thuật số như Joda T (2017) [7], Monaco C (2019)[6]...và kết quả sau cùng đạt yêu cầu cả về thẩm mỹ và chức năng như trong ca bệnh đang điều trị. Bác sĩ và bệnh nhân đều hài lòng với kết quả đạt được và quá trình điều trị đơn giản, tiết kiệm thời gian hơn.

V. KẾT LUẬN

Với trường hợp lâm sàng mất răng kèm thiếu hụt xương và mô sừng hóa, cấy implant

cùng với tái tạo xương có hướng dẫn và ghép lợi tự do là một lựa chọn phù hợp trong phục hồi tái lại răng đã mất, cũng như là tiền đề cho sự ổn định lâu dài của phục hồi với implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burkhardt R, Lang NP**, Role of flap tension in primary wound closure of mucoperiosteal flaps: a prospective cohort study. Clin Oral Implants Res; **21**(1): 50-4.
2. **Joda T, Ferrari M, Gallucci GO, Wittneben JG, Brägger U**, Digital technology in fixed implant prosthodontics. Periodontol 2000.(2017), **73**(1): 178-192.
3. **Kim YK, Ku JK**, Guided bone regeneration. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg (2020), **46**(5): 361-366.
4. **Liu J, Kerns DG**, Mechanisms of guided bone regeneration: a review. Open Dent J (2014), **8**: 56-65.
5. **Misch**, Dental Implant Prosthetics (2015), Elsevier-Mosby.
6. **Monaco C, Scheda L, Baldissara P, Zucchelli G**, Implant Digital Impression in the Esthetic Area. J Prosthodont (2019), **28**(5): 536-540.
7. **Urban IA, Lozada JL, Wessing B, et al**, Vertical Bone Grafting and Periosteal Vertical Mattress Suture for the Fixation of Resorbable Membranes and Stabilization of Particulate Grafts in Horizontal Guided Bone Regeneration to Achieve More Predictable Results: A Technical Report. Int J Periodontics Restorative Dent (2016), **36**(2): 153-9.
8. **Zucchelli G, Tavelli L, McGuire MK et al**, Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction. J Periodontol (2020), **91**(1): 9-16.

TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGÃ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Nguyễn Văn Hùng¹,
Nguyễn Thị Thúy Hiếu^{1,2}, Nguyễn Thị Thắm^{1,2}, Nguyễn Thị Thanh Thim^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngã là vấn đề thường gặp ở người cao tuổi và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỉ lệ và mối liên quan đến ngã ở bệnh nhân cao tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên đối tượng là bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 326 bệnh nhân cao tuổi, trong đó tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 38.3% và 61.7%; nhóm tuổi từ 60 đến dưới 70 tuổi gặp với tỉ lệ nhiều nhất (53.4%), nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm 9.5%; 95.1% đối tượng nghiên cứu sống cùng người thân. Tỉ lệ ngã trong vòng một năm là 15.1%, ngã tái phát chiếm 30.6%. Có mối liên quan giữa người trên 75 tuổi, giới nữ, nghe kém cả 2 tai, có tình trạng đau, són tiểu và sợ ngã với ngã ($p < 0.05$, OR lần lượt là 2.2, 2.12, 1.86, 2.4, 2.3, 4.2).

Từ khóa: ngã, người cao tuổi, khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

SUMMARY

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS WITH FALLS AMONG OLDER OUTPATIENT AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2022

Introduction: Fall is common problem in older people and that make serious consequences. **Aim:** Indentify prevalence and associated factors with falls among older outpatient at Haiphong Medical University Hospital. **Method:** A across-sectional study included 326 elderly patients of outpatient department at Hai Phong Medical University Hospital. **Result:** Male and female accounted in order for 38.3% and 61.7%; 60 to under 70 ages group is the most (53.4%), 80 and above ages group is 9.5%; 95.1% live with family. The incidence rate of fall in one year is 15.1%, in that recurrent fall is 30.6%. There are correlation between 75 and above, female, hear impairment both two year, pain, incontinent, fear of fall with fall ($p < 0.05$, OR in order is 2.2, 2.12, 1.86, 2.4, 2.3, 4.2)

Keywords: fall, elderly, out patient deparment, Hai Phong Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ngã là tình trạng không chủ ý rơi xuống đất, sàn nhà hoặc mức khác thấp hơn. Hàng năm, có khoảng 28 -35% người 65 tuổi bị ngã, con số

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: ntlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

này tăng lên 35-45% ở người trên 70 tuổi [2]. Tỷ lệ ngã tăng lên cùng với tuổi và mức độ suy yếu. Ngã gây ra nhiều chấn thương cần chăm sóc y tế với chi phí cao, thậm chí là tử vong. Ở nước ta, trong những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về ngã ở người cao tuổi, tuy nhiên các nghiên cứu này mới tập trung thực hiện tại các bệnh viện chuyên về chăm sóc người cao tuổi như Bệnh viện Lão khoa Trung ương hay khoa Lão của các bệnh viện, trong khi ngã cần được quan tâm chú ý ở bất kì người cao tuổi nào. Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng hàng ngày vẫn tiếp cận khám hàng chục người cao tuổi nhưng chưa có nghiên cứu nào về tình trạng ngã ở người cao tuổi. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ ngã trong vòng một năm trước thời điểm điều tra và một số yếu tố liên quan đến ngã ở người cao tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người ≥ 60 tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ngã do các nguyên nhân thiên tai, thảm họa, tai nạn giao thông; mắc các bệnh lý bẩm sinh về mắt, cơ quan vận động hoặc bệnh nhân có suy giảm nhận thức mức độ trung bình - nặng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng – số 225C Lạch Tray, Ngô Quyền, Hải Phòng trong thời gian từ tháng 7 đến hết tháng 9 năm 2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong một quần thể

$$n = \frac{[DEFF * Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu; Z là hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); p là tỷ lệ ngã của người cao tuổi (lấy $p = 0,31$ theo kết quả nghiên cứu Mỗi liên quan giữa ngã và sử dụng nhiều thuốc ở người bệnh cao tuổi đến khám tại bệnh viện lão khoa trung ương [1]; d là khoảng sai lệch giữa tỷ lệ của mẫu nghiên cứu và tỷ lệ thực trong quần thể, lấy $d = 0,05$. N là số NCT đến khám trong thời gian nghiên cứu, ước tính $N = 2500$. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 291 NCT. Lấy thêm 10% để phòng phiếu hỏng, được cỡ mẫu là 320. Cỡ mẫu thực tế lấy được là 326.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu đủ tiêu chuẩn theo phương pháp thuận tiện đến khi đủ cỡ mẫu cần nghiên cứu. Mỗi NCT chỉ được phỏng vấn một lần trong toàn bộ thời gian nghiên cứu bằng cách đối chứng lịch sử khám bệnh của bệnh nhân trong tháng với mã khám bệnh thu thập trên hồ sơ nghiên cứu.

2.6. Các biến số nghiên cứu

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, tình trạng sống chung). Thông tin về số lần ngã trong 1 năm trước, chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng đau, són tiểu, sợ ngã, tình trạng khó nhìn gần, khó nhìn xa, khó nhìn (gặp cả khó nhìn gần và khó nhìn xa), nghe kém cả 2 tai.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn bao gồm các nội dung: thông tin chung, số lần ngã trong 1

năm trước (tái ngã được tính trong trường hợp NCT có ngã từ 2 lần trở lên trong 1 năm trước), tình trạng đau, són tiểu, sợ ngã, tình trạng khó nhìn gần, khó nhìn xa, khó nhìn (gặp cả khó nhìn gần và khó nhìn xa).

Nghe kém được xác định bằng test nói thầm ở khoảng cách 0,5m

Sử dụng cân điện tử Tanita-BC 543 và thước Microtoise để xác định cân nặng và chiều cao. BMI được tính theo công thức cân nặng/(chiều cao)²

2.8. Xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm epidata 3.1, được xử lý và phân tích

bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả. Sử dụng test Chi - square Fisher – exactest để kiểm định các giả thuyết thống kê. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia sau khi được giải thích về nội dung và mục đích của nghiên cứu. Thông tin thu được không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ ngã ở người cao tuổi đến khám

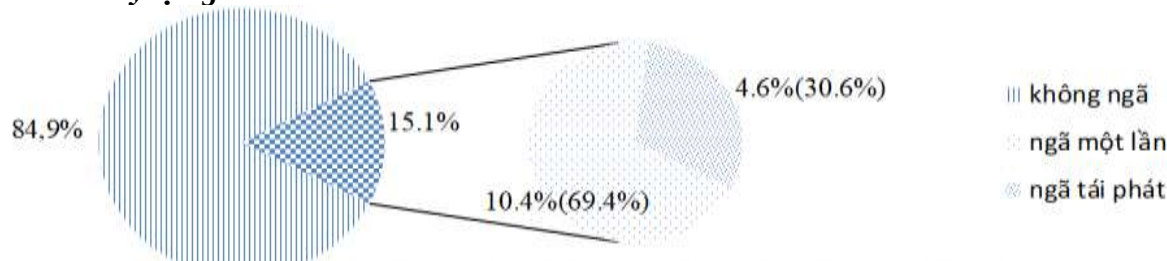
3.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=326)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	125	38,3
	Nữ	201	61,7
Tuổi	60 -<70	174	53,4
	70-<80	121	37,1
	Từ 80 tuổi trở lên	31	9,5
Tình trạng sống chung	Một mình	16	4,9
	Cùng người thân	310	95,1

Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu lần lượt là 61,7% và 38,3%. Nhóm tuổi từ 60 đến dưới 70 tuổi gặp với tỷ lệ nhiều nhất (53,4%), nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm 9,5%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống cùng người thân (chiếm 95,1%)

3.1.2. Tỷ lệ ngã



Hình 1: Tỷ lệ ngã ở người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Tỷ lệ ngã trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 15,1%, trong đó tỷ lệ ngã tái phát chiếm 30,6% (4,6%)

3.2. Một số yếu tố liên quan đến ngã

Bảng 2: Mối liên quan giữa đặc điểm nhân trắc và ngã

		Ngã		Không ngã		OR (95%CI)	P
		n	%	N	%		
Giới	Nữ	37	18,4	164	81,6	2,12 (1,0–4,7)	0,03*
	Nam	12	9,6	113	90,4		
Tuổi	≥ 75 tuổi	21	23,3	69	76,7	2.2 (1,1-4,4)	0,01*
	60 - < 75 tuổi	28	11,9	208	88,1		
BMI	< 18,5	3	25	9	75		p>005**
	18,5 – <23	25	16,9	123	83,1		
	≥ 23	21	12,6	145	97,4		

*Test Chi-square, **Fisher exact test

Tỉ lệ ngã theo giới ở nhóm nữ giới cao tuổi là 18,4% ở nam giới (9,6%), bệnh nhân nữ có xu hướng ngã cao gấp 2,12 lần so với nam giới; tỉ lệ ngã ở người từ 75 tuổi trở lên là 23,3% nhóm từ 60 đến dưới 75 tuổi (12,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ ngã trong nhóm BMI dưới 18,5, từ 18,5 đến dưới 23 và từ 23 trở lên lần lượt là 25%, 16,9% và 12,6%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Mối liên quan giữa suy giảm thị lực và thính lực với ngã

		Ngã		Không ngã		OR (95%CI)	P
		N	%	N	%		
Khó nhìn xa	Có	27	18,4	120	81,6		0,127
	Không	22	12,3	157	87,7		
Khó nhìn gần	Có	25	16,2	129	83,8		0,565
	Không	24	13,9	148	86,1		
Khó nhìn	Có	22	17,3	105	82,7		0,355
	Không	27	13,6	172	86,4		
Nghe kém 2 tai	Có	30	19,1	127	80,2	1,9 (1-3,6)	<0,05
	Không	19	11,2	150	88,8		

Tỉ lệ ngã ở nhóm khó nhìn, khó nhìn gần, khó nhìn xa đều cao hơn ở nhóm không có tình trạng tương tự, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ ngã trong nhóm có nghe kém 2 tai cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không gặp tình trạng này ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số tình trạng lão khoa đến ngã

		Ngã		Không ngã		OR (95%CI)	P
		n	%	N	%		
Đau	Có	34	20,1	135	79,9	2,4 (1,2 – 4,9)	<0,05
	không	15	9,6	142	90,5		
Són tiểu	Có	16	24,6	49	75,4	2,3 (1,1 – 4,6)	<0,05
	không	33	12,6	228	87,4		
Sợ ngã	Có	10	38,5	16	61,5	4,2 (1,5 – 10,6)	<0,01
	không	39	13,0	261	87,0		

Người cao tuổi có tình trạng đau, són tiểu, sợ ngã có tỉ lệ ngã cao hơn người không gặp các tình trạng này. Sự khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 326 bệnh nhân cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng với tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 61,7% và 38,3%; độ tuổi từ 60 đến dưới 70 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất (53,4%), nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm 9,5%. 95,1% đối tượng nghiên cứu sống cùng người thân.

4.1. Tỉ lệ ngã

Theo hình 1, tỉ lệ ngã trong một năm trước và tỉ lệ ngã tái phát của nghiên cứu lần lượt là 15,1% và 4,6%. Tỉ lệ này là thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Anh và các cộng sự thực hiện trên người cao tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018. Cụ thể, tỉ lệ ngã và ngã tái phát của tác giả Nguyễn Trung Anh lần lượt là 31% và 13,3% [1]. Sự khác biệt này là do có sự khác biệt trong đặc điểm đối tượng và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có nhóm người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên, là đối tượng có tỉ lệ ngã rất cao chỉ chiếm 9,5% (31 người), tỉ lệ này

trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Anh là 23,2% (101 người). Ngoài ra, việc khác biệt về địa điểm nghiên cứu có thể cũng là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này vì bệnh viện Lão khoa trung ương là bệnh viện tuyến đầu trong chăm sóc, điều trị cho người cao tuổi, bệnh nhân tới khám tại bệnh viện này cũng có thể gặp nhiều vấn đề sức khỏe nặng nề hơn ở các bệnh viện khác trong đó có bệnh viện Đại học Y Hải Phòng vì vậy mà tỉ lệ ngã và ngã tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn. Trên thực tế, các nghiên cứu cũng ghi nhận tỉ lệ ngã khác nhau ở các địa điểm nghiên cứu khác nhau. [2]

4.2. Một số yếu tố liên quan đến ngã

Kết quả ở bảng 2 cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, độ tuổi với tình trạng ngã. Cụ thể, nữ giới có xu hướng ngã nhiều hơn 2,12 lần so với nam giới, và người từ 75 tuổi trở lên có xu hướng ngã gấp 2.2 lần người trong độ tuổi từ 60 đến dưới 75 tuổi. Nghiên cứu theo dõi dọc trên người cao tuổi của 2 tác giả Aarti Nagarkar và Snehal Kulkarni tại Ấn Độ cũng cho thấy

nữ giới có xu hướng ngã cao hơn nam giới ($OR=1.3$) và người từ 75 tuổi có xu hướng ngã cao hơn so với nhóm cao tuổi trẻ hơn ($OR=1.15$)[4]. Mối liên quan giữa ngã và tuổi cũng được nêu trong nhiều tài liệu. Nguyên nhân là do sự suy giảm đáng kể về khối cơ theo độ tuổi, tuổi càng cao khối cơ càng suy giảm cho dù khối lượng cơ thể có thể không thay đổi. Thêm vào đó, từ 75 tuổi trở lên cũng ghi nhận những rối loạn liên quan đến hệ thần kinh trung ương giúp điều phối các động tác, thăng bằng và làm tăng nguy cơ ngã [2-5]. Sự khác biệt về tỉ lệ ngã liên quan đến giới tính là do nữ giới có khối cơ kém chắc khỏe hơn so với nam giới cùng độ tuổi. Ngoài ra, sau tuổi mãn kinh, khối của nữ giới có tốc độ suy giảm nhanh hơn so với nam giới [2]. Vì vậy cần đặc biệt chú ý phòng tránh té ngã cho người cao tuổi là nữ và trên 75 tuổi.

Cũng theo kết quả bảng 2, tỉ lệ ngã tỉ lệ ngã ở các nhóm có BMI dưới 18.5, từ 18.5 đến dưới 23 và trên 23 lần lượt là 25%, 16.9% và 12.6%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. BMI là công cụ đơn giản để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên tất cả các đối tượng. Tuy nhiên, ở NCT, con số BMI ghi nhận không phản ánh trung thực tình trạng khối cơ (trọng lượng khối cơ, sức mạnh khối cơ) là một trong những yếu tố quyết định đến sự vững chắc của cơ thể. Cụ thể, khi tuổi càng tăng lên khối cơ ngày càng mỡ hóa khiến cho trọng lượng toàn bộ cơ thể có thể không đổi mà trọng lượng khối cơ giảm dần cùng với chiều cao giảm dần do quá trình loãng xương xảy ra nên BMI hầu

như không thay đổi. Trọng lượng khối cơ càng suy giảm rõ rệt sau nhưng đợt bệnh cấp hoặc căng thẳng cấp tính. Những đợt bệnh như vậy khiến người bệnh khó có khả năng phục hồi lại khối cơ như ban đầu.

Theo kết quả bảng 3, tỉ lệ người cao tuổi bị ngã trong nhóm khó nhìn xa, khó nhìn gần, khó nhìn lần lượt là 18.4%, 16.2% và 17.3%, cao hơn so với tỉ lệ ngã trong nhóm tương ứng không gặp vấn đề về nhìn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$). Nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy người cao tuổi có suy giảm thị lực có nguy cơ ngã cao gấp 1.1 lần so với người cao tuổi không có suy giảm thị lực [4,5]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu mà chúng tôi thu thập được nhỏ hơn nhiều so với nghiên cứu này. Ngoài ra, sự khác biệt trong cách đo lường cũng có thể dẫn tới kết quả khác nhau trong các nghiên cứu. Do thời gian nghiên cứu có hạn, không gian khu vực nghiên cứu không đảm bảo để sử dụng bảng thị lực, nên chúng tôi lựa chọn phương pháp tự báo cáo để đánh giá tình trạng khó nhìn của người cao tuổi tham gia nghiên cứu điều này có thể dẫn đến các sai số. Bên cạnh đó, một số nguyên nhân gây khó nhìn gần và khó nhìn xa phải được kể tới là các tật khúc xạ, bao gồm cận thị trước đó và viễn thị do lão có thể cải thiện bằng kính mắt phù hợp. Đây là biện pháp can thiệp có chi phí tương đối rẻ mà hầu hết người cao tuổi có thể tiếp cận được, vì vậy mà tình trạng khó nhìn đã được cải thiện, không thực sự trở thành vấn đề gây tăng tỉ lệ ngã ở người cao tuổi. Cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn,

phương pháp đánh giá chính xác hơn để làm rõ vấn đề này

Cũng theo kết quả bảng 3, nhóm người cao tuổi nghe kém cả 2 tai có xu hướng ngã cao hơn so với nhóm còn lại (19.1% so với 11.2%, $p < 0.05$, $OR = 1.86$). Nghiên cứu tác giả Aarti Nagarkar thực hiện tại Ấn Độ cũng cho thấy người cao tuổi có suy giảm thính lực có nguy cơ ngã cao hơn 1.3 lần so với nhóm không có suy giảm thính lực[2]. Nghe kém có nhiều nguyên nhân khác nhau có thể do tổn thương thần kinh ốc tai, bệnh lý tai trong, hay tiếp xúc với tiếng ồn lớn lâu ngày. Bên cạnh đó, nghe kém còn gặp do tình trạng dây tai lấp đầy lỗ tai khiến cho cản trở việc nghe. Các nguyên nhân khác nhau này có thể các can thiệp phù hợp khác nhau do các bác sĩ Tai – mũi – họng cung cấp. Vì vậy cần sàng lọc nghe kém ở người cao tuổi và chuyển bác sĩ để có những xử trí phù hợp như là biện pháp dự phòng té ngã cho người cao tuổi.

Theo kết quả bảng 4, người cao tuổi gặp tình trạng đau, són tiểu và sợ ngã có tỉ lệ ngã lần lượt là 20.1%, 24.6%, 38.5% cao hơn người cao tuổi không gặp những tình trạng này ($p < 0.05$, OR lần lượt là 2.4, 2.3, 4.2). Nghiên cứu của tác giả Fiona M Blyth thực hiện tại New South Wales, Australia trên 3509 người cho thấy những người tự báo cáo có tình trạng đau vừa và đau nặng có liên quan đến tăng tỉ lệ ngã ($OR = 1.42$, $p = 0.0001$)[6]. Đau là tình trạng khá thường gặp ở người cao tuổi và là một trong những nguyên nhân gây giảm chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, điều này chưa được quan tâm

đúng mực. Thậm chí, có nhiều quan điểm cho rằng đau là điều tất nhiên của tuổi già và sợ dùng thuốc giảm đau gây nhiều tác dụng phụ, điều này làm cho người cao tuổi thường không kể về tình trạng đau cho bác sĩ để có những can thiệp phù hợp. Trên thực tế, đau làm giảm chất lượng cuộc sống thậm chí dẫn đến trầm cảm, đau làm cho NCT khó vận động và di chuyển, cử động và phối hợp động tác khó khăn. Nhiều nghiên cứu cho thấy, người cao tuổi thậm chí gặp đau ở nhiều vị trí khác nhau với nhiều mức độ khác nhau bao gồm cả trung bình và nặng. Vì vậy cần chú ý sàng lọc đau cho NCT.

Nghiên cứu theo dõi dọc của tác giả Fuzhong Li và các cộng sự trên 256 người trên 70 tuổi đến khám ở các phòng khám ban đầu tại Portland, Oregon, Mỹ cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng sợ ngã và ngã ($OR = 1.36$, $p < 0.001$) [7]. Sợ ngã khiến cho NCT giảm vận động và giảm sức mạnh khối cơ dẫn đến gia tăng ngã ở NCT. Vì vậy cần chú ý đánh giá sợ ngã cho NCT.

Nghiên cứu của phân tích gộp của tác giả Chiarelli PE về ngã và tiểu tiện không tự chủ cũng cho thấy có mối những người có tiểu tiện không tự chủ làm tăng tỉ lệ ngã ($OR = 1.49$, 95% CI 1.36 - 1.54)[8]. Tiểu tiện không tự chủ không chỉ làm giảm chất lượng, sự hài lòng cuộc sống mà còn là yếu tố nguy cơ của suy giảm chức năng vận động là yếu tố nguy cơ của ngã và chấn thương. Tiểu tiện không tự chủ còn là dấu hiệu chỉ điểm của sự suy yếu, là nguyên nhân của hội chứng lão khoa. Người cao tuổi thường coi việc tiểu tiện không tự chủ là điều khiến họ mất sự tự tin

nên điều này rất ít khi được chia sẻ với bác sĩ và khiến cho tình trạng này bị bỏ lọt, giảm cơ hội phát hiện và phòng tránh việc té ngã cho người cao tuổi. Vì vậy, trong việc phòng tránh ngã cho NCT cần chú ý phát hiện tiền triệu không tự chủ.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ ngã ở người cao tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là 15.1%, tỉ lệ ngã tái phát là 4.6%. Có mối liên quan người trên 75 tuổi, nữ giới, nghe kém cả 2 tai, có tình trạng đau, són tiểu và sợ ngã với ngã ($p < 0.05$, OR lần lượt là 2.2, 2.12, 1.86, 2.4, 2.3, 4.2).

VI. KIẾN NGHỊ

Cần chú ý phòng tránh ngã cho người cao tuổi đặc biệt là nữ giới, từ 75 tuổi trở lên, nghe kém 2 tai, có tình trạng đau, són tiểu và sợ ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Anh, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Ngọc Tâm và các cộng sự. Mối liên quan giữa ngã và sử dụng nhiều thuốc ở người bệnh cao tuổi. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 (2022), **17(3)**: p33-38.
2. Aarti Nagarkar and Snehal Kulkarni. Association between daily activities and fall in older adults: an analysis of longitudinal ageing study in India (2017–18). MC Geriatrics, 2022, **22**, 203.
3. WHO. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age, 2007
4. Robert L. Berg and Joseph S. Cassells, The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability: Falls in Older Persons: Risk Factors and Prevention, 1992, 263-291
5. WHO. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017
6. Fiona M Blyth, Robert Cumming, Paul Mitchel, et al. Pain and falls in older people. European Journal of pain. 2007 Jul; **11(5)**: p564-71
7. Fuzhong Li, K. John Fisher, Peter Hammer et al. Fear of Falling in Elderly Persons: Association With Falls, Functional Ability, and Quality of Life. Journal of Gerontology: Psychological sciences. 2003, **58B(5)**, p283–290
8. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG et al. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. Aust J Physiother. 2009; **55(2)**: p89–95

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER THULIUM TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Bá Phước¹, Lương Văn Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng Laser Thulium. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng Laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Thời gian can thiệp phẫu thuật trung bình $46,63 \pm 12,83$ phút, thời gian đặt sonde niệu đạo - bàng quang trung bình của bệnh nhân là $3,38 \pm 0,80$ ngày. Tỷ lệ bệnh nhân bí đái sau rút sonde niệu đạo - bàng quang là 12,5%; nhiễm tiết niệu là 5%; hẹp niệu đạo là 5,0% và có 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ (2,5%); không có bệnh nhân nào bị hội chứng nội soi và tiểu không kiểm soát, xơ chít hẹp cổ bàng quang sau 3 tháng điều trị. Trọng lượng tuyến tiền liệt và thể tích nước tiểu tồn dư giảm sau điều trị ($p < 0,001$). **Kết luận:** Áp dụng kỹ thuật mới Laser Thulium để cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Kiến An là hiệu quả, an toàn và khả thi.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, Laser Thulium, Kiến An.

SUMMARY

ASSESSMENT THE RESULTS OF TREATMENT FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA BY LASER THULIUM AT KIEN AN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG IN 2020

Objective: Assessment the results of treatment for benign prostatic hyperplasia by Laser Thulium. **Subjects and methods:** 40 patients with benign prostatic hyperplasia were treated by Laser Thulium at Kien An general hospital, Hai Phong from January 2020 to December 2020. **Conclusions:** The mean surgical intervention time was 46.63 ± 12.83 minutes, the mean time of urethral-bladder catheterization of the patients was 3.38 ± 0.80 days. The rate of patients with urinary retention after urethral-bladder catheter removal was 12.5%; urinary tract infection was 5%; urethral stricture was 5.0% and 1 patient had postoperative bleeding (2.5%); there were no patients with endoscopic syndrome and urinary incontinence, bladder neck stricture after 3 months of treatment. Prostate weight and residual urine volume decreased after treatment ($p < 0.001$). **Conclusion:** Applying new technique Laser Thulium for endoscopic ablation of benign prostatic hyperplasia at Kien An Hospital is effective, safe and feasible.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, Laser Thulium, Kien An.

¹Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Khoảng một nửa số nam giới sẽ bị các triệu chứng liên quan đến BPH TSLT-TTL sau này trong cuộc đời [1].

Theo hướng dẫn điều trị TSLT-TTL của Hiệp hội Tiết Niệu Hoa Kỳ 2010 và Hiệp hội Tiết Niệu châu Âu 2016 [2] thì cắt đốt nội soi bằng điện đơn cực qua ngả niệu đạo vẫn là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, cắt đốt nội soi bằng điện đơn cực vẫn còn tồn tại nhiều bất lợi chưa thể cải thiện được như biến chứng chảy máu, hội chứng cắt đốt nội soi, nhiễm khuẩn niệu, thời gian đặt thông và nằm viện kéo dài... Năm 2010, tác giả Bach T và cộng sự đã chỉ ra rằng LASER thể hệ mới nhất - LASER Tm:YAG (LASER Thulium: Yttrium-Aluminium-Garnet) với bước sóng liên tục 2 μm mang nhiều đặc tính vật lý ưu việt hơn tất cả các loại LASER khác đã được sử dụng trong điều trị TSLT-TTL trước đây [3]. Trong các nghiên cứu sử dụng Tm:YAG để cắt đốt nội soi TSLT-TTL như nghiên cứu của các tác giả Vũ Lê Chuyên [4], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [5] các tác giả ghi nhận tình trạng chảy máu ngay trong và sau phẫu thuật, thời gian đặt thông niệu đạo - bàng quang và thời gian nằm viện giảm xuống đáng kể khi so sánh với cắt đốt nội soi bằng điện đơn cực.

Với những đặc điểm ưu việt như vậy, việc chọn LASER Tm:YAG trong cắt đốt nội soi là một yêu cầu bức thiết mà bất cứ phẫu thuật viên nào cũng phải đặt ra khi đứng trước bệnh nhân có chỉ định điều trị ngoại khoa trong giai đoạn hiện nay, đặc biệt đối với các bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý kết hợp

hoặc thể trạng suy kiệt. Sử dụng Laser Tm:YAG trong cắt đốt nội soi nhằm mục đích tăng hiệu quả điều trị và giảm thời gian đặt thông, thời gian nằm viện nhờ giới hạn các tai biến, biến chứng kể trên.

Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng lựa chọn kỹ thuật Laser Thulium gây bay hơi áp dụng cho điều trị bệnh TSLT-TTL từ tháng 01 năm 2020. Câu hỏi đặt ra là kết quả điều trị của phương pháp này như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả nội soi điều trị TSLT-TTL bằng Laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo tiền liệt tuyến bằng Laser Thulium tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Kiến An.

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 kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020 có tổng số 40 bệnh nhân TSLT-TTL được điều trị bằng Laser Thulium tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

2.3. Quy trình phẫu thuật

Chúng tôi chỉ thực hiện kỹ thuật bóc hơi (ThuVaP) và bóc hơi cắt đốt ThuVaRP) tương tự như kỹ thuật gọt vỏ trái quýt (tangerine technique). Vô cảm: tê tủy sống, nếu thất bại hoặc có chống chỉ định thì mê nội khí quản. Tư thế bệnh nhân: Tư thế sinh khoa. Nước ròng rửa được đưa vào là nước muối sinh lý với áp lực 40-60cm.

Giai đoạn 1: Cắt thùy giữa: Hai đường cắt dọc đầu tiên ở vị trí 5h và 7h bắt đầu từ cổ bàng quang đến gặp nhau tại ụ núi. Tiếp theo, dùng dây tia tiếp tục cắt đốt thùy giữa lúc này đã nằm trọn giữa vị trí 5h và 7h. Nếu thùy giữa có kích thước lớn, có thể thực hiện thêm đường cắt ngang ngay trước ụ núi nhằm mục đích nối 2 đường cắt 5h, 7h với nhau, hướng thao tác có thể tiến tới hoặc kéo lùi tùy theo mức độ thuận tiện của phẫu thuật viên trong lúc mổ.

Giai đoạn 2: Cắt 2 thùy bên: Có 6 vị trí đường cắt ở 2 thùy là 1h, 3h, 5h đối với thùy trái và 7h, 9h, 11h đối với thùy phải. Sau khi cắt thùy giữa, vùng ụ núi và cổ bàng quang đã tương đối thông thoáng nên có thể xác định được 6 đường cắt này. Đối với thùy trái, thực hiện vết cắt hình cánh cung từ 5h đến 3h và 1h ở vị trí ụ núi. Đưa dây tia Tm:YAG cắt đốt vào chủ mô TTL từ vỏ TTL đến niệu đạo theo hướng ngang, từ ụ núi đến cổ bàng quang theo hướng dọc.

Giai đoạn 3: Cắt mặt trước (vị trí 12h): Đường cắt ở vị trí 12h từ cổ bàng quang đến ụ núi, sau đó tiến hành cắt đốt đường vòng

cung ngang từ 11h - 1h. Vị trí này tương đối khó thao tác nên thường chọn chế độ đốt bốc hơi.

Giai đoạn 4: Cắt đốt những mô còn sót và làm mặt cắt cho bằng phẳng. Lấy mẫu mô ra ngoài bằng 2 cách: Súc rửa mẫu mô bằng bơm thủy tinh nếu mẫu cắt nhỏ; dùng LASER cắt nhỏ mô u và súc rửa lấy ra.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt bằng test χ^2 (chi-square test) với các biến định tính, test t-student với các giá trị trung bình giữa 2 nhóm, test ANOVA với ≥ 3 giá trị trung bình. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Không thực hiện thủ thuật hoặc phẫu thuật xâm hại đến cơ thể bệnh nhân mà không có sự đồng thuận và giấy cam kết trước mổ của bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân TSLT-TTL được điều trị bằng Laser Thulium, tuổi trung bình của các bệnh nhân là $69,7 \pm 10,7$ tuổi, tuổi thấp nhất là 45 tuổi; cao nhất là 96 tuổi.

Bảng 1. Thời gian mổ trung bình của bệnh nhân (n = 40)

Trọng lượng tiền liệt tuyến (gram)	Số bệnh nhân (n)	Thời gian mổ (phút)
25 - 39	13	$41,92 \pm 8,55$
40 - 59	19	$48,42 \pm 15,73$
> 60	8	$50,00 \pm 9,64$
Chung	40	$46,63 \pm 12,83$
R = 0,241		

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình của bệnh nhân là $46,63 \pm 12,83$ phút. Giữa trọng lượng tiền liệt tuyến và thời gian mổ có tương quan tuyến tính thuận với $R = 0,241$.

Bảng 2. Thời gian đặt sonde niệu đạo - bàng quang

Thời gian đặt sonde niệu đạo - bàng quang	Giá trị (ngày)
Thấp nhất	2
Cao nhất	6
Trung bình	3,38 ± 0,80

Nhận xét: Thời gian đặt sonde niệu đạo - bàng quang trung bình của bệnh nhân là 3,38 ± 0,80 ngày, thấp nhất là 2 ngày, cao nhất là 6 ngày.

Bảng 3. Công thức máu, điện giải trước và sau phẫu thuật (n = 40)

Công thức máu	Trước (X ± SD)	Sau (X ± SD)	Hiệu số	p
Số lượng hồng cầu (T/l)	4,29 ± 0,50	4,09 ± 0,49	0,20 ± 0,04	< 0,05
Hemoglobin (g/l)	126,33 ± 13,82	121,35 ± 14,81	4,97 ± 0,83	< 0,05
Hematocrit (l/l)	0,366 ± 0,037	0,346 ± 0,036	0,02 ± 0,014	< 0,05
Na ⁺ (mmol/l)	138,23 ± 4,76	136,98 ± 3,37	1,25 ± 0,59	> 0,05
K ⁺ (mmol/l)	3,66 ± 0,38	3,60 ± 0,26	0,06 ± 0,05	> 0,05

Nhận xét: Số lượng hồng cầu, hemoglobin và hematocrit trung bình trước và sau phẫu thuật giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nồng độ Na⁺ và K⁺ trung bình trước và sau phẫu thuật giảm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật

Tai biến, biến chứng phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong mổ	-	-
Chảy máu sau mổ	1	2,5
Hội chứng cắt đốt nội soi	-	-
Bí tiểu sau rút sonde niệu đạo - bàng quang	5	12,5
Nhiễm khuẩn tiết niệu	2	5,0
Biến chứng muộn (hẹp niệu đạo)	2	5,0
Tiểu không kiểm soát	-	-

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bí đái sau rút sonde niệu đạo - bàng quang là 12,5%; nhiễm khuẩn tiết niệu, biến chứng muộn (hẹp niệu đạo) là 5,0% và có 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ (2,5%).

Bảng 5. Mức độ rối loạn tiểu tiện theo IPSS trước và sau điều trị

Mức độ rối loạn tiểu tiện theo IPSS	Trước điều trị		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Rối loạn nhẹ	-	-	9	22,5	34	85,0
Rối loạn trung bình	-	-	31	77,5	6	15,0
Rối loạn nặng	40	100	-	-	-	-
Điểm IPSS (X ± SD)	29,38 ± 2,58		10,28 ± 3,47		4,6 ± 2,10	
p	< 0,01					

Nhận xét: Điểm IPSS trước và sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 6. Điểm chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị

Điểm QoL	Trước điều trị		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	-	-	32	80	40	100
Tạm được	14	35	8	20	-	-
Không chịu được	26	65	-	-	-	-
Điểm (X ± SD)	4,78 ± 0,92		1,72 ± 0,78		1,2 ± 0,40	
p < 0,01						

Nhận xét: Sau điều trị 3 tháng, 100% bệnh nhân có điểm chất lượng cuộc sống tốt. Sự khác biệt giữa điểm chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 7. So sánh thể tích nước tiểu tồn dư trên siêu âm trước và sau điều trị

Nhóm triệu chứng	Thể tích nước tiểu tồn dư (ml)		
	Trước điều trị (X ± SD)	Sau 1 tháng (X ± SD)	Sau 3 tháng (X ± SD)
Nhóm bí đái		18,75 ± 6,3	15,63 ± 5,2
	n = 24	n = 24	n = 24
Nhóm không bí đái	75,31 ± 19,39	18,38 ± 7,63	15,12 ± 6,3
	n = 16	n = 16	n = 16
Chung	75,31 ± 19,39	18,60 ± 6,77	15,56 ± 5,7
		n = 40	n = 40
p < 0,001			

Nhận xét: Trọng lượng nước tiểu tồn dư trên siêu âm sau 1 tháng và 3 tháng giảm so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 8. Trọng lượng tuyến tiền liệt trên siêu âm trước và sau điều trị

Trọng lượng (gram)	Trọng lượng tuyến tiền liệt (gram)		
	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
25 - 39	32,31 ± 3,84	17,62 ± 3,15	16,52 ± 2,14
40 - 59	47,26 ± 5,29	22,47 ± 3,22	20,67 ± 3,12
> 60	68,00 ± 4,89	32,51 ± 3,16	30,45 ± 3,15
Chung	46,55 ± 13,56	22,90 ± 6,16	20,86 ± 5,16
p < 0,001			

Nhận xét: Có sự khác biệt về trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình trước và sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong các can thiệp nội soi qua niệu đạo điều trị TSLT-TTL thì thời gian phẫu thuật rất quan trọng vì liên quan đến biến chứng chảy máu trong khi phẫu thuật và liên quan đến lượng dịch hấp thụ vào tuần hoàn trong quá trình can thiệp. Thời gian phẫu thuật là thời gian được tính từ lúc bắt đầu cắt u đến lúc kết thúc đốt cầm máu. Thời gian phẫu thuật trung bình là $46,63 \pm 12,83$ phút. So với thời gian phẫu thuật cắt nội soi TTL qua niệu đạo TURP trong nghiên cứu của tác giả Vũ Sơn tại Thái Bình (2011) thì thời gian can thiệp của chúng tôi ngắn hơn ($46,63$ phút so với $53,6$ phút) [6].

Thời gian rút sonde niệu đạo-bàng quang: Do khả năng cầm máu tốt nên không cần phải tưới rửa bàng quang kéo dài, chỉ cần hết tác dụng phụ của gây tê tủy sống là có thể rút thông tiểu được. Việc rút bỏ ống thông niệu đạo sớm giúp bệnh nhân dễ chịu hơn, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường niệu, giảm thời gian nằm viện. Tại Bệnh viện Kiến An đây là kỹ thuật mới được triển khai, để giảm thiểu các tai biến, biến chứng cho bệnh nhân thời gian lưu thông niệu đạo vẫn còn dài trung bình $3,38 \pm 0,80$ ngày.

Hội chứng cắt đốt nội soi (CĐNS): Đây là một tai biến rất ít gặp, có thể xảy ra cấp tính ngay trong lúc phẫu thuật hay xảy ra từ từ sau mổ trong vòng 1-2 ngày. Trong nghiên cứu này, nhờ sử dụng năng lượng LASER Tm:YAG mà chúng tôi có thể dùng nước muối sinh lý làm dung dịch tưới rửa trong quá trình CĐNS. Độ thẩm thấu của dung dịch muối thường là xấp xỉ gần với độ thẩm thấu của NaCl trong máu. Nhờ vậy làm giảm đáng kể tình trạng hấp thụ một lượng lớn dịch tưới rửa trong lúc phẫu thuật vào tuần hoàn không gây ra tình trạng loãng máu và giảm Na^+ máu. Trong 40 bệnh nhân thì

không có trường hợp nào có triệu chứng của hội chứng nội soi được ghi nhận, nồng độ Na^+ trung bình trước phẫu thuật là $138,23 \pm 4,76$ mmol/l và sau phẫu thuật là $136,98 \pm 3,37$ mmol/l. Các tác giả trong nước sử dụng năng lượng LASER Tm:YAG cũng không ghi nhận hội chứng CĐNS.

Chảy máu trong thời gian hậu phẫu: Là tình trạng thông niệu đạo ra máu đỏ sau mổ có ảnh hưởng đến huyết động của bệnh nhân, về lâm sàng như mạch nhanh và huyết áp tụt, về cận lâm sàng có Hct và Hb giảm. Chỉ định truyền máu khi Hb nhỏ hơn 9 g/dL. Trong nghiên cứu không có trường hợp nào chảy máu trong mổ và chảy máu ngay sau phẫu thuật phải truyền máu. Mức độ giảm hemoglobin và hồng cầu thay đổi không đáng kể.

Nhiễm khuẩn đường niệu: Biến chứng nhiễm khuẩn niệu là một biến chứng hay gặp trong CĐNS qua ngã niệu đạo, có thể gây ra nhiễm trùng huyết, rất nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, nguyên nhân có thể lây nhiễm tại chỗ hoặc ngược dòng trong hoặc sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu có 2 bệnh nhân (5,0%) biểu hiện nhiễm khuẩn đường niệu ngay sau điều trị: sốt $>38,5^{\circ}\text{C}$, kích thích niệu đạo sau khi rút thông tiểu, đái buốt, nước tiểu có máu; các bệnh nhân được cấy máu và cấy nước tiểu âm tính, tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu niệu dương tính. Đây là những bệnh nhân có tình trạng viêm TTL mạn tính được phát hiện ra trong khi thực hiện phẫu thuật. Chúng tôi xử trí bằng cách bổ xung thêm kháng sinh, tình trạng nhiễm khuẩn đường niệu được cải thiện và kiểm soát sau 5 ngày.

Bí tiểu sau rút thông niệu đạo: Đây là biến chứng thường gặp sau bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực. Sau khi rút thông niệu đạo bàng quang bệnh nhân không tiểu được

hoặc tiểu rất khó. Nguyên nhân thường là do còn viêm nhiễm phù nề, do còn sót mảnh cắt hay máu cục, do giảm trương lực cơ bàng quang. Trong 40 bệnh nhân, chúng tôi gặp bí tiểu sau khi rút sonde tiểu là 5 bệnh nhân (12,5%) do viêm nhiễm phù nề và còn sót mảnh cắt. Bệnh nhân được đặt lại thông niệu đạo, điều trị kháng sinh, chống viêm, sau 3 ngày bệnh nhân được rút sonde và đi tiểu được.

Tiểu không kiểm soát tạm thời: Một trong những biến chứng đáng lo ngại và gây phiền toái nhất với bệnh nhân là tiểu không kiểm soát. Để phòng ngừa tai biến này, không đi quá ụ núi để giảm nguy cơ tổn thương cơ thắt ngoài. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị tiểu không kiểm soát sau điều trị, có thể lý giải là do nguyên lý laser cầm máu tốt nên kiểm soát thủ thuật tốt tránh được việc gây ra tổn thương cơ thắt ngoài của bệnh nhân và việc tuân thủ chặt chẽ các giới hạn điều trị tại mốc giải phẫu nội soi trong quá trình can thiệp sẽ hạn chế được biến chứng này. Nghiên cứu của tác giả Xu P và cộng sự (2018) tỷ lệ tiểu không kiểm soát là 5 trường hợp (9,6%), tình trạng này tự thuyên giảm sau 1 đến 2 tuần mà không cần can thiệp gì [7]; nghiên cứu của Reddy và cộng sự (2018) có 9 trường hợp (24,3%) tiểu không kiểm soát tạm thời (bệnh nhân tự hồi phục không cần can thiệp) và 1 trường hợp (2,7%) tiểu không kiểm soát vĩnh viễn [8].

Chảy máu thứ phát: Chảy máu thứ phát sau mổ là 1 trường hợp (2,5%), đây là trường hợp bệnh nhân đã ra viện được 1 tuần sau đái máu và đã được nhập viện lại đặt sonde niệu đạo - bàng quang để làm giảm áp lực lên cổ bàng quang khi đi tiểu, sau đó rửa bàng quang để tránh hình thành máu cục. Sau 5 ngày bệnh nhân được rút thông niệu đạo và

xuất viện. Nguyên nhân chảy máu sau mổ có thể là do tăng huyết áp, do đốt cầm máu không kỹ hoặc đốt quá nhiều, khi chỗ đốt bị hoại tử và bong ra sau ngày thứ 6 gây chảy máu thứ phát.

Biến chứng muộn: Hẹp niệu đạo, xơ chít hẹp cổ bàng quang. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp (5%) hẹp miệng sáo sau mổ, bệnh nhân đã được nong miệng sáo bằng Beniqué. Biến chứng hẹp niệu đạo, xơ chít, hẹp cổ bàng quang là biến chứng muộn có thể xảy ra khi điều trị can thiệp tuyến tiền liệt qua đường nội soi niệu đạo. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa thấy trường hợp nào bị xơ chít hẹp cổ bàng quang, có thể với thời gian theo dõi 3 tháng trong nghiên cứu là chưa đủ dài để những biến chứng muộn này xuất hiện.

Sự cải thiện điểm số IPSS sau 1 tháng và 3 tháng: Điểm số IPSS trung bình trước mổ là $29,38 \pm 2,58$ điểm, trong đó thấp nhất là 24 điểm và cao nhất là 34 điểm. Tất cả 40 trường hợp (100%) đều ở mức độ nặng (20-35 điểm). Điểm IPSS trung bình tái khám sau 1 tháng $10,28 \pm 3,47$ điểm; 3 tháng $4,6 \pm 2,1$ điểm và nhóm bệnh nhân rối loạn tiểu tiện mức độ nặng không còn bệnh nhân nào. Điểm IPSS trước và sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng khác nhau cho thấy có sự cải thiện đáng kể điểm số IPSS.

Sự cải thiện điểm số QoL sau 1 tháng và 3 tháng: Một yếu tố quan trọng để đánh giá chất lượng cũng như hiệu quả của điều trị TSLT-TTL chính là chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Điểm số QoL trung bình trước điều trị là $4,78 \pm 0,92$ điểm. Sau điều trị 1 tháng, 3 tháng lần lượt là $1,72 \pm 0,78$ điểm và $1,2 \pm 0,4$ điểm, so với trước điều trị có sự cải thiện rõ về điểm số QoL.

Thể tích nước tiểu tồn dư và trọng lượng TTL trên siêu âm sau 1 tháng và 3 tháng: Kết

quả cho thấy thể tích nước tiểu tồn dư của 16 trường hợp không bị bí đái trước điều trị là 75,31 ml, sau điều trị 1 tháng là 18,38 ml tại thời điểm 3 tháng là 15,12 ml ($p < 0,001$). Trọng lượng TTL trên siêu âm là một thông số khách quan để đánh giá và lựa chọn phương pháp điều trị, tiên lượng hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu này chúng tôi chia thành 3 nhóm trọng lượng TTL: nhóm có trọng lượng TTL từ 25 - 39 gram, nhóm trọng lượng TTL từ 40 - 59 gram và nhóm trọng lượng TTL trên 60 gram để xem xét mức độ cải thiện trọng lượng TTL sau điều trị của các nhóm này. Trước điều trị trọng lượng TTL trung bình của toàn bộ nghiên cứu là 46,55 gram, sau điều trị 1 tháng là 22,90 gram và 3 tháng là 20,86 gram. Có sự giảm rõ trọng lượng TTL sau điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Xem xét mức giảm trọng lượng TTL sau điều trị 1 tháng theo các nhóm, chúng tôi thấy mức giảm về trọng lượng TTL về bình thường ở nhóm 25 - 39 gram tốt hơn hai nhóm còn lại. Trước điều trị nhóm này có trọng lượng TTL trung bình là 32,31 gram sau 1 tháng là 17,62 gram và tại thời điểm 3 tháng là 16,52 gram. Có thể thấy trọng lượng TTL tăng sinh còn sót lại khá nhiều sau điều trị ở nhóm trọng lượng trên 60 gram (68 gram giảm còn 32 gram), điều này phù hợp với hướng dẫn của Hiệp hội niệu học châu Âu là laser bay hơi nên chỉ định cho tuyến nhỏ hơn 60 gram [9].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bước đầu áp dụng kỹ thuật mới LASER Tm:YAG để cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Kiến An là hiệu quả, an toàn và khả thi, đặc biệt áp dụng cho những bệnh nhân có nhiều bệnh lý kết hợp hoặc bệnh nhân già yếu, suy kiệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Das K, Buchholz N.** Benign prostate hyperplasia and nutrition. Clin Nutr ESPEN. 2019; 33: p5-11.
2. **Gravas S, Bach T, Bachmann A, et al.** European Association of Urology Guidelines. 2016: p23 -32.
3. **Bach T, Xia SJ, Yang Y, et al.** Thulium: YAG 2 mum cw laser prostatectomy: where do we stand?. World J Urol. 2010 ; 28(2): p163-8.
4. **Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oanh, Nguyễn Tuấn Vinh và cộng sự.** Bước đầu ứng dụng LASER Thulium với bước sóng liên tục 2- μ m trong điều trị bướu lành tuyến tiền liệt. Y học TP Hồ Chí Minh. 2012; 16: p116-121.
5. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Thái.** Ứng dụng LASER Thulium với bước sóng liên tục 2 μ m trong điều trị bướu lành tuyến tiền liệt. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2014; 18: p372-377.
6. **Vũ Sơn, Phạm Ngọc Khải, Trần Văn Nam và cộng sự.** Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được theo dõi tại cộng đồng dân cư của tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học thực hành. 2011; 769+770: p154-162.
7. **Xu P, Xu A, Chen B, et al.** Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP?. Asian J Urol. 2018; 5(1): p48-54.
8. **Reddy NM.** Safety and efficacy of Transurethral Bipolar Enucleation of prostate (TUBE) in BPH. Int J Med Res Rev. 2018; 6: p243-251.
9. **Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, et al.** EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Eur Urol. 2013; 64(1): p118-40.

NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HOÁ HỌC VÀ TÁC DỤNG CHỐNG OXY HÓA CỦA CÂY SÀI HỒ NAM THU HÁI TẠI HẢI PHÒNG

Đinh Thị Quyên¹, Phạm Thị Minh Hà¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl., Asteraceae) mọc hoang ở các vùng nước mặn, có hàm lượng polyphenol cao với 44mg/g. Để tăng căn cứ và khả năng sử dụng các loài thực vật phân bố ở khu vực ven biển, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát thành phần hóa học và tác dụng chống oxy hóa. Kết quả thu được: Sài hồ nam có chứa các nhóm chất: flavonoid, sterol, saponin, đường khử, và tanin; khả năng dọn gốc tự do giảm dần theo thứ tự sau: ethylacetat>n-hexan>nước. Cao toàn phần và ethylacetat có hoạt tính dọn gốc tự do DPPH rõ rệt với IC₅₀ là 89.6 và 30.2 µg/mL.

Từ khóa: Sài hồ nam, *Pluchea pteropoda*, chống oxy hóa, DPPH

SUMMARY

STUDY ON CHEMICAL COMPOSITION AND ANTIOXIDANT EFFECT OF “SAI HO NAM” COLLECTED IN HAI PHONG

“Sài hồ nam” (*Pluchea pteropoda* Hemsl., Asteraceae) is distributed in salt water areas, has the high polyphenol content with 44mg/g. In order to search clear evidence and usability of species distributed in coastal areas, we conducted this study with the aim of investigating the chemical composition and antioxidant effects. The results obtained: “Sài hồ nam” contains

flavonoids, sterols, saponins, reducing sugars, and tannins; Free radical scavenging capacity decreases in the following order: ethylacetate>n-hexane>water. Total extract and ethylacetate had significant DPPH radical scavenging activity with IC₅₀ 89.6 and 30.2 µg/mL.

Keywords: Sài hồ nam, *Pluchea pteropoda*, antioxidant, DPPH

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl., Asteraceae) mọc hoang ở các vùng nước mặn như Nam Định, Quảng Ninh, Ninh Bình... Loài này cũng được tìm thấy ở Hải Phòng. Trong dân gian hay dùng loài này thay cho Sài hồ bắc để chữa sốt [2]. Qua kết quả sàng lọc sơ bộ thành phần polyphenol trong một số cây thuốc thu hái tại ven biển Hải Phòng, Sài hồ nam có hàm lượng polyphenol cao nhất với 44mg/g. Các nghiên cứu về thành phần hóa học và tác dụng sinh học của loài này còn rất hạn chế. Chỉ có một số nghiên cứu trước đây đã báo cáo về sự có mặt của triterpenoid[3], flavonoid, saponin[2]. Một loài gần giống với loài này là *Pluchea indica*, hay còn gọi là Cúc tần phân bố chủ yếu ở các vùng nước ngọt. Loài này có tác dụng chống oxy hóa,[7] kháng vi sinh vật và chống viêm [6]. Do đó, để tăng căn cứ và khả năng sử dụng các loài thực vật phân bố ở khu vực ven biển, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát thành phần hóa học và tác dụng chống oxy hóa của Sài hồ nam thu hái tại Hải Phòng.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu



Hình 1. Cây Sài hồ nam trong tự nhiên

Toàn cây Sài hồ nam thu hái tại Cát Hải, Hải Phòng vào tháng 6 năm 2022 (Hình 1). Sau khi thu hái, mẫu được đem rửa sạch, phơi hoặc sấy khô ở 60°C, bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh. Mẫu nghiên cứu được định danh là *Pluchea pteropoda* và lưu mẫu tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Nghiên cứu thành phần hóa học của mẫu nghiên cứu

a. Định tính bằng các phản ứng hóa học

Các nhóm chất chính được định tính bằng các phản ứng trong ống nghiệm thường quy [5].

b. Định tính bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng

Sử dụng phương pháp sắc ký lớp mỏng pha thuận. Trong đó:

- Pha tĩnh: bản mỏng Silicagel G
- Pha động: hỗn hợp dung môi n-hexan:ethyl acetat có tỷ lệ thích hợp

- Dung dịch thử: cao chiết toàn phần ethanol, và các phân đoạn n-hexan, ethyl acetat, nước được pha trong methanol ở nồng độ 1mg/ml.

Hiện màu bằng cách quan sát dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 366 và 254 nm, và hiện màu bằng dung dịch H₂SO₄ 10% trong cồn [4].

2.2.2. Nghiên cứu tác dụng chống oxy hóa in vitro

Dịch chiết MeOH toàn phần và các phân đoạn được thử tác dụng dọn gốc tự do bằng phương pháp DPPH (2,2-Diphenyl-1-picrylhydrazyl). DPPH là một gốc tự do tương đối ổn định, có màu đỏ tím, hấp thụ cực đại ở bước sóng 517-520nm. Khi DPPH bị dọn (nhận thêm electron để chuyển thành dạng bền) bởi 1 chất chống oxy hóa sẽ chuyển sang màu vàng. Sự giảm màu tại bước sóng 517-520nm khi có mặt mẫu thử so với mẫu chứng chứng minh mẫu thử có hoạt tính chống oxy hóa [8].

Tiến hành: Hỗn hợp phản ứng gồm 0,5 mL dung dịch thử và 0,5 mL dung dịch DPPH 50 μ g/mL. Hỗn hợp được ủ trong bóng tối ở 37°C trong 15 phút. Sau đó đo giá trị mật độ quang bằng máy đo quang ở bước sóng 517nm. Tiến hành song song với mẫu chứng gồm 0,5 mL MeOH và 0,5 mL dung dịch DPPH 50 μ g/mL.

Hoạt tính khử gốc tự do được tính theo công thức:

$$I\% = \frac{Ac - At}{Ac - A_0} \times 100$$

Trong đó:

I%: phần trăm ức chế

Ac: độ hấp thụ của mẫu chứng

At: độ hấp thụ của mẫu thử

A₀: độ hấp thụ của mẫu trắng (sử dụng methanol)

Giá trị IC₅₀ của mẫu được tính dựa theo đồ thị giữa nồng độ mẫu thử (C) và phần trăm ức chế (I%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu về thành phần hoá học

3.1.1. Định tính sơ bộ các nhóm chất bằng phản ứng hóa học

Các nhóm chất chính được định tính bằng các phản ứng hóa học trong ống nghiệm. Chiết xuất cao được liệm với ethanol 96⁰, lọc, cất loại dung môi dưới áp suất giảm thu được cao ethanol toàn phần. Chiết phân đoạn lần lượt với n-hexan, ethyl acetat thu được các phần cần tương ứng: cần phân đoạn n-hexan, cần phân đoạn ethyl acetat, cần phân đoạn nước. Sau khi chiết xuất các phân đoạn, phân đoạn n-hexan tiến hành phản ứng định tính carotene, chất béo, sterol; phân đoạn etyl acetat tiến hành phản ứng định tính alkaloid, glycoside tim, flavonoid, coumarin; phân đoạn nước tiến hành phản ứng định tính saponin. Kết quả định tính sơ bộ các nhóm chất có trong mẫu nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1. Kết quả định tính sơ bộ các nhóm chất trong cây Sài hồ nam

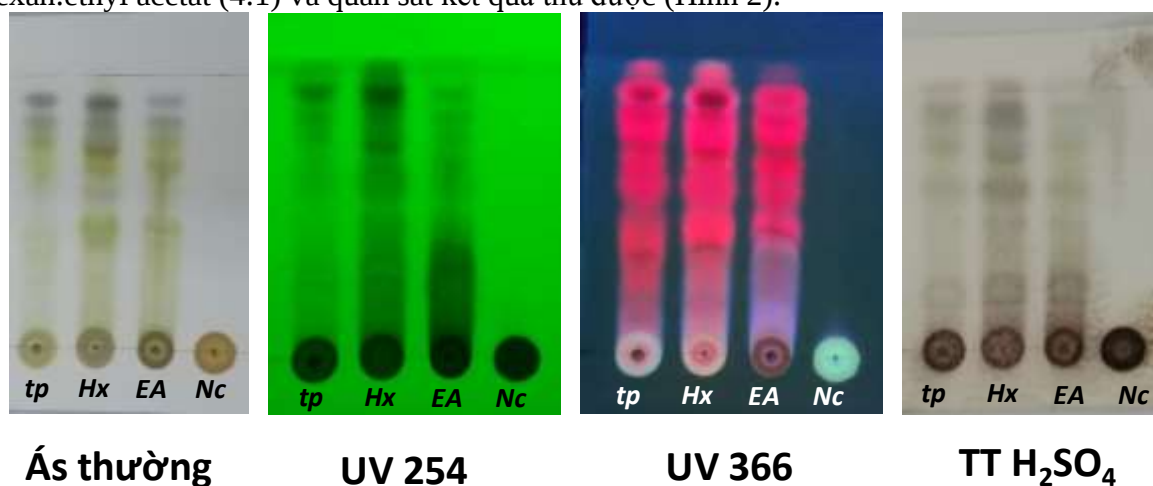
STT	Tên nhóm chất	Phản ứng	Kết quả	Kết luận
1	Flavonoid	Phản ứng với kiềm	+	Có
		Phản ứng với FeCl ₃ 5%	+	
		Phản ứng Cyanidin	+	
		Phản ứng với hơi amoniac	+	
2	Alcaloid	Phản ứng Mayer	-	Không có
		Phản ứng Dragendorff	-	
		Phản ứng Bouchardat	-	
3	Glycosid tim	Phản ứng Baljet	-	Không có
		Phản ứng Liberman-Bouchardat	+	
		Phản ứng Legal	-	
		Phản ứng Keller-Kiliani	-	
4	Coumarin	Phản ứng với FeCl ₃ 5%	+	Không có
		Phản ứng với thuốc thử Diazo	-	
		Mở, đóng vòng lacton	-	
5	Saponin	Hiện tượng tạo bọt	+	Có
6	Anthranoid	Phản ứng Bonrntrager	-	Không

7	Sterol	Phản ứng với anhydric acetic và H ₂ SO ₄ đặc	+	Có
8	Đường khử tự do	Phản ứng Fehling	+	Có
9	Chất béo	Vết mờ trên giấy lọc	+	Không
10	Carotenoid	Phản ứng với H ₂ SO ₄ đậm đặc	+	Không
11	Tanin	Phản ứng với FeCl ₃ 5%	+	Có
		Phản ứng với chì acetat 10%	+	
		Phản ứng với Gelatin 1% trong NaCl	+	

(-): phản ứng âm tính; (+): phản ứng dương tính

3.1.2. Định tính một số chất từ mẫu nghiên cứu bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng

Chuẩn bị dịch chiết toàn phần và các phân đoạn. Tiến hành chấm sắc ký cao ethanol toàn phần và 3 phân đoạn n-hexan, ethyl acetat, nước trên cùng một bản mỏng với hệ dung môi n-hexan:ethyl acetat (4:1) và quan sát kết quả thu được (Hình 2).



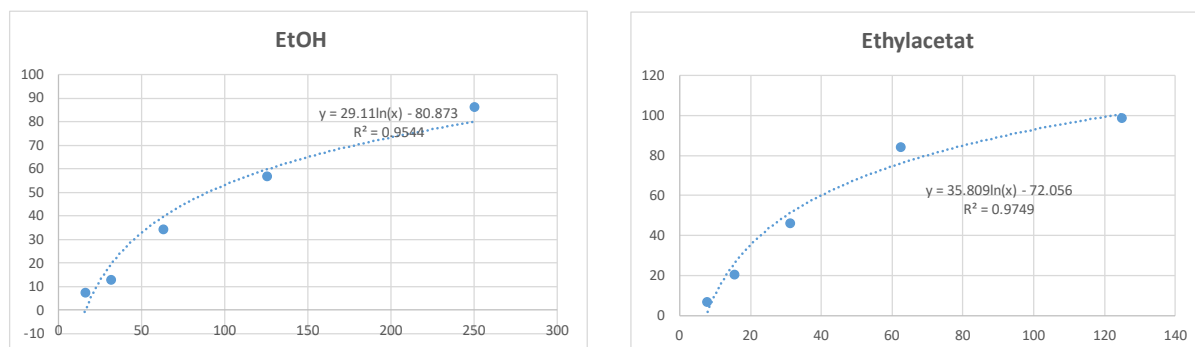
Hình 2. Sắc ký đồ cao tổng và các phân đoạn dịch chiết

Từ kết quả chạy SKLM sau khi hiện màu với TT H₂SO₄ 10% của các phân đoạn có thể thấy rằng phân đoạn n-hexan và phân đoạn ethyl acetat có các vết tương đương nhau về hệ số R_f. Tuy nhiên, dưới ánh sáng UV cả 254 và 366 nm, phân đoạn n-hexan có các vết tập trung nhiều ở nửa trên bản mỏng trong khi ở phân đoạn ethyl acetat, các vết tập trung nhiều ở nửa dưới bản mỏng. Khi hiện màu bằng thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn, các vết được tách khá rõ.

3.2. Tác dụng chống oxy hóa in vitro

Cao các phân đoạn được pha trong dung môi MeOH ở nồng độ 500μg/mL để sàng lọc

tác dụng gốc tự do DPPH. Hỗn hợp phản ứng gồm 0,5 mL dung dịch thử và 0,5 mL dung dịch DPPH 50μg/mL. Hỗn hợp được ủ trong bóng tối ở 37°C trong 15 phút. Sau đó đo giá trị mật độ quang bằng máy đo quang ở bước sóng 517nm. Tiến hành song song với mẫu chứng gồm 0,5 mL MeOH và 0,5 mL dung dịch DPPH 50μg/mL. Thí nghiệm được lặp lại 3 lần, lấy giá trị trung bình ở mỗi nồng độ của mẫu thử. Kết quả thu được tác dụng gốc tự do của cao toàn phần, phân đoạn n-hexan, ethylacetat, và nước ở nồng độ 500μg/mL lần lượt là 85%, 46%, 95%, và 42%.



Hình 3. Hoạt tính dọn gốc tự do DPPH của cao toàn phần và ethylacetat

Các mẫu có kết quả khả năng dọn gốc tự do DPPH lớn hơn 50% được chọn để xác định IC₅₀ bằng cách sử dụng dãy nồng độ pha loãng. Kết quả thu được, hoạt tính dọn gốc tự do DPPH phụ thuộc nồng độ của các mẫu cao toàn phần và ethylacetat như Hình 3. IC₅₀ của các phân đoạn được tính toán dựa trên các phương trình hồi quy. Kết quả thu được, nồng độ tại đó mẫu thử loại bỏ được 50% gốc tự do DPPH của cao toàn phần và ethylacetat lần lượt là 89.6 và 30.2 μg/mL.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thành phần hóa học

Kết quả định tính các nhóm chất hữu cơ bằng phản ứng hóa học đặc trưng cho thấy Sài hồ nam có chứa các nhóm chất: flavonoid, sterol, saponin, đường khử, và tanin. Trong số các nhóm chất này, flavonoid là nhóm chất phổ biến nhất trong tự nhiên và có nhiều tác dụng sinh học đáng chú ý: chống oxy hóa, bảo vệ tế bào gan, giảm co thắt cơ trơn, chống loét dạ dày, tác dụng tăng tuần hoàn, an thần, chống ung thư. Hầu như rất ít tài liệu công bố về thành phần hóa học của loài *P. pteropoda*. Tuy nhiên, sự có mặt của các hợp chất saponin và flavonoid trong dược liệu này cũng đã được báo cáo [2].

Từ kết quả sắc ký đồ định tính sơ bộ dịch chiết cây Sài hồ nam trong hệ dung môi n-hexan:ethyl acetat (4:1) quan sát dưới ánh

sáng thường, ánh sáng UV ở 2 bước sóng 254nm, 366nm và sau khi hiện màu với thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn. Kết quả này định hướng cho việc khảo sát sâu hơn thành phần hóa học của cây Sài hồ nam tương ứng với hoạt tính sinh học mà nó mang lại.

4.2. Về tác dụng chống oxy hóa

Kết quả cho thấy trong các mẫu thử, khả năng dọn gốc tự do giảm dần theo thứ tự sau: ethylacetat>n-hexan>nước. Cao toàn phần và ethylacetat có hoạt tính chống oxy hóa rõ rệt với IC₅₀ 89.6 và 30.2 μg/mL. Trong khi đó n-hexan và nước thể hiện hoạt tính yếu ngay cả ở nồng độ 500 μg/mL.

Tác dụng chống oxy hóa này có thể liên quan đến sự có mặt của các nhóm hợp chất polyphenol trong dược liệu, bao gồm: flavonoid, coumarin hay tanin. Các tác dụng dược lý liên quan đến chống oxy hóa không chỉ phụ thuộc vào hoạt tính chống oxy hóa nhưng việc thử nghiệm sàng lọc bằng biện pháp này giúp định hướng và rút ngắn thời gian nghiên cứu tìm ra các thuốc điều trị mới [1].

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình nghiên cứu và làm thực nghiệm, đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hoá học của cây Sài hồ nam thu hái tại Hải Phòng**” thu được một số kết luận sau:

➤ Về thành phần hóa học

- Bằng phản ứng hóa học đặc hiệu có thể nhận biết sự có mặt của các hợp chất flavonoid, sterol, saponin, đường khử, và tanin.

- Sau khi tiến hành SKLM, hệ dung môi n-hexan : ethyl acetat (4:1) được lựa chọn để thu kết quả tách tốt, có thể được sử dụng làm điều kiện để định tính cao chứa được liệu nghiên cứu hoặc để phân lập các hợp chất trong các nghiên cứu sâu hơn về thành phần hóa học.

➤ Về tác dụng chống oxy hóa

- Cao toàn phần và ethylacetat có hoạt tính chống oxy hóa mạnh với IC₅₀ là 89.6 và 30.2 µg/mL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hồng Cường, Dương Thị Hảo, Phương Thiệu Thương:** Nghiên cứu tác dụng chống oxy hóa của lá thạch châu Trung Bộ (*Pyrenaria jonquieriana* Pierre). Tạp chí Dược học 2017, 57(10):25-29.
2. **Đỗ Tất Lợi:** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Hà Nội NXB Y Học; 2015, p. 633-634.
3. **Đoàn Thanh Tường, Đỗ Đình Răng,:** Một số kết quả nghiên cứu về thành phần hoá học cây Sài hồ Việt Nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl.). Tạp chí Hóa học 2000, 4:1-3.
4. **Mai NTT:** Kiểm nghiệm dược liệu. Thành phố Hồ Chí Minh: NXB ĐHQG Hồ Chí Minh; 2020: 32.
5. **Farnsworth NR:** Biological and phytochemical screening of plants. Journal of pharmaceutical sciences 1966, 55(3):225-276.
6. **Buapool D, Mongkol N, Chantimal J, Roytrakul S, Srisook E, Srisook K:** Molecular mechanism of anti-inflammatory activity of *Pluchea indica* leaves in macrophages RAW 264.7 and its action in animal models of inflammation. Journal of Ethnopharmacology 2013, 146(2):495-504.
7. **Ernawati, Suryadi H, Mun'im A:** Effect of gamma irradiation on the caffeoylquinic acid derivatives content, antioxidant activity, and microbial contamination of *Pluchea indica* leaves. Heliyon 2021, 7(8):e07825.
8. **Ghazzawi HA, Al-Sayyed HF, Al-Kurd RtA, Mwalla MM, Arafat TA, AbdelQader SM:** Effect of different extraction solvents on the antioxidant content and capacity of nine seasonal fruits. Clinical Nutrition Open Science 2021, 38:33-42.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH NHÓM BETA-LACTAM CỦA VI KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG TỪ NĂM 2021 ĐẾN NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Trần Thị Ngân^{1,2},
Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Hà Quang Tuấn¹, Vũ Đức Cảnh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu đã tiến hành phân tích kết quả xét nghiệm của 4130 mẫu bệnh phẩm vi sinh tại bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ năm 2021 đến năm 2022 nhằm mô tả một số đặc điểm kháng kháng sinh nhóm betalactam của một số vi khuẩn điển hình. Kết quả nghiên cứu cho thấy vi khuẩn *Staphylococcus aureus* đã kháng với Penicillin G với tỷ lệ 98%. Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với Cefotaxime với tỷ lệ 26%, Cefepime là 19%, Cefazoline là 27%, Cefuroxime là 23%, Cefazoline là 45% và 15% với Meropenem và Imipenem, 16% với Ertapenem. Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* đã kháng với Meropenem với tỷ lệ 30% (65/216 mẫu bệnh phẩm), kháng với Imipenem với tỷ lệ 28% (61/215 mẫu bệnh phẩm). Kết quả nghiên cứu đã cung cấp dữ liệu về tính đề kháng kháng sinh beta-lactam của các vi khuẩn điển hình tại bệnh viện nhằm hỗ trợ các bác sĩ trong việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Beta-lactam; kháng kháng sinh

SUMMARY

THE SITUATION OF BACTERIAL RESISTANCE TO BETA-LACTAM ANTIBIOTICS AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL FROM 2021 TO 2022

The study analyzed the test results of 4130 microbiological specimens at Hai Phong International General Hospital from 2021 to 2022 to describe some characteristics of betalactam antibiotic resistance of some bacteria. Our results showed that *Staphylococcus aureus* were resistant to Penicillin G with the rate of 98%. *Klebsiella pneumoniae* bacteria are resistant to Cefotaxime with the rate of 26%, Cefepime of 19%, Cefotaxime of 27%, Cefuroxime of 23%, Cefazoline of 45% and 15% with Meropenem and Imipenem, 16% with Ertapenem. *Pseudomonas aeruginosa* bacteria was resistant to Meropenem with the rate of 30% (65/216 samples), resistant to Imipenem with the rate of 28% (61/215 samples). Our results have provided data on the resistance to beta-lactam antibiotics of typical bacteria in hospitals to assist doctors in selecting and using safe and effective antibiotics.

Keywords: Beta-lactam; Antibiotic resistant

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

³Cục quản lý dược

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: nttphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc kháng sinh được phát hiện và ứng dụng sớm nhất là penicilin, vào những năm 40 của thế kỷ XX. Từ khi phát hiện ra kháng sinh penicilline đến nay, hàng trăm loại kháng sinh và các thuốc tương tự đã được

phát minh và đưa vào sử dụng. Sự ra đời của kháng sinh đã đánh dấu kỷ nguyên phát triển mới của y học về điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Nhóm beta-lactam là một họ kháng sinh rất lớn, bao gồm các kháng sinh có cấu trúc hóa học chứa vòng beta-lactam. Khi vòng này liên kết với một cấu trúc vòng khác sẽ hình thành các phân nhóm lớn tiếp theo: nhóm penicilin, nhóm cephalosporin và các beta-lactam khác [1]. Tuy nhiên, tình trạng kháng beta-lactam hiện nay đã và đang trở thành một vấn đề lâm sàng nghiêm trọng. Kháng kháng sinh đã và đang là mối đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống của người dân và sự phát triển tổng thể, bền vững của mỗi quốc gia. Ở Việt Nam, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đang phải đối mặt với tốc độ lan rộng các vi khuẩn kháng với nhiều loại kháng sinh. Mức độ và tốc độ kháng thuốc ngày càng gia tăng, đang ở mức báo động. Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng là một bệnh viện ngoài công lập, phân hạng 3 quận huyện, với quy mô 500 giường bệnh với gần 20 chuyên khoa. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Phương năm 2020 [1], vi khuẩn *Escherichia coli* kháng kháng sinh nhóm Beta-lactam với tỷ lệ khá cao (từ 1% (Imipenem) đến 29% (cefuroxime)). Tuy nhiên, vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae* còn nhạy cảm với nhóm kháng sinh này với tỷ lệ kháng là 0%. Cefuroxime là kháng sinh có tỷ lệ bị kháng cao nhất với 42,7%. Trong đó vi khuẩn là *Acinetobacter baumannii* và *Pseudomonas aeruginosa* có tỉ lệ kháng kháng sinh với các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem từ 4,2% đến 5,2% . Việc sử dụng thuốc kháng sinh cần được chú trọng qua công tác quản lý, giám sát sử dụng thuốc thường xuyên. Kiến thức về hệ vi khuẩn và tỷ lệ kháng kháng

sinh đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc quyết định lựa chọn thuốc của các nhà lâm sàng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm kháng kháng sinh nhóm Beta-lactam của vi khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ năm 2021 đến năm 2023” nhằm mô tả một số đặc điểm kháng kháng sinh nhóm betalactam của một số vi khuẩn điển hình góp phần tăng cường các biện pháp giám sát sử dụng kháng sinh trong điều trị và phòng tránh kháng kháng sinh trong bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phiếu kết quả nuôi cấy vi sinh và kháng sinh đồ các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân gửi về khoa vi sinh bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các phiếu có đầy đủ thông tin của mẫu, bệnh nhân và lịch sử sử dụng thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mẫu phiếu kết quả thiếu các thông tin cần thiết và mẫu phiếu phân tích từ bệnh phẩm ngoại viện.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên hệ thống lưu trữ dữ liệu đơn thuốc điện tử của bệnh viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ 4130 phiếu kết quả phân tích mẫu bệnh phẩm thu thập tại bệnh viện đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Nhóm nghiên cứu lấy toàn bộ phiếu kết quả mẫu bệnh phẩm của bệnh viện phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Tỷ lệ nhạy, trung gian, kháng của các kháng sinh thuộc nhóm beta-lactam

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin trong nghiên cứu được thu thập dựa vào bệnh án điện tử trong năm 2021-2022, hiện được lưu trữ tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22. Số liệu kết quả tình trạng kháng kháng sinh (KKS) được trình bày theo tần số và tỷ lệ %.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng theo Quyết định số: QĐ 137/2022/ĐKQT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trên tổng số 4130 mẫu bệnh phẩm, có 1378 mẫu được làm kháng sinh đồ với kháng

sinh penicillin G, trong số đó có 46,66% mẫu được định danh vi khuẩn Streptococcus group B với tỷ lệ nhạy cảm là 100%. 34,11% mẫu bệnh phẩm được thử kháng sinh đồ với penicillin G có kết quả cấy định danh là vi khuẩn Staphylococcus aureus, tuy nhiên tỷ lệ kháng là 98%, tỷ lệ kháng của vi khuẩn này với kháng sinh oxacillin là 50% . Vi khuẩn Streptococcus pneumoniae đã kháng penicillin G với tỷ lệ 38%, kháng với oxacillin 99% (Bảng 1).

Trong số 2217 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính được thử kháng sinh đồ với Amipicillin, 1186 mẫu cho kết quả là vi khuẩn Escherichia coli với tỷ lệ kháng là 88%, tỷ lệ này với kháng sinh Amoxicillin + acid clavulanic là 29%, Ampicillin + Sulbactam là 100%. 664 (100%) mẫu bệnh phẩm Streptococcus group B còn nhạy cảm với Amipicillin. 144 (67%) mẫu bệnh phẩm nuôi cấy cho kết quả Klebsiella pneumoniae còn nhạy cảm với kháng sinh Amoxicillin + acid clavulanic. Vi khuẩn Acinetobacter baumannii đã kháng Ampicillin + Sulbactam với tỷ lệ 80%, tương đương 12/65 mẫu bệnh phẩm làm kháng sinh đồ (Bảng 2).

Bảng 1: Tỷ lệ nhạy, kháng, trung gian của vi khuẩn với kháng sinh penicillin G và oxacillin

STT	Tên vi khuẩn	Penicillin G (n=1378)				Oxacillin (n=237)		
		S (n (%))	R (n (%))	I (n (%))	Tổng (n(%))	S (n (%))	R (n (%))	Tổng (n (%))
1	Staphylococcus aureus	13 (3)	457 (98)		470 (34,11)	31(17)	151(83)	182 (68,94)
2	Staphylococcus saprophyticus	39 (62)	24 (39)		63 (4,57)	6(50)	6(50)	12(2,27)
3	Staphylococcus spp.	1 (50)	1 (50)		2 (0,15)	1		
4	Streptococcus group A	1 (100)			1 (0,07)			
5	Streptococcus group B	643			643			

		(100)			(46,66)			
6	Streptococcus group C	2 (100)			2(0,15)			
7	Streptococcus group D	1(100)			1 (0,07)			
8	Streptococcus group G	1 (100)			1 (0,07)			
9	Streptococcus spp,	11 (100)			11 (0,8)			
10	Streptococcus pneumoniae	21 (39)	20 (38)	13 (25)	54 (3,92)	1 (1)	70 (99)	71 (26,89)
11	Enterococcus faecalis	53 (93)	4 (8)		57 (4,14)			
12	Enterococcus (khác)	27 (80)	7 (21)		34 (2,47)			
13	Staphylococcus lugdunensis	3 (60)	2 (40)		5 (0,36)	4 (100)		4 (1,52)
14	Staphylococcus non coagulase	2 (23)	7 (78)		9 (0,65)		1 (100)	1 (0,38)
15	Enterococcus faecium	7 (30)	17 (71)		24 (1,74)			
16	Listeria monocytogenes	1 (100)			1 (0,07)			
Tổng					1378 (100)			264 (100)

Khi phân tích tình hình kháng kháng sinh cephalosporin, chúng tôi phân tích đại diện của 4 thể hệ được sử dụng phổ biến tại bệnh viện bao gồm: Cefazolin, Cefuroxime, Cefotaxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Cefepime. Trong số 2711 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính được thử kháng sinh đồ với Cefepime, 1201 mẫu cho kết quả là vi khuẩn *Escherichia coli* với tỷ lệ kháng là 20%, tỷ lệ này với kháng sinh Ceftriaxone là 36%, Ceftazidime là 31%, Cefotaxime là 53%, Cefuroxime là 56%. 26% (59/227) mẫu bệnh phẩm *Klebsiella pneumoniae* kháng với Ceftazidime, tỷ lệ này là 19% với Cefepime, 27% với Cefotaxime, 23% với Cefuroxime và 45% với Cefazoline. Vi khuẩn 26% 102(84%) mẫu bệnh phẩm *Streptococcus pneumoniae* còn nhạy cảm với Ceftriaxone, tỷ lệ này là 54% với Cefepime, 52% với Cefotaxime. 98% mẫu *Neisseria*

gonorrhoeae còn nhạy cảm với Ceftriaxone (Bảng 3)

Trong số 1903 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính được thử kháng sinh đồ với Meropenem, 1209 mẫu cho kết quả là vi khuẩn *Escherichia coli* với tỷ lệ nhạy cảm là 99%, tỷ lệ này tương đương với kháng sinh Imipenem và Ertapenem. Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với kháng sinh carbapenem với tỷ lệ tương đương (15% với Meropenem và Imipenem, 16% với Ertapenem. Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* đã kháng với Meropenem với tỷ lệ 30% (65/216 mẫu bệnh phẩm), kháng với Imipenem với tỷ lệ 28% (61/215 mẫu bệnh phẩm). Trong số 71 mẫu bệnh phẩm được nuôi cấy cho kết quả *Acinetobacter baumannii* cả Imipenem và Meropenem đã kháng với tỷ lệ 86% và 85%, tuần tự (Bảng 4).

Bảng 2: Tỷ lệ nhạy, kháng, trung gian của vi khuẩn với kháng sinh thuộc phân nhóm Aminopenicillin

S T T	Tên vi khuẩn (n(%))	Ampicillin (n=2217)				Amoxicillin + acid clavunalic (n=1888)				Ampicillin + Sulbactam (n=207)			
		S (n (%))	R (n (%))	I (n (%))	Tổng (n(%))	S (n (%))	R (n (%))	I (n (%))	Tổng (n(%))	S (n (%))	R (n (%))	I (n (%))	Tổng (n(%))
1	Escherichia coli	123 (10)	1046 (88)	17 (1)	1186	662 (56)	339 (29)	194 (17)	1195		3 (100)		3
2	Streptococcus group B	644 (100)			644								
3	Haemophilus influenzae	1 (1)	119 (98)	2 (2)	122	68 (56)	54 (45)		122				
4	Enterococcus faecalis	62(9 8)	1(2)		63								
5	Enterococcus (others)	27(8 2)	6(18)		33								
6	Proteus mirabilis	11 (37)	19 (63)		30	30 (74)	5 (13)	6 (15)	41				
7	Klebsiella pneumoniae		28 (97)	1 (3)	29	144 (67)	62 (29)	9 (5)	215	4 (58)	3 (43)		7
8	Vibrio parahaemolyticus	2 (8)	22 (88)	1 (4)	25	24 (100)			24				
9	Enterococcus faecium	6 (25)	18 (75)		24								
10	Streptococcus spp.	11 (100)			11								
11	Haemophilus parainfluenzae	3 (38)	5 (63)		8	4 (50)	4 (50)		8				
12	Aeromonas hydrophila/caviae	2 (40)	3 (60)		5	2 (100)			2				
13	Plesiomonas shigelloides		4 (100)		4	3 (100)			3	3 (100)			3
14	Salmonella typhi					4 (100)			4				
15	Salmonella paratyphi B					13 (82)	2 (13)	1 (7)	16	3 (60)		2 (40)	5
16	Salmonella spp.					23 (86)	1 (4)	3 (12)	27	15 (79)	1 (6)	3 (16)	19
17	Citrobacter koseri					3 (100)			3				

Bảng 3. Tỷ lệ nhạy, kháng, trung gian của vi khuẩn với kháng sinh thuộc phân nhóm cephalosporin

4	3	2	1	STT	
Acinetobacter baumannii	Pseudomonas aeruginosa	Klebsiella	Escherichia coli	Tên vi khuẩn (n%)	
					Thế hệ 1
					Thế hệ 2
1 (1)				Thế hệ 3	
58 (85)					
9 (13)					
68					
12 (17)	162 (75)	164 (72)	721 (60)	Thế hệ 4	
60 (83)	42 (19)	59 (26)	369 (31)		
	12 (6)	4 (2)	118 (10)		
72	216	227	1208		
		3 (100)	7 (64)		
			4 (36)		
		3	11		
10 (14)	169 (78)	175 (78)	796 (66)		
60 (83)	37 (17)	43 (19)	240 (20)		
2 (3)	10 (5)	7 (3)	165 (14)		
72	216	225	1201		

12	11	10	9	8	7	6	5
Klebsiella oxytoca	Aeromonas sobria	Klebsiella aerogenes	Enterobacter aerogenes	Aeromonas hydrophila/caviae	Enterobacter cloacae	Vibrio parahaemolyticus	Proteus mirabilis
2 (100)		1 (100)	1 (50)				18 (78)
2		1	1 (50)		3 (100)		5 (22)
3 (75)		3 (100)	2		3		23
1 (25)			3 (27)	1 (50)	5 (56)		31 (79)
			8 (73)	1 (50)	3 (33)		7 (18)
					1 (11)		1 (3)
4		3	11	2	9		39
6 (86)	5 (100)	6 (75)	6 (38)	21 (84)	19 (70)	35 (100)	36 (88)
1 (14)		2 (25)	9 (56)	4 (16)	7 (26)		4 (10)
			1 (6)		1 (4)		1 (2)
7	5	8	16	25	27	35	41
6 (86)	7 (100)	6 (75)	6 (38)	22 (85)	24 (89)	35 (100)	39 (95)
1 (14)		2 (25)	8 (50)	2 (8)	3 (11)		1 (2)
			2 (13)	2 (8)			1 (2)
7	7	8	16	26	27	35	41
	4 (100)			12 (80)		7 (100)	1 (100)
				3 (20)			
	4			15		7	1
6 (86)	6 (100)	3 (100)	9 (56)	23 (88)	23 (85)	34 (97)	40 (98)
1 (14)			7 (44)	2 (8)	4 (15)		
				1 (4)		1 (3)	1 (2)
7	6	3	16	26	27	35	41

20	19	18	17	16	15	14	13
Neisseria gonorrhoeae	Streptococcus spp.	Haemophilus influenzae	Streptococcus pneumoniae	Streptococcus group B	Aeromonas spp	Salmonella spp.	Morganella morganii
			6 (18)		2 (100)		
			27 (82)				4 (100)
			33		2		4
	64 (100)	12 (92)	25 (52)	3 (100)	5 (100)	6 (100)	4 (57)
		1 (8)	11 (23)				2 (29)
			12 (25)				1 (14)
	64	13	48	3	5	6	7
					5 (83)	6 (100)	6 (86)
					1 (17)		
							1 (14)
					6	6	7
50 (98)	75 (100)	114 (97)	102 (84)	641 (100)	2 (100)	4 (100)	
1 (2)		4 (3)	20 (16)	1 (0)			
51	75	118	122	642	2	4	
	72 (100)	2 (22)	21 (54)	638 (100)	5 (83)		7 (100)
		7 (78)	9 (23)	1 (0)	1 (17)		
			9 (23)				
	72	9	39	639	6		7

Ví khuẩn khác			3			17			52			71			23			57
---------------	--	--	---	--	--	----	--	--	----	--	--	----	--	--	----	--	--	----

S: Nhạy; R: Kháng; I: Trung gian; T: Tổng

Bảng 4: Tỷ lệ nhạy, kháng, trung gian của vi khuẩn với kháng sinh thuộc phân nhóm carbapenem

ST T	Tên vi khuẩn	Ertapenem (n=1539)				Imipenem (n=1891)				Meropenem (n=1903)			
		S	R	I	T	S	R	I	T	S	R	I	T
1	Escherichia coli	1176 (98)	16 (1)	7 (1)	1199 (78)	1198 (99)	7 (1)	3 (0)	1208 (64)	1198 (99)	8 (1)	3 (0)	1209 (64)
2	Klebsiella pneumoniae	175 (83)	34 (16)	3 (1)	212 (14)	187 (83)	33 (15)	5 (2)	225 (12)	191 (85)	34 (15)		225 (12)
3	Pseudomonas aeruginosa					148 (69)	61 (28)	6 (3)	215 (11)	145 (67)	65 (30)	6 (3)	216 (11)
4	Acinetobacter baumannii					10 (14)	61 (86)		71 (4)	11 (15)	61 (85)		72 (4)
5	Proteus mirabilis	40 (98)	1 (2)		41 (3)	39 (95)	1 (2)	1 (2)	41 (2)	41 (100)			41 (2)
6	Enterobacter cloacae	24 (92)	1 (4)	1 (4)	26 (2)	25 (93)	1 (4)	1 (4)	27 (1)	26 (96)	1 (4)		27 (1)
7	Enterobacter aerogenes	8 (57)	4 (29)	2 (14)	14 (1)	8 (50)	6 (38)	2 (13)	16 (1)	10 (63)	6 (38)		16 (1)
8	Vi khuẩn khác				47 (3)	9 (100)			88 (5)	9 (100)			97 (5)

S: Nhạy; R: Kháng; I: Trung gian; T: Tổng

IV. BÀN LUẬN

Sự đa dạng ngày càng tăng của beta-lactamase được tạo ra bởi các dòng phân lập từ vi khuẩn làm dấy lên mối lo ngại về sự phụ thuộc của chúng ta về sự xuất hiện của các loài kháng thuốc kháng sinh nhóm Beta-lactam. Tại nghiên cứu của chúng tôi, qua phân tích 4130 mẫu bệnh phẩm được nuôi cấy dương tính với các vi khuẩn, nhóm nghiên cứu thấy vi khuẩn Staphylococcus aureus đã kháng với Penicillin G với tỷ lệ 98% và với oxacillin là 50%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tác giả Trịnh Thị Hằng và cộng sự cho thấy Staphylococcus aureus kháng với penicillin là 97,62% [2].

Penicilin đã được sử dụng trong suốt thời gian dài nên hậu quả tất yếu là S.aureus đã kháng gần như hoàn toàn, chỉ có một số ít chủng còn nhạy cảm.

Vi khuẩn Escherichia coli kháng với các kháng sinh Amipicillin với tỷ lệ 88%, Cefepime với tỷ lệ 20%, Ceftriaxone là 36%, Ceftazidime là 31%, Cefotaxime là 53%, Cefuroxime là 56% và còn nhạy với kháng sinh nhóm carbapenem với tỷ lệ 99%. Tỷ lệ đề kháng với Amipicillin của chủng Escherichia coli phân lập từ các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của tác giả Zhanel với 1.142 bệnh phẩm là nước tiểu (37,7%), tác giả Oteo

nghiên cứu trên 7.098 bệnh phẩm là máu (59,9%)[3].

Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với Ceftazidime với tỷ lệ 26%, Cefepime là 19%, Cefotaxime là 27%, Cefuroxime là 23%, Cefazoline là 45% và 15% với Meropenem và Imipenem, 16% với Ertapenem. Tỷ lệ kháng *Klebsiella pneumoniae* với Ceftazidime và imipenem tại nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn tại nghiên cứu của tác giả (26% so với 33,33%), v (15% so với 24,32%) [4].

Khi phân tích các mẫu đề kháng *Pseudomonas aeruginosa* các tác giả chú ý đến các biến thể trong môi trường cộng đồng hoặc bệnh viện cũng như các địa điểm lấy mẫu. Mức độ phổ biến của đề kháng *Pseudomonas aeruginosa* từ các mẫu ICU rất khác nhau giữa các quốc gia với xu hướng trái ngược với xu hướng của các mẫu lâm sàng nói chung. Tỷ lệ cao nhất được thấy ở Ả Rập Saudi (61%) và Syria (54%) so với Ai Cập (22,5%), Libya (36,4%), Lebanon (33,3%) và Maroc (28,5%). Điều này có thể phản ánh thói quen kê đơn kháng sinh liều cao tại các đơn vị chăm sóc tích cực và các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm trùng như đã quan sát thấy trong các nghiên cứu đa trung tâm trong khu vực cũng như khả năng lưu hành hoặc lưu hành các chủng đề kháng *Pseudomonas aeruginosa* cao [5]. Tại nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* đã kháng với Meropenem với tỷ lệ 30% (65/216 mẫu bệnh phẩm), kháng với Imipenem với tỷ lệ 28% (61/215 mẫu bệnh phẩm). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Al-Orphaly và cộng sự với tỷ lệ đề kháng Meropenem là 22,2% và Imipenem là 11,1% ở mẫu nước tiểu [5].

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích 4130 kết quả xét nghiệm mẫu bệnh phẩm vi sinh phân lập được ở

Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng trong hai năm 2021 đến 2022, chúng tôi thấy vi khuẩn *Staphylococcus aureus* đã kháng với Penicillin G với tỷ lệ 98%. Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* kháng với Ceftazidime với tỷ lệ 26%, Cefepime là 19%, Cefotaxime là 27%, Cefuroxime là 23%, Cefazoline là 45% và 15% với Meropenem và Imipenem, 16% với Ertapenem. Các nghiên cứu tiếp theo cần tập trung phân tích đặc điểm sử dụng thuốc ở các trường hợp được báo cáo kháng trên kết quả vi sinh để có thể can thiệp kịp thời trong việc giảm kháng kháng sinh tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen Thi Thu Phuong, T.T.N., Ngo Thi Quynh Mai,** Một số đặc điểm kháng kháng sinh nhóm Beta-lactam của vi khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, năm 2018 - 2020. Tạp Chí Y học Dự phòng, 2021. 31(5): p. 25-31.
2. **Trịnh Thị Hằng, N.H.C., Hoàng Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Thanh Phượng, Trần Đức, Lại Thị Quỳnh,** Nghiên cứu tỷ lệ và một số đặc điểm kháng kháng sinh của *staphylococcus aureus* phân lập từ bệnh phẩm lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp (1/2020 - 12/2020). Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 515(6): p. 299-303.
3. **Erb, A., et al.,** Prevalence of antibiotic resistance in *Escherichia coli*: overview of geographical, temporal, and methodological variations. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2007. 26(2): p. 83-90.
4. **Ballen, V., et al.,** Antibiotic Resistance and Virulence Profiles of *Klebsiella pneumoniae* Strains Isolated From Different Clinical Sources. Front Cell Infect Microbiol, 2021. 11: p. 738223.
5. **Al-Orphaly, M., et al.,** Epidemiology of Multidrug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa* in the Middle East and North Africa Region. mSphere, 2021. 6(3).

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ CỦA NGƯỜI NUÔI TRỒNG THỦY SẢN KHU VỰC VEN BIỂN, HẢI ĐẢO THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Văn Tâm¹, Trần Thị Quỳnh Chi², Nguyễn Bá Phước³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan của người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua khám lâm sàng, phỏng vấn trực tiếp và xét nghiệm máu để mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa của người nuôi trồng thủy sản. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người nuôi trồng thủy sản là 16,3%. Người nuôi trồng thủy sản từ 40 trở lên có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2,38 lần người dưới 40 tuổi. Người thừa cân, béo phì; béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,08 lần và 3,48 lần so với người có cân nặng bình thường và không béo bụng. Người hoạt động thể lực không thường xuyên có nguy cơ mắc HCCH cao hơn gấp 1,87 lần so với người hoạt động thể lực thường xuyên. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người nuôi trồng thủy sản là 16,3%. Có mối liên quan giữa tuổi đời, thừa cân béo phì, béo bụng, hoạt động thể lực và tình trạng mắc HCCH.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, nuôi trồng thủy sản, yếu tố liên quan

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF METABOLIC SYNDROME OF AQUACULTURE PEOPLE IN COASTAL AND ISLAND AREAS OF HAI PHONG CITY IN 2022

Objective: Describe the characteristics of metabolic syndrome and some related factors of aquaculture people in coastal and island areas of Hai Phong city in 2022. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was carried out through clinical examination, face-to-face interviews and blood tests to determine the characteristics and some factors related to metabolic syndrome of aquaculture people. **Results:** The prevalence of metabolic syndrome in aquaculture worker is 16.3%. Aquaculture people over 40 years old have metabolic syndrome higher than under 40 years old; Overweight and obese people, Abdominal obesity is 2.08 times and 3.48 times more likely to have metabolic syndrome than people with normal weight and no belly fat. People who are not infrequently physically active have metabolic syndrome 1.87 times higher than regular physical activity people. **Conclusion:** The prevalence of metabolic syndrome in aquaculture people is 16.3%. There is an association between age, overweight and obesity, abdominal obesity, physical activity and metabolic syndrome.

Keywords: Metabolic syndrome, aquaculture, related factors

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Viện Y học biển

³Bệnh Viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tâm

Email: nvtam@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hoá (HCCH) 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 khi đói [7] và là yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện một số bệnh nguy hiểm như tăng huyết áp, đái tháo đường, gout, vữa xơ động mạch, bệnh tim thiếu máu cục bộ... Nhiều nghiên cứu cho thấy người mắc hội chứng chuyển hoá thường có nguy cơ bị tai biến tim mạch gấp 3 lần và có nguy cơ tử vong gấp 2 lần, nguy cơ phát triển đái tháo đường gấp 5 lần so với những người không bị hội chứng này.

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa có sự khác biệt giữa các quốc gia, các nhóm đối tượng. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự năm về hội chứng chuyển hoá ở khu vực nội thành Hà Nội năm 2009 cho thấy tỷ lệ mắc là 28,9% [1]. Nguyễn Bảo Nam nghiên cứu trên các thuyền viên vận tải viễn dương cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá là 31,5%, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm lao động trên đất liền là 19,33% [4]. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về hội chứng chuyển hoá của người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

Mục tiêu đề tài: Mô tả đặc điểm hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan của người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng năm 2022.

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

- Người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân ≥ 18 tuổi và có tuổi nghề từ 2 năm trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai; những người mắc bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose và lipid máu: Hội chứng thận hư, Cushing, to đầu chi...những người đang dùng các loại thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose, lipid máu: corticoid, thuốc ức chế miễn dịch...

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó:

- + n: cỡ mẫu nghiên cứu
- + $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
- + p: Tỷ lệ mắc bệnh theo nghiên cứu trước. Nghiên cứu của Trần Văn Huy về tỷ lệ mắc HCCH ở người trưởng thành tại Khánh Hòa (2005) là 15,7% [3].

+ ε : độ chính xác mong muốn tương đối, chọn = 0,2

Thay vào công thức ta tính được: $n = 515$. Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi điều tra được 600 đối tượng.

- Phương pháp chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, phân tầng

2.3. Nội dung, biến số nghiên cứu

- **Đặc điểm hội chứng chuyển hóa của người nuôi trồng thủy sản:** Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của đối tượng nghiên cứu; Phân bố số lượng các yếu tố của hội chứng chuyển hóa (3 yếu tố, 4 yếu tố, 5 yếu tố).

- **Một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa:** Liên quan giữa nhóm tuổi; thừa cân, béo phì; béo bụng; hoạt động thể lực; lạm dụng rượu bia và hội chứng chuyển hóa

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Khám lâm sàng: do bác sỹ chuyên khoa của Viện Y học biển thực hiện.

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa

- Xét nghiệm máu: Định lượng nồng độ glucose, cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglycerid máu lúc đói.

2.5. Một số kỹ thuật, phương pháp đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa dựa theo tiêu chuẩn năm 2009 của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), được sự thống nhất nhiều hiệp hội bao gồm: Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA), Hiệp hội Tim, Phổi và Mạch máu quốc tế. Để chẩn đoán HCCH phải có 3 trong 5 tiêu

chuẩn sau: (1) Tăng vòng eo: Vòng eo ≥ 90 cm đối với nam, ≥ 80 cm đối với nữ. (2) Tăng triglycerid máu ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/l), hay có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này. (3) Giảm HDL – Cholesterol máu < 40 mg/dl ($< 1,03$ mmol/l) đối với nam; < 50 mg/dl ($< 1,29$ mmol/l) đối với nữ hoặc có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này. (4) Tăng huyết áp $\geq 130/85$ mmHg hoặc đã điều trị tăng huyết áp được chẩn đoán trước đó. (5) Tăng glucose máu lúc đói: ≥ 100 mg/dl ($\geq 5,6$ mmol/l), hoặc đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trước đó.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì: theo tiêu chuẩn của WHO sử dụng cho người Châu Á – 2006: Thừa cân, béo phì khi BMI > 23 .

- Tiêu chuẩn đánh giá béo bụng theo WHO áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương (2000): Béo bụng khi: Vòng eo nam ≥ 90 cm. Vòng eo nữ ≥ 80 cm.

- Hoạt động thể lực thường xuyên: Có nghĩa là người đó hoạt động thể lực ít nhất 30 phút/ngày và từ ≥ 4 ngày/tuần.

- Lạm dụng rượu bia: được xác định theo quy chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới

2.6. Xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y- sinh học dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

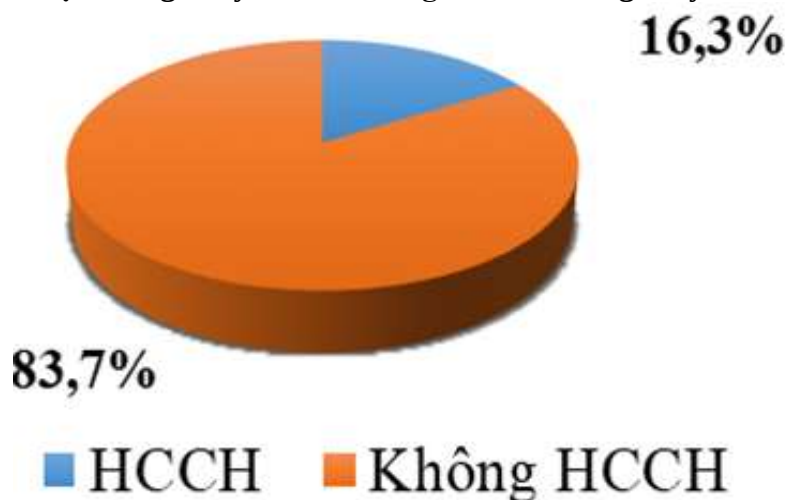
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức Y sinh học Viện Y học biển

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hội chứng chuyển hoá của người nuôi trồng thủy sản



Hình 1. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá của người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng là 16,3%.

Bảng 1. Phân bố số lượng các yếu tố của hội chứng chuyển hoá

HCCH \ KQNC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
3 yếu tố	56	9,3
4 yếu tố	27	4,5
5 yếu tố	15	2,5
Tổng	600	100

Đối tượng nghiên cứu có 3 yếu tố của hội chứng chuyển hoá chiếm tỷ lệ cao nhất (9,3%); tiếp đến là 4 yếu tố (4,5%); 5 yếu tố (2,5%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hoá

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi đời và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Nhóm tuổi	n	HCCH				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	(%)	SL	(%)		
≥ 40	390	78	20,0	312	80,0	2,38 (1,41-4,01)	0,001
<40	210	20	9,5	190	90,5		
Tổng	600	98		502			

Người nuôi trồng thủy sản có tuổi đời ≥ 40 tuổi có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hoá cao hơn 2,38 lần so với người < 40 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa thừa cân béo phì và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Bảng 3: Liên quan giữa BMI của bác sĩ và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa								
BMI	KQNC	n	HCCH				OR (95%CI)	p
			Có		Không			
			SL	(%)	SL	(%)		
≥ 23		170	41	24,1	129	75,9	2,08 (1,33-3,26)	0,001
< 23		430	57	13,3	373	86,7		
Tổng		600	98		502			

Người nuôi trồng thủy sản bị thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,08 lần so với người có cân nặng bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa béo bụng và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Bảng 4. Liên quan giữa béo bụng và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa							
KQNC Béo bụng	n	HCCH				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	(%)	SL	(%)		
Có	131	42	32,1	89	67,9	3,48 (2,19-5,12)	<0,001
Không	469	56	11,9	413	88,1		
Tổng	600	98		502			

Đối tượng nghiên cứu bị béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 3,48 lần so với nhóm đối tượng nghiên cứu không bị béo bụng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa hoạt động thể lực và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Hoạt động thể lực	n	HCCH				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	(%)	SL	(%)		
Không thường xuyên	329	66	20,1	263	79,9	1,87 (1,19-2,96)	0,007
Thường xuyên	271	32	11,8	239	88,2		
Tổng	600	98		502			

Đối tượng nghiên cứu hoạt động thể lực không thường xuyên có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn gấp 1,87 lần so với đối tượng hoạt động thể lực thường xuyên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa lạm dụng rượu, bia và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Bảng 3. Liên quan giữa lạm dụng rượu, bia và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa							
Lạm dụng rượu, bia	n	HCCH				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	(%)	SL	(%)		
Có	123	29	23,6	94	76,4	1,82 (1,12-2,97)	0,015
Không	477	69	14,5	408	85,5		
Tổng	600	98		502			

Đối tượng nghiên cứu có lạm dụng bia, rượu nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 1,82 lần so với nhóm không lạm dụng bia, rượu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hội chứng chuyển hoá của người nuôi trồng thủy sản

Hội chứng chuyển hóa là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm nhất trong thế kỷ XXI. Hội chứng chuyển hóa ngày càng tăng trên thế giới, tỷ lệ này ở các nước phát triển khá cao và đang có xu hướng gia tăng báo động ở các nước đang phát triển cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội. Theo hiệp hội đái tháo đường thế giới (IDF) hội chứng chuyển hóa là tập hợp những yếu tố nguy cơ của hai đại dịch lớn đó là bệnh tim mạch và đái tháo đường type 2 ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống con người và tốn kém đáng kể ngân sách về y tế toàn dân của nhiều nước trên thế giới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 600 người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa là 16,3%. Số người mắc HCCH với 3 yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất là 9,3%, tiếp đến với 4 yếu tố (4,5%) và có đầy đủ 5 yếu tố chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của các Trần Quang Bình và cộng sự trên đối tượng trung niên tại vùng Đồng bằng sông Hồng, Việt Nam năm 2014, tỷ lệ mắc HCCH là 16,3%, tăng dần theo nhóm tuổi và đạt mức cao nhất ở nhóm tuổi 60-64 tuổi [2].

Nghiên cứu của Phạm Ngọc Oanh và cộng sự (2019) cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh là 36,2% dựa theo tiêu chuẩn của tổ chức NCEP - ATP III 2005 [5]. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa có mối liên quan rõ rệt với tuổi tác và tình trạng thừa cân béo phì. Kết quả nghiên cứu của tác giả cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu

của tác giả tập trung chủ yếu ở nội thành thành phố Hồ Chí Minh, đây là một trong những thành phố lớn nhất cả nước và tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa của tác giả khác với tiêu chuẩn chẩn đoán của chúng tôi.

Nghiên cứu của Nguyễn Bảo Nam năm 2020 cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm thuyền viên trên các tàu vận tải viễn dương là khá cao (31,50%), cao hơn nhóm lao động trên đất liền (19,33) [4].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hoá

- *Liên quan giữa thừa cân béo phì và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá:* Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người nuôi trồng thủy sản bị thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,08 lần so với người có cân nặng bình thường. Nguy cơ mắc HCCH từ tăng BMI và béo bụng cũng được quan sát thấy trong nhiều nghiên cứu của các tác giả khác như kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Oanh và cộng sự năm 2019 tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có mối liên quan rõ rệt giữa tỷ lệ mắc HCCH với tuổi tác và tình trạng thừa cân béo phì. So với nhóm đối tượng có BMI bình thường thì nhóm có BMI từ 23-24,9 có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 3,23 lần; nhóm có BMI từ 25-29,9 có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 7,97 lần, và nhóm có BMI > 30 có nguy cơ mắc HCCH tăng lên gấp 14,4 lần [5]. Nghiên cứu của Trần Quang Bình năm 2015 cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở người trung niên bị tiền đái tháo đường cho thấy nguy cơ mắc HCCH ở nhóm đối tượng thừa cân-béo phì cao hơn 3,14 lần so với nhóm không bị thừa cân béo phì [2].

- *Liên quan giữa béo bụng và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá:* Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy người nuôi trồng thủy

sản béo bụng có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 3,48 lần so với nhóm không bị béo bụng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu về HCCH của Đỗ Trung Quân và cộng sự tại thị xã Phú Thọ, tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm đối tượng có béo bụng là 66,7% cao hơn nhóm có vòng bụng bình thường là 11,3%. [6]. Một nghiên cứu tại Indonesia và Hà Lan năm 2020 trên người trưởng thành ở độ tuổi trung niên cũng cho thấy, thừa cân béo phì và đặc biệt là béo bụng có liên quan chặt chẽ đến HCCH [8].

- Liên quan giữa hoạt động thể lực và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Các hoạt động thể lực không chỉ nhằm nâng cao sức khỏe mà còn ngăn ngừa, điều trị bệnh tật. Tập thể dục thường xuyên đã được ghi nhận có tác dụng phòng ngừa và điều trị một số bệnh, ví dụ đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, ung thư đại tràng và trầm cảm. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến lối sống thiếu các hoạt động thể lực làm thiệt hại cho xã hội về kinh tế do làm tăng giá thành dịch vụ y tế và giảm năng suất sản xuất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc HCCH và hoạt động thể lực. Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm đối tượng nghiên cứu hoạt động thể lực không thường xuyên là 20,1% cao hơn nhóm hoạt động thể lực thường xuyên (11,8%). Hay nguy cơ mắc HCCH ở nhóm đối tượng hoạt động thể lực không thường xuyên cao hơn 1,87 lần so với nhóm hoạt động thể lực thường xuyên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả Đỗ Trung Quân người hoạt động thể lực nhẹ có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 1,64 lần so với nhóm đối tượng hoạt động thể lực vừa và

nặng, mối liên quan có ý nghĩa thống kê [6]; Nghiên cứu của Nguyễn Bảo Nam trên đối tượng thuyền viên vận tải viễn dương cũng cho kết quả tương tự [4].

- Liên quan giữa lạm dụng rượu bia và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá

Việc uống rượu cũng có ảnh hưởng hai mặt và nó tác động đến hệ tim mạch tùy theo cách sử dụng nó như thế nào. Các nhà khoa học đã chỉ ra nếu chỉ uống rượu với số lượng ít (khoảng 1 ly rượu vang vào bữa ăn) thì sẽ có tác dụng làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch và làm giảm phát triển yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường týp 2. Ngược lại nếu lạm dụng rượu sẽ ảnh hưởng đến cả hệ tim mạch cũng như tình trạng sức khỏe toàn thân. Một số nghiên cứu cho thấy, lạm dụng rượu làm tăng nguy cơ mắc HCCH, như nghiên cứu của các tác giả Phan Hương Dương; Nguyễn Bảo Nam [4]; Trần Quang Bình [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm đối tượng lạm dụng rượu bia làm tăng nguy cơ mắc HCCH lên 1,82 lần so với nhóm không lạm dụng rượu bia, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 600 người nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng về hội chứng chuyển hóa, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Về đặc điểm của hội chứng chuyển hóa: Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa là 16,3%; Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa với 3 yếu tố là 9,3%, 4 yếu tố (4,5%), 5 yếu tố là 2,5%.

- Một số yếu tố liên quan tới hội chứng chuyển hóa: Người nuôi trồng thủy sản từ 40 trở lên có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2,38 lần người dưới 40 tuổi; Người nuôi trồng

thủy sản thừa cân, béo phì; béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,08 lần và 3,48 lần so với người có cân nặng bình thường và không béo bụng.

Người nuôi trồng thủy sản hoạt động thể lực không thường xuyên có nguy cơ mắc HCCH cao hơn gấp 1,87 lần so với người hoạt động thể lực thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và cộng sự**, Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa tại một số khu vực nội thành Hà Nội (theo tiêu chuẩn IDF - 2005), Tạp chí Y học thực hành, (2012), 825 (6), 129-132.
2. **Trần Quang Bình, Phạm Trần Phương**, Hội chứng chuyển hóa ở người có chỉ số khối cơ thể bình thường tại cộng đồng tỉnh Hà Nam, Tạp chí Y học dự phòng, (2015), 8 (25), tr 363.
3. **Trần Văn Huy, Trương Tấn Minh**, Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người lớn, Khánh hòa, Việt Nam. Những tiêu chuẩn nào phù hợp với người Việt Nam Châu Á, Tạp chí tim mạch học Việt Nam, (2005), 40, 9 – 22.
4. **Nguyễn Bảo Nam**, Nghiên cứu điều kiện lao động, sức khỏe, cơ cấu bệnh tật, một số bệnh có tính chất nghề nghiệp và giải pháp can thiệp cho thuyền viên vận tải viễn dương, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, (2020), Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Phạm Ngọc Oanh, Phan Thanh Tâm**, Hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật TPHCM (2019).
6. **Đỗ Trung Quân và cộng sự**, Một số yếu tố liên quan với hội chứng chuyển hóa của cán bộ công nhân viên thị xã Phú Thọ 2016, Luận văn thạc sĩ y học (2017), Trường Đại học y Hà Nội.
7. **Alberti K.G, Zimmet P.Z**, Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation, Diabet Med (1998), 15 (7), 539-553.
8. **Fathimah S Sigit, Stella Trompet**, The prevalence of metabolic syndrome and its association with body fat distribution in middle-aged individuals from Indonesia and the Netherlands: a cross-sectional analysis of two population-based studies, Diabetology & Metabolic Syndrome (2020), 12(2). doi: 10.1186/s13098-019-0503-1.

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG SỐ LIỆU ĐƯỢC QUẢN LÝ TRÊN HỆ THỐNG THÔNG TIN TIÊM CHỦNG QUỐC GIA TẠI THỊ XÃ QUẢNG YÊN, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2022

Trần Thị Diệp¹, Cáp Minh Đức², Trần Thị Thúy Hà², Vũ Thị Yến Minh³
Nguyễn Hằng Nguyệt Vân¹, Nguyễn Bá Dụng², Phạm Minh Khuê²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng số liệu được quản lý trên Hệ thống thông tin tiêm chủng quốc gia. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 22 cơ sở tiêm chủng với tổng số 328 trẻ tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đối tượng được nhập khớp thông tin là 69,2%; không khớp là 29,3% và thông tin của trẻ không được nhập là 1,5%. Trên 90% đối tượng được nhập khớp thông tin về họ tên, ngày sinh, địa chỉ, tên mũi tiêm giữa sổ sách và Hệ thống quản lý. Tỷ lệ khớp thông tin tại cơ sở tiêm chủng dịch vụ và cơ sở có dịch vụ sinh là trên 85%, tại Trạm Y tế tỷ lệ này chỉ là 67,1%. Trong tổng số 15 mũi tiêm trong chương trình tiêm chủng mở rộng do Trạm Y tế xã phường quản lý, mũi tiêm có tỷ lệ nhập thông tin khớp cao nhất là BCG (85,4%), một số mũi tiêm có tỷ lệ nhập khớp thông tin rất thấp dưới 10% như Viêm não Nhật Bản mũi 3 (2,1%), DPT4 (5,2%), MR (sởi mũi 2) (6,1%). **Kết luận:** Cần tăng cường giám sát số liệu trên Hệ thống tại các đơn vị, thống

nhất các cơ sở tiêm chủng nhập số liệu ngay sau khi tiêm hoặc trong ngày tiêm chủng để đảm bảo chất lượng số liệu.

Từ khóa: Chất lượng số liệu; Hệ thống; Tiêm chủng; Quảng Yên.

SUMMARY

THE SITUATION OF DATA QUALITY MANAGED ON THE NATIONAL IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM IN QUANG YEN TOWN, QUANG NINH PROVINCE IN 2022

Objective: Describe the quality of data managed on the National Immunization Information System. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 22 vaccination facilities with a total of 328 children in Quang Yen town, Quang Ninh province in 2022. **Results:** The research results showed that the rate of subjects that were entered to match the information was 69.2%; mismatch was 29.3% and information of children not entered was 1.5%. More than 90% of subjects were entered to match the information about their full name, date of birth, address, and injection name between the books and the Management System. The rate of information matching at the vaccination service facility and the birth service facility was over 85%, at the Health Station this rate was only 67.1%. Out of the total 15 injections in The Expanded Program on Immunization managed by the Commune Health Department, the injection with the highest rate of matching information was BCG (85.4%),

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Ninh

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

³Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật thành phố Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê

Email: pmkhue@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

some injections had the rate of matching information were very low, below 10% such as Japanese encephalitis vaccine (3rd injection) (2.1%), DPT4 (5.2%), MR (2nd injection) (6.1%). **Conclusion:** It is necessary to strengthen the monitoring of data on the System at the facilities, to unify the vaccination facilities to enter the data immediately after vaccination or on the day of vaccination to ensure the quality of data.

Keywords: Data quality; system; immunization Quang Yen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) được triển khai ở Việt Nam từ năm 1981 với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp Quốc (UNICEF). Nhờ việc duy trì tỷ lệ tiêm chủng cao trong nhiều năm đã đem lại nhiều tác động tích cực tới sức khỏe và đời sống của người dân Việt Nam [1].

Bộ Y tế đã triển khai xây dựng Hệ thống thông tin tiêm chủng Quốc gia (gọi tắt là Hệ thống). Hệ thống quản lý tất cả các đối tượng tiêm chủng (bao gồm tiêm chủng mở rộng và tiêm chủng dịch vụ), quản lý vật tư vắc xin và các tiện ích khác cho người dùng. Hệ thống được triển khai thí điểm tại một số tỉnh/thành phố và triển khai đồng bộ trên toàn quốc bắt đầu từ tháng 6/2017 [2]. Tuy nhiên, theo báo cáo của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tỷ lệ thiếu chính xác của số liệu trong 6 tháng đầu năm 2018 giữa hệ thống và thực tế lên tới 20% [3].

Quảng Ninh là một trong 4 tỉnh đầu tiên trong cả nước triển khai phần mềm tiêm chủng, theo kết quả báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh Quảng Ninh tính đến tháng 9 năm 2017, 100% các điểm tiêm chủng đã thực hiện nhập đối tượng lên

Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia [2]. Tuy nhiên, công tác TCMR năm 2017, 2018 của tỉnh Quảng Ninh có đề cập tới khó khăn về việc Hệ thống đi vào hoạt động còn gặp lỗi kỹ thuật và kỹ năng sử dụng Hệ thống của các cán bộ y tế còn hạn chế [4]. Cùng với đó, câu hỏi đặt ra là chất lượng số liệu trên Hệ thống so với thực tế liệu có chính xác và đáng tin cậy hay không? Để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu đánh giá chất lượng số liệu được quản lý trên Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Số tiêm chủng của trẻ, sổ quản lý tiêm chủng tại các đơn vị, sổ sinh tại đơn vị có sinh và danh sách quản lý đối tượng trên Hệ thống.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thị xã Quảng Yên, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 12/2021 - 07/2022, thời gian thu thập số liệu từ tháng 2/2022 - 4/2022.

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

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Có tổng số 22 cơ sở y tế sử dụng Hệ thống quản lý tiêm chủng quốc gia (bao gồm 3 loại hình cơ sở: 01 Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên; 03 cơ sở tiêm chủng dịch vụ và 18 Trạm Y tế xã/phường/thị trấn). Theo WHO, cách chọn mẫu chỉ tiêu yêu cầu tối thiểu 5 - 15 trẻ tại mỗi đơn vị tiêm chủng. Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 15 trẻ dưới 2 tuổi có sổ tiêm chủng tại từng đơn vị nghiên cứu. Tổng số 22 cơ sở tiêm chủng tương ứng với

tổng số 330 trẻ, thực tế triển khai nghiên cứu trên 328 trẻ.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số liên quan đến tính chính xác của số liệu tiêm chủng bao gồm thông tin hành chính của trẻ, lịch sử mũi tiêm của trẻ về số lượng, chủng loại, số lô, số tồn và thời gian

Tiêu chí đánh giá tính chính xác của thông tin: Từ thông tin số lượng đối tượng điều tra được, kiểm tra thông tin đối tượng đó trên Hệ thống xem có được nhập và quản lý trên Hệ thống hay không.

Tỷ lệ nhập đối tượng được tính = Số đối tượng điều tra được nhập lên Hệ thống/Tổng số đối tượng điều tra.

Khớp thông tin: Thông tin của đối tượng (nhân khẩu học, lịch sử tiêm chủng), số tiêm BCG, các loại vắc xin (số lô, số tồn) giữa thực tế phải giống với sổ quản lý của cơ sở và trên Hệ thống, tức là chính xác.

Không khớp thông tin: Khi chỉ một thông tin trên không giống giữa thực tế với sổ quản lý của cơ sở và trên Hệ thống, tức là không chính xác.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Trích lục thông tin từ sổ tiêm chủng của trẻ vào bộ phiếu thiết kế sẵn. Đối với Trạm Y tế xã: Thu thập vào ngày tiêm chủng thường xuyên của địa phương. Đối với cơ sở có phòng sinh khoa sản, phòng tiêm dịch vụ: Tiến hành lấy ngẫu nhiên thông tin của trẻ trong sổ tiêm/sổ sinh của đơn vị.

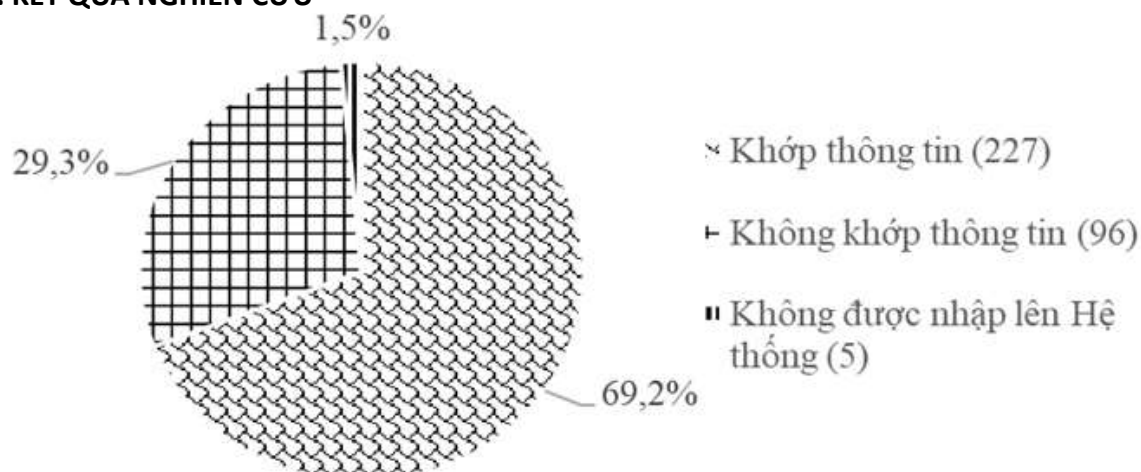
2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được xuất ra định dạng Excel, sau đó được phân tích, xử lý bằng phần mềm Excel. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng thuận của 15 cơ sở nghiên cứu. Mọi thông tin được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu thực trạng để từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng, hiệu quả của hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia tại các cơ sở.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. So sánh thông tin tiêm chủng giữa sổ sách và Hệ thống quản lý (n = 328)

Nhận xét: Trong tổng số 328 đối tượng, tỷ lệ đối tượng khớp thông tin là 69,2%; không khớp thông tin là 29,3% và thông tin của trẻ không được nhập lên hệ thống là 1,5%.

Bảng 1. So sánh số liệu quản lý theo các trường thông tin giữa sổ sách và Hệ thống

Thông tin	Khớp		Không khớp		Không được nhập	
	n	%	n	%	n	%
Họ và tên	313	95,4	10	3,1	5	1,5
Ngày sinh	312	95,1	10	3,1	6	1,8
Địa chỉ đăng ký	313	95,4	10	3,1	5	1,5
Số lượng mũi tiêm	269	82,0	54	16,5	5	1,5
Tên mũi tiêm	298	90,8	20	6,1	10	3,1
Ngày tiêm	288	87,8	35	10,7	5	1,5

Nhận xét: Trên 90% các đối tượng khớp thông tin về họ tên, ngày sinh, địa chỉ đăng kí, tên mũi tiêm giữa sổ sách và Hệ thống quản lý. Thông tin không khớp giữa sổ sách và hệ thống của số lượng mũi tiêm và ngày tiêm lần lượt là 16,5% và 10,7%.

Bảng 2. Số lượng đối tượng được nhập lên Hệ thống theo loại hình cơ sở

Thông tin	Cơ sở có sinh (Khoa sản)		Tiêm chủng dịch vụ		Trạm Y tế xã		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Được nhập	6	85,7	29	100	283	96,9	318	96,9
Không được nhập lên Hệ thống	1	14,3	0	0	9	3,1	10	3,1
Tổng	7	100	29	100	292	100	328	100

Nhận xét: 96,9% đối tượng tại các Trạm Y tế xã được nhập thông tin lên hệ thống, tỷ lệ này tại các cơ sở tiêm chủng mở rộng và cơ sở có sinh lần lượt là 100% và 85,7%.

Bảng 3. So sánh thông tin quản lý đối tượng giữa sổ sách với Hệ thống theo loại hình cơ sở

Thông tin	Cơ sở có sinh (Khoa sản)		Tiêm chủng dịch vụ		Trạm Y tế xã		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp	6	85,7	25	86,2	196	67,1	227	69,2
Không khớp	1	14,3	4	13,8	91	31,2	96	29,3
Không được nhập lên Hệ thống	0	0	0	0	5	1,7	5	1,5
Tổng	7	100	29	100	292	100	328	100

Nhận xét: Tỷ lệ khớp thông tin tại cơ sở tiêm chủng dịch vụ và cơ sở có sinh đều trên 85%, tại Trạm Y tế tỷ lệ này chỉ là 67,1%.

Bảng 4. So sánh thông tin quản lý tại các cơ sở tiêm chủng dịch vụ với Hệ thống quản lý (n = 328)

Thông tin	Cơ sở chất lượng cao Quảng Yên		Cơ sở Xuân Trinh		Phòng khám tư vấn điều trị dự phòng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp	10	71,4	0	0	15	100	25	86,2
Không khớp	4	28,6	0	0	0	0	4	13,8
Không được nhập lên Hệ thống	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	14	100	0	0	15	100	29	100

Nhận xét: Tỷ lệ khớp thông tin giữa sổ sách và hệ thống quản lý chung giữa các cơ sở tiêm chủng dịch vụ là 86,2%, trong đó tại Phòng khám tư vấn và điều trị dự phòng có 100% thông tin khớp hoàn toàn. Không có đối tượng không được nhập lên Hệ thống.

Bảng 5. So sánh thông tin quản lý tại Trạm y tế xã/phường với Hệ thống quản lý (n=328)

Tên xã/phường	Khớp		Không khớp		Không được nhập	
	n	%	n	%	n	%
Yên Giang	6	42,9	6	42,9	2	14,2
Tiền An	9	30,0	20	66,7	1	3,3
Cộng Hòa	11	73,3	4	26,7	0	0
Đông Mai	9	64,3	5	35,7	0	0
Hà An	12	80,0	3	20,0	0	0
Hiệp Hòa	13	86,7	2	13,3	0	0
Hoàng Tân	7	46,7	8	53,3	0	0
Liên Hòa	12	63,2	7	36,8	0	0
Minh Thành	16	80,0	4	20,0	0	0
Phong Cốc	11	73,3	4	26,7	0	0
Phong Hải	5	38,5	8	61,5	0	0
Quảng Yên	12	85,7	2	14,3	0	0
Sông Khoai	12	60,0	7	35,0	1	5,0
Yên Hải	14	87,5	2	12,5	0	0
Tiền Phong	10	83,3	2	16,7	0	0
Nam Hòa	13	86,7	2	13,3	0	0
Cầm La	10	66,7	5	33,3	0	0
Liên Vị	14	93,3	0	0	1	6,67
Không thuộc TYT	31	86,1	5	13,9	0	0
Tổng	227	69,2	96	29,3	5	1,5

Nhận xét: Các xã có tỷ lệ khớp thông tin là 69,2%, tỷ lệ không khớp thông tin là 29,3%. Xã Tiền An có tỷ lệ không khớp thông tin cao nhất (66,7%). Xã có tỷ lệ khớp thông tin cao nhất là xã Liên Vị (93,3%).

Bảng 6. So sánh thông tin 15 mũi tiêm/uống trong tiêm chủng mở rộng tại tuyến xã/phường (n = 328)

Tên mũi tiêm	Khớp		Không khớp		Không được nhập		Khác	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Viêm gan B sơ sinh	255	77,7	15	4,6	24	7,3	34	10,4
BCG	280	85,4	15	4,6	9	2,7	24	7,3
DPT-VGB-Hib 1	199	60,7	13	4,0	7	2,1	161	49,1
DPT-VGB-Hib 2	149	45,4	11	3,4	7	2,1	161	40,1
DPT-VGB-Hib 3	103	31,4	7	2,1	6	1,8	212	64,6
OPV1	197	60,1	9	2,7	11	3,4	111	33,8
OPV2	147	44,8	8	2,4	10	3,1	163	49,7
OPV3	98	29,9	6	1,8	9	2,7	215	65,6
IPV	65	19,8	10	3,1	6	1,8	247	75,3
Sởi 1	65	19,8	8	2,4	6	1,8	249	75,9
MR (sởi - rubella)	20	6,1	5	1,5	7	2,1	296	90,2
DPT4	17	5,2	6	1,8	7	2,1	298	90,9
Viêm não Nhật Bản 1	52	15,9	5	1,5	7	2,1	265	80,5
Viêm não Nhật Bản 2	35	10,7	6	1,8	6	1,8	281	85,7
Viêm não Nhật Bản 3	7	2,1	5	1,5	6	1,8	310	94,5
Khác	27	8,2	7	2,1	12	3,7	282	86,0

Nhận xét: Trong tổng số 15 mũi tiêm trong chương trình TCMR do Tạm Y tế xã phường quản lý, một số mũi tiêm có tỷ khớp rất thấp dưới 10% như Viêm não Nhật Bản mũi 3 (2,1%), DPT4 (5,2%), MR (sởi mũi 2) (6,1%). Cao nhất là mũi tiêm BCG có tỷ lệ khớp là 85,4%.

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng số liệu trên Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng Quốc gia có vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả của chương trình tiêm chủng. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tính chính xác và đầy đủ của số liệu trên Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng Quốc gia tại thị xã Quảng Yên, Quảng Ninh năm 2022. Nghiên cứu tiến hành so sánh số liệu trong sổ tiêm chủng của trẻ em dưới 2 tuổi tại tuyến xã, số liệu trẻ em được sinh ra tại các cơ sở có sinh và số liệu các đối tượng đi tiêm chủng dịch

vụ tại cơ sở tiêm chủng dịch vụ. Kết quả thu được cho thấy 96,9% đối tượng được nhập thông tin lên Hệ thống, còn lại 3,1% đối tượng chưa được nhập, kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại 30 Trung tâm Y tế đang triển khai Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng điện tử năm 2017 trên địa bàn Hà Nội, tỷ lệ này là 86,7% [5]; và kết quả nghiên cứu tại một số tỉnh miền Bắc Việt Nam năm 2019, tỷ lệ trẻ được nhập trên Hệ thống tiêm chủng quốc gia là 81,2% [6].

Qua quá trình đối chiếu giữa sổ sách và Hệ thống quản lý cho thấy có 69,2% đối

tượng khớp thông tin, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Barbara E Mahon và cộng sự năm 2008 với tỷ lệ trùng khớp thông tin với sổ đăng ký ghi lại là 87,7% [7]. Ngoài ra, 1,5% đối tượng chưa được nhập lên hệ thống và 29,3% đối tượng chưa khớp thông tin. Do đó cần phải tăng khả năng hỗ trợ của mạng dữ liệu di động trong quản lý sức khỏe cộng đồng có thể thúc đẩy hợp tác, mở rộng nguồn lực và phát triển hệ thống y tế một cách toàn diện hơn. Cụ thể, các thông tin về tên, ngày sinh, địa chỉ và tên mũi tiêm được nhập chính xác với tỷ lệ cao (trên 90%). Tuy nhiên thông tin về số lượng mũi tiêm và ngày tiêm không khớp giữa sổ sách và hệ thống lần lượt là 16,5% và 10,7%. Kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện, trung tâm Y tế có phòng sinh trên địa bàn tỉnh Nam Định từ 25/4/2020 - 31/8/2020 chỉ có 32,6% trẻ có đầy đủ các thông tin về địa chỉ trên Hệ thống [8].

Phân chia theo loại hình cơ sở, trên 80% các đối tượng được các cơ sở y tế nhập lên hệ thống, cao nhất là tại trung tâm tiêm chủng mở rộng (100%) và thấp nhất là cơ sở có khoa sinh (85,7%). Về tính chính xác của thông tin, tỷ lệ khớp thông tin của cơ sở có sinh và tiêm chủng dịch vụ lần lượt là 85,7% và 86,2%. Trong khi đó, tại Trạm Y tế xã, thông tin chỉ khớp đến 67,1%, tỷ lệ này cho thấy cần có cách giải quyết và can thiệp để thông tin đối tượng tham gia được chính xác hơn.

Tỷ lệ khớp thông tin giữa sổ sách và hệ thống quản lý chung giữa các cơ sở tiêm chủng dịch vụ là 86,2%, trong đó tại Phòng khám tư vấn và điều trị dự phòng có 100% thông tin khớp hoàn toàn. Không có đối

tượng không được nhập lên hệ thống. So sánh việc nhập thông tin giữa các xã/phường tại thị xã Quảng Yên, nhìn chung, các xã có tỷ lệ khớp thông tin là 69,2%, tỷ lệ không khớp thông tin là 29,3%. Xã Tiền An có tỷ lệ nhập không khớp thông tin cao nhất là 66,7%. Xã có tỷ lệ khớp thông tin cao nhất là xã Liên Vị (93,3%).

Thông tin của 15 mũi tiêm/uống trong tiêm chủng mở rộng tại tuyến xã phường hầu hết các mũi tiêm Viêm gan B sơ sinh và BCG có tỷ lệ khớp thông tin cao lần lượt là 77,7% và 85,4%. Các mũi tiêm DPT-VGB-Hib1 đầu tiên thường tỷ lệ khớp thông tin cao, khoảng 60%. Tuy nhiên, mũi tiêm thứ 2 và 3 tỷ lệ này giảm xuống còn khoảng 20-30%. Ngoài ra, các mũi tiêm khác có tỷ lệ khớp thông tin khá thấp, như Viêm não Nhật Bản 3 (2,1%), DPT4 (5,2%), MR (6,1%). Điều này có thể là do một số đối tượng đã thay đổi địa điểm tiêm chủng, một số cơ sở không cập nhật thông tin lên Hệ thống dẫn đến sự không khớp giữa các thông tin về lịch sử tiêm chủng trên Hệ thống với sổ tiêm chủng của trẻ và các sổ sách báo cáo của các cơ sở tiêm chủng.

Chất lượng số liệu không khớp như vậy gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng quản lý đối tượng và quản lý vắc xin vật tư. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực trạng chất lượng số liệu trên Hệ thống còn nhiều sai lệch dẫn đến có những đơn vị không sử dụng số liệu để báo cáo tiêm chủng. Thông tin quản lý lịch sử tiêm chủng còn chưa đảm bảo có khả năng dẫn tới những báo cáo sai lệch, không đáng tin cậy. Sự không trùng khớp này là một trong những nguyên nhân khiến đối tượng bị bỏ sót mũi tiêm, góp phần không

nhỏ vào việc làm giảm hiệu quả của chương trình tiêm chủng. Vì vậy, việc nâng cao chất lượng số liệu trên các Hệ thống quản lý là hết sức quan trọng và cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 22 cơ sở tiêm chủng với tổng số 328 trẻ tại thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2022 cho thấy, tỷ lệ đối tượng được nhập không khớp thông tin còn tương đối cao, và vẫn còn những trường hợp không được nhập trên Hệ thống. Cần tăng cường giám sát số liệu trên Hệ thống tại các đơn vị, thống nhất các cơ sở tiêm chủng nhập số liệu ngay sau khi tiêm hoặc trong ngày tiêm chủng để đảm bảo chất lượng số liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.** Lịch sử tiêm chủng mở rộng. Truy cập ngày 20/04/2022, <http://www.tiemchungmorong.vn/vi/content/lich-su-tcmr.html>.
2. **Bộ Y tế.** Công văn số 9145/BYT-DP ngày 28/12/2016 Về việc triển khai áp dụng phần mềm quản lý thông tin tiêm chủng Quốc gia. Hà Nội. 2016.
3. **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.** Báo cáo nhanh công tác triển khai hệ thống phần mềm năm 2018. 2018.
4. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh.** Báo cáo kết quả thực hiện công tác tiêm chủng mở rộng năm 2018. 2018.
5. **Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế.** Thực trạng hoạt động của Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng điện tử tại thành phố Hà Nội năm 2017. 2017.
6. **Phạm Thị Quân, Lê Thị Thanh Xuân, Nguyễn Thanh Thảo và cộng sự.** Chất lượng số liệu trên Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia tại một số tỉnh miền Bắc Việt Nam năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học (2021), **144**(8): p322.
7. **Mahon BE, Shea KM, Dougherty NN, et al.** Implications for registry-based vaccine effectiveness studies from an evaluation of an immunization registry: A cross-sectional study. BMC Public Health (2008), **8**(1): p160.
8. **Nguyễn Nhật Tân, Đỗ Đức Lưu, Trần Thị Lan Anh và cộng sự.** Chất lượng số liệu Hệ thống thông tin tiêm chủng quốc gia của một số bệnh viện có phòng sinh tại tỉnh Nam Định năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng (2020), **30**(7): p26.

CHỈ SỐ BOLTON Ở VÙNG RĂNG TRƯỚC (AI) VÀ TOÀN BỘ CUNG RĂNG (OI) Ở CÁC CHỦNG TỘC: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Phạm Minh Thảo¹, Nguyễn Thị Huyền², Quách Thị Thuý Lan¹,
Vũ Quang Hưng¹, Phạm Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Mục đích của nghiên cứu này là cung cấp cái nhìn tổng quan về chỉ số Bolton (ở vùng răng trước AI và tổng thể OI) ở khớp cắn bình thường, lệch lạc khớp cắn theo Angle và liên quan như thế nào tới chủng tộc. **Phương pháp:** Đánh giá 56 bài báo nghiên cứu về chỉ số Bolton (AI/OI) bằng tiếng Anh được xuất bản trên PubMed, LILACS, Embase, CENTRAL và Google Scholar đã được tìm kiếm cho đến tháng 12 năm 2022, hoặc bài báo, luận văn, luận án tiếng Việt tìm kiếm trên các tạp chí xuất bản trong nước như Tạp chí Y học Việt Nam, trên thư viện các trường Đại học Y Dược trên cả nước. Công cụ đánh giá chất lượng sử dụng của “The National Heart, Lung, and Blood Institute’s Quality Assessment Tool” cho nghiên cứu thuần tập được dùng để đánh giá nguy cơ sai lệch. **Kết quả:** 56 bài báo được thu thập, được phân chia theo châu lục (chủng tộc) và ra kết quả : OI và AI ở Châu Á là lớn nhất, châu Phi thì tỉ lệ Bolton OI và AI đều nhỏ nhất so với các châu lục khác, và tương đối đồng nhất với tỉ lệ được đo bởi Bolton.

Từ khóa: Chỉ số Bolton, Sự khác biệt kích thước răng

SUMMARY

BOLTON’S RATIOS IN THE ANTERIOR REGION AI AND OVERCALL OI: A LITERATURE REVIEW

Objectives: To review the literature on Bolton’s ratios (in the anterior region AI and overall OI) of normal occlusion, Angle’s malocclusion and race relationship. **Methods:** Research articles on Bolton’s ratio in English published in Pubmed, LILACS, Embase, CENTRAL and Google Scholar searched until December 2022, or articles, theses, dissertations Vietnamese language projects are searched in domestic journals such as the Vietnam Medical Journal, in the libraries of medical universities across the country. The National Heart, Lung, and Blood Institute’s Quality Assessment Tool for cohort studies was used to assess the risk of bias. **Result:** 56 articles, theses and dissertations have been collected. 56 articles were collected, divided by continent (race), we had the results: OI and AI in Asia is the largest, Africa has the smallest one, compared to other continents. The Bolton ratio in Africa is relatively consistent with the ratio measured by Bolton.

Keywords: Bolton’s ratio, tooth-size discrepancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng lệch lạc khớp cắn là vấn đề thường gặp trong cộng đồng và do rất nhiều nguyên nhân gây ra, một trong số những nguyên nhân đó là do sự bất cân xứng

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Nha khoa Thanh Hải - Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

kích thước gần-xa của các răng giữa hai hàm, gây ra nhiều ảnh hưởng tiêu cực tới chức năng, thẩm mỹ bộ răng và khuôn mặt của con người. Trên thế giới đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu về mối tương quan kích thước gần-xa của các răng giữa hai hàm, điển hình có phân tích của Bolton năm 1958, ông đã phân tích mẫu hàm của 55 người có khớp cắn lý tưởng, từ đó đưa ra 2 chỉ số: chỉ số nhóm các răng trước và chỉ số toàn bộ cung răng. Trong đó chỉ số nhóm các răng trước dựa trên tỷ lệ tổng kích thước gần-xa của 6 răng trước hàm dưới (R3-R3) so với tổng kích thước gần-xa của 6 răng trước hàm trên (R3-R3). Còn chỉ số toàn bộ cung răng dựa trên tỷ lệ tổng kích thước gần-xa của 12 răng hàm dưới (R6-R6) so với tổng kích thước gần-xa của 12 răng hàm trên (R6-R6) [2].

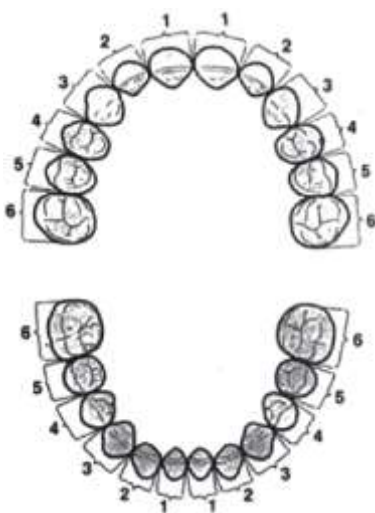
Đây được coi là phương pháp dễ làm, phổ biến nhất được nhiều nhà nghiên cứu trên thế giới áp dụng. Sự sai lệch chỉ số Bolton dẫn tới sự bất thường về cắn tràm và cắn chìa vùng răng trước, hoặc không thể sắp xếp lồng mũi các răng sau. Từ chỉ số Bolton, các bác sĩ chỉnh nha có thể xác định xem sự bất thường về kích thước gần xa cụ thể ở răng nào, để có sự điều chỉnh phù hợp như mài chỉnh kẽ răng hoặc trám thêm ở các răng đó. Có nhiều nhà nghiên cứu đã đo lường về chỉ số Bolton, nhưng mỗi người lại đưa ra độ lệch chuẩn SD khác nhau, và điều này vẫn còn đang gây tranh cãi.

Bài tổng quan này nhằm mục đích:

1. Đưa ra cái nhìn tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và khu vực về chỉ số Bolton, với độ lệch chuẩn SD tương ứng.
- 2.

$$OI = \frac{\text{Tổng kích thước gần-xa 12 răng hàm dưới}}{\text{Tổng kích thước gần-xa 12 răng hàm trên}} \times 100 = 91,3 \pm 1,91\%$$

$$AI = \frac{\text{Tổng kích thước gần-xa 6 răng trước hàm dưới}}{\text{Tổng kích thước gần-xa 6 răng trước hàm trên}} \times 100 = 77,2 \pm 1,65\%$$



Hình 1: Cách tính chỉ số Bolton toàn bộ (OI)



Hình 2: Cách tính chỉ số Bolton các răng trước (AI)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bài báo khoa học về chỉ số Bolton (AI/OI) bằng tiếng Anh được xuất bản trên PubMed, LILACS, Embase, CENTRAL và Google Scholar đã được tìm kiếm cho đến tháng 12 năm 2022, hoặc bài báo, luận văn, luận án tiếng Việt tìm kiếm trên các tạp chí xuất bản trong nước như Tạp chí Y học Việt Nam, trên thư viện các trường Đại học Y Dược trên cả nước

Tiêu chuẩn lựa chọn:

1. Bài báo khoa học có chủ đề về chỉ số Bolton, nghiên cứu trên con người.
2. Nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc hoặc cắt ngang (ngẫu nhiên hoặc không ngẫu nhiên), nghiên cứu mô tả.
3. Bài báo được viết bằng tiếng Anh được xuất bản hay công bố trên các tạp chí khoa học uy tín như American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics (AJODO), European Journal of Orthodontics (EOS), Angle Orthodontist (AO), Progress in Orthodontics, Korean Journal of Orthodontics (KJO), Journal of Orofacial Orthopedics, Orthodontics and Craniofacial

Research, Dental Press Journal of Orthodontics Journal of Orthodontics, không giới hạn thời gian công bố.

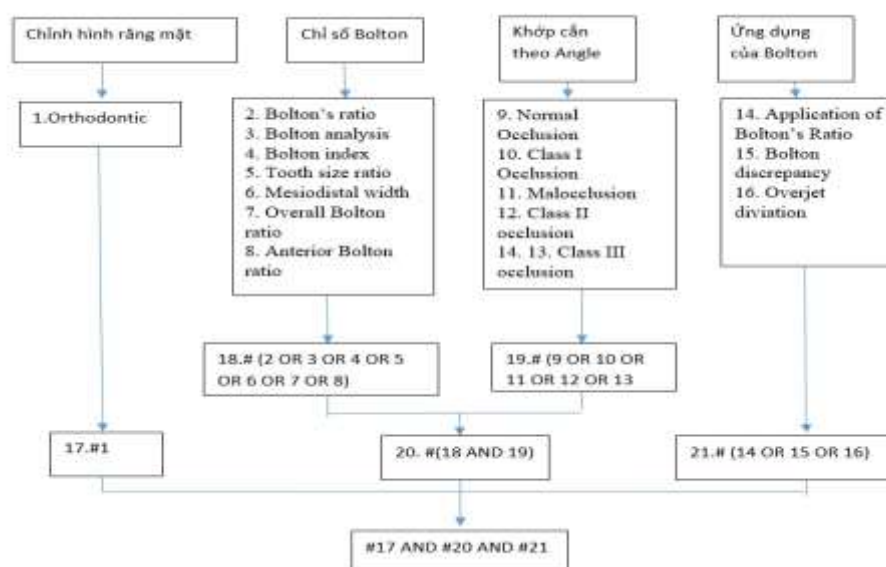
Bài báo tiếng Việt được xuất bản trên tạp chí khoa học trong nước, bài luận văn trong thư viện trường đại học Y trên cả nước.

4. Các nghiên cứu đo kích thước gần xa lớn nhất của một răng chính xác tới 0.01 mm, sử dụng thước đo kỹ thuật số hoặc phần mềm để đo.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bài báo tổng quan có sẵn.
- Những bài báo chỉ nói tổng quát khái niệm mà không tiến hành nghiên cứu.
- Những bài báo cáo case lâm sàng, hoặc nhóm case lâm sàng cũng bị loại trừ

Các bài báo thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được hai nghiên cứu viên độc lập chọn lựa. Các bước tiến hành theo hướng dẫn của PRISMA gồm hai lần chọn lựa bài báo: Lần đầu sẽ đọc và lọc bài báo dựa trên phần tóm tắt. Lần thứ hai sẽ đọc và lọc dựa trên toàn văn với các tiêu chí loại trừ và tiêu chí lựa chọn như trên.



Hình 3: Chiến lược tìm kiếm tài liệu

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả (tương quan), nghiên cứu thuần tập

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Tỷ lệ Bolton liên quan tới chủng tộc**

Chủng Tộc	OI	AI
Asia	92,08 ± 2,29	79,05 ± 2,98
Africa	91,41 ± 2,74	77,72 ± 3,16
Euro	91,73 ± 2,37	78,41 ± 2,86
America	91,49 ± 2,26	78,03 ± 2,92

Dựa trên các bài báo hợp lệ được thu thập, chúng tôi tính được tỷ lệ Bolton theo từng chủng tộc như Bảng 1: OI và AI ở Châu Á là lớn nhất tương ứng là $92,08 \pm 2,29$ và $79,05 \pm 2,98$ còn các vùng khác thì gần bằng nhau, và gần như tương đồng với chỉ số được nghiên cứu bởi Bolton ($77,2 \pm 1,65\%$ và $91,3 \pm 1,91\%$) tuy nhiên độ lệch chuẩn của Bolton lại nhỏ hơn. Ta có thể thấy so với người châu Âu, châu Phi và châu Mỹ, kích thước răng gần xa của người Châu Á lớn hơn, trong khi khung xương lại nhỏ hơn, trên thực tế lâm sàng ta cũng thấy tỷ lệ % bệnh nhân châu Á gặp tình trạng chen chúc răng, đặc biệt là ở vùng răng trước nhiều hơn bệnh nhân ở các châu lục còn lại, và mức độ chen chúc cũng nặng hơn nhiều.

Ở châu Phi thì tỷ lệ Bolton OI và AI đều nhỏ nhất so với các châu lục khác, và tương đối đồng nhất với tỷ lệ được đo bởi Bolton. Lâm sàng cũng cho ta thấy rằng, tỷ lệ bệnh nhân chen chúc răng ở châu Phi tương đối nhỏ, tương đồng với Bolton khi mà Bolton nghiên cứu trên những bệnh nhân có hàm răng lý tưởng, ko có chen chúc răng.

IV. BÀN LUẬN**Tỷ lệ Bolton liên quan tới chủng tộc**

Năm 1996, Freeman và cộng sự đã nghiên cứu 157 mẫu hàm của các bệnh nhân chỉnh nha, gồm 115 người da trắng, 27 người

da đen và 15 người thuộc các nhóm chủng tộc khác. Qua nghiên cứu, ông thấy rằng chỉ số nhóm răng trước của mình là 77,8 khá tương đồng với chỉ số của Bolton là 77,2. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn lại lớn hơn (3,07 so với 1,65). Đồng thời, ông cũng phát hiện sự bất tương quan KTGX của nhóm răng trước xảy ra ở 48 người, chiếm tỷ lệ 30,6% và những trường hợp này đều có chỉ số Bolton nhóm răng trước vượt quá 2SD [3].

Năm 2000, Santoro khi phân tích 54 mẫu hàm của bệnh nhân chỉnh nha người Mỹ đã đưa ra kết luận chỉ số nhóm răng trước và độ lệch chuẩn trong nghiên cứu đều lớn hơn trong nghiên cứu của Bolton. Ông lý giải cho việc này có thể là do đối tượng nghiên cứu của ông là những bệnh nhân chỉnh nha có các vấn đề về khớp cắn khác nhau, trong khi đó tác giả Bolton nghiên cứu trên những người có khớp cắn lý tưởng [5].

Năm 2005, Uysal và Sari khi phân tích mẫu hàm của 150 người Thổ Nhĩ Kỳ đã đưa ra chỉ số AR là $78,26 \pm 2,61$. Ông cho rằng với dữ liệu trên thì chỉ số Bolton không thể áp dụng cho người dân của mình và cần phải có một chỉ số mới [8].

Năm 2009, Nguyễn Thị Phòng áp dụng phân tích của Bolton trong nghiên cứu của mình trên 60 sinh viên Trường Đạo học Răng Hàm Mặt, nhận thấy rằng giá trị trung bình chỉ số trước ở nhóm khớp cắn bình thường là

78,04 ± 1,58, giá trị này tương đương với giá trị trung bình trong nghiên cứu của Bolton. Còn ở nhóm sai khớp cắn, có 34,7% mẫu nghiên cứu có bất tương quan KTGX các răng phía trước [1].

Một nghiên cứu gần đây hơn của Smith và cộng sự về liên quan mối quan hệ kích thước răng của 3 quần thể cho thấy người da trắng có tỷ lệ OI thấp nhất (92,3%), tiếp theo là người gốc Tây Ban Nha (93,1%) và người da đen (93,4%). Tuy nhiên, tỷ lệ AI lớn hơn đáng kể ở người gốc Tây Ban Nha (80,5%) so với người da đen (79,3%). Dường như có xu hướng tỷ lệ OI lớn hơn trong quần thể người da đen, nhưng những khác biệt này đều tương đối nhỏ. Đã có rất ít nghiên cứu chất lượng về yếu tố tiềm năng này [6].

Các nghiên cứu hiện tại chưa có nghiên cứu nào đưa ra con số cụ thể cho từng châu lục (chủng tộc) để khi thực hành lâm sàng các bác sĩ chỉnh nha có thể nhanh hơn trong khâu tính toán sai lệch kích thước gần xa tương ứng giữa các răng.

Rõ ràng có sự sai khác liên quan tới yếu tố chủng tộc lên tỉ lệ Bolton, ngoài ra liệu có sự ảnh hưởng của giới tính hay loại sai khớp cắn lên tỉ lệ này hay không? Với lượng nghiên cứu lớn về tỉ lệ Bolton, và sự mở ra từ nghiên cứu tổng quan tài liệu này, mở ra hướng mới để nghiên cứu tổng quan hệ thống về tỉ lệ Bolton, có phân tích gộp, để xác định được tỉ lệ này cho từng chủng tộc.

V. KẾT LUẬN

Các nghiên cứu hiện tại đều đưa ra tỉ lệ sai lệch kích thước có sự khác biệt với tỉ lệ ban đầu của Bolton, về con số trung bình và/hoặc độ lệch chuẩn. Kết quả của Bolton có lẽ không phải là một hướng dẫn tốt về mức độ phổ biến của một bệnh có ý nghĩa lâm sàng. Các nhà nghiên cứu nên tập trung

nhiều hơn vào con số thực tế của sự khác biệt, thay vì chỉ để ý tới các tỷ lệ Bolton. Cần có nghiên cứu tổng thể để tìm ra chỉ số Bolton tương đối chính xác cho từng chủng tộc, do có sự biến thiên nhiều sai lệch khớp cắn của các chủng tộc khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Phòng**, Nhận xét chỉ số Bolton của một nhóm sinh viên Trường Đại học Răng hàm mặt, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Răng hàm mặt, Trường Đại học Răng hàm mặt (2009).
2. **Bolton W.A**, Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion. *The Angle orthod* (1958), 113-130.
3. **Freeman J.E, Maskeroni AJ, Lorton L**, Frequency of Bolton tooth size discrepancies among orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* (1996), 24 – 27.
4. **Hasija N, Bala M, Goyal V**, Estimation of Tooth Size Discrepancies among Different Malocclusion Groups. *Int J Clin Pediatr Dent* (2014) May;7(2):82-5.
5. **Santoro M, Michael E.A, Victor A.P**, Mesiodistal Crown Dimensions and Tooth Size Discrepancy of the Permanent dentition of Dominican Americans. *Angle Orthod* (2000), **Vol 70**: 303 – 307.
6. **Smith S.S, Buschang P.H, Watanabe E**, Interarch tooth size relationships of 3 populations: Does Bolton's analysis apply?. *Am. J. Orthod* (2000), **Vol 117**:169 – 174.
7. **Sperry TP, Worms FW, Isaacson RJ, Speidel TM**, Tooth size discrepancy in mandibular prognathism. *Am J Orthod DentofacialOrthop* (1977), **Vol 72**(2):183 – 190.
8. **Uysal T, Sari Z**, Intermaxillary tooth size discrepancy and mesiodistal crown dimension for a Turkish population. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* (2005), **Vol 128**: 226 – 230.

KẾT QUẢ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG BỆNH LÝ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

Bùi Văn Dương¹, Phạm Văn Duyệt¹, Phạm Văn Thương¹,
Phan Thị Tuyết Lan², Vũ Văn Quang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả dẫn lưu đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm cho những bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu. 124 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp độ II, III theo Hướng dẫn Tokyo 2013 và Hướng dẫn Tokyo 2018 được chỉ định dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 01/2020 – 12/2022, đánh giá về các yếu tố lâm sàng trước và sau dẫn lưu. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bệnh nhân có sốt là 78,22%; trong đó 18,55% có sốt nhiễm trùng đường mật; số lượng bạch cầu trung bình $15,82 \pm 3,87$ G/L, chỉ số CRP là $78,23 \pm 23,95$ mg/dL. 78,22% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán viêm túi mật cấp, 21,78% được chẩn đoán viêm đường mật cấp. Tỷ lệ dẫn lưu thành công là 97,58%, trong đó dẫn lưu túi mật là 86,29%, đường mật gan phải 4,84%, gan trái 6,45%; thời gian chọc trung bình là $14,27 \pm 3,21$ phút. Có 1 trường hợp tụt huyết áp khi chọc dẫn lưu. Tỷ lệ sốt, tình trạng đau bụng, số lượng bạch cầu, chỉ số GOT,

GPT, Bilirubin TP và CRP giảm có ý nghĩa thống kê đánh giá sau 72 giờ dẫn lưu, 22/23 bệnh nhân thoát sốt trong vòng 72 giờ. Tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật: 4,13% có nhiễm trùng chân dẫn lưu, 4,13% có tắc ống dẫn lưu, 3,30% có tụt ống dẫn lưu; 1 trường hợp rò mật gây viêm phúc mạc và 1 trường hợp tử vong sau dẫn lưu. **Kết luận:** Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật hiệu quả và an toàn ở bệnh lý viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp.

Từ khóa: Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm, viêm túi mật cấp, viêm đường mật cấp

SUMMARY

RESULTS OF ULTRASOUND GUIDED PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS

Objectives: Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) was a technique that a drain was inserted into block biliary tree for decompressing and draining in case of acute cholecystitis and acute cholangitis. The aim of study was evaluating the results of this technique in the Gastro-Intestinal Surgery Department, Viet Tiệp Hospital. **Materials and methods:** A total of 124 patients with acute cholecystitis and acute cholangitis grade II, III (based on TG13 and TG18) admitted the Gastro-Intestinal Surgery Department who underwent percutaneous transhepatic biliary drainage under USG guidance were retrospectively evaluated.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

³Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dương

Email: bvduong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

Clinical outcomes, details about the PTBD procedure, and complications were recorded and analyzed. **Results:** 78.22% of patients had fever, 18.55% had septic shock; the mean white blood cells was 15.82 ± 3.87 G/L, the mean CRP was 78.23 ± 23.95 mg/dL; 78.22% of patients were diagnosed with acute cholecystitis and 21.78% with acute cholangitis. The technique success rates was 97.58%, percutaneous transhepatic gallbladder drainage was 86.29%, right-side and left-sided PTBD was performed in 4.84% and 6.45%. The mean time of procedure was 14.27 ± 3.21 mins, a case of hypotension during the procedure. Abdominal pain in patients was relieved, percentages of fever, white blood cell count, total bilirubin and CRP decreased significantly within 72h after treatment. Complications: 4.13% of patients had infected the drainage site, 4.13% of patients has drainage blockage; 3.30% had drainage displacement, 1 case of bile leakage and 1 case was dead. **Conclusions:** Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage was a safe and effective technique with an acceptable low grade complications rate in patients with severe acute cholecystitis and cholangitis.

Keywords: Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage, acute cholecystitis and acute cholangitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp xâm lấn tối thiểu nhằm giảm áp đường mật bị viêm và tắc nghẽn bằng việc dẫn lưu dịch mật nhiễm khuẩn khỏi hệ thống đường mật bằng catheter xuyên gan qua da. Dẫn lưu đường mật qua da được coi là một trong những lựa chọn điều trị hàng đầu trên bệnh nhân có viêm túi mật cấp hoặc viêm đường mật cấp với nhiều yếu tố nguy cơ như cao

tuổi, có bệnh lý phổi hợp vì đây là thủ thuật đơn giản và hiệu quả cao.

Tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật trên cho những nhóm bệnh nhân viêm đường mật cấp do các nguyên nhân và viêm túi mật cấp thu được nhiều kết quả khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả của kỹ thuật dẫn lưu đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi thực hiện từ 2020 đến 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là 124 trường hợp bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp được chỉ định dẫn lưu túi mật hoặc dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, thời gian từ 01/2020 đến 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu mô tả, lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn.

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện gồm 124 bệnh nhân.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm, chẩn đoán, theo dõi điều trị và hội chẩn khoa/liên khoa, chỉ định dẫn lưu và theo dõi sau dẫn lưu. Sau đó, phân tích các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau dẫn lưu để rút ra kết luận.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp dựa theo Hướng dẫn Tokyo 2013 (TG13) và Hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18).

Chỉ định dẫn lưu

Viêm túi mật cấp độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa, viêm túi mật cấp độ III (phân độ theo TG13).

Viêm đường mật cấp kèm theo tắc nghẽn đường mật do sỏi, u đường mật, u đầu tụy, stent đường mật độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc độ III (phân độ theo TG18).

Chống chỉ định

Có chỉ định phẫu thuật vì những lý do khác như: viêm phúc mạc mật, viêm tụy hoại tử xuất huyết nặng, chảy máu đường mật nhiều.

Bệnh nhân cổ chướng nặng, suy gan nặng.

Tắc mật ở nhiều vị trí hoặc khu trú ở một hạ phân thùy (thường do di căn gan).

Quy trình dẫn lưu

Dụng cụ cần có để thực hiện kỹ thuật gồm (1) máy siêu âm với đầu dò bụng sector 3,5 MHz (2) bộ dụng cụ dẫn lưu xuyên gan qua da gồm: bộ dẫn lưu qua da có khóa kích cỡ 8,5 – 10 Fr, hãng ReSolve® và (3) bộ tiêu phẫu để thực hiện thủ thuật.

Các bước tiến hành

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế Fowler, có thể kê đệm hạ sườn phải để bệnh nhân hơi nghiêng sang trái. Siêu âm đánh giá khảo sát ổ bụng, tình trạng túi mật, tình trạng đường mật, nhu mô gan, mạch máu gan. Sau đó chọn vị trí chọc dẫn lưu.

Vị trí chọc kim trên thành bụng cần đạt được yêu cầu xuyên qua gan vào đường mật (trong dẫn lưu đường mật) hoặc giường túi mật (trong dẫn lưu túi mật). Điểm chọc ngoài da thường hướng vào trong và xuống dưới. Cần thận trọng tránh khoang màng phổi và tránh các bó thần kinh liên sườn bằng đi bờ dưới xương sườn.

Sau khi sát khuẩn da quanh vị trí chọc. Điểm chọc vào đường mật tốt nhất là vuông góc với thành đường mật (ở lát cắt ngang đường mật) và song song với đường mật (ở lát cắt dọc đường mật).

Với dẫn lưu đường mật chúng ta có hai hướng tiếp cận. Hướng tiếp cận bên phải khi dẫn lưu đường mật gan phải: vị trí chọc là khe gian sườn VII – VIII đường nách trước, khi chọc kim hướng sang bên vai đối diện cho đến khi tiếp cận được rốn gan. Hướng tiếp cận bên trái khi dẫn lưu đường mật gan trái: chọn điểm ngoài da là vùng thượng vị, dưới xương ức do đường mật gan trái nằm phía trước và gần thành bụng.

Với dẫn lưu túi mật: điểm chọc ngoài da thường ở gian sườn VII - VIII đường nách trước hướng vào trong và xuống dưới. Điểm chọc giường túi mật tốt nhất là ở 1/3 trên của giường túi mật để catheter được thẳng và nằm trọn trong lòng túi mật. Gây tê từng lớp da, tổ chức dưới da bằng Lidocain 2%.

Kim chọc là kim trocar 8,5 – 10 Fr. Sau khi rút nòng kim trong phần ống dẫn lưu chữ j giữ hoàn toàn trong lòng đường mật hoặc túi mật. Nên cố gắng luôn sonde dẫn lưu vào nhánh đường mật lớn, càng gần chỗ tắc nghẽn càng tốt. Hút một lượng nhỏ dịch mật để cấy làm kháng sinh đồ.

Dùng siêu âm khảo sát lại để chắc chắn dẫn lưu đã nằm trong đường mật hoặc túi mật. Cố định dẫn lưu ngoài da kỹ để tránh bị tuột bằng chỉ Etylon 3/0. Đầu ngoại vi cho dịch mật vào túi đựng vô khuẩn để theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất.

Sau khi bệnh nhân đã được thực hiện thủ thuật, cần theo dõi lâm sàng bệnh nhân để đánh giá hai vấn đề chính: đánh giá tính hiệu quả của dẫn lưu và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu: Các bệnh nhân được đánh giá về các chỉ tiêu lâm sàng (tuổi, giới, bệnh lý phối hợp, chỉ số ASA, thang điểm đau VAS, tình trạng sốt và sốc nhiễm khuẩn), các chỉ tiêu cận lâm sàng (bạch cầu, sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh); chẩn đoán xác định khi dẫn lưu, kết quả dẫn lưu, tai biến và biến chứng của thủ thuật

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 3 năm, tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, chúng tôi đã chỉ định dẫn lưu đường mật/túi mật cho 124 trường hợp viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp. Dưới đây là một số kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.1 thể hiện một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật dẫn lưu đường mật/túi mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng	Kết quả	Cận lâm sàng	Kết quả
Tuổi	64,3 ± 11,8 tuổi	Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	15,82 ± 3,87
Giới (Nam/nữ)	45,16/54,84 (56/68)	Tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	218,73 ± 38,59
Bệnh lý phối hợp	43,55%	INR	1,42 ± 0,12
Chỉ số ASA	2,35 ± 0,71	AST(UI/L)	78,23 ± 34,15
Đau bụng (VAS)	5,24 ± 1,62 điểm	ALT (UL/L)	83,53 ± 39,58
Sốt	78,22%	Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	28,21 ± 12,41
Sốc nhiễm khuẩn	18,55% (23/124)	CRP (mg/dL)	78,23 ± 23,95
		Giãn túi mật	87,90%

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 64,3 ± 11,8 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 98 tuổi. 43,55% số bệnh nhân có bệnh lý phối hợp trong đó nhóm bệnh lý phối hợp chủ yếu nhất là đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Tỷ lệ bệnh nhân có sốt trước dẫn lưu là 78,22%, sốc nhiễm khuẩn là 18,55%.

Về kết quả xét nghiệm, chỉ số phản ánh tình trạng viêm trước dẫn lưu như: số lượng

bạch cầu trung bình là 15,8 ± 3,8 ($\times 10^9 G/L$), chỉ số CRP là 78,2 ± 23,9 (mg/dL).

3.2. Chẩn đoán trước mổ

Về chỉ định dẫn lưu, nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ chủ yếu là viêm túi mật cấp với 78,22% với nguyên nhân chủ yếu là do sỏi, viêm đường mật cấp là 21,77% nguyên nhân chủ yếu là sỏi OMC, các nguyên nhân khác gây nhiễm trùng đường mật đã được thống kê ở bảng 3.2

Bảng 3.2. Các nguyên nhân gây viêm đường mật cấp

Chẩn đoán	n	Chẩn đoán	n
Viêm túi mật cấp	97 (78,22%)	Viêm đường mật cấp	27 (21,78%)
Phân độ		Phân độ	
Độ II	71 (57,26%)	Độ II	9 (7,25%)
Độ III	26 (20,97%)	Độ III	18 (15,42%)

Nguyên nhân		Nguyên nhân	
Do sỏi	89 (71,77%)	Sỏi ống mật chủ	18 (14,52%)
Không do sỏi	8 (6,45%)	Sỏi OMC + viêm tụy cấp	2 (0,16%)
		Hẹp đoạn thấp OMC	1 (0,08%)
		Nội mật ruột	2 (0,16%)
		U bóng Vater	1 (0,08%)
		U đoạn thấp OMC	1 (0,08%)
		U đầu tụy	2 (0,16%)
		Ung thư túi mật	1 (0,08%)
		Sau mổ chấn thương tá tràng	1 (0,08%)

3.3. Các yếu tố trong quá trình dẫn lưu túi mật

Bảng 3.3. Đặc điểm dẫn lưu

Đặc điểm	Kết quả
Tỷ lệ thành công	121/124 (97,58%)
Vị trí dẫn lưu	
Túi mật	107/121 (86,29%)
Đường mật gan phải	6/121 (4,84%)
Đường mật gan trái	8/121 (6,45%)
Thời gian chọc dẫn lưu trung bình	14,27 ± 3,21 phút
Tai biến khi chọc dẫn lưu	1/124 (0,08%)

Trong 124 được chỉ định dẫn lưu đường mật hoặc túi mật qua da tỷ lệ dẫn lưu thành công là 97,58%, có 1 trường hợp có tai biến tụt huyết áp trong quá trình dẫn lưu (0,08%).

3.4. Kết quả sớm sau dẫn lưu

Bảng 3.4. So sánh về đặc điểm lâm sàng sau dẫn lưu

Đặc điểm	Trước dẫn lưu	Sau dẫn lưu (72 giờ)	p
Đau bụng (VAS)	5,24 ± 1,62	2,13 ± 0,81	< 0,05
Sốt	78,22%	8,06%	< 0,05
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9/L$)	15,82 ± 3,87	10,97 ± 3,44	< 0,05
GOT (UI/L)	78,23 ± 34,15	48,15 ± 24,02	< 0,05
GPT (UI/L)	83,53 ± 39,58	39,76 ± 15,72	< 0,05
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	28,21 ± 12,41	17,35 ± 8,76	< 0,05
CRP (mg/dL)	78,23 ± 23,95	22,37 ± 9,86	< 0,05

3.5. Biến chứng sau dẫn lưu

Bảng 3.5. Biến chứng sau dẫn lưu

Biến chứng	Tỷ lệ
Nhiễm trùng chân dẫn lưu	5/121 (4,13%)
Tắc ống dẫn lưu	5/121 (4,13%)
Tụt ống dẫn lưu	4/121 (3,30%)
Rò mật gây viêm phúc mạc	1/121 (0,8%)
Chảy máu	0/121 (0,0%)
Tràn khí/máu khoang màng phổi	0/121 (0,0%)
Tử vong	1/121 (1,65%)

Bảng 3.5 là tỷ lệ biến chứng ghi nhận sau thủ thuật. Hầu hết là các biến chứng nhẹ: nhiễm trùng chân dẫn lưu (4,14%), tắc ống dẫn lưu là (4,13%) những biến chứng này đáp ứng với điều trị nội khoa; 3,30% trường hợp có tụt ống dẫn lưu. Đáng ghi nhận 1 trường hợp phát hiện rò mật gây viêm phúc mạc phải tiến hành phẫu thuật làm sạch ổ bụng và đây cũng là trường hợp tử vong sau mổ trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da là một thủ thuật thực hiện với tính an toàn và cho hiệu quả tốt 94% giúp bệnh nhân vượt qua được tình trạng nặng hiện tại và chuẩn bị tốt cho cuộc phẫu thuật nhằm giải quyết nguyên nhân, vai trò của dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da cũng được khẳng định qua nhiều nghiên cứu.

4.1. Chỉ định dẫn lưu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 97 (78,22%) bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ II và độ III (theo TG13) và 27 (21,77%) bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp độ II và độ III (theo TG 18). Trong nhóm 27 bệnh nhân viêm đường mật cấp 18 (15,42%) bệnh nhân viêm đường mật cấp độ III; 9 bệnh nhân viêm đường mật độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa và không có chỉ định ERCP. Bệnh nhân còn túi mật là yếu tố thuận lợi cho dẫn lưu đường mật. Trong trường hợp viêm đường mật, đặt dẫn lưu vào túi mật thường dễ dàng hơn nhiều so với dẫn lưu vào đường mật trên gan do kích thước túi mật to hơn, vị trí tiếp cận dễ dàng hơn. Từ kinh nghiệm, chúng tôi thấy rằng việc chọc dẫn lưu túi mật thường thuận

lợi hơn nhiều so với dẫn lưu đường mật trong gan. Do đó, những trường hợp bệnh nhân viêm và tắc nghẽn đường mật đoạn thấp mà bệnh nhân còn túi mật chúng tôi sẽ ưu tiên dẫn lưu túi mật. Việc dẫn lưu túi mật hoàn toàn đảm bảo được nguyên tắc giảm áp và dẫn lưu dịch mật nhiễm trùng.

4.2. Kết quả dẫn lưu đường mật

Tỷ lệ dẫn lưu thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 121/124 (97,58%) trường hợp. Trong đó, dẫn lưu túi mật chiếm tỷ lệ chủ yếu 107/121. Thời gian dẫn lưu trung bình là $14,27 \pm 3,21$ phút. Trong đó, tỷ lệ dẫn lưu thành công trong lần chọc đầu tiên là 78,22%. Có 1 trường hợp có tai biến tụt huyết áp khi đang dẫn lưu; chúng tôi phải tạm ngừng dẫn lưu, truyền dịch, giảm đau sau đó mới tiếp tục thủ thuật. Nghiên cứu của Maiyazaki và CS cho thấy tỷ lệ dẫn lưu thành công của tác giả là 95% [4]; nghiên cứu đa trung tâm của Francesco Giurazza và CS còn cho thấy tỷ lệ thành công là 100% [2]. Nhiều tác khác cũng khẳng định dẫn lưu đường mật qua da dưới siêu âm có tỷ lệ thành công rất cao [1].

Đánh giá về lâm sàng và cận lâm sàng sau 72 giờ dẫn lưu cho thấy, bệnh nhân cải thiện rõ rệt về tình trạng đau bụng và sốt. Theo kết quả nghiên cứu, điểm VAS giảm rõ rệt từ $5,24 \pm 1,62$ điểm trước thủ thuật xuống $2,13 \pm 0,81$ điểm sau thủ thuật. Tỷ lệ sốt trước mổ là 78,22% giảm xuống còn 8,06% sau mổ. Đặc biệt, 22/23 bệnh nhân thoát sốc trong vòng 72 giờ sau dẫn lưu. Các nghiên cứu khác ([4], [7]) cũng chỉ ra vai trò của dẫn lưu đường mật hoặc túi mật với bệnh nhân sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Dẫn lưu đường mật qua da là chỉ định ưu tiên khi bệnh nhân

có sốc do tính linh hoạt, cơ động và đơn giản của thủ thuật khi tiến hành trên bệnh nhân có huyết động không ổn định.

Các chỉ số xét nghiệm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu giảm rõ rệt khi đánh giá sau 72 giờ: các chỉ số phản ánh tình trạng viêm như bạch cầu, CRP hay các chỉ số phản ánh tình trạng tắc mật như Bilirubin TP (bảng 3.4).

Theo tác giả Hu và cộng sự, những lợi ích của dẫn lưu đường mật qua da dưới siêu âm bao gồm: Thứ nhất, đây là một thủ thuật đơn giản, thực hiện được tại chỗ và xâm lấn tối thiểu nên dùng cho những bệnh nhân với bệnh lý hệ thống nặng mà không thể tiến hành phẫu thuật được. Thứ hai, dẫn lưu đường mật là phương pháp tuyệt vời để giảm áp cho đường mật hoặc túi mật: giảm viêm hoặc phù nề túi mật, cải thiện tuần hoàn tại chỗ và dự phòng nguy cơ hoại tử và thủng túi mật. Dịch mật nhiễm trùng nhanh chóng được dẫn lưu ra khỏi cơ thể nên triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sẽ cải thiện nhanh chóng sau thủ thuật. Thứ ba, bệnh nhân có thể nhận được sự điều trị kháng sinh phù hợp với vi khuẩn gây bệnh. Nghiên cứu ghi nhận 72,9% bệnh nhân có kết quả cấy dịch mật vi khuẩn, chủ yếu là *E.coli* ngoài ra còn có vi khuẩn khác như *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* hay *Enterococcus faecium*... Thứ tư, dẫn lưu đường mật qua da có thể hỗ trợ trong việc chụp đường mật để định hướng điều trị. Chụp đường mật trước mổ có thể cung cấp thông tin chính xác về hệ thống cây đường mật, sỏi đường mật. Cuối cùng, dẫn lưu đường mật hoặc túi mật hỗ trợ cho việc phẫu thuật nội soi nhất là những trường hợp viêm túi mật cấp [7]. Tỷ lệ phẫu

thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu của chúng tôi lên tới 89,32%, điều này giúp giảm tỷ lệ mổ mở, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Nghiên cứu của Yi-Ren Hu và cộng sự cho thấy lợi ích của dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của siêu âm trong bệnh lý viêm túi mật cấp khi so sánh hai nhóm bệnh nhân được dẫn lưu túi mật và không được dẫn lưu túi mật trước khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, lượng máu mất, thất bại chuyển mổ mở và tỷ lệ biến chứng của nhóm được dẫn lưu thấp hơn nhóm không dẫn lưu túi mật [7].

4.3. Biến chứng sau dẫn lưu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng trong và sau thủ thuật nhỏ và phần lớn là biến chứng nhẹ. Trường hợp nhiễm trùng chân dẫn lưu, chúng tôi đổi kháng sinh theo kháng đồ. Trường hợp tắc dẫn lưu, chúng tôi tiến hành bơm rửa dẫn lưu, hàng ngày. Trường hợp tụt ống dẫn lưu, chúng tôi lên lịch mổ sớm cho bệnh nhân. Nghiên cứu không có biến chứng chảy máu ổ bụng và tràn khí khoang màng phổi.

Nghiên cứu ghi nhận một trường hợp có biến chứng nặng rò mật gây viêm phúc mạc; bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật làm sạch khoang phúc mạc. Trong mổ chúng tôi thấy dẫn lưu xuyên gan vẫn nằm trong túi mật nhưng túi mật vẫn căng và dịch mật rò qua chân dẫn lưu vị trí xuyên gan vào ổ bụng. Rút dẫn lưu kiểm tra thấy dẫn lưu tắc hoàn toàn do bùn mật. Sau mổ bệnh nhân tiến triển sốc nhiễm trùng nhiễm độc và tử vong. Từ ca lâm sàng trên, kinh nghiệm rút ra là khi tiến hành thủ thuật siêu âm đánh giá có nhiều bùn mật trong túi mật và đường mật cần dùng

bơm hút hết bùn mật ngay sau khi dẫn lưu và sau đó bơm rửa đường mật hàng ngày.

Trong nghiên cứu của các tác giả khác ngoài các biến chứng trên, các tác giả còn gặp biến chứng khác như xoắn ống dẫn lưu, áp xe phúc mạc thành, tụ dịch dưới bao gan [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 124 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm, chúng tôi thấy đây là thủ thuật an toàn, mang lại hiệu quả cao trong cải thiện triệu chứng và toàn thân bệnh nhân, là cứu cánh cho những trường hợp tắc mật, nhiễm trùng đường mật nặng bệnh nhân không có khả năng chịu được phẫu thuật, tắc mật giai đoạn muộn và viêm túi mật cấp độ II, III.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.43.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trọng Toàn**, “Nghiên cứu vai trò dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi”, Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Ngoại, Học viên Quân Y, 2018.
2. **Francesco Giurazza et al.**, “Safety and effectiveness of ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage: a multicenter experience”, *Journal of Ultrasound*, 2019, 22:437–445.
3. **Liya Su, Bowen Zhuang, Li Li et al.**, “Bleeding after Ultrasound-Guided Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Patients with Coagulopathy: A Single Center Experience”, 02 January 2023.
4. **Miyazaki et al.**, “Percutaneous transhepatic biliary drainage assisted by real-time virtual sonography: a retrospective study”, *BMC Gastroenterology*, 2013, 13:127.
5. **Park SE, Nam IC, Baek HJ, Ryu KH, Lim SG, Won JH, et al.**, “Effectiveness of ultrasound-guided percutaneous transhepatic biliary drainage to reduce radiation exposure: A single-center experience”. *PLoS ONE*, 2022, 17(11): e0277272.
6. **Shinichi Morita et al.**, “Conversion of percutaneous transhepatic biliary drainage to endoscopic ultrasound-guided biliary drainage”, *DEN Open*, 2021;1:e6.
7. **Yi-Ren Hu et al**, “Efficacy and safety of B-mode ultrasoundguided percutaneous transhepatic gallbladder drainage combined with laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly and high-risk patients”, *BMC Gastroenterology*, (2015) 15:81

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KẾT HỢP XƯƠNG SƯỜN BẰNG NẠP VÍT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2022

Nguyễn Văn Đại^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn^{2,3}, Vũ Ngọc Tú^{2,4},
Nguyễn Việt Anh^{2,3}, Nguyễn Thế May¹, Vũ Kim Duy⁵,
Vũ Hoàng Long⁶, Trương Cao Nguyên⁷, Nguyễn Viết Đăng Quang⁷,
Vũ Hữu Vĩnh⁷, Nguyễn Hữu Ước^{2,3}, Phạm Hữu Lư^{2,3}, Đoàn Quốc Hưng^{2,3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chấn thương ngực để lại nhiều di chứng cho bệnh nhân. Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó kết hợp xương sườn (KHXS) bằng nẹp vít mang lại hiệu quả cao. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp phẫu thuật KHXS bằng nẹp vít trên bệnh nhân chấn thương ngực. **Đối tượng phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 19 bệnh nhân chấn thương ngực phức tạp, được chỉ định và thực hiện phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng tấm nẹp vít và đánh giá kết quả sớm sau mổ, từ tháng 01/01/2022- 30/10/2022. **Kết quả:** Bao gồm 19 bệnh nhân, $54,1 \pm 12,1$, giới tính nam chiếm đa số (63,16%). Cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (55,56%). Số lượng

xương sườn bị gãy trung bình là $5,3 \pm 3,3$, nhiều nhất là gãy 14 xương sườn, ít nhất là 3 xương sườn. Trong đó tổn thương kèm theo hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (47%), ngoài ra có 5 bệnh nhân có màng sườn di động (35,3%). Sau điều trị, phát hiện duy nhất 1 trường hợp viêm phổi sau mổ, chiếm tỷ lệ 5,3%. Thời gian nằm viện trung bình là $4,9 \pm 1,6$ ngày. Phần lớn bệnh nhân rất hài lòng sau mổ (84%). Điểm VAS trung bình sau mổ là 3,3 điểm. Không có bệnh nhân nào tử vong. **Kết luận:** Kết hợp xương sườn bằng nẹp vít là phẫu thuật an toàn, hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân chấn thương ngực.

Từ khóa: chấn thương ngực, kết hợp xương sườn, biến chứng, kết quả

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL STABILIZATION OF RIB FRACTURES AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2022

Objective: Chest trauma causes many sequelae for patients. There are many treatment methods, rib fixation (RF) with locked plate is highly effective. The study aimed to evaluate the initial results of the surgical method of by locked plate on patients with chest trauma. **Methods:** Prospective descriptive study on 19 patients with complicated chest trauma, from 1/1/2022 to 30/10/2022. **Results:** Including 19 patients, 54.1 ± 12.1 , male gender accounted for the majority (63.16%). The main mechanism of injury was

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Hà Nội

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁵Viện Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

⁶Bệnh viện E

⁷Bệnh viện Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Văn Đại

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn;

vandai.bluesky.kiwi@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

traffic accidents (55.56%). The average number of broken ribs was 5.3 ± 3.3 , the maximum was 14 broken ribs, the lowest was 3 ribs. In which, the most common accompanying injury was pleural effusion (47%), in addition, there were 5 patients with movable rib array (35.3%). After treatment, only 1 case of postoperative pneumonia was detected (5.3%). The mean hospital stay was 4.9 ± 1.6 days. The majority of patients were very satisfied after surgery (84%). Average VAS score was 3.3 points. No patient died. **Conclusion:** Combining ribs with a screw brace is a safe and highly effective surgery in the treatment of chest trauma patients.

Keywords: chest trauma, rib fixation, complications, results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực (CTN) được xác định ở khoảng 10% tổng số nạn nhân chấn thương và làm tăng đáng kể tỷ lệ các biến chứng phổi (33%) và làm tăng nguy cơ tử vong (12%), trong khi có đến một phần ba số người sống sót sau chấn thương ngực kín (CTNK) nặng thường phải nằm viện kéo dài, phục hồi chức năng trong 1 thời gian dài sau ra viện [1]. Vài năm trở lại đây, đã có nhiều các trang thiết bị giúp triển khai phẫu thuật kết hợp xương sườn (KHXS) được thuận lợi, tuy nhiên sử dụng chúng như thế nào ở những bệnh nhân chấn thương lồng ngực nặng vẫn là một câu hỏi [1]. Dựa theo chỉ định của Marc de Moya (2017) [2], 100% bệnh nhân của nghiên cứu đã đáp ứng hoàn toàn chỉ định này: 100% có gãy từ 3 xương sườn di lệch nặng trở lên, cá biệt có một bệnh nhân gãy tối đa 14 xương sườn; 26,3% bệnh nhân có mảng sườn di động; một số trường hợp có gãy xương sườn kết hợp với ổ cấn màng phổi chấn thương - được kết hợp

xương sườn và làm sạch khoang màng phổi cùng một thì. Không có bệnh nhân nào có chống chỉ định phẫu thuật KHXS: Chỉ định bao gồm: mảng sườn di động, gãy ≥ 3 xương sườn di lệch chông nặng, gãy ≥ 3 xương sườn di lệch và dự kiến giảm 50% khả năng sống mặc dù kiểm soát đau tối ưu, xương sườn gãy di lệch nặng phát hiện trong khi mở ngực vì lý do khác. Chống chỉ định gồm: nhiễm trùng thành ngực, đưng giập phổi phải thở máy kéo dài, tổn thương tủy cổ cao phải thở máy. Theo kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng chỉ định của Marc de Moya (2017) giúp thực hiện chỉ định được dễ dàng và phân loại điều trị bệnh nhân một cách hiệu quả hơn, cũng như đưa ra những chống chỉ định cụ thể cho phẫu thuật KHXS.[2].

Mục tiêu chính KHXS là để giảm thời gian thở máy và cải thiện chức năng hô hấp bằng cách cải thiện cơ học phổi, giảm đau và ngăn ngừa các biến chứng phổi liên quan đến biến dạng thành ngực nghiêm trọng, dẫn tới giảm thời gian nằm viện [3]. Đã có các công bố khoa học về lợi ích của KHXS phẫu thuật dựa trên các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), một vài nghiên cứu tiến cứu và cũng như hồi cứu. Tuy nhiên, kết quả sau cố định xương sườn chưa được đánh giá đầy đủ [4]. Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp đã triển khai phẫu thuật KHXS bằng nẹp vít cho bệnh nhân CTNK, tuy nhiên chưa có đánh giá kết quả sau can thiệp này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “**Đánh giá kết quả KHXS bằng nẹp vít trong điều trị chấn thương ngực tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2022**” nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật KHXS do chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán CTN có gãy xương sườn tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian triển khai nghiên cứu từ 01/01/2022- 30/10/2022 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu, thuận tập.

2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phẫu thuật kết hợp xương sườn tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

2.5. Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 4 nhóm biến số chính được thu thập thông qua bệnh án nghiên cứu có sẵn:

Nhóm biến số đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính cơ chế chấn thương, triệu chứng lâm sàng, điểm mức độ chấn thương (AIS, ISS)

Nhóm biến số cận lâm sàng bao gồm: số xương sườn bị gãy, vị trí gãy, tổn thương kèm theo.

Nhóm biến số về đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số xương sườn bị gãy

Kết quả phẫu thuật: Biến chứng (nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch vết mổ, lệch nẹp sườn, viêm phổi, dị ứng nẹp sườn, mở khí quản), tử vong, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian tập vật lý trị liệu sau mổ, mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hài lòng sau mổ.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi được thu thập bằng bộ câu hỏi giấy soạn sẵn sẽ được nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1. Dữ liệu sau khi hoàn tất nhập liệu được trích xuất sang phần mềm Stata 14 để làm sạch và phân tích.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học và đạo đức của Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Chỉ định và phương pháp phẫu thuật được lãnh đạo Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp phê duyệt. Bệnh nhân (BN) và người nhà BN trong nghiên cứu đều được giải thích rõ về phương pháp phẫu thuật, lợi ích và nguy cơ của phương pháp mổ, tự nguyện đồng ý thực hiện phẫu thuật KHXS gây do chấn thương bằng nẹp vít.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/01/2022- 30/10/2022, chúng tôi đã tiếp nhận và điều trị 19 bệnh nhân CTN, kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	54,1 ± 12,1	
Lớn nhất – nhỏ nhất	34 – 73	
Giới		
Nam	12	63,16
Nữ	7	36,84

Cơ chế chấn thương		
Tai nạn giao thông	10	55,56
Tai nạn lao động	1	5,56
Ngã cao	3	16,67
Bị đè ép	1	5,56
Tai nạn sinh hoạt	3	16,67
Triệu chứng		
Sưng nề tụ máu thành ngực	11	57,9
Đau ngực	18	94,7
Ho ra máu	0	0
Khó thở	7	36,8
Điểm số ISS	9,4 ± 5,5	
Điểm số AIS	2,3 ± 0,7	

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54,1 ± 12,1, giới tính nam chiếm đa số (63,16%). Cơ chế chấn thương chủ yếu là Tai nạn giao thông (55,56%), Triệu chứng đặc hiệu bao gồm đau ngực (94,7%), sưng nề thành ngực (57,9%), khó thở (36,8%).

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên CLVT

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng xương sườn bị gãy		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	5,3 ± 3,3	
Lớn nhất – nhỏ nhất	3 – 14	
Vị trí xương sườn bị gãy		3
Bên trái	11	57,9
Bên phải	7	36,8
Cả hai bên	1	5,3
Tổn thương kèm theo		
Mảng sườn di động	5	26,3
Tràn khí màng phổi	6	35,3
Tràn dịch màng phổi	8	47,0
Tràn máu tràn khí màng phổi	4	23,5
Gãy xương ức	0	0

Số lượng xương sườn bị gãy trung bình là 5,3 ± 3,3, nhiều nhất là gãy 14 xương sườn, thấp nhất là 3 xương sườn. Trong đó tổn thương kèm theo hay gặp nhất là Tràn dịch màng phổi (47%), ngoài ra có 5 bệnh nhân có mảng sườn di động (35,3%).

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật KHXS

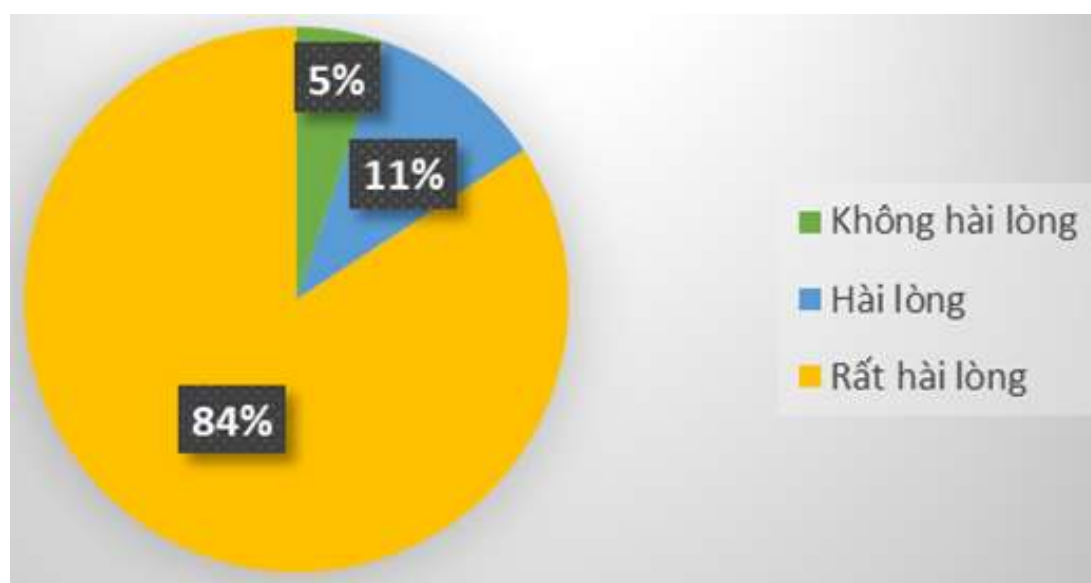
Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu màng phổi	18	94,7
Số lượng sườn gãy phát hiện trong mổ		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	4.2 ± 1,8	2 - 8
Lớn nhất – nhỏ nhất	2 - 8	
Thời gian phẫu thuật (phút)		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	137 ± 56,6	
Lớn nhất – nhỏ nhất	60 - 240	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 137 ± 56,6 (60 – 240). Đa số đều được dẫn lưu màng phổi (94,7%).

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật sau mổ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau mổ		
Chảy máu sau mổ	0	0
Nhiễm trùng sau mổ	0	0
Viêm phổi	1	5,3
Phẫu thuật lại	0	0
Dị ứng nẹp sườn	0	0
Tử vong tại bệnh viện	0	0
Thời gian nằm viện		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	4,9 ± 1,6	
Lớn nhất – nhỏ nhất	4 – 11	
Mức độ đau sau mổ (Thang điểm VAS)		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	3,3 ± 0,9	
Lớn nhất – nhỏ nhất	1 - 5	
Thời gian tập vật lý trị liệu sau mổ (ngày)		
Trung bình (độ lệch chuẩn)	2,9 ± 0,5	
Lớn nhất – nhỏ nhất	2 - 4	

Nghiên cứu chỉ có duy nhất 1 trường hợp viêm phổi sau mổ (5,3%). Thời gian nằm viện trung bình là 4,9±1,6 ngày. Sau trung bình 2,9 ngày, bệnh nhân được tập vật lý trị liệu. Không có bệnh nhân nào tử vong.



Biểu đồ 1. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ

Phần lớn bệnh nhân đều cảm thấy rất hài lòng và hài lòng sau mổ, chiếm 95%. Chỉ có 1 bệnh nhân cảm thấy không hài lòng sau mổ (5%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 19 bệnh nhân CTNK đã được phẫu thuật tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện HN Việt Tiệp năm 2022.

Kết quả cho thấy bệnh nhân có độ tuổi trung niên $54,1 \pm 12$, giới tính của yếu là nam giới (63,16%-bảng 1). Kết quả này thấp hơn so với tác giả Althausen là 47,7 tuổi. So với tác giả Vi Hồng Đức, CTN hay gặp ở độ tuổi từ 20 – 50, chủ yếu là nam giới (85-90%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân phổ biến nhất là CTNK do tai nạn giao thông (55,56%), ngã cao, tai nạn lao động nên có thể kèm theo các tổn thương khác [6]. Nhiều nghiên cứu đã kết luận tai nạn giao thông (TNGT) là nguyên nhân phổ biến nhất của chấn thương lồng ngực ghi nhận tại các khoa cấp cứu [6]. Một số yếu tố có liên quan

làm tăng nguy cơ chấn thương lồng ngực là: Tốc độ cao khi tham gia giao thông [7]

Về chẩn đoán gãy xương sườn: cắt lớp vi tính (CLVT) là chỉ định thường quy trong chẩn đoán các trường hợp chấn thương ngực nặng, trong đó có mảng sườn di động (MSDD), giúp đánh giá chính xác số lượng sườn gãy (kết quả của chúng tôi trung bình gãy $4.2 \pm 1,8$ sườn; dao động từ 2-8 sườn-bảng 3). Ngoài ra, CLVT còn cho phép đánh giá các biến chứng liên quan như đưng dập phổi vùng tiếp giáp với xương sườn bị gãy; tràn khí màng phổi rất rõ ràng mà trên phim chụp X quang thường có thể bỏ sót; TMKMP, tràn khí dưới da, chấn thương mạch máu lớn[8].

Số ngày nằm viện hậu phẫu của chúng tôi rất đáng khích lệ, với thời gian trung bình là 4,9 ngày; lâu nhất là 11 ngày (bảng 4). Có 1

bệnh nhân nằm viện 11 ngày là do biến chứng viêm phổi, được điều trị kháng sinh, ổn định ra viện. Năm 2017 Swarts phân tích tổng quan các kết quả của 4 nghiên cứu (400 bệnh nhân), cho thấy số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 4 ngày ở những bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, rút ngắn đáng kể so với nhóm gây nhiều sườn điều trị không mổ [3]. Ngoài ra, nghiên cứu của Borrelly et al. cho thấy bệnh nhân được cố định xương sườn giảm trung bình 14 ngày nằm viện [9]. Trong thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, Granetzny và các đồng nghiệp đã tìm thấy mức giảm trung bình của thời gian nằm viện là 11,4 ngày đối với những bệnh nhân được điều trị KHXS [10].

Nghiên cứu chúng tôi chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi (5,3%). Kết quả chúng tôi phù hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống dựa trên ba thử nghiệm nhỏ đã so sánh hiệu quả của việc KHXS với nhóm không phẫu thuật của nhóm Swart, Laratta, Slobogean và cs [3]. Đối với những BN được phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng viêm phổi đã giảm đáng kể ($RR = 0,36$, 95%; $CI\ 0,15-0,85$), ngoài ra còn giảm nguy cơ phải mở khí quản ($RR\ 0,38$, $KTC\ 95\%\ 0,14-1,02$) theo nghiên cứu của Marasco, Davies, Cooper [11]. Bệnh nhân viêm phổi này của chúng tôi đã điều trị nội khoa thành công và ra viện sau 11 ngày hậu phẫu.

Trong nghiên cứu này không có bệnh nhân nào tử vong. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật ở các nghiên cứu tương ứng thường thấp so với nhóm không phẫu thuật. Tổng hợp dữ liệu từ 7 nghiên cứu và 582 bệnh

nhân, tác giả Swart nhận thấy tỷ lệ tử vong giảm đáng kể ở những bệnh nhân được điều trị theo phương pháp phẫu thuật so với những người được điều trị không phẫu thuật [3].

Hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là có cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm, vì vậy sự khái quát cho quần thể chung là chưa có. Thời gian theo dõi chưa đủ dài. Vì vậy cần thêm nghiên cứu để đánh giá hiệu quả của can thiệp KHXS bằng nẹp vít trên bệnh nhân CTN nặng

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương sườn bằng nẹp vít là phẫu thuật an toàn, hiệu quả rút ngắn thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng trong điều trị bệnh nhân chấn thương ngực gây nhiều sườn

VI. KIẾN NGHỊ

Phương pháp điều trị phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít nên được bổ sung thêm một phương pháp điều trị hiệu quả trong chấn thương ngực kín có gây nhiều xương sườn di lệch, phức tạp được ở một số bệnh viện tỉnh, trung tâm chấn thương có bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực, gây mê và hồi sức đảm bảo an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. Dehghan, C. De Mestral, M. D. McKee và cộng sự (2014). Flail chest injuries: a review of outcomes and treatment practices from the National Trauma Data Bank. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, **76** (2), 462-468.

2. **De Moya M, Nirula R, Biffl W.** Rib fixation: Who, What, When?. Trauma surgery & acute care open. 2017;2(1):e000059
3. **E. Swart, J. Laratta, G. Slobogean và cs (2017).** Operative treatment of rib fractures in flail chest injuries: a meta-analysis and cost-effectiveness analysis. Journal of orthopaedic trauma, 31 (2), 64-70.
4. **R. Nirula và J.C.J.T.A.S. Mayberry (2010).** Rib fracture fixation: controversies and technical challenges. The American Surgeon, 76 (8), 793-802.
5. **Vi Hồng Đức, Nguyễn Hữu Ước (2009).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các chấn thương ngực phải mở cấp cứu. Ngoại khoa, 59 (2), 21-26.
6. **S.T. Liman, A. Kuzucu, A.I. Tastepe và cs (2003).** Chest injury due to blunt trauma. European journal of cardio-thoracic surgery, 23 (3), 374-378.
7. **M. Fitzharris, M. Franklyn, R. Frampton và cs (2004).** Thoracic aortic injury in motor vehicle crashes: the effect of impact direction, side of body struck, and seat belt use. J Trauma, 57 (3), 582-590.
8. **G.P. Sangster, A. González-Beicos, A.I. Carbo và cộng sự (2007).** Blunt traumatic injuries of the lung parenchyma, pleura, thoracic wall, and intrathoracic airways: multidetector computer tomography imaging findings. Emergency radiology, 14 (5), 297-310.
9. **J. Borrelly và M.H. Aazami (2005).** New insights into the pathophysiology of flail segment: the implications of anterior serratus muscle in parietal failure. European journal of cardio-thoracic surgery, 28 (5), 742-749.
10. **A. Granetzny, M. Abd El-Aal, E. Emam và cộng sự (2005).** Surgical versus conservative treatment of flail chest. Evaluation of the pulmonary status. Interactive cardiovascular and thoracic surgery, 4 (6), 583-587.
11. **S.F. Marasco, A.R. Davies, J. Cooper và cs (2013).** Prospective randomized controlled trial of operative rib fixation in traumatic flail chest. Journal of the American College of Surgeons, 216 (5), 924-932.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2021

Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Đặng Thị Thu²,
Hà Quang Tuấn¹, Vũ Đức Cảnh³

TÓM TẮT

Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện là hoạt động cần thiết để chỉ ra những vấn đề bất hợp lý trong hoạt động lựa chọn và sử dụng thuốc từ đó có những giải pháp đảm bảo cung ứng thuốc và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả. Nghiên cứu đã tiến hành phân tích các số liệu liên quan danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021 nhằm mô tả tính cơ cấu danh mục thuốc theo một số chỉ tiêu và phân tích danh mục tại Bệnh viện thông qua phân tích ABC, VEN. Kết quả mô tả cơ cấu danh mục thuốc cho thấy danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng bao gồm 759 khoản mục, trong đó phần lớn thuốc hóa dược chiếm 98,90% giá trị sử dụng. Danh mục thuốc hóa dược chia thành 21 nhóm tác dụng dược lý trong đó thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn đứng đầu chiếm 21,08% số khoản mục và 28% về giá trị sử dụng. Thuốc nhập khẩu chiếm tỷ lệ cao hơn thuốc sản xuất trong nước với 74,04% giá trị sử dụng. Giá trị sử dụng thuốc Biệt dược gốc chiếm 26,80%. Về phân tích danh mục thuốc cho thấy cơ cấu thuốc tại bệnh viện theo phân tích ABC là hợp lý

về tỷ lệ thuốc hạng A: 12,25%; hạng B: 18,18%; hạng C: 69,57%. Thuốc thiết yếu (E) có số loại thuốc cao nhất với 545 khoản mục chiếm 81,04% về giá trị sử dụng. Kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra 11 thuốc nhóm AN chiếm 7,32% cần giảm chi phí sử dụng do thuộc nhóm thuốc không thiết yếu với giá trị cao làm cản trở để bệnh viện điều chỉnh danh mục thuốc đáp ứng tiêu chí sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Từ khóa: Phân tích ABC; Phân tích ABC/VEN; phân tích VEN; danh mục thuốc

SUMMARY

ANALYSIS OF THE LIST OF DRUGS USED AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2021

Analysis of the list of drugs used at the hospital is a necessary activity to point out unreasonable problems in the selection and use of drugs, thereby having solutions to ensure drug supply and rational use. , safe, effective. The study analyzed data related to the list of drugs used at Hai Phong International General Hospital in 2021 to describe the structure of the drug list according to some criteria and analyze the list at the hospital. through ABC, VEN analysis. The results of describing the structure of the drug list show that the list of drugs used at Hai Phong International General Hospital includes 759 items, of which most of the chemical drugs account for 98.90% of the use value. The list of pharmacological drugs is divided into 21 groups of pharmacological effects, of which anti-

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

³Cục quản lý Dược

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: nttphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

parasitic and anti-infective drugs take the lead, accounting for 21.08% of the items and 28% of the use value. Imported drugs account for a higher proportion of domestically produced drugs with 74.04% of the use value. The value of using original brand name drugs accounted for 26.80%. Analysis of the drug list shows that the drug structure at the hospital according to ABC analysis is reasonable in terms of the rate of class A drugs: 12.25%; Grade B: 18.18%; Grade C: 69.57%. Essential drugs (E) had the highest number of drugs with 545 items, accounting for 81.04% of the use value. The research results also showed that 11 drugs of the AN group, accounting for 7.32%, need to reduce the cost of use because they belong to the group of non-essential drugs with high value as a basis for the hospital to adjust the list of drugs to meet the use criteria. safe and rational use of drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Danh mục thuốc bệnh viện có vai trò quan trọng, ảnh hưởng tới chất lượng công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện. Việc lựa chọn danh mục thuốc hợp lý là yếu tố quan trọng trong việc quyết định sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả trong bệnh viện. Để xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, bước đầu tiên cần phải thu thập, phân tích tình hình sử dụng thuốc năm trước đó, đánh giá thuốc để đề nghị bổ sung hoặc loại bỏ từ các khoa lâm sàng một cách khách quan [1]. Cùng với sự phát triển của kinh tế của nước ta, thị trường dược phẩm cũng ngày càng phong phú về cả chủng loại và nhà cung cấp. Điều này góp phần đảm bảo cung ứng thuốc có chất lượng và giá cả ổn định. Tuy nhiên nó cũng gây khó khăn cho việc lựa chọn thuốc sử dụng phù hợp tại các cơ sở y tế. Bộ Y tế đã đưa ra nhiều văn bản và hướng

dẫn điều trị với mục đích giúp các bác sỹ sử dụng thuốc trên người bệnh được hợp lý, an toàn, hiệu quả, kinh tế. Ngoài ra, chính sách quốc gia về thuốc cũng đưa ra mục tiêu rõ ràng phải cung ứng thuốc cho nhu cầu phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân với chất lượng đảm bảo, giá hợp lý và sử dụng thuốc phải hợp lý, an toàn, hiệu quả [2]. Nhằm góp phần mang lại một số thông tin về hoạt động sử dụng thuốc trong bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm chỉ ra những bất hợp lý trong danh mục thuốc sử dụng năm trước, từ đó đưa ra các ý kiến đề xuất với Hội đồng thuốc và điều trị xây dựng danh mục thuốc bệnh viện cho những năm tiếp theo, đáp ứng nhu cầu sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Danh mục thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng (danh mục thuốc xuất kho) từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2021 đến 31/12/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.4 Phương pháp thu thập số liệu

Nguồn thu thập

Sử dụng phương pháp thu thập dữ liệu từ nguồn tài liệu sẵn có bao gồm các báo cáo thống kê sử dụng thuốc tại bệnh viện năm 2021.

Sử dụng các phụ lục để thu thập và phân tích dữ liệu

Cách thức thu thập

- Thu thập dữ liệu từ phần mềm Ehos của bệnh viện. Điền dữ liệu vào bảng thu thập gồm các trường thông tin: tên hoạt chất; tên thuốc; nồng độ- hàm lượng; đường dùng; số lượng sử dụng; đơn giá; thành tiền; nước sản xuất. Sau đó bổ sung các cột thuốc hóa được/ thuốc đông y, thuốc từ dược liệu; nhóm điều trị; nguồn gốc, xuất xứ; thuốc BDG, generic.

- Phân loại VEN theo danh mục VEN của Hội đồng thuốc và điều trị.

2.5. Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ 759 khoản mục thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu

Phần mềm nhập liệu: Microsoft Excel

+ Loại bỏ các số liệu ngoại lai và làm sạch số liệu bằng cách ghép các mã hàng hóa trùng nhau (cùng tên thuốc, cùng nồng độ- hàm lượng, cùng số đăng ký), kiểm tra thông tin các mã hàng đảm bảo đầy đủ, chính xác.

+ Tính tổng số lượng và giá trị sử dụng để gộp thành một khoản mục, tính lại đơn giá (Đơn giá = Tổng giá trị sử dụng/tổng số lượng) để lấy đơn giá bình quân.

+ Sắp xếp theo mục đích phân tích.

Phân tích số liệu

+ Phương pháp tính tỷ trọng

Tính tổng số khoản mục, giá trị sử dụng của từng biến số

Công thức tính tỷ lệ % số khoản mục và tỷ lệ % giá trị sử dụng của từng biến số như sau:

Tỷ lệ % SKM = SKM từng biến số / tổng SKM x 100%

Tỷ lệ % GTSD = GTSD từng biến số / tổng GTSD x 100%

+ Phương pháp phân tích ABC

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa, làm sạch và được tiến hành phân tích ABC với các bước theo hướng dẫn tại Thông tư 21/TT-BYT được Bộ Y Tế ban hành ngày 08 tháng 08 năm 2013 quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong các bệnh viện [1].

+ Phân tích VEN

Bệnh viện xây dựng Danh mục thuốc theo phân loại VEN theo hướng dẫn tại Thông tư 21/TT-BYT được Bộ Y Tế ban hành ngày 08 tháng 08 năm 2013 quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong các bệnh viện [1]. Hội đồng thuốc – điều trị bệnh viện hợp, phân tích, đánh giá và phân loại thuốc theo danh mục V, E, N

Tính tỷ lệ % số lượng của các nhóm (VEN)

Tính tỷ lệ % giá trị của các nhóm (VEN)

+ Phân tích kết hợp ABC/VEN

Phân loại các thuốc V-E-N trong nhóm A thu được AV, AE, AN.

Phân loại các thuốc V-E-N trong nhóm B thu được BV, BE, BN..

Phân loại các thuốc V-E-N trong nhóm C thu được CV, CE, CN.

Tiến hành tính tổng số và tỷ lệ phần trăm số lượng thuốc và giá trị sử dụng thuốc trong mỗi nhóm nhỏ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tuân thủ theo các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh và được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của khoa Dược - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng theo quyết định số 15/QĐ-ĐKQT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cơ cấu thuốc theo nhóm thuốc hóa dược và thuốc đông y, thuốc từ dược liệu cho kết quả ở Bảng 1

Bảng 1. Cơ cấu thuốc sử dụng theo nhóm thuốc

Loại thuốc	Khoản mục		GTSD	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Thành tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ %
Thuốc hóa dược	740	97,50	79.339	98,90
Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	19	2,50	886	1,10
Tổng	759	100	80.225	100

Thuốc hóa dược chiếm phần lớn DMT và là thuốc chủ đạo và quan trọng tại bệnh viện gồm 740 thuốc (chiếm 97,50% về SKM) với GTSD 79.339 triệu đồng (chiếm 98,90%). Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu chiếm tỷ lệ

thấp gồm 19 khoản mục (chiếm 2,50%) với GTSD 886 triệu đồng (chiếm 1,10%).

Cơ cấu thuốc hóa dược sử dụng theo nhóm điều trị cho kết quả ở Bảng 2

Bảng 2. Cơ cấu DMT theo nhóm điều trị

STT	Nhóm thuốc	Khoản mục	Tỷ lệ GTSD (%)
1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	156	28,00
2	Thuốc tim mạch	90	16,30
3	Thuốc bệnh đường tiêu hóa	71	11,37
4	Thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	59	7,24
5	Thuốc NSAID, thuốc điều trị gút, bệnh xương khớp	55	4,86
6	Thuốc tác dụng đối với máu	41	11,68
7	Thuốc gây tê, gây mê, thuốc giãn cơ, giải giãn cơ	37	3,17
8	Dung dịch tiêm truyền cân bằng nước- điện giải	35	6,40
9	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	32	2,31
10	Khoáng chất và vitamin	28	0,28
11	Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	27	0,77
12	Thuốc bệnh hệ thần kinh	26	1,84
13	Thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc	18	0,35
14	Thuốc chống dị ứng và quá mẫn	13	0,25
15	Thuốc lợi tiểu	8	0,39
16	Thuốc chống co giật, chống động kinh	8	0,08
17	Thuốc điều trị bệnh đường tiết niệu	7	0,70
18	Thuốc có tác dụng thúc đẻ và chống đẻ non	6	0,08
19	Thuốc làm mềm cơ và ức chế cholinesterase	6	0,32
20	Thuốc dùng chẩn đoán	4	2,99
21	Nhóm thuốc khác	13	0,60
	Tổng cộng	740	100

Danh mục thuốc hóa dược sử dụng tại bệnh viện gồm 21 nhóm thuốc gồm 740 thuốc với giá trị sử dụng hơn 79 tỷ đồng. Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm số lượng khoản mục nhiều nhất gồm 156 thuốc chiếm 28% về giá

trị sử dụng. Nhóm tim mạch đứng vị trí thứ 2 gồm 90 thuốc chiếm hơn 16% về GTSD. Nhóm vitamin và khoáng chất đứng vị trí số 10 gồm 28 thuốc chiếm 0,28% về GTSD.

Cơ cấu thuốc sử dụng theo nguồn gốc xuất xứ cho kết quả tại Bảng 3

Bảng 3. Cơ cấu DMT theo nguồn gốc

TT	Nguồn gốc	Khoản mục		GTSD	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Thành tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc sản xuất trong nước	350	46,11	20.824	25,96
2	Thuốc nhập khẩu	409	53,89	59.401	74,04
Tổng		759	100	80.225	100

Thuốc sản xuất trong nước được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn thuốc nhập khẩu về cả SKM và GTSD gồm có 350 thuốc tương ứng 25,96% về GTSD. Thuốc nhập khẩu có 409 thuốc chiếm 53,89% về SKM nhưng chiếm 74,04% về GTSD. Tỷ lệ SKM thuốc sản xuất trong nước thấp hơn thuốc nhập khẩu chỉ có

gần 7% nhưng GTSD lại chênh lệch rất lớn, thuốc nhập khẩu chiếm GTSD gấp gần 3 lần so với thuốc sản xuất trong nước.

Cơ cấu thuốc hóa dược sử dụng theo thuốc biệt dược gốc/ thuốc generic cho kết quả tại Bảng 4

Bảng 4. Cơ cấu DMT theo thuốc BDG/Generic

TT	Nội dung	SKM	Tỷ lệ GTSD (%)
1	Thuốc BDG	156	26,80
2	Thuốc Generic	584	73,20
Tổng		740	100

Thuốc BDG sử dụng 156 thuốc chiếm 26,80% về GTSD. Thuốc generic sử dụng 584 thuốc chiếm 73,20% GTSD.

Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ABC năm 2021 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng cho kết quả tại Bảng 5

Bảng 5. Cơ cấu thuốc theo phương pháp phân tích ABC

STT	Hạng	Khoản mục		GTSD	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	A	93	12,25	64.067	79,86
2	B	138	18,18	12.138	15,13
3	C	528	69,57	4.020	5,01
Tổng số		759	100	80.225	100

Thuốc hạng A gồm 93 thuốc chiếm 12,25% về SKM, hạng B gồm có 138 thuốc chiếm 18,18% về SKM., hạng C gồm có 528 thuốc chiếm 69,57% về SKM. Cơ cấu thuốc theo phương pháp phân tích ABC tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021

cho kết quả phù hợp theo khuyến cáo: Hạng A: 10-20%, hạng B: 10-20%, hạng C: 60-80% về số khoản mục.

Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích VEN cho kết quả tại Bảng 6.

Bảng 6. Cơ cấu DMT sử dụng theo phương pháp phân tích VEN

STT	Nhóm thuốc	Khoản mục		GTSD	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc V	101	13,31	7.023	8,75
2	Thuốc E	545	71,81	65.010	81,04
3	Thuốc N	113	14,89	8.192	10,21
Tổng cộng		759	100	80.225	100

Qua phân tích VEN cho thấy thuốc thiết yếu (E) có số loại thuốc cao nhất với 545 khoản mục chiếm 71,81% về khoản mục và 81,04% về GTSD. Nhóm thuốc không thực sự cần thiết (N) đứng thứ hai, có 113 khoản mục chiếm 14,89% về khoản mục và 10,21%

về GTSD. Nhóm thuốc tối cần (V) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 101 khoản mục chiếm 13,31% về khoản mục và 8,75% về GTSD.

Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ma trận ABC/VEN cho kết quả tại Bảng 7.

Bảng 7. Kết quả phân tích ma trận ABC/VEN

Hạng	Nhóm thuốc	Khoản mục		GTSD	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ
A	V	8	1,05	4.955	6,18
	E	74	9,75	53.243	66,37
	N	11	1,45	5.869	7,32
B	V	20	2,64	1.476	1,84
	E	100	13,18	8.879	11,07
	N	18	2,37	1.782	2,22
C	V	73	9,62	591	0,74
	E	371	48,88	2.887	3,60
	N	84	11,07	542	0,68
Tổng		759	100	80.225	100

Thuốc AV có 8 thuốc (chiếm 1,05% SKM) với giá trị hơn 4,9 tỷ đồng (chiếm 6,18% GTSD). Các thuốc này cần được theo dõi sát sao để có lượng tồn kho vừa đủ, không để hết thuốc nhưng cũng không dự trữ quá nhiều gây tốn kém về tài chính và khó khăn trong quản lý kho. Nhóm thuốc AE có tỷ trọng cao nhất với 74 thuốc (chiếm 9,75%

SKM) với hơn 53,2 tỷ đồng (chiếm 66,37% về GTSD). Nhóm BE đứng thứ 2 với 100 thuốc (chiếm 13,18% SKM) với hơn 8,8 tỷ đồng (chiếm 11,07% về GTSD). Thuốc chiếm chi phí lớn nhưng không thiết yếu (AN) có 11 thuốc chiếm 7,32% về GTSD, thuốc nhóm này chưa thực sự hợp lý.

Các thuốc nhóm AN tại Bảng 8 như sau:

Bảng 8. Danh mục thuốc AN

STT	Hoạt chất	Tên thuốc	Hàm Lượng	GTSD (triệu đồng)	Tỷ lệ
1	Saccharomyces boulardii	Normagut	250mg	2.098	2,61
2	Magnesi carbonat + nhôm hydroxyd+ Attapulgit	Maltagit	2,5g + 0,5g	855	1,07
3	Simethicon	Gastrystad	1g/15ml	219	0,27
4	Cerebrolysin	Cerebrolysin	215,2mg	466	0,58
5	Cholin afoscerat	Gliatilin	1000mg/4ml	374	0,47
6	Đảng sâm+ Nhân trần+ Diệp hạ châu + Bạch thực	Bổ gan Trưởng Phúc	1,2g; 1,2g; 1,2g; ...	184	0,23
7	Đương quy+ Thục địa+ Ngưu tất.....	Hoạt huyết Phúc Hưng	120mg; 240mg 400mg,...	183	0,23
9	Natri hyaluronat	Vitol	0,18%- 12ml	201	0,25
10	Thiocolchicosid	Aticolcide	8mg	195	0,24
11	Acid amin+ glucose+ Nhũ dịch lipid	Combilipid	1440ml	726	0,90
11	Alpha chymotrypsin	Alpha choay	4,2mg	369	0,46
	Tổng cộng			5.869	7,32

Qua kết quả phân tích trên, nhóm N trong hạng A gồm 11 thuốc phải chi gần 6,4 tỷ đồng cho những thuốc không thực sự cần thiết này. Trong đó, có 3 thuốc nhóm bệnh đường tiêu hóa có hoạt chất Saccharomyces boulardii, hỗn hợp magnesi carbonat+ nhôm hydroxyd+ Attapulgit mormoiron hoạt hóa, simethicone chiếm gần 3,2 tỷ đồng. Ngoài ra nhóm thuốc đông y, thuốc từ dược liệu có 2 thuốc chiếm gần 366 triệu đồng là nhóm thuốc cần xem xét lại.

IV. BÀN LUẬN

DMT sử dụng năm 2021 tại bệnh viện gồm 759 khoản mục với tổng GTSD hơn 80,2 tỷ đồng gồm thuốc hóa dược; thuốc đông y, thuốc từ dược liệu. Nhóm thuốc hóa dược chiếm chủ yếu đến hơn 97% về SKM và gần 99% về GTSD gồm 21 nhóm điều trị phân loại theo thông tư 30/2018/TT-BYT

ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn với 156 thuốc chiếm 28% về GTSD. Kết quả nghiên cứu tại nhiều bệnh viện khác cũng cho kết quả nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ lớn nhất về GTSD như Bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2019 (chiếm 54,37%) [7], Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 (chiếm 34,16%) [5], Bệnh viện Hợp Lực - Thanh Hóa năm 2017 (chiếm 40,4%) [6], Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Timescity năm 2016 (chiếm 19,2%) [3], ... Có thể thấy nhóm điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn tại các bệnh viện đều chiếm tỷ lệ lớn nhất về cả SKM lẫn GTSD. Việc sử dụng kháng sinh luôn là một vấn đề

được quan tâm tại bệnh viện. Việc tập trung số lượng cũng như kinh phí sử dụng thuốc nhóm này là do nhu cầu điều trị của bệnh viện cũng như phù hợp với MHBT của bệnh viện. Tuy nhiên, bệnh viện cũng cần rà soát và xem xét lại việc sử dụng nhóm thuốc này đã hợp lý chưa, có bị lạm dụng hay không. Mặt khác, số lượng khoản mục nhiều và DMT rộng có thể làm tăng nguy cơ nhầm lẫn khi kê đơn, sử dụng thuốc, khó khăn trong công tác cung ứng và tăng nguy cơ phải thanh lý hàng hóa hết hạn- chậm luân chuyển. Bệnh viện cần cân nhắc, rà soát lại toàn bộ DMT để loại bỏ những thuốc không thực sự cần thiết.

Ở Việt Nam, các kết quả phân tích cho thấy thuốc nhập khẩu thường chiếm tỷ trọng cao trong cơ cấu giá trị tiền thuốc sử dụng. Tỷ lệ thuốc nhập khẩu (tính theo GTSD) tại Bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2019 chiếm 64,95% [7], Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019 chiếm 73,1% [4], Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Timescity chiếm 94,9% [3]... Kết quả tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng là 74,04%. Như vậy so với các bệnh viện khác kết quả này khá tương đồng.

Thuốc BDG tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng khá cao với 156 thuốc chiếm 21,08% SKM và 26,80% tổng GTSD. So với một số bệnh viện cho thấy Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng có tỷ lệ thuốc BDG về GTSD cao hơn như: Bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2019 (chiếm 10,12%) [7], Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 (chiếm 12,2%) [5]. Theo kết quả khảo sát tại Mỹ được tiến hành năm 2000 [8]: Việc sử dụng nhiều thuốc BDG hơn so với thuốc

generic giúp giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện trung bình cũng như tỷ lệ bệnh tật tử vong. Như vật mô hình bệnh viện tư nhân như Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, việc sử dụng BDG có thể giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân đồng thời nâng cao uy tín của bệnh viện. Tuy nhiên, thuốc BDG có giá thành cao và phân phối thường độc quyền nên việc cung ứng đôi khi gặp khó khăn. Trên thị trường hiện nay có nhiều thuốc generic có giá thành thấp nhưng hiệu quả điều trị tương đương (hoặc gần tương đương) với thuốc BDG, do đó ban lãnh đạo bệnh viện nên cân nhắc điều chỉnh chính sách sử dụng thuốc để bổ sung thêm một số thuốc generic phù hợp vào DMT bệnh viện.

Qua phân tích ABC cho thấy các thuốc hạng A, B, C trong danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng có tỷ lệ hoàn toàn hợp lý so với khuyến cáo của Bộ Y tế tại Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013 Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện: thông thường, sản phẩm hạng A chiếm 10 - 20% tổng số sản phẩm, hạng B chiếm 10 - 20% và còn lại là hạng C chiếm 60 - 80% [1].

Kết quả phân tích theo phương pháp VEN tại bệnh viện cho thấy nhóm thuốc V chiếm 13,31%, nhóm E chiếm 71,81% và nhóm N chiếm 14,89% về số KM tương đương 8,75%, 81,04%, 10,21% về GTSD. Nghiên cứu tại các bệnh viện khác những năm gần đây cho thấy giá trị sử dụng thuốc V, E, N tại Bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2019 lần lượt 11,51%, 86,87%, 1,62% [7]; Bệnh viện phổi Hải Phòng năm 2019 lần lượt 22,2%, 71,6%, 6,2% [4]; Bệnh viện đa

khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 lần lượt 7,2%, 81,9%, 10,9% [5]... Sự khác nhau về tỷ lệ các nhóm thuốc V giữa các bệnh viện là do khi xếp loại phân biệt các nhóm thuốc V và E, các bệnh viện có sự đánh giá khác nhau do mô hình bệnh tật khác nhau, chuyên khoa khác nhau và mức độ quan trọng của 1 loại thuốc được đánh giá khác nhau. Như vậy, về tỷ lệ SKM các thuốc nhóm V, E, N trong danh mục thuốc của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng là phù hợp, tuy nhiên HĐT&ĐT của bệnh viện nên cân nhắc lựa chọn các loại thuốc có giá thành rẻ hơn để giảm nguồn quỹ của đơn vị và giảm gánh nặng cùng chi trả của người bệnh.

Kết quả phân tích ma trận ABC/VEN cũng chỉ ra DMT được sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng có 8 thuốc AV với giá trị hơn 4,9 tỷ đồng chiếm 6,18% về GTSD. Đây là thuốc cần kiểm soát tồn kho chặt chẽ, không để hết hàng nhưng không được để tồn kho quá nhiều. Nhóm thuốc AN (các thuốc không thiết yếu nhưng chiếm tỷ trọng lớn) có 11 thuốc với giá trị gần 5,9 tỷ đồng chiếm 7,32%. Phần lớn các thuốc AN tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng là thuốc hỗ trợ điều trị, thuốc điều trị triệu chứng. Trong đó nhóm thuốc bệnh đường tiêu hóa là Normagut (*Saccharomyces boulardii* 250mg), thuốc Maltagit (hỗn hợp magesi carbonat + nhôm hydroxyd + Attapulgit mormoiron hoạt hóa), thuốc Gastrystad (simethicone 1g/15ml) chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm thuốc AN (chiếm 3,95%). Bệnh viện xem xét cần giảm sử dụng hoặc thay thế bằng thuốc có giá thành thấp hơn. Hai thuốc đông y, thuốc từ dược liệu thuộc nhóm AN là bổ gan Trường Phúc

và hoạt huyết Phúc Hưng (chiếm 0,46%) cũng cần được xem xét sử dụng tránh lạm dụng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn nghiên cứu (từ 01/2021 đến 12/2021), cơ cấu danh mục thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện với 21 nhóm điều trị. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (30,27% GTSD). Thuốc nhập khẩu và thuốc biệt dược gốc có giá trị sử dụng lần lượt chiếm 74,04% và 26,80%. Bệnh viện đã ưu tiên mua sắm các thuốc tối cần và thiết yếu (nhóm V và nhóm E), phân bổ phần lớn ngân sách vào 2 nhóm thuốc này ở cả 3 hạng A, B, C. Kết quả phân tích danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ABC/VEN cho thấy: Có 11 khoản mục thuốc nhóm AN, chiếm 1,45% SKM và 7,32% GTSD. Trong nhóm AN thì thuốc Normagut là thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất.

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh viện cần tiến hành nghiên cứu sâu hơn vấn đề sử dụng kháng sinh để giám sát sử dụng kháng sinh hợp lý. Phân tích sâu hơn các thuốc Biệt dược gốc từ đó cân nhắc điều chỉnh giảm sử dụng hoặc thay thế thuốc biệt dược gốc bằng các thuốc generic. Có biện pháp loại bỏ và thay thế những thuốc AN bằng những thuốc có giá thành rẻ hơn, đồng thời tiến hành các biện pháp đánh giá việc sử dụng thuốc AN khác như: xây dựng và hoàn thiện các hướng dẫn điều trị, tiến hành các nghiên cứu kinh tế y tế... để đảm bảo sử dụng các thuốc này là an toàn và hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013 quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện, Hà Nội.
2. **Thủ tướng chính phủ** (2014), Quyết định số 68/QĐ-TTg Phê duyệt Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, Hà Nội.
3. **Đỗ Đình Hải** (2017), Phân tích danh mục thuốc được sử dụng và quy trình lựa chọn thuốc tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Timescity năm 2016, Luận văn thạc sỹ dược học, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thu Hằng** (2020), Phân tích danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019, Luận văn dược sỹ chuyên khoa I, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Phạm Thị Khánh Mỹ** (2020), Phân tích danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019, Luận văn dược sỹ chuyên khoa I, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thùy Trang** (2019), Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện đa khoa Hợp Lực, tỉnh Thanh Hóa năm 2017, Luận văn dược sỹ chuyên khoa I, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
7. **Hà Quang Tuấn** (2021), Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Kiến An thành phố Hải Phòng năm 2019, Luận văn dược sỹ chuyên khoa II, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
8. **Lichtenberg R.R** (2000), The Benefits and Costs of Newer Drugs: Evidence from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey, Columbia University and National Bureau of

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN QUẢN LÝ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN CÔNG AN THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2021

Hoàng Đức Hạ¹, Ngô Mai Lan², Phạm Minh Khuê¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan đến quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 281 bệnh nhân (BN) ĐTĐ type 2 ≥ 40 tuổi theo tiêu chí kiểm soát đái tháo đường Việt Nam, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Công an thành Phố Hải Phòng. **Kết quả và kết luận:** Nghiên cứu này đã thu thập được 281 bệnh nhân, trong đó, nam chiếm 72,2%, nữ chiếm 28,7%, tỷ lệ nam/nữ $\sim 2,6/1$. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Công an thành phố năm 2021 bao gồm: giới tính, BMI ≥ 23 (kg/m²), ít hoạt động thể lực, tiền sử hút thuốc lá/lão, uống rượu/bia, thói quen ăn ngọt, bệnh nhân đã có biến chứng ĐTĐ, luyện tập thể thao và không đi khám bệnh thường xuyên.

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, yếu tố liên quan, biến chứng.

SUMMARY

SEVERAL FACTORS RELATED TO THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HAIPHONG POLICE HOSPITAL IN 2021

Objective: This study aims to describe a number of factors related to the management of patients with type 2 diabetes at Haiphong Police Hospital in 2021. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study. Horizontal over 281 patients (patients) with type 2 diabetes 40 years old according to Vietnam diabetes control criteria, with complete medical records, from January 2021 to October 2021 at the Haiphong Police Hospital. **Results and conclusions:** This study collected 281 patients, in which, male accounted for 72.2%, female accounted for 28.7%, male/female ratio $\sim 2.6/1$. Some factors related to the control of patients with type 2 diabetes at the Haiphong Police Hospital in 2021 include: gender, BMI ≥ 23 (kg/m²), little physical activity, smoking history tobacco/leaves, drinking alcohol/beer, sweet eating habits, patients with diabetes complications, practicing sports and not going to the health examination regularly.

Keywords: Type 2 diabetes, related factors, complications.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Công an Thành phố Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

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. Bệnh có tốc độ gia tăng nhanh chóng ở cả các nước đang phát triển trong đó có khu vực Châu Á - Thái Bình Dương. Trong các thể loại ĐTĐ thì ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ trên 90% [1, 2]. Bệnh ĐTĐ type 2 thường được phát hiện muộn. 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, các yếu tố liên quan đến bệnh ĐTĐ type 2 là gì? Bệnh viện Công an Hải Phòng là một cơ sở y tế thực hiện công tác khám chữa bệnh cho công an thành phố Hải Phòng 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 đến khám và được quản lý. Tuy vậy cho đến nay chưa có nghiên cứu về thực trạng, yếu tố liên quan đến quản lý ĐTĐ type 2 tại đây. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Công an thành phố Hải Phòng năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm: Bệnh nhân ĐTĐ type 2 ≥ 40 tuổi theo tiêu chí kiểm soát đái tháo

đường Việt Nam, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Công an Thành phố Hải Phòng. Trong đó, tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Những bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu; Bệnh nhân có biến chứng thần kinh, tim mạch mất khả năng giao tiếp, hợp tác khi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang; sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ type 2 được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Công an Thành phố Hải Phòng năm 2021.

Phương pháp thu thập thông tin: Các biến số nghiên cứu được thu thập dựa trên bệnh án mẫu. Thu thập thông tin về một số yếu tố liên quan đến kiểm soát ĐTĐ.

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.

- Toàn bộ số liệu thu thập thông tin về thực trạng bệnh ĐTĐ được làm sạch, nhập và quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý theo mục tiêu nghiên cứu.

- Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 khi bình phương, sự khác biệt khi $p < 0,05$.

Phân tích đơn biến và đa biến để tìm liên quan giữa 1 số yếu tố liên quan với kiểm soát đái tháo đường:

- Tính OR để tìm mối liên quan giữa đái tháo đường không được kiểm soát tốt với yếu tố liên quan. Có sự khác biệt khi OR lớn hơn 1 và nằm trong 95% CI, cực dưới của CI phải lớn hơn 1. OR=1 không có liên quan, OR<1 có liên quan nghịch. Trường hợp có bảng 2x2 có 1 ô <5 dùng Fisher Exact test để kiểm định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này đã thu thập được 281 bệnh nhân, trong đó, nam chiếm 72,2%, nữ chiếm 28,7%, tỷ lệ nam/nữ ~ 2,6/1.

Bảng 3.1. Liên quan đến giới tính và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh YTLQ		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
Giới	Nam	85	41,9	118	58,1	203	0,45 (0,26-0,77)	0,003
	Nữ	48	61,5	30	38,5	78		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

BN nam có tỷ lệ được kiểm soát là 41,9% thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ được kiểm soát ở BN nữ là 61,5%. BN nam nguy cơ không được kiểm soát giảm đi 0,45 lần so với BN nữ ($p < 0,01$).

Bảng 3.2. Liên quan BMI và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh BMI (kg/m ²)		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
≥ 23		89	54,9	73	45,1	162	2,08 (1,28-3,37)	0,003
< 23		44	37,0	75	63,0	119		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Bệnh nhân thừa cân béo phì nguy cơ không được kiểm soát tăng lên 2,08 lần so với bệnh nhân bình thường và gầy ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. Liên quan biến chứng bệnh ĐTĐ và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh YTLQ		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
Biến chứng ĐTĐ	Có	36	63,2	21	36,8	57	2,24 (1,23-4,09)	0,007
	Không	97	43,3	127	56,7	224		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân chưa được kiểm soát thì nguy cơ có biến chứng ĐTĐ tăng lên 2,24 lần so với bệnh nhân được kiểm soát ($p < 0,01$).

Bảng 3.4. Liên quan thời gian mắc bệnh và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh YTLQ		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
≥ 10 năm		71	56,3	55	43,7	126	1,94 (1,20 - 3,12)	0,006
< 10 năm		62	40,0	93	60,0	155		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên thì nguy cơ không kiểm soát được ĐTĐ tăng lên 1,94 lần so với những bệnh nhân bị bệnh dưới 10 năm với 95%CI từ 1,2-3,12 và $p = 0,006$

Bảng 3.5. Liên quan tiền sử đái tháo đường của gia đình và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
YTLQ	Tiền sử ĐTĐ của gia đình	Có	29	64,4	16	35,6	2,3 (1,19-4,46)	0,012
	Không	104	44,1	132	55,9	236		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân có tiền sử người trong gia đình mắc ĐTĐ thì nguy cơ không kiểm soát được bệnh tăng lên 2,3 lần so với những bệnh nhân không có tiền sử người trong nhà mắc ĐTĐ với 95%CI từ 1,19 đến 4,46 và $p=0,012$.

Bảng 3.6. Liên quan hút thuốc lá/lào và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
YTLQ	Hút thuốc lá/lào	Có	40	58,0	29	42,0	1,76 (1,02-3,06)	0,042
	Không	93	43,9	119	56,1	212		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân có nghiện thuốc lá, Lào nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 1,76 lần so với người không hút thuốc lá, Lào ($p<0,05$).

Bảng 3.7. Liên quan tiền sử uống bia/rượu và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
YTLQ	Tiền sử uống bia/rượu	Có	74	55,2	60	44,8	1,84 (1,45-2,95)	0,011
	Không	59	40,1	88	59,9	147		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân có tiền sử uống rượu/bia nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 1,84 lần so với những bệnh nhân không uống rượu/bia với ($p<0,05$).

Bảng 3.8. Liên quan thói quen ăn đồ ngọt với kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
YTLQ	Thói quen ăn đồ ngọt	Có	38	66,7	19	33,3	2,72 (1,47-5,00)	0,001
	Không	95	42,4	129	57,6	224		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân có thói quen ăn đồ ngọt nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 2,72 lần so với bệnh nhân không có thói quen ăn đồ ngọt ($p=0,001$).

Bảng 3.9. Liên quan luyện tập thể thao và kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	P
		n	%	n	%			
YTLQ	Luyện tập thể thao	Không/thỉnh thoảng	50	67,6	23	32,4	3,11 (1,78-5,45)	0,000
	Thường xuyên	83	40,1	124	59,9	207		
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân không hoạt động thể lực thường xuyên nguy cơ không kiểm soát tăng lên 3,11 lần so với bệnh nhân luyện tập thể dục thể thao với 95%CI từ 1,78 đến 5,45 và $p=0,000$.

Bảng 3.10. Liên quan giữa đi khám bệnh thường xuyên với kiểm soát đái tháo đường

Bệnh		Chưa được kiểm soát		Được kiểm soát		Tổng	OR, (95%CI)	p
		n	%	n	%			
YTLQ	Khám bệnh thường xuyên	12	75,0	4	25,0	16	3,57	0,022
	Không/thỉnh thoảng	121	45,7	144	54,3	265	(1,12-11,36)	
Tổng		133	47,3	148	52,7	281		

Những bệnh nhân không đi khám bệnh thường xuyên nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 3,57 lần so với bệnh nhân đi khám bệnh thường xuyên và 95%CI từ 1,12 đến 11,36 và $p=0,022$.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy nam giới liên quan nghịch với kiểm soát ĐTD type 2. Nếu bệnh nhân là nữ thì nguy cơ không kiểm soát ĐTD type 2 giảm đi 0,45 lần và 95%CI từ 0,26 đến 0,77 và $p=0,003$. Phí Quang Hòa [3] OR=1,94, Hoàng Ngọc Lân [4] OR=2,1 đều cho thấy giới nam liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát ĐTD ở loạt bệnh nhân của họ, do một số thói quen chủ yếu ở nam giới như hút thuốc lá, uống bia/rượu làm tăng nguy cơ mắc và không kiểm soát được ĐTD type 2. Bảng 3.2 cho thấy bệnh nhân có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ thì nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 2,08 lần so với bệnh nhân có BMI < 23 với 95%CI từ 1,28-3,37 và $p=0,003$. Kết quả phù hợp với kết quả của Phí Quang Hòa [3]. Bệnh nhân có BMI từ 23 trở lên thì nguy cơ không kiểm soát được bệnh tăng lên 1,99 lần. Người có chỉ số BMI cao, thường kèm theo rối loạn chuyển hoá lipid, tăng huyết áp, không kiểm soát được đường máu, lối sống không tôn trọng chế độ ăn, luyện tập thể thao, sử dụng thuốc gặp rất phổ biến ở bệnh nhân ĐTD type 2.

Bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân có biến chứng của bệnh ĐTD type 2 nguy cơ không

kiểm soát tăng lên 2,24 lần so với bệnh nhân không có biến chứng với 95%CI từ 1,23 đến 4,09 và $p=0,007$. Kết quả này phù hợp với kết quả của Phí Quang Hòa [3] nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 1,85 lần so với bệnh nhân bệnh nhân không có bệnh hay biến chứng đi kèm. Tác giả khác là Krairitichai U và CS [5] nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 877 bệnh ĐTD type 2 ngoại trú bệnh viện công lập ở Thái Lan. Tác giả thấy hầu hết bệnh nhân là nữ, từ 60 tuổi trở lên, BMI cao $\geq 23 \text{ kg/m}^2$, tiền sử gia đình có người ĐTD, không kiểm soát được HA, HbA1c $>7,0\%$, LDL $>100 \text{ mg/dL}$. Tỷ lệ biến chứng mắt, thận rất cao. Trong đó 37,2% bệnh nhân ĐTD type 2 có biến chứng thận và các yếu tố liên quan đến biến chứng là thời gian mắc ĐTD, nồng độ HbA1c và không kiểm soát được HA.

Bảng 3.4 khảo sát liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kiểm soát ĐTD. Kết quả cho thấy nếu thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên thì nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 1,94 lần so với bệnh nhân mắc bệnh dưới 10 năm với 95%CI từ 1,2 đến 3,12 và $p=0,006$. Kết quả phù hợp với kết quả phân tích tầng về thời gian mắc bệnh của Phí

Quang Hòa [3] và kiểm soát bệnh. Nếu lấy nhóm bệnh nhân mắc bệnh 1-5 năm có OR=1 thì nếu bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm thì nguy cơ không được kiểm soát tăng lên 12,28 lần so với bệnh nhân mắc bệnh năm. Tuy nhiên đối với nhóm bệnh nhân mắc 6-10 năm chúng tôi không thấy có liên quan.

Bảng 3.5, 3.6 và 3.7 là liên quan giữa tiền sử gia đình có người mắc ĐTD type 2, tiền sử hút thuốc lá/lào, tiền sử uống rượu/bia với kiểm soát bệnh. Gia đình có người ĐTD type 2 nguy cơ không kiểm soát tăng lên 2,3 lần, bệnh nhân tiền sử hút thuốc lá/lào nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 1,76 lần, uống rượu/bia tăng lên 1,84 lần. Kết quả phù hợp với Phí Quang Hòa [3] với các yếu tố liên quan lần lượt có OR là 1,71), 0,7, 0,096 (liên quan nghịch). Theo Mahapatra T và CS [6] tiền sử hút thuốc lá/lào làm tăng nguy cơ không kiểm soát ĐTD lên 4,75 lần, tiền sử uống bia/rượu lên 22,43 lần. Khi nghiên cứu người tiền ĐTD (tỷ lệ mắc là 15,61% trong số 9046 người tham gia, tác giả thấy 46,43% không kiểm soát được đường máu. Khi phân tích đa biến tác giả thấy nếu bệnh nhân tăng 1 tuổi nguy cơ không kiểm soát tăng lên 1,05, bệnh nhân về hưu nguy cơ tăng lên 9,81, quá cân tăng lên 2,78, đang uống rượu tăng lên 4,66, THA tăng lên 3,75, tăng HA giai đoạn 2 tăng lên 4,69 lần, người già tăng lên 1,66 lần, không việc làm tăng lên 19,68 lần, chủ việc làm tăng lên 25,53 lần. Kết quả này cho thấy để không chế được ĐTD chúng ta cần phải tác động, can thiệp rất nhiều yếu tố, nhiều lĩnh vực khác nhau.

Bảng 3.8 liên quan giữa thói quen ăn ngọt với kiểm soát ĐTD type 2. Bệnh nhân có thói quen này nguy cơ không kiểm soát

tăng lên 2,72 lần so với bệnh nhân không có thói quen này với 95%CI từ 1,47 đến 5,00 và $p=0,001$. Bảng 3.29 cho thấy bệnh nhân không hoặc thỉnh thoảng mới luyện tập thể thao nguy cơ không kiểm soát tăng lên 3,11 lần so với bệnh nhân luyện tập thể dục thể thao thường xuyên. Kết quả phù hợp với Phí Quang Hòa [3] Bệnh nhân không hay thỉnh thoảng luyện tập thể thao thì nguy cơ không kiểm soát ĐTD tăng lên 2,43 lần. Để kiểm soát được ĐTD cần kiểm soát được chế độ ăn và tích cực hoạt động thể lực kết hợp với dùng thuốc. Brown RE và CS [7] cho thấy ít hoạt động thể lực là nguyên nhân tử vong cho cả ĐTD được kiểm soát hay không được kiểm soát. Hoạt động thể dục thể thao làm đốt cháy năng lượng chúng ta tiêu thụ, nếu ăn nhiều đồ ngọt, ít hoạt động thể dục, thể thao tạo điều kiện để không kiểm soát được ĐTD.

Theo Marcie Harris-Hayes và CS [8], điều trị lý liệu pháp là hoạt động thể lực để kiểm soát ĐTD và các bệnh mạn tính khác như tim mạch, xương khớp. Lý liệu pháp tim yếu tố liên quan biến chứng liên quan ĐTD và thay đổi hoạt động cơ xương truyền thống. Hoạt động thể lực đều đặc là chìa khóa để điều trị bệnh mạn tính ở mọi bệnh nhân. Tập thể dục tăng cường kiểm soát đường máu của bệnh nhân ĐTD type 2, giảm nguy cơ biến chứng tim mạch, điều hòa cân nặng bằng làm giảm tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể và tăng cường lượng nạc của cơ thể. Bảng 3.9 cho thấy những bệnh nhân không đi khám bệnh thường xuyên nguy cơ không kiểm soát bệnh tăng lên 3,57 lần so với bệnh nhân đi khám bệnh thường xuyên và 95%CI từ 1,12 đến 11,36 và $p=0,022$. Bảng 3.30 liên

quan giữa khám bệnh thường xuyên với kiểm soát bệnh. Bệnh nhân không khám bệnh thường xuyên, không được tư vấn bệnh nguy cơ không kiểm soát tăng lên 3,57 lần so với người đi khám bệnh thường xuyên và được tư vấn đầy đủ về ĐTĐ. Phí Quang Hòa [3] lại thấy liên quan nghịch giữa đi khám bệnh không thường xuyên với không kiểm soát bệnh ($OR=0,43$ nhưng $p<0,05$). Điều này có nghĩa là những bệnh nhân được tư vấn thường xuyên về bệnh/phòng bệnh thì nguy cơ không được kiểm soát giảm đi 0,43 lần so với nhóm bệnh nhân không/thỉnh thoảng mới được tư vấn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của của Hoàng Ngọc Lâm [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy một số yếu tố liên quan đến kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Công an thành phố năm 2021 bao gồm: BMI ≥ 23 (kg/m²), ít hoạt động thể lực, tiền sử hút thuốc lá/lào, uống rượu/bia, thói quen ăn ngọt, bệnh nhân đã có biến chứng ĐTĐ, gia đình có người mắc ĐTĐ type 2, thời gian mắc bệnh ≥ 10 năm, không đi khám bệnh thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thoa (2010).** Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường ở Việt Nam phát triển nhanh nhất thế giới. Báo điện tử Đảng cộng sản Việt nam, truy cập ngày 30/10/2010, http://www.cpv.org.vn/cpv/modules/news/newsdetail.aspx?cn_id=362574&CO_id=30087.
2. **Chew BH et al (2012).** Determinants of uncontrolled hypertension in adult type 2 diabetes mellitus: an analysis of the Malaysian diabetes registry 2009. *Cardiovasc Diabetol*, 18; 11-54.
3. **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.
4. **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.
5. **Krairittichai U et al (2011).** Prevalence and risk factors of diabetic nephropathy among Thai patients with type 2 diabetes mellitus. *J Med Assoc Thai*, 94 Suppl 2: S1-5.
6. **Mahapatra T et al (2016).** Burden and socio-behavioral correlates of uncontrolled abnormal glucose metabolism in an urban population of India. *PloS one*. 18;11 (10): e0163891.
7. **Brown RE et al (2014).** All-cause and cardiovascular mortality risk in US adults with and without type 2 diabetes: influence of physical activity, pharmacological treatment and glycemic control. *J Diabetes complications*, 28(3); 311-5.
8. **Marcie Harris -Hayes et al (2020).** The role of physical therapist in fighting the type 2 diabetes epidemic. *J Orthop Sports Phys Ther*, 50(1): 5-16.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U HỖN HỢP TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2022

Phan Thị Thanh Giang¹, Nguyễn Thị Phương Anh¹, Phạm Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân bị u tuyến nước bọt mang tai điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp từ 4/2022 đến 10/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong tổng số 40 bệnh nhân, có 23 bệnh nhân là nữ, chiếm tỉ lệ 57.5% và 17 bệnh nhân nam, chiếm tỉ lệ 42.5%. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là $43,7 \pm 12,4$ và nữ giới có độ tuổi trung bình là $41,7 \pm 11,5$. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 32 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi. Tỉ lệ Nam/Nữ là: 1/1.4. Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đi khám là từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ 70%. Về kích thước u, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 67% khối u kích thước 2-4cm. Chúng tôi nhận thấy phần lớn là các trường hợp u tuyến đa hình thủy nông, kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu là lành tính.

Từ khoá: u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF MIXED PAROTID SALIVARY GLAND TUMOR AT VIETTIEP HOSPITAL 2022

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

Objectives: To describe the clinical and subclinical features of patients with mixed parotid salivary gland tumor. **Subjects:** 40 patients with mixed parotid salivary gland tumors treated at Viet Tiep hospital from 4/2022 to 10/2022. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** 40 patients, there were 23 female patients, accounting for 57.5% and 17 male patients, accounting for 42.5%. In which, the average age of men is 43.7 ± 12.4 and the average age of women is 41.7 ± 11.5 . The youngest age in the study was 32 years old and the oldest was 65 years old. The male/female ratio is: 1/1.4. The time from the appearance of the tumor to the time the patient went to the doctor was from 1-5 years, accounting for 70%. Regarding tumor size, in our study, 67% of tumors were 2-4cm in size. We found that the majority of cases were superficial lobular polymorphic adenomas, the pathological results were mostly benign.

Keywords: mixed tumor of parotid salivary gland, clinical, subclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hỗn hợp (mixed tumor) hay còn gọi là u tuyến đa hình (pleomorphic adenoma) tuyến nước bọt hay gặp nhất trong các u lành tính ở tuyến nước bọt (90%).

U ở tuyến mang tai (TMT) chiếm 80-90% còn lại 10% ở tuyến dưới hàm và tuyến bọt phụ

U hỗn hợp TMT thường gặp cả nam hay nữ, tỷ lệ tương đương nhau,, thường bệnh nhân ở tuổi trung niên (thường gặp ở lứa tuổi 30 – 45)

Do u tiến triển rất chậm triệu chứng mờ nhạt thường từ một vài năm có khi tới hai mươi năm. U thường được phát hiện khi đã lớn, mức độ tổn thương rộng, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ. U lành tính nhưng dễ tái phát và có thể chuyển dạng ác tính nếu không được phát hiện sớm và điều trị triệt để

Để chẩn đoán xác định dựa vào giải phẫu bệnh

Hiện nay đây là mặt bệnh rất hay gặp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, để đánh giá sâu hơn về vấn đề này chúng tôi thực hiện đề tài “*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2022*” với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai*

2. *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

Thời gian nghiên cứu: 4/2022 đến 10/2022

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

Phương pháp chọn mẫu và Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, 40 mẫu

Phương pháp phân tích số liệu

- Theo phương pháp thống kê y học.
- Sử dụng chương trình SPSS.18 để nhập, xử lý và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n = 40)

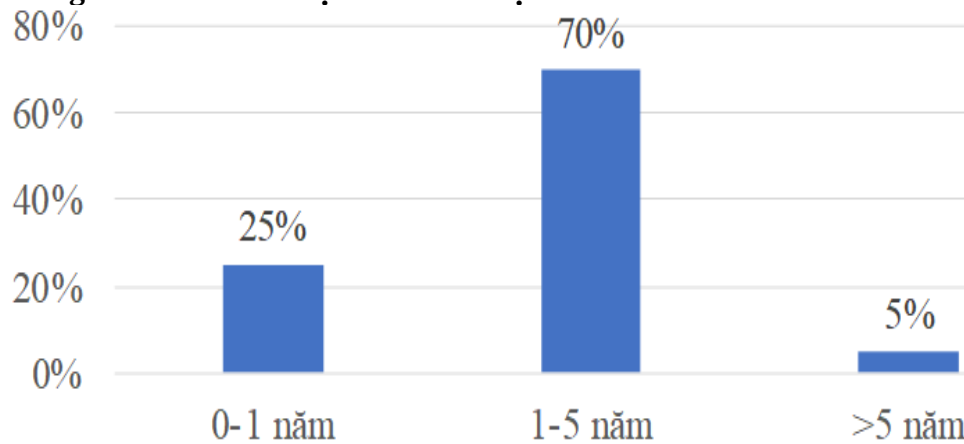
Giới	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình + _ Độ lệch chuẩn)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	42.5%(17)	43,7 ±12.4	32	65
Nữ	57.5%(23)	41,7 ±11,5	34	61
Tổng	100% (40)	42.7±12	32	65

Nhận xét:

Trong tổng số 40 bệnh nhân, có 23 bệnh nhân là nữ, chiếm tỉ lệ 57.5% và 17 bệnh nhân nam, chiếm tỉ lệ 42.5%. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là 43,7 ±12.4 và nữ giới có độ tuổi trung bình là 41,7 ±11,5.

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 32 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi.

3.2. Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đến khám



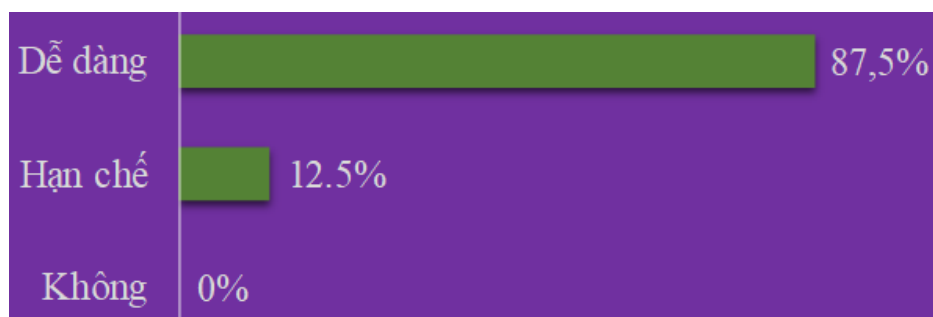
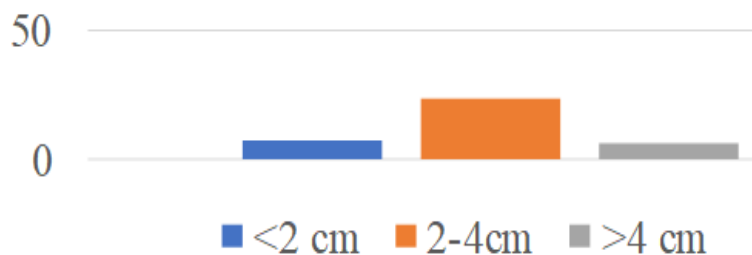
Nhận xét: Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đi khám là từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ lớn nhất là 70%.

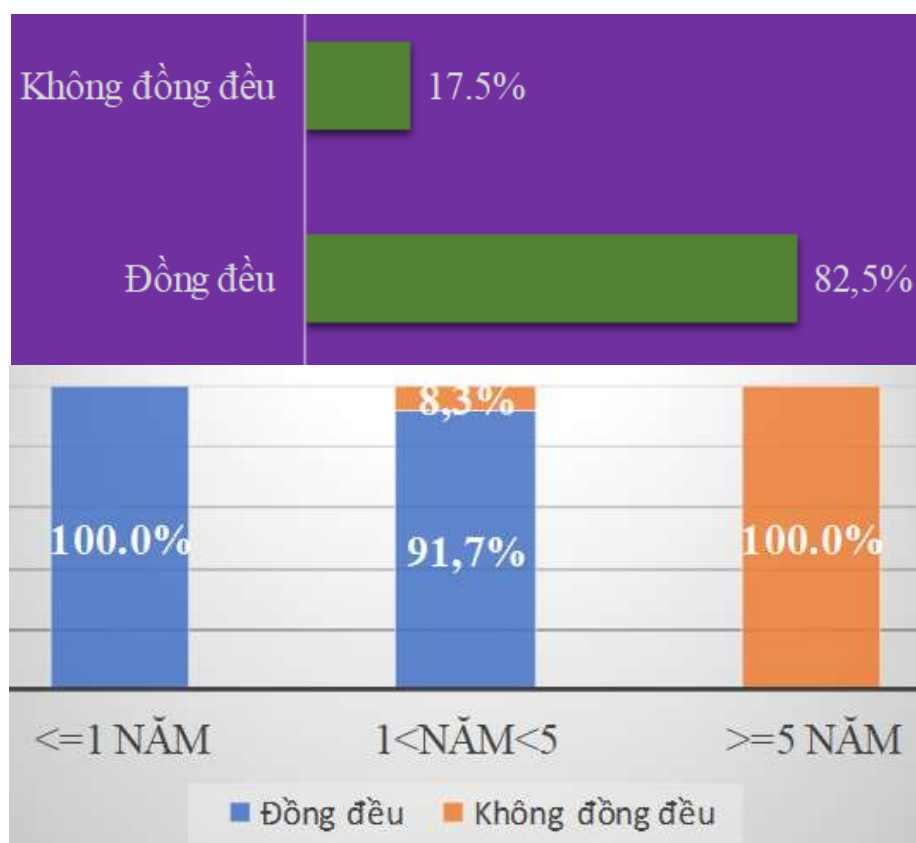
3.3. Vị trí, kích thước và các đặc điểm của u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trong nghiên cứu

3.3.1. Vị trí u



3.3.2. Kích thước u



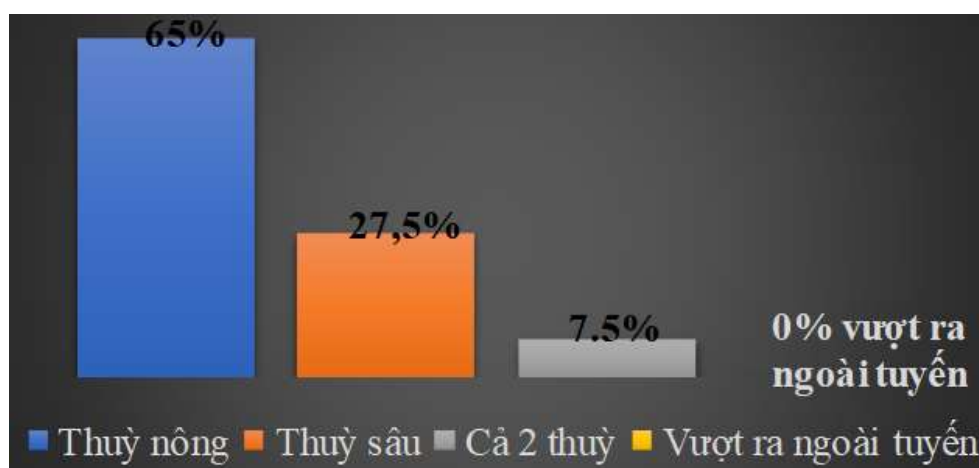
**Nhận xét:**

Trong nghiên cứu này, trường hợp u bên phải chiếm tỉ lệ 61.3%, u bên trái chiếm tỉ lệ nhỏ hơn là 38.7%.

Về kích thước u, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 67% khối u kích thước 2-4cm.

Về độ di động, phần lớn là các khối u có độ di động dễ dàng 87,5%

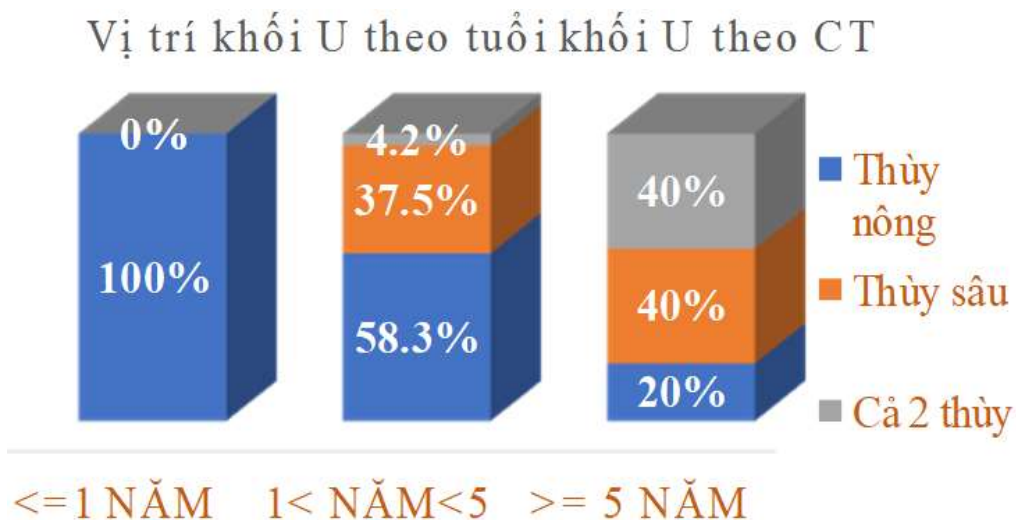
3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trong nghiên cứu



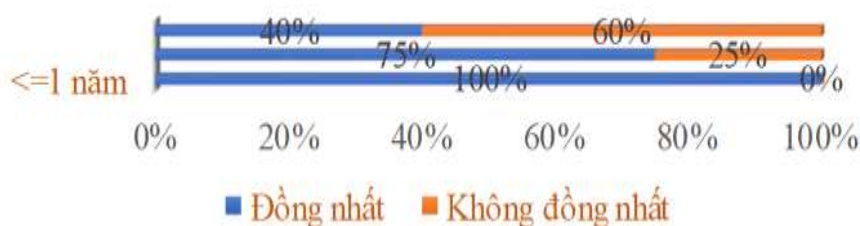


Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phần lớn là các trường hợp u tuyến đa hình thủy nông (65%), và trong khối u thủy nông thì khối u nằm chủ yếu ở cực dưới. Những u có kết quả giải phẫu bệnh lành tính thì u có tính đồng nhất cao (77.5%).

3.5. Đặc điểm của khối u theo tuổi khối u



Tính đồng nhất của u theo tuổi khối u theo siêu âm



IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 32 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi. Tỉ lệ Nam/Nữ là: 1/1.4. Kết quả nghiên cứu này giống với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về bệnh lý u hỗn hợp tuyến nước bọt. Theo Varga và CS (2002) u thường gặp ở nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,89. Theo Freidrich và CS (2005) tỉ lệ này là 1/1.61. Trong nghiên cứu của Masanja và CS (2003) tỉ lệ này là 1/1.5

Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đến khám

Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đi khám là từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ lớn nhất 70%. Kết quả này giống với các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Phương (2000) là 51.6%. Theo Phạm Hoàng Tuấn và CS tỉ lệ này là 62.9%. Điều này hoàn toàn phù hợp với các diễn biến lâm sàng của bệnh u hỗn hợp tuyến nước bọt, với tính chất ổn định kéo dài trong thời gian dài ở thời kì đầu xuất hiện u. Giai đoạn này u tiến triển rất chậm, trong nhiều năm thậm chí vài chục năm.

Vị trí, kích thước và các đặc điểm của u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, trường hợp u bên phải chiếm tỉ lệ 61.3%, u bên trái chiếm tỉ lệ nhỏ hơn là 38.7%. Kết quả này giống với nghiên cứu của Friedrich và CS (2005) là u tuyến đa hình bên phải chiếm 65.75% và bên phải 34.25%. Trong nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn, bên phải là 68.75%, bên trái là

31.43%. Hiện tại chúng tôi chưa lý giải được cụ thể nguyên nhân vì sao bên phải lại gặp nhiều hơn bên trái, nhưng đây cũng là kết quả thực hành lâm sàng ghi nhận được trong y văn về u đa hình tuyến nước bọt.

Về kích thước u, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 67% khối u kích thước 2-4cm. Theo nghiên cứu của Piekarski và CS (2004), u có đường kính trung bình là 3.6 cm. Theo nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn kích thước u là 2-4 cm (65.71%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh (2000) trên 50 trường hợp u tuyến đa hình gặp 33 trường hợp (66%) u có kích thước từ 2-4 cm. Đây là kích thước u đủ lớn để bệnh nhân có thể tự phát hiện bằng cách sờ thấy, và là lý do vào viện của bệnh nhân. U tuyến đa hình trong khoảng thời gian dài đầu tiên, bệnh nhân hoàn toàn không hề có triệu chứng cơ năng như đau hay lệch mặt... Chính vì thế bản thân người bệnh cũng không hề nhận ra sự xuất hiện của khối u nếu kích thước nhỏ quá <2cm. Trong số 40 ca bệnh nhân đến khám có 3 ca có kích thước >4cm. Đây là những trường hợp đã phát hiện và khám chuyên khoa nhưng không quyết định điều trị nên kích thước u tăng lên mới quyết định nhập viện điều trị và có trường hợp bệnh nhân lớn tuổi và ở khu vực nông thôn xa bệnh viện chuyên khoa và không có triệu chứng đau nhức nên đi khám bệnh ở giai đoạn u>4cm, thời điểm thấy u to lên một cách bất thường.

Về độ di động, nghiên cứu này là về khối u lành tính, nên không thấy trường hợp nào thâm nhiễm. Phần lớn là các khối u có độ di

động dễ dàng (87,5%). Điều này phù hợp với đặc điểm của các khối u lành tính

Đặc điểm cận lâm sàng của u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phần lớn là các trường hợp u tuyến đa hình thủy nông (65%), và trong khối u thủy nông thì khối u nằm chủ yếu ở cực dưới. Kết quả này phù hợp với những công bố trong y văn về u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai.

Đây là loại u lành tính, tuy nhiên sự phát triển âm thầm của khối u theo năm tháng dần dần có xu hướng thoái hoá theo hướng ác tính. Chúng tôi đã tìm kiếm những thông tin liên quan đến tuổi của khối u: về vị trí và mức độ đồng nhất của khối u. Thời gian đầu trong vòng 1 năm đầu tiên 100% khối u chỉ ở thủy nông của tuyến nước bọt mang tai, nhưng sau 5 năm khối u lớn dần lên và xâm lấn vào cả thủy nông và thủy sâu. Mức độ đồng nhất cũng giảm dần theo năm tháng. Khối u phát triển trên 5 năm thì 60% là không đồng nhất trên siêu âm. Kết quả nghiên cứu đã nhắc nhở chúng tôi về nguy cơ tiến triển theo hướng xấu đi đối với những khối u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai đã tồn tại trên 5 năm.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai

- Trong tổng số 40 bệnh nhân, có 23 bệnh nhân là nữ, 57,5% và 17 nam, 42,5%. Nam giới có độ tuổi trung bình là $43,7 \pm 12,4$ và nữ giới là $41,7 \pm 11,5$.

- Thời gian từ lúc xuất hiện u đến khi bệnh nhân đi khám là từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ 60%.

- U bên phải chiếm tỉ lệ 61,3%, u bên trái chiếm tỉ lệ nhỏ hơn là 38,7%.

- 67,5% khối u kích thước 1-2 cm, phần lớn đều di động dễ dàng.

5.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai

- U thường ở thủy nông 65% và chủ yếu ở cực dưới 92,3%.

- 100% là u lành tính nhưng tiềm ẩn xu hướng thoái hoá theo hướng ác tính với đặc điểm không đồng nhất 22,5%.

- Tuổi khối u càng lớn thì nguy cơ thoái hoá ác tính càng cao với các biểu hiện : mật độ chắc, mức độ không đồng nhất chiếm tỉ lệ cao

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.182.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn chẩn đoán hình ảnh**, Bài giảng chẩn đoán hình ảnh. ĐHY Hà Nội - NXB Y Học, (2001) tr 33-6.
2. **Nguyễn Thị Bình, Mô – Phôi**: Phần mô học, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, (2007), tr. 178 – 179.
3. **Phạm Hoàng Tuấn**, Nghiên cứu lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai, in Luận án tốt nghiệp tiến sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật Hàm Mặt, Đại Học Răng Hàm Mặt. (2007)
4. **Võ Khắc Tráng**, Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 6, tập 11/2021, tr.115-123.
5. **Hoàng Minh Phương**, Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Hoàng Minh Phương¹, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 1, tập 12, tháng 2/2022, tr. 31-38.
6. **Bialek E J, Jakubowski W, Zajkowski P, Szopinski K T, Osmolski A**, “US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls”, RadioGraphics, (2006) pp. 745 – 763.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SINH THIẾT CHẨN ĐOÁN CÁC KHỐI U LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thế May¹, Tiêu Công Quyết¹, Nguyễn Công Huy¹,
Nguyễn Văn Đại¹, Nguyễn Viết Phương¹,
Nguyễn Anh Đà¹, Đoàn Quốc Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Năm 1910, lần đầu tiên trong thực hành y khoa, H. C. Jacobeus sử dụng phẫu thuật nội soi để chẩn đoán các bệnh lý trong lồng ngực. Ngày nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã trở thành một phương pháp chẩn đoán can thiệp có hiệu quả. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi lồng ngực trong xác định bản chất mô học của các khối u trong lồng ngực tại Hải Phòng. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 34 bệnh nhân xác định có khối u hoặc hạch trong lồng ngực được xác định trên hình ảnh cắt lớp vi tính, được phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết chẩn đoán mô học tế bào tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong 3 năm từ 2020 đến 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 34 trường hợp, tuổi từ 18 đến 77, tuổi trung bình 51,26. Thời gian mổ trung bình là 32,6 phút. Tai biến, biến chứng có 01 (2,94%) trường hợp - chảy máu mạch nhỏ, không có tử vong. Tỷ lệ ác tính trên tổng mẫu là 31/34 (91,18%), với độ nhạy là 90,09%, độ đặc hiệu là 100%. **Kết luận:**

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là một phương pháp chẩn đoán hiệu quả và an toàn, có thể sử dụng thường quy trong chẩn đoán khối u lồng ngực.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực, sinh thiết u lồng ngực.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC BIOPSIES DIAGNOSIS OF THORACIC TUMORS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: In 1910, for the first time in medical practice, H. C. Jacobeus used laparoscopic surgery to diagnose diseases in the chest. Today, thoracoscopic surgery has become an effective diagnostic method. This study aimed to evaluate the effectiveness of thoracoscopic surgery in determining the histological nature of intrathoracic tumors in Hai Phong. **Subjects, research methods:** A cross-sectional descriptive study, including 34 patients with confirmed intrathoracic tumors or lymph nodes identified on computed tomography images, undergoing thoracoscopy with diagnostic biopsies. Histological diagnosis at the General Surgery Department of Viet Tiep Friendship Hospital in 3 years from 2020 to 2022. **Results:** The study included 34 cases, ages from 18 to 77, mean age 51.26. The average operative time was 32.6 minutes. Complications had 01 (2.94%) cases - small vessel bleeding, no death. The rate of malignancy in the total sample was 31/34 (91.18%), with a sensitivity of 90.09% and a

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng,
Nguyễn Thế May

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn;

nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

specificity of 100%. **Conclusion:** Thoracoscopy is an effective and safe diagnostic method that can be used routinely in the diagnosis of thoracic tumors.

Keywords: Thoracic endoscopic surgery, thoracic tumor biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp được sử dụng để sinh thiết mô bệnh của u trung thất, hạch trung thất, u phổi, màng phổi[1]. Năm 1910 lần đầu tiên trong thực hành y khoa vào khi H. C Jacobeus sử dụng nội soi lồng ngực để chẩn đoán các bệnh lý trong lồng ngực và trở thành phương pháp chẩn đoán can thiệp có hiệu quả[2]. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong chẩn đoán.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực có độ nhạy lớn hơn 90% và độ đặc hiệu 100% trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi. Tương tự như vậy, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được chứng minh có hiệu quả trong chẩn đoán bệnh u trung thất tốt hơn cả chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi, với hơn 90% trường hợp [3].

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cho kết quả mô học dương tính với 33% hạch di căn trung thất trong ung thư phế quản hoặc di căn xa từ các cơ quan khác. Mặc dù còn nhiều tranh cãi khi ung thư phế quản di căn hạch trung thất. Tuy nhiên kết quả trên 90% hạch khảo sát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực cho kết quả âm tính với tế bào ung thư, kết quả này đồng nghĩa với ung thư phổi chưa di căn, ủng hộ khả năng phẫu thuật trong điều trị ung thư phế quản và phổi[4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi sinh thiết chẩn đoán bản chất khối u trong lồng ngực được quan tâm nhiều hơn trong khoảng

10 năm trở lại đây, nhưng tại Hải Phòng vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp trong chẩn đoán. Tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật soi lồng ngực để sinh thiết xác định bản chất khối u lồng ngực trong 3 năm nay.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán các khối u lồng ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân có hạch hoặc khối bất thường trong lồng ngực xác định trên hình ảnh cắt lớp vi tính nhưng chưa rõ bản chất.

Chỉ định:

- Xác định bệnh, hạch hoặc các khối u chưa rõ bản chất của lồng ngực mà các biện pháp sinh thiết khác khó thực hiện chính xác.

Chống chỉ định

- Bệnh nhân không đặt được ống nội khí quản 2 nòng.

- Đang dùng thuốc chống đông, thể trạng không cho phép phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong 3 năm, từ 2020 đến năm 2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp tiến hành:

- Lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu.

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm thường quy, đông máu để chuẩn bị cho phẫu thuật.

- Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (có tiêm thuốc cản quang) xác định có khối u, hạch trong lồng ngực.

- Xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch: điện tim, siêu âm tim.

- Khám và đo chức năng hô hấp.

- Phẫu thuật:

+ Tư thế bệnh nhân tùy vào vị trí khối u lồng ngực: bệnh nhân thường được đặt nằm nghiêng về bên đối diện từ 60-90 độ.

+ Sử dụng trocar nội soi đặt vào lồng ngực quan sát trên màn hình camera với optic đường kính 10mm. Đặt các trocar tiếp theo (10 mm và 5 mm) để đưa dụng cụ phẫu thuật. Vị trí đặt trocar tùy thuộc vị trí khối u, hạch trong lồng ngực cần sinh thiết. Tiến hành khảo sát vị trí khối hạch, u dựa trên kết quả hình ảnh cắt lớp vi tính và nhìn trực tiếp.

- Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, có thể kết hợp làm các marker hóa mô miễn dịch để xác định nguồn gốc khối u.

2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp.

2.5. Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 3 nhóm biến số chính được thu thập thông qua bệnh án nghiên cứu có sẵn:

Nhóm biến số về vị trí khối u: Thùy trên, giữa, dưới...

Nhóm biến số về tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật: Nhiễm khuẩn, tràn khí...

Nhóm biến số về phân loại tỉ lệ ung thư trên các mẫu bệnh phẩm thu được: Lành tính, ác tính, khó xác định.

2.6. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phần mềm xử lý thống kê y học SPSS.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý Hội đồng khoa học và đạo đức của Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Chỉ định và phương pháp phẫu thuật được lãnh đạo Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp phê duyệt. Bệnh nhân (BN) và người nhà BN trong nghiên cứu đều được giải thích rõ về phương pháp phẫu thuật, lợi ích và nguy cơ của phương pháp mổ, tự nguyện đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Nhóm nghiên cứu bao gồm 34 bệnh nhân, có 20 nam và 14 nữ, tỉ lệ Nam/Nữ là 10:7. Tuổi trung bình là 51,26, nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 77 tuổi.

- Thời gian phẫu thuật tối thiểu là 20 phút và thời gian tối đa 55 phút, thời gian mổ trung bình 32,6 với SD $\pm 9,81$.

Bảng 1: Vị trí sinh thiết tổ chức u

Vị trí khối u	Số lượng	Tỉ lệ %
Thùy trên phổi	9	26.47
Thùy giữa phổi	6	17.65
Thùy dưới phổi	4	11.76
Hạch trung thất	5	14.71
Tổ chức di căn lá thành màng phổi	10	29.41
Tổng	34	100

Vị trí khối u hay gặp nhất là ở thùy trên phổi chiếm 26.47% và tổ chức di căn lá thành màng phổi là 29.41%. Gặp ít nhất ở thùy dưới chiếm 11.76 %

Bảng 2: Tai biến, biến chứng trong và sau thủ thuật

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Chảy máu diện mổ	1	2,94
Nhiễm khuẩn	0	0
Tràn khí khoang màng phổi	0	0
Tràn khí dưới da	0	0
Không tai biến	33	97,06
Tổng	34	100

Tỉ lệ tai biến rất thấp, chỉ gặp 1 trường hợp (2,94%) chảy máu diện mổ đã được xử trí an toàn

Bảng 3: Phân loại tỉ lệ ung thư trên các mẫu bệnh phẩm thu được

Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ %
Ác tính	31	94,12
Lành tính	2	5,88
Khó xác định	01	2,94
Tổng	34	100

Với kết quả thu được chúng tôi tính ra độ nhạy là 90,09% và độ đặc hiệu 100%.

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát lồng ngực là một bước quan trọng cần làm trong chẩn đoán, điều trị các bệnh lí phổi và trung thất. Phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết khối u được lựa chọn là phương pháp tốt để đánh giá khối u hoặc hệ thống hạch trong lồng ngực mà không phải mở ngực[5].

Số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 34 bệnh nhân, tỉ lệ Nam/Nữ là 10:7. Có tuổi trung bình là 51,26; nhỏ tuổi nhất 18 tuổi và lớn nhất 77 tuổi. Điều đó cho thấy khả năng thực hiện kỹ thuật rộng rãi trên các lứa tuổi bệnh nhân cần phải khảo sát bản chất u hoặc hạch trong lồng ngực. Theo tác giả Zane T.Hammound et al [7] thì khả năng thực hiện nội soi lồng ngực đạt trên 90% các trường hợp có u trung thất.

Trong mẫu nghiên cứu chúng tôi thực hiện thủ thuật này với thời gian phẫu thuật tối thiểu là 20 phút và thời gian tối đa là 55 phút, thời gian mổ trung bình là 32,6 với SD

± 9,81(không bao gồm thời gian chuẩn bị và gây mê).

Kết quả bảng 1 cho thấy có 9 trường hợp (26,47%) u thùy trên phổi, thùy giữa 6 trường hợp (17,65%), thùy dưới 4 trường hợp(11,76%),10 trường hợp (29,41%) là tổ chức di căn lá thành màng phổi, 5 trường hợp(14,71% là tổ chức hạch trung thất, có những hạch ôm xung quanh mạch máu lớn, màng tim, rốn phổi.... Hạch ở những vị trí như vậy sinh thiết xuyên thành rất nguy hiểm, dễ xảy ra biến chứng chảy máu. Những trường hợp khối u khó sinh thiết xuyên thành, kèm theo có hạch trung thất ở vị trí nguy hiểm hoặc có di căn lá thành màng phổi thì phẫu thuật nội soi lồng ngực tỏ ra rất hiệu quả trong việc quan sát và sinh thiết chính xác tổ chức u.

Theo kết quả của bảng 2, tỉ lệ tai biến và biến chứng của chúng tôi rất thấp với 01 trường hợp, bệnh nhân chảy máu mạch nhỏ, được cầm máu và đặt spongel và dẫn lưu màng phổi, sau 3 ngày theo dõi ổn định,

được rút dẫn lưu an toàn (2,94%). Trong thống kê của tác giả Zane T. Hammoud et al [7] trên 2137 trường hợp có 4 trường hợp tử vong sau mổ, chỉ có 1 trường hợp (0,05%) được xem như tai biến tử vong trong phẫu thuật và 12 trường hợp (0,6%) có biến chứng. Bao gồm một số biến chứng: chảy máu, tràn máu màng phổi.

Không có tử vong hay biến chứng ở bệnh nhân nội soi trong lồng ngực cho kết quả lành tính. Với sự an toàn và hiệu quả của nội soi trung thất, kinh nghiệm của tác giả Zane T. Hammoud et al [7] cho thấy rằng nội soi trung thất nên được sử dụng thường xuyên trong chẩn đoán u trong lồng ngực.

Trong khi làm thủ thuật chúng tôi chọn những mẫu có đặc điểm đại thể điển hình và vị trí xác định là của khối tổn thương cần phải lấy, với kích thước mẫu tối thiểu 2x2x2mm đảm bảo thực hiện cố định tiêu bản và khi cần có thể thực hiện xét nghiệm hóa mô miễn dịch chẩn đoán type tế bào. Ngoài tiêu chí về kích thước, chúng tôi lấy nhiều mẫu khác nhau. Số lượng mẫu lấy được tối thiểu là 2 mẫu và nhiều nhất là 5 mẫu bệnh phẩm trong một lần nội soi, trung bình là 3,2 mẫu với SD $\pm 1,2$, mục đích đảm bảo tối đa độ đặc hiệu, không bỏ sót tổn thương.

Kết quả bảng 3 cho thấy tỉ lệ số mẫu ác tính/tổng số mẫu là 31/34 (94,12%) với độ nhạy là 90,09% và độ đặc hiệu là 100%. Tác giả Martin D et al [5] nghiên cứu 105 trường hợp nội soi lồng ngực cho kết quả dương tính với tế bào ác tính 26%. Tác giả Paterson G.A et al [6] nghiên cứu hình ảnh cắt lớp vi tính, hình ảnh cộng hưởng từ, Xquang thường quy và nội soi trung thất là những phương thức được so sánh triển vọng để đánh giá tình trạng hạch trung thất trong 84 bệnh nhân ung thư biểu mô phế quản. Chụp cắt lớp vi tính

được thực hiện với độ nhạy 71,0%, độ đặc hiệu 87,7% và độ chính xác tổng thể của 82,1%. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ đã không cung cấp bất kỳ lợi thế nào hơn so với chụp cắt lớp vi tính trong việc đánh giá tình trạng hạch trung thất. Độ chính xác của chụp cắt lớp vi tính không phụ thuộc vào loại tế bào của khối u nguyên phát. Mặc dù chụp X-quang thường quy có độ nhạy là 80,7%, độ chính xác tổng thể là 57,1% là khá thấp không thể chấp nhận được. Với độ nhạy 87,1%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương tính 100% và giá trị tiên đoán âm tính 93,0%, độ chính xác 95,2% nội soi lồng ngực vượt qua các phương pháp khảo sát khác. Tác giả Paterson G.A tiếp tục đề nghị nội soi sinh thiết là phương pháp khảo sát giai đoạn chính xác nhất trong việc theo dõi tiến triển của bệnh nhân ung thư.

Theo Henk Kramer và cộng sự [2], từ năm 1960 phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực đã được tiến hành phổ biến trên thế giới với kết quả độ nhạy 86,5%, độ đặc hiệu 98,1%. Việc thực hiện sinh thiết cho những bệnh nhân có khối u ở lồng ngực thường được tiến hành dưới sự hướng dẫn của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, hay dưới màn huỳnh quang tăng sáng. Tuy nhiên ở những vị trí mà tổn thương quá nhỏ, rón phổi, u trung thất, vị trí u gần các mạch máu lớn có thể gặp khó khăn và để lại tai biến như tràn khí khoang màng phổi 27,0%, tràn máu khoang màng phổi 5,6% , ho ra máu 4,4%. Nội soi lồng ngực sinh thiết quan sát trực tiếp trên màn hình camera có thể sinh thiết vị trí khó và độ chính xác cao hơn và ít biến chứng ít hơn.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp hiệu quả để chẩn đoán bệnh lý các khối

u của lồng ngực, khả năng thực hiện thủ thuật an toàn, giá trị đạt được của phương pháp có độ chính xác cao, ít biến chứng, dễ thực hiện với các phẫu thuật viên lồng ngực.

- Chúng tôi kiến nghị phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực được thực hiện phổ biến, áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán các khối u trong lồng ngực mà sinh thiết xuyên thành hay nội soi phế quản khó tiếp cận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brion JP, Depauw L, Kuhn G, de Fracquen P, Friberg J, Rocmans, Struyven J(1985).** Role of computed tomography and mediastinoscopy in preoperative staging of lung carcinoma. *J Comput Assist Tomogr.* May-Jun; **9**(3):480-4.
2. **Henk Kramer, MD and Harry J.M. Groen, MD, PhD (2003).** Current Concepts in the Mediastinal Lymph Node Staging of Nonsmall Cell Lung Cancer. *Annal of Surgery.* August; **238**(2): 180–188.
3. **Hideki Kimura, MD, PhD, Naomichi Iwai, MD (2003).** A prospective study of indications for mediastinoscopy in lung cancer with CT findings, tumor size, and tumor markers. *Ann Thorac Surg*; Vol 75: p1734-1739
4. **Luke W.P., Pearson F.G., Todd T.R., Patterson G.A. and Cooper J.D. (1986).** Prospective evaluation of mediastinoscopy for assessment of carcinoma of the lung. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, by The American Association for Thoracic Surgery and The Western Thoracic Surgical Association. Vol.**91**, p53-56
5. **Martin D. McCurdy, Peter A. Philip, M.D., Alan T. Marty, M.D., Alfonso M. Miyamoto, M.D. (1974).** Mediastinoscopy: procedure of choice for diagnosis and determination of operability. *Cardiovascular diseases, Bulletin of the Texas heart institute.* Vol.1, No.3, **1974**, p242-250.
6. **Patterson G.A, Ginsberg R.J, Poon P.Y, Cooper J.D, Goldberg M., Jones D., Pearson F.G, Todd T.R, Waters P. and Bull S (1987).** A prospective evaluation of magnetic resonance imaging, computed tomography, and mediastinoscopy in the preoperative assessment of mediastinal node status in bronchogenic carcinoma. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, by The American Association for Thoracic Surgery and The Western Thoracic Surgical Association; Vol **94**; p679-684
7. **Zane T. Hammoud, M.D, Richard C. Anderson, M.D, Bryan F. Meyers, M.D, Tracey J. Guthrie, R.N, BSN, Charles L. Roper, M.D, Joel D. Cooper, M.D, G. Alexander Patterson, M.D (1999).** The current role of mediastinoscopy in the evaluation of thoracic disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*; **118**: p894-899.

THỰC TRẠNG CƠ CẤU BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG NUÔI TRỒNG THỦY SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2022

Trần Thị Quỳnh Chi¹, Nguyễn Văn Tâm², Nguyễn Bá Phước³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định cơ cấu bệnh tật và một số bệnh có tính chất đặc thù nghề nghiệp của người lao động nuôi trồng thủy sản Hải Phòng năm 2021-2022. **Đối tượng nghiên cứu:** 610 lao động nuôi trồng thủy sản tại Hải Phòng và 150 đối tượng nhóm tham chiếu. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ bệnh lý của nhóm người lao động nuôi trồng thủy sản như sau: Bệnh hệ hô hấp 47,9%. Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa 30,2%. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi 28,7%. Bệnh hệ tiêu hóa 28,0%. Bệnh hệ tuần hoàn 26,7%. Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết 26,2%. Bệnh mắt 24,6%. Bệnh da và tổ chức dưới da 18,2%. Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu 14,3%. Một số bệnh có tính chất nghề nghiệp của người nuôi thủy sản bao gồm: Bệnh hệ hô hấp; bệnh rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết; bệnh da và tổ chức dưới da; bệnh hệ sinh dục, tiết niệu; bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng; bệnh chấn thương.

Từ khóa: Cơ cấu bệnh tật, người lao động nuôi trồng thủy sản

SUMMARY

THE STRUCTURE OF DISEASES AMONG AQUACULTURE WORKERS IN HAIPHONG IN 2022

Objective: To determine the structure of diseases and some diseases with specific occupational characteristics of Hai Phong aquaculture workers in 2021-2022. **Subjects:** 610 aquaculture workers in Hai Phong and 150 control groups. **Methodology:** Cross-sectional description. **Results and conclusions:** The prevalence of diseases among the aquaculture workers in Haiphong was as follows: Respiratory system disease accounted 47.9%. Endocrine, nutritional and metabolic diseases accounted 30.2%. Mental and behavioral disorders accounted 28.7%. Digestive system diseases accounted 28.0%. Circulatory system disease accounted 26.7%. Musculoskeletal and connective tissue diseases accounted 26.2%. Eye disease accounted 24.6%. Skin and subcutaneous tissue diseases accounted 18.2%. Diseases of the genitourinary and urinary system accounted 14.3%. Some occupational diseases of aquaculture workers had been identified such as respiratory system diseases; mental and behavioral disorders; diseases of the musculoskeletal system, bones, joints and connective tissues; diseases of the skin and subcutaneous tissue; diseases of the genitourinary system; infectious and parasitic diseases; trauma disease.

Keywords: structure of diseases, aquaculture workers

¹Viện Y học Biển

²Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

³Bệnh Viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Quỳnh Chi

Email: tranquynhchi@vinimam.org.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm lao động của ngành nuôi thủy sản là nhóm đặc biệt nặng nhọc, độc hại và nguy hiểm [1]. Điều kiện lao động chủ yếu là lao động thủ công, thường xuyên tiếp xúc với môi trường nước và bị ảnh hưởng bởi điều kiện thời tiết khắc nghiệt, điều kiện vệ sinh an toàn lao động chưa đảm bảo. Người lao động phải làm việc ngoài trời, mùa hè nhiệt độ cao, mùa đông nhiệt độ thấp, thường xuyên tiếp xúc, ngâm mình trong môi trường nước trong thời gian dài; tiếp xúc với các loại hóa chất độc hại như: Vôi, Chlorine, Formol, Saponine, BKC, Vikon, Iodine... và các loại khí độc hại như: H_2S , NH_3 , CH_4 ...; ngoài ra một số chất khác trong môi trường nước cũng có thể tác động đến cơ thể thông qua chuỗi thức ăn. Đó là các tác nhân ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và là yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh có tính chất đặc thù của người lao động nuôi thủy sản. Người lao động trong môi trường nuôi thủy sản thường mắc một số bệnh phổ biến chiếm một tỷ lệ khá cao theo thứ tự là các bệnh về da, bệnh phụ khoa, bệnh cơ xương khớp, bệnh hô hấp, bệnh tim mạch [2][3].

Cho đến nay, ở trong nước chưa có tác giả nào nghiên cứu về điều kiện lao động, tỷ lệ bệnh tật cũng như các bệnh lý thường gặp ở người lao động nuôi thủy sản. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: “Xác định cơ cấu bệnh tật và một số bệnh có tính chất đặc thù nghề nghiệp của lao động nuôi trồng thủy sản Hải Phòng năm 2021-2022”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu (NC): Người lao động đang làm việc trên các lồng bè, đầm

nuôi thủy sản khu vực Hải Phòng.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Người nuôi trồng thủy sản liên tục từ 2 năm trở lên

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Những người đã phát hiện bệnh lý trước khi lao động trong lĩnh vực nuôi trồng thủy sản.

- Nhóm tham chiếu (TC): người dân sinh sống ở các khu vực trên, không làm trong ngành thủy sản, có tương đồng về độ tuổi, giới tính.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Khu vực ven biển và hải đảo thành phố Hải Phòng: huyện đảo Cát Hải, huyện Kiến Thụy, huyện Tiên Lãng, quận Dương Kinh, quận Đồ Sơn trong thời gian từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn $Z = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy là 95%

p: Tỷ lệ mắc bệnh theo nghiên cứu trước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến năm 2007 về điều kiện lao động và cơ cấu bệnh tật của ngư dân xã Lập Lễ, tỷ lệ ngư dân có bệnh thuộc hệ thống tuần hoàn là 23,94%.

ε : chọn = 0,2. Thay vào công thức, ta tính được $n = 305$ người. Để tăng độ mạnh của nghiên cứu, chúng tôi lấy gấp đôi được cỡ mẫu là 610 người.

Chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu phân tầng

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm cơ cấu bệnh tật của đối tượng

nguyên cứu: Tỷ lệ mắc các nhóm bệnh của người nuôi thủy sản, phân loại nhóm bệnh theo ICD-X

- Các bệnh có tính chất đặc thù nghề nghiệp của lao động nuôi trồng thủy sản.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Tất cả các đối tượng nghiên cứu bao gồm 610 đối tượng nuôi trồng thủy sản và 150 đối tượng nhóm tham chiếu được khám một cách toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất, do các bác sĩ thuộc các chuyên khoa khám, xét nghiệm máu, thăm dò chức năng và chẩn đoán hình ảnh của viện Y học Biển thực

hiện. Sau khi khám lâm sàng và làm các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, các bệnh sau khi được phát hiện được phân loại theo bảng phân loại bệnh tật Quốc tế ICD- X [4].

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phương pháp thống kê y sinh học sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Y học biển. Người dân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Cơ cấu bệnh tật của người nuôi thủy sản tại Hải Phòng

Bệnh theo ICD-X	Nhóm NC (n=610)		Nhóm TC (n=150)		p
	SL	(%)	SL	(%)	
(A00-B99) Bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng	62	10,2	3	2,0	0,001
(C00-D48) U tân sinh	20	3,3	5	3,3	0,973
(D50-D89) Bệnh máu và cơ quan tạo máu	52	8,5	14	9,3	0,753
(E00-E90) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	184	30,2	48	32,0	0,662
(F00-F99) Rối loạn tâm thần và hành vi	175	28,7	29	19,3	0,021
(H00-H59) Bệnh mắt	150	24,6	27	18,0	0,087
(H60-H95) Bệnh tai và xương chũm	21	3,4	6	4,0	0,741
(I00-I99) Bệnh hệ tuần hoàn	163	26,7	36	24,0	0,497
(J00-J99) Bệnh hệ hô hấp	292	47,9	52	34,7	0,004
(K00-K93) Bệnh hệ tiêu hóa	171	28,0	41	27,3	0,864
(L00-L99) Bệnh da và tổ chức dưới da	111	18,2	15	10,0	0,016
(M00-M99) Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết	160	26,2	27	18,0	0,036
(N00-N99) Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	87	14,3	12	8,0	0,041
(S00-T98) Chấn thương	32	5,2	2	1,3	0,038

Phân bố cơ cấu bệnh tật của người nuôi thủy sản đứng đầu là nhóm bệnh hệ hô hấp; tiếp đến bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa; bệnh rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh hệ tiêu hóa; bệnh hệ tuần hoàn; bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết; bệnh mắt; bệnh da và tổ chức dưới da; bệnh hệ sinh dục, tiết niệu;

Bảng 2. Mối liên quan của lao động nuôi thủy sản với bệnh lý hệ hô hấp

Bệnh hệ hô hấp	Nhóm NC (n=610)		Nhóm TC (n=150)		OR (95%CI)	P
	SL	(%)	SL	(%)		
Viêm họng mạn	81	13,3	10	6,7	2,14 (1,08-4,24)	0,025
Viêm họng cấp	47	7,7	6	4,0	2,00 (0,84-4,77)	0,110
Viêm mũi dị ứng	116	19,0	14	9,3	2,28 (1,27-4,10)	0,005
Viêm khí quản và thanh quản	27	4,4	6	4,0	1,11 (0,45-2,74)	0,818
Viêm phế quản và tiểu phế quản	34	5,6	5	3,3	1,71 (0,65-4,45)	0,265
Hen phế quản	37	6,1	7	4,7	1,32 (0,58-3,02)	0,511

Cơ cấu bệnh lý hệ hô hấp của người nuôi thủy sản đứng đầu là viêm mũi dị ứng (19%); tiếp đến là viêm họng mạn (13,3%); viêm họng cấp (7,7%); hen phế quản (6,1%); viêm phế quản và tiểu phế quản (5,6%).

Bảng 3. Mối liên quan của lao động nuôi thủy sản với bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi

Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi	Nhóm NC (n=610)		Nhóm TC (n=150)		OR (95%CI)	P
	SL	(%)	SL	(%)		
Lo âu	175	28,7	29	19,3	1,68 (1,08 - 2,61)	0,021
Stress	65	10,7	7	4,7	2,44 (1,09 - 5,43)	0,025
Trầm cảm	101	16,5	15	10,0	1,78 (1,01 - 3,17)	0,045

Người nuôi thủy sản tại Hải Phòng có rối loạn lo âu hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 28,7%; Stress và trầm cảm chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,7 % và 16,5 %, chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm tham chiếu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan của lao động nuôi thủy sản với bệnh lý hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết

Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết	Nhóm NC (n=610)		Nhóm TC (n=150)		OR (95%CI)	P
	SL	(%)	SL	(%)		
Thoái hóa khớp gối	54	8,8	6	4,0	2,33 (0,98-5,52)	0,048
Thoái hóa cột sống thắt lưng	70	11,5	8	5,3	2,30 (1,08-4,89)	0,026
Thoái hóa cột sống cổ	44	7,2	5	3,3	2,25 (0,87-5,78)	0,083
Thoát vị đĩa đệm	20	3,3	3	2,0	1,66 (0,48-5,66)	0,413
Thoái hóa khớp vai	25	4,1	6	4,0	1,03 (0,41-2,55)	0,956
Thoái hóa các khớp khác	13	2,1	3	2,0	1,07 (0,30-3,79)	0,920

Bệnh lý hệ cơ xương khớp của người nuôi thủy sản gặp chủ yếu là thoái hóa khớp, trong đó thoái hóa cột sống thắt lưng (11,5%); thoái hóa khớp gối (8,8%); thoái hóa cột sống cổ (7,2%); thoái hóa khớp vai (4,1%); thoát vị đĩa đệm (3,3%). Trong đó các nhóm bệnh thoái hoá cột sống thắt lưng, thoái hoá khớp gối của nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn so với nhóm tham chiếu, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan của lao động nuôi thủy sản với bệnh lý da và tổ chức dưới da

Bệnh da và tổ chức dưới da	Nhóm NC (n=610)		Nhóm TC (n=150)		OR (95%CI)	p
	SL	(%)	SL	(%)		
Viêm da tiếp xúc	106	17,4	8	5,3	3,73 (1,77-7,84)	<0,001
Nổi mào đay	13	2,1	2	1,3	1,61 (0,35-7,21)	0,529
Nấm da, nấm móng	43	7,1	3	2,0	3,71 (1,13-12,14)	0,020
Cước bàn tay	51	8,4	5	3,3	2,64 (1,03-6,75)	0,035

Bệnh viêm da dị ứng tiếp xúc là bệnh lý hay gặp nhất ở người nuôi thủy sản (17,4%); tiếp đến là cước bàn tay (8,4%); nấm da, nấm móng (7,1%). Tỷ lệ các nhóm bệnh này ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm tham chiếu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật chung của người nuôi thủy sản tại Hải Phòng, kết quả cho thấy một số bệnh có tỷ lệ cao đó là: Bệnh hệ hô hấp 47,9%; bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hóa 30,2%, bệnh rối loạn tâm thần và hành vi 28,7%; bệnh hệ tiêu hóa 28,0 %; bệnh hệ tuần hoàn 26,7%; bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết 26,2%; bệnh mắt 24,6%; bệnh da và tổ chức dưới da 18,2%; bệnh hệ sinh dục, tiết niệu 14,3%; bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng 10,2%. Các bệnh u tân sinh; bệnh tai và xương chũm; bệnh chấn thương, ngộ độc chiếm tỷ lệ nhỏ.

Các kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy ở người nuôi thủy sản Hải Phòng có một số nhóm bệnh lý có tỷ lệ đặc biệt cao hơn hẳn nhóm tham chiếu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đó là nhóm bệnh hệ hô hấp (47,9% của nhóm NC; 34,7% của nhóm TC), bệnh rối loạn tâm thần và hành vi (27,1%/19,3%), bệnh cơ xương khớp (26,2%/21,3%), bệnh mô liên kết da và tổ chức dưới da (18,2%/10,0%); bệnh hệ sinh dục, tiết niệu (14,3%/8,0%); bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng (10,2%/2,0%); bệnh chấn thương, ngộ độc (5,3%/1,2%). Sự khác biệt về cơ cấu bệnh tật của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu theo chúng tôi nguyên nhân chủ

yếu là do môi trường làm việc của họ hoàn toàn khác nhau. Môi trường và điều kiện lao động của người nuôi thủy sản khắc nghiệt, nặng nhọc và độc hại, chịu ảnh hưởng trực tiếp của khí hậu tự nhiên, mùa hè nhiệt độ cao, mùa đông nhiệt độ thấp, phải ngâm mình trong nước, môi trường ẩm ướt, trơn trượt, tiếp xúc với thuốc, hoá chất nông nghiệp và mầm bệnh, điều kiện vệ sinh an toàn lao động chưa đảm bảo. Đó chính là nguyên nhân phát sinh một số bệnh lý đặc thù của lao động nuôi thủy sản.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới về một số bệnh thường gặp của đối tượng nuôi thủy sản. Dorothy Ngajilo, Mohamed Jeebhay (2019) [5], tổng hợp các nghiên cứu đăng trên các tạp chí Scopus từ năm 1960-2018 về các phơi nhiễm nghề nghiệp, các bệnh và các thương tích liên quan của người nuôi thủy sản tại các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Tỷ lệ bệnh lý hô hấp của người nuôi thủy sản là 47,9%; trong đó đứng đầu là viêm mũi dị ứng (19,0%); tiếp đến là viêm họng mạn (13,3%); viêm họng cấp (7,7%); hen phế quản (6,1%); viêm phế quản và tiểu phế quản (5,6%). Trong đó có một số bệnh của nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm tham

chiếu, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đó là bệnh viêm mũi dị ứng (19,0%/9,3%), viêm họng mạn (13,3%/6,7%). Có thể lý giải trong quá trình nuôi thủy sản, người lao động phải tiếp xúc với nhiều vi khuẩn có thể gây bệnh; tiếp xúc với các khí độc như: H_2S , NH_3 , CH_4 ...; các hoá chất độc hại như: Vôi, Chlorine, Formol...và bụi từ thức ăn, khi người lao động hít phải có thể gây tác hại đến hệ hô hấp. Mặt khác, việc sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân ở các đối tượng không thường xuyên (như thói quen không đeo khẩu trang khi làm việc) đã làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh viêm mũi dị ứng, viêm họng mạn...Đồng thời, các yếu tố như mùa hè nhiệt độ cao, mùa đông nhiệt độ thấp, người lao động phải làm việc ngoài trời, lội nước, thả lưới, kéo lưới,...thường xuyên ngâm mình trong nước thời gian dài đều có các tác động bất lợi lên hô hấp, gây ra các bệnh về hô hấp, dị ứng...

Sử dụng thang điểm DASS 21 để đánh giá rối loạn giá lo âu, trầm cảm, stress của lao động nuôi thủy sản tại Hải Phòng. Thang điểm DASS 21 đánh giá 03 tình trạng stress, lo âu, trầm cảm do Lovibond công bố năm 1997 [6], [7] và được Quỹ Tâm lý của Úc (Psychology Foundation of Australia) giới thiệu. Tại Việt Nam, DASS 21 đã được Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia thử nghiệm, đánh giá và khuyến nghị dùng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn lo âu hay gặp nhất (28,7%); Stress và trầm cảm chiếm tỷ lệ lần lượt là (10,7%) và (16,5 %), chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm tham chiếu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với của tác giả Phạm Ngọc Thảo (2021) với tỷ lệ rối loạn lo âu 20,8% [7]. Nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới chưa đề cập nhiều tới bệnh lý rối loạn hành vi và tâm thần của người nuôi

thủy sản. Để tìm hiểu nguyên nhân tại sao người nuôi thủy sản có tỷ lệ rối loạn hành vi, tâm thần khá cao. Chúng tôi đã tiến hành điều tra, phỏng vấn đối tượng nghiên cứu và thấy rằng: Nỗi lo sợ bệnh truyền nhiễm, bệnh kí sinh trùng cho vật nuôi trở thành gánh nặng tâm lý đối với người nuôi thủy sản. Cảm giác mất an toàn và lo sợ thiệt hại kinh tế chính là một trong những nguyên nhân dẫn đến rối loạn hành vi, tâm thần cho người lao động nuôi thủy sản.

Trên 160 đối tượng nghiên cứu mắc một số bệnh lý về cơ xương khớp chúng tôi nhận thấy bệnh lý cơ xương khớp của người nuôi thủy sản gặp chủ yếu là thoái hóa khớp trong đó thoái hóa cột sống thắt lưng (11,5%); thoái hóa khớp gối (8,8%); thoái hóa cột sống cổ (7,2 %); thoát vị đĩa đệm (3,3 %). Các bệnh thoái hoá cột sống thắt lưng, thoái hoá khớp gối của nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn so với nhóm tham chiếu, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Đây là những bệnh thường gặp khi người lao động phải tiếp xúc với môi trường nhiệt độ thấp và tư thế làm việc không thoải mái.

Tỷ lệ mắc bệnh da và tổ chức dưới da của đối tượng nghiên cứu là 18,1%, cao hơn nhóm tham chiếu. Trong đó viêm da tiếp xúc là bệnh lý hay gặp nhất của lao động nuôi thủy sản (17,4%); tiếp đến là cước bàn tay (8,4%); nấm da, nấm móng (7,1%); nổi mề đay (2,1%). Tuy nhiên chỉ có các bệnh viêm da tiếp xúc, cước bàn tay, nấm da, nấm móng là cao hơn rõ rệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với Dorothy Ngajilo (2019), nghiên cứu cho thấy các bệnh về da bao gồm: ngứa da 67%, nhiễm trùng ngón tay 41%, viêm da tiếp xúc 7%, nổi mề đay 0,7%, nhiễm nấm móng

0,3-16%. Điều này theo chúng tôi đó là do quá trình lao động, người lao động thường xuyên phải tiếp xúc với nước (lội, ngâm trong nước) mà phần lớn là nước bẩn, nước ô nhiễm... do các chất hữu cơ dư thừa từ thức ăn, phân, hóa chất, kháng sinh và các rác thải khác đọng lại dưới đáy ao nuôi, cùng với các hoá chất độc hại, cũng như các chất tiết của vật nuôi, nhưng người lao động lại không sử dụng hoặc sử dụng không thường xuyên các phương tiện bảo vệ cá nhân. Như vậy, do sự thiếu thốn phương tiện bảo vệ cá nhân, đồng thời do người lao động chưa ý thức được trong việc sử dụng các phương tiện bảo vệ cá nhân (găng tay, ủng cao su, quần áo bảo hộ) đã góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh về da và tổ chức dưới da ở đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Cơ cấu bệnh tật của lao động nuôi trồng thủy sản Hải Phòng như sau: Bệnh hệ hô hấp 47,9%. Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa 30,2%. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi 28,7% Bệnh hệ tiêu hóa 28,0%. Bệnh hệ tuần hoàn 26,7%. Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết 26,2%. Bệnh mắt 24,6%. Bệnh da và tổ chức dưới da 18,2%. Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu 14,3%.

Một số bệnh có tính chất nghề nghiệp của lao động nuôi trồng thủy sản bao gồm: Bệnh hệ hô hấp; bệnh rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết; bệnh da và tổ chức dưới da; bệnh hệ sinh dục, tiết niệu; bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng; bệnh chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ lao động thương binh và xã hội**, Thông tư 11/2020/TT-BLĐTBXH, Danh mục nghề, công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và nghề, công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại và nguy hiểm”. Hà Nội 2022.
2. **Trịnh Ngọc Tuấn**, Nghiên cứu hiện trạng khai thác, nuôi trồng thủy sản ở Việt Nam và đề xuất phương pháp xử lý nước thải,” Viện nghiên cứu nuôi trồng thủy sản 1 (2005).
3. **Nguyễn Ngọc Đạo (2018)**, “An toàn lao động trong nuôi trồng thủy sản”. URL: <https://tepbac.com/tin-tuc/full/an-toan-lao-dong-trong-nuoi-trong-thuy-san-25887.html> (accessed Oct. 03, 2022).
4. **Bộ Y tế**, Phân loại bệnh tật quốc tế ICD – X (International Classification of Disease), Quyết định 20/QĐ-BYT (2020).
5. **D. Ngajilo, M. F. Jeebhay**, “Occupational injuries and diseases in aquaculture – A review of literature,” Aquaculture (2019), vol. 507, pp. 40–55.
6. **Lovibond P.F, Lovibond S.H**, The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, Behav Res Ther (1995), 3(33), tr. 335- 343.
7. **M. M. Atony, B. P.J**, Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample”, Psychological Assessment (1998), 10, pp. 176-181.
8. **R. J. Mitchell and R. P. Lystad**, Occupational injury and disease in the Australian aquaculture industry, Mar. Policy (2019), vol. 99, pp. 216–222.

HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP NUÔI DƯỠNG SỚM CHO BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ỐNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG NĂM 2020 - 2021

Cáp Minh Đức¹, Trần Thị Thúy Hà¹,
Phạm Thị Hương Len², Nguyễn Bá Phước²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp nuôi dưỡng sớm cho bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp tiến hành trên 60 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: Nhóm can thiệp được nuôi dưỡng đường miệng sớm khi chưa có trung tiện, nhóm chứng được nuôi dưỡng theo thực hành thường quy của bệnh viện. **Kết quả:** Nhóm can thiệp có số cân nặng giảm sau thời gian nằm viện thấp hơn so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Thời gian xuất hiện nhu động ruột của nhóm can thiệp sớm hơn so với nhóm chứng ($40,0 \pm 9,7$ so với $56,3 \pm 9,7$, $p < 0,001$). Bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm có số ngày nằm viện ít hơn so với nhóm chứng (lần lượt là $8,3 \pm 1,0$ và $9,5 \pm 2,0$ ngày, $p < 0,01$). **Kết luận:** Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa là khả thi, an toàn và hiệu quả làm giảm thời gian nằm viện, thời gian xuất hiện nhu động ruột sớm hơn. Sau phẫu thuật ống tiêu hóa nên được nuôi dưỡng sớm ngay cả khi chưa có nhu động ruột.

Từ khóa: Nuôi dưỡng sớm, ống tiêu hóa, Kiến An.

SUMMARY

THE EFFECT OF EARLY NUTRITIONAL INTERVENTION FOR GASTROINTESTINAL SURGERY PATIENTS AT KIEN AN HOSPITAL, HAI PHONG IN 2020 - 2021

Objective: To evaluate the effectiveness of early nutrition intervention in patients with gastrointestinal surgery. **Methods:** An interventional study was conducted on 60 patients with indications for gastrointestinal surgery at Kien An Hospital, Hai Phong. Patients were divided into 2 groups: the intervention group received early nutrition when still no flatus, and the control group received nutrition according to routine hospital practice. **Results:** The intervention group had a lower weight loss after hospital stay than the control group ($p < 0.001$). The time to appear bowel movements of the intervention group was earlier than that of the control group (40.0 ± 9.7 and 56.3 ± 9.7 , $p < 0.001$). Patients receiving early nutrition had fewer hospital days than control group (8.3 ± 1.0 and 9.5 ± 2.0 days, respectively, $p < 0.01$). **Conclusions:** Early enteral nutrition is feasible, safe and effective in reducing hospital stay and earlier onset of bowel movements. After surgery, the gastrointestinal tract should be fed early even if there is no bowel movement.

Keywords: Early nutrition, gastrointestinal, Kien An.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc hỗ trợ dinh dưỡng sớm và đầy đủ cho người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa là một trong những khâu quyết định đến sự phục hồi của người bệnh.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng cho ăn đường ruột sớm sau phẫu thuật đúng và đầy đủ, người bệnh sẽ dung nạp tốt và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn hơn và giảm chi phí điều trị. Nghiên cứu tại Bệnh viện K năm 2017 trên 60 bệnh nhân phẫu thuật trực tràng, chia làm hai nhóm: 30 bệnh nhân được can thiệp dinh dưỡng sớm và 30 bệnh nhân thuộc nhóm chứng. Kết quả cho thấy, có 83,3% số bệnh nhân dung nạp tốt; thời gian trung tiện của nhóm can thiệp nhanh hơn nhóm chứng (2,4 ngày so với 3,1 ngày); thời gian nằm viện, chi phí nằm viện của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng [1]. Kết quả nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy nuôi dưỡng sớm trên bệnh nhân phẫu thuật mở hoặc nội soi cắt dạ dày khả thi và an toàn, không làm tăng tỷ lệ rò rỉ miệng nối [2, 3], nghiên cứu trên bệnh nhân cắt tuyến tụy - tá tràng cho thấy bệnh nhân được nuôi ăn sớm bắt đầu chế độ ăn mềm, lỏng sớm hơn, và mức giảm trọng lượng sau phẫu thuật ít hơn đáng kể [4].

Tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Kiến An, bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa không nuôi ăn đường tiêu hóa cho đến khi có trung tiện. Câu hỏi là hiệu quả của nuôi ăn sớm cho bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa như thế nào và để có bằng chứng nhằm thuyết phục các phẫu thuật viên khoa Ngoại tiêu hóa thay đổi thói quen nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp nuôi dưỡng sớm cho bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An năm 2020 - 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa đơn thuần (dạ dày, ruột non, đại tràng/trực tràng). Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Nghiên cứu mô tả tiến hành trong năm 2019, nghiên cứu can thiệp tiến hành trong năm 2020 - 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Nhóm chứng: Chọn mẫu thuận tiện, chọn bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa năm 2019, được nuôi dưỡng thường quy tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Kiến An (n = 30 bệnh nhân). Nhóm can thiệp: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn 30 bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa tại bệnh viện trong thời gian từ năm 2020 - 2021.

2.2.3. Nội dung can thiệp dinh dưỡng

Nhóm chứng:

- Ngày thứ nhất, hai, ba, tư sau phẫu thuật nhịn ăn. Nuôi tĩnh mạch hoàn toàn bằng dung dịch Nutriflexlipid peri 1250 ml nếu bệnh nhân có điều kiện hoặc truyền dung dịch glucose 10%, có hoặc không kết hợp với Aminnoplasm 10%, Lipovenus 10%.

- Ngày thứ năm sau phẫu thuật, nếu có trung tiện thì bắt đầu cho ăn bằng đường miệng, đôi khi có một số bác sĩ vẫn sử dụng đường truyền tĩnh mạch để nuôi dưỡng nhưng không đầy đủ.

- Ngày đầu sau trung tiện cho ăn nước cháo loãng. Ngày hai sau trung tiện cho ăn sữa. Ngày thứ ba sau trung tiện cho ăn sữa, cháo loãng. Từ ngày thứ tư sau trung tiện bắt đầu cho ăn đặc dần tùy theo khả năng đáp ứng của bệnh nhân.

Nhóm can thiệp:

- Ngày đầu sau phẫu thuật (24 giờ): Nhịn ăn. Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch: Dung dịch Nutriplex lipid peri 1250 ml hoặc kết hợp Glucose 10%, Aminoplasma 10%, Lipovenus 10% tùy bệnh nhân. Bổ sung vitamin và muối khoáng nhằm mục đích có thể cung cấp tối đa nhu cầu dinh dưỡng theo khuyến nghị. Vitamin và khoáng được bổ sung theo đường tĩnh mạch hàng ngày trong suốt thời gian nuôi tĩnh mạch hoàn toàn là sản phẩm Cernovit, mỗi ngày 01 lọ.

- Từ ngày thứ 2 (24 giờ sau phẫu thuật): Kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch và nuôi ăn ống tiêu hóa. Tất cả bệnh nhân sẽ được nuôi ăn sớm đường tiêu hóa, việc nuôi ăn được bắt đầu ngay cả khi chưa có trung tiện nhằm mục đích khởi động nhu động ruột. Số lượng mỗi bữa ăn được tăng dần tùy theo dung nạp của bệnh nhân (bắt đầu từ dung dịch nước cháo muối NK01, sau đó là NK02, NK03). Tĩnh mạch: Dung dịch Nutriplex lipid peri 1250 ml hoặc Glucose 10% kết hợp Aminoplasma 10%, Lipovenus 10%. Lượng dịch truyền giảm dần. Bổ sung Cernovit 1 lọ/ngày. Ngày thứ 4 sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân sẽ được ăn các thực phẩm thông thường (bữa sáng, trưa và tối) sử dụng thực phẩm cao protein, cao năng lượng (bắt đầu với dịch lỏng đến thức ăn đặc dần, theo khả năng dung nạp và theo chỉ định của bác sĩ

phẫu thuật). Năng lượng và protein sau phẫu thuật ngày thứ tư đến khi ra viện, tối thiểu đạt 30 kcal/kg/ngày và 1 g protein/kg/24 giờ.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin của bệnh nhân được thu thập thông qua trích lục từ hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, chỉ số sinh hoá được thực hiện tại Khoa xét nghiệm Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng.

2.4. Xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Mann - Whitney để so sánh trung bình giữa các nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Kiến An, Hội đồng đạo đức Sở Y tế Hải Phòng. Bệnh nhân cả nhóm chứng và nhóm can thiệp đều được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 60)

Thông tin		Nhóm can thiệp n (%)	Nhóm chứng n (%)
Tuổi ($X \pm SD$)		57,0 $\pm$ 13,9	61,3 $\pm$ 13,4
Giới tính	Nam	22 (73,3)	18 (60,0)
	Nữ	8 (26,7)	12 (40,0)
Loại phẫu thuật	Dạ dày	11 (36,7)	16 (53,3)
	Ruột non	11 (36,7)	9 (30,0)
	Đại tràng	6 (20,0)	2 (6,7)
	Hậu môn/Trực tràng	2 (6,7)	3 (10,0)

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là $57,0 \pm 13,9$ tuổi và $61,3 \pm 13,4$ tuổi. Tỷ lệ nam, nữ nhóm can thiệp là 73,3%, 26,7%; tỷ lệ này ở nhóm chứng lần lượt là 60,0% và 40,0%. Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật dạ dày/ruột non chiếm đa số.

Bảng 2. Giá trị dinh dưỡng của nhóm can thiệp và nhóm chứng sau phẫu thuật

Giá trị	Nhóm can thiệp ($X \pm SD$)	Nhóm chứng ($X \pm SD$)	p
Năng lượng (kcal)	1407 ± 109	1184 ± 178	$< 0,001$
Protid (g)	$51,3 \pm 2,6$	$38,2 \pm 6,2$	$< 0,001$
Lipid (g)	$53,0 \pm 3,8$	$44,8 \pm 8,2$	$< 0,001$
Glucid (g)	$174,4 \pm 10,5$	$156,1 \pm 20,5$	$< 0,001$

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Giá trị năng lượng, protid, lipid, glucid của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Giá trị năng lượng và protein sau phẫu thuật so với khuyến nghị

Bảng 3: Giá trị năng lượng và protein sau phẫu thuật so với khuyến nghị						
Ngày sau phẫu thuật	Năng lượng (Kcal/kg/ngày)			Protein (g/kg/ngày)		
	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Khuyến nghị	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Khuyến nghị
Ngày 1	23,6 ± 3,7	25,2 ± 4,5	35 - 40	0,95 ± 0,13	0,80 ± 0,12	1 - 1,2
Ngày 2	25,8 ± 3,3	24,2 ± 3,9		0,92 ± 0,21	0,80 ± 0,12	
Ngày 3	26,1 ± 3,0	22,4 ± 7,0		1,18 ± 0,12	0,75 ± 0,24	
Ngày 4	26,3 ± 2,7	22,9 ± 7,2		1,09 ± 0,12	0,72 ± 0,33	
Ngày 5	26,8 ± 3,1	22,9 ± 9,7		1,00 ± 0,13	0,73 ± 0,35	
Ngày 6	33,1 ± 3,4	24,4 ± 6,8		1,00 ± 0,13	0,79 ± 0,22	
Ngày 7	33,1 ± 3,4	24,5 ± 8,1		1,00 ± 0,13	0,78 ± 0,29	

Nhận xét: Năng lượng và protein của nhóm nghiên cứu tăng dần theo các ngày, cao hơn nhiều so với nhóm chứng và gần tương đương nhu cầu khuyến nghị.

Bảng 4. Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng ống tiêu hóa sau phẫu thuật (n = 60)

Thời gian (giờ)	Nhóm can thiệp ($X \pm SD$)	Nhóm chứng ($X \pm SD$)	p
Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng	$24,9 \pm 1,5$	$137,6 \pm 23,5$	$< 0,001$

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Nhóm can thiệp được nuôi ăn từ sớm, khoảng 24 giờ sau phẫu thuật, sớm hơn rất nhiều so với nhóm chứng.

Bảng 5. Các dấu hiệu tiêu hóa trong 24 giờ đầu khi bắt đầu nuôi dưỡng

Dấu hiệu	Nhóm can thiệp (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Chướng bụng trong 24h sau ăn	3	10,0	4	13,0	$> 0,05$
Nôn, buồn nôn	1	3,3	1	3,3	$> 0,05$
Đi ngoài	1	3,3	2	6,6	$> 0,05$

Nhận xét: Các dấu hiệu tiêu hóa như chướng bụng, nôn, buồn nôn, đi ngoài trong vòng 24 giờ sau khi bệnh nhân bắt đầu được nuôi dưỡng ở nhóm can thiệp và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thay đổi chỉ số hóa sinh máu của 2 nhóm sau phẫu thuật ($n = 60$)

Chỉ số	Nhóm can thiệp ($X \pm SD$)			Nhóm chứng ($X \pm SD$)		
	Trước PT	Sau PT	p	Trước PT	Sau PT	p
Protein	72,2 $\pm$ 5,5	70,9 $\pm$ 6,4	0,226	69,9 $\pm$ 13,1	65,5 $\pm$ 4,9	0,107
Albumin	36,1 $\pm$ 5,7	37,4 $\pm$ 4,8	0,027	36,0 $\pm$ 6,3	34,9 $\pm$ 3,7	0,127

PT: Phẫu thuật; $X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Chỉ số protein, albumin trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt trước và sau phẫu thuật ($p > 0,05$).

Bảng 7. Biến đổi cân nặng trung bình của bệnh nhân của 2 nhóm ($n = 60$)

Cân nặng	Nhóm can thiệp ($X \pm SD$)	Nhóm chứng ($X \pm SD$)	p
Vào viện	51,9 $\pm$ 6,5	52,9 $\pm$ 7,4	0,562
Lúc ra viện	51,1 $\pm$ 6,9	51,1 $\pm$ 7,3	0,977
Cân nặng giảm sau phẫu thuật	0,8 $\pm$ 0,9	1,8 $\pm$ 0,7	< 0,001

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Sự khác biệt về cân nặng của 2 nhóm lúc vào viện và ra viện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm can thiệp có số cân nặng giảm sau thời gian nằm viện thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với $p < 0,001$.

Bảng 8. Tình trạng giảm cân của bệnh nhân ở 2 nhóm sau phẫu thuật ($n = 60$)

So với lúc vào viện	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Không giảm cân	10	33,3	-	-	0,001
Giảm cân < 5%	18	60,0	25	83,3	
Giảm cân 5 - 10%	2	6,7	5	16,7	
$X \pm SD$	1,74 $\pm$ 1,71		3,45 $\pm$ 1,34		< 0,001

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Nhóm can thiệp có tỷ lệ giảm cân thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 9. Thời gian xuất hiện nhu động ruột, trung tiện, đại tiện và thời gian nằm viện ($n = 60$)

Thời gian (giờ)	Nhóm can thiệp ($X \pm SD$)	Nhóm chứng ($X \pm SD$)	p
Xuất hiện nhu động ruột	40,0 $\pm$ 9,7	56,3 $\pm$ 9,7	< 0,001
Xuất hiện trung tiện	50,4 $\pm$ 17,2	66,3 $\pm$ 9,7	0,199
Xuất hiện đại tiện	63,1 $\pm$ 11,9	70,9 $\pm$ 11,2	0,078
Thời gian nằm viện	8,3 $\pm$ 1,0	9,5 $\pm$ 2,0	0,006

$X \pm SD$: Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Nhận xét: Thời gian xuất hiện nhu động ruột của nhóm can thiệp sớm hơn so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Thời gian trung tiện và đại tiện của nhóm can thiệp cũng sớm hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số ngày nằm viện của nhóm can thiệp ngắn hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 10. Tình trạng vết mổ khi ra viện của 2 nhóm ($n = 60$)

Tình trạng vết mổ	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Vết mổ khô	28	93,3	25	83,3	0,424
Vết mổ tấy đỏ, chảy dịch	2	6,7	5	16,7	

Nhận xét: Nhóm can thiệp có tỷ lệ vết mổ khô cao hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nuôi ăn qua ống thông là thực hành ít được sử dụng tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Kiến An, để thuyết phục các phẫu thuật viên khoa Ngoại tiêu hóa thay đổi thói quen nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật ngay cả khi chưa có trung tiện, chúng tôi xây dựng phác đồ nuôi bệnh nhân sau phẫu thuật bằng đường tiêu hóa sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra, bệnh nhân được nuôi ăn bằng đường tiêu hóa (đường ruột hoặc đường miệng) ngay cả khi chưa có trung tiện, trung bình vào giờ 24,9 sau phẫu thuật, chúng tôi khởi động đường ruột bằng dung dịch nước cháo muối (NK01) năng lượng rất thấp, nhằm mục đích duy trì sự toàn vẹn của niêm mạc ruột chứ không phải sử dụng dung dịch cao năng lượng như Fresubin HP (1,5 kcal/ml) để nuôi ăn qua ống thông như nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 [5]. Những ngày tiếp theo chúng tôi sử dụng sữa Vital 1,5 kcal/ml và súp HP (1 kcal/ml) để nuôi qua ống thông và đường miệng. Các sản phẩm có đậm độ năng lượng cao 1,5 kcal/ml hoặc 1 kcal/ml để nuôi ăn qua đường tiêu hóa sau phẫu thuật ngay cả khi chưa có trung tiện cho kết quả an toàn và bệnh nhân

sớm đạt được mục tiêu năng lượng và protein sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật nhóm can thiệp được nuôi đường tiêu hóa sớm, thời điểm bắt đầu nuôi ăn đường tiêu hóa ở nhóm can thiệp trung bình 24,9 giờ sớm hơn so với nhóm chứng rất nhiều (137,6 giờ) ($p < 0,01$). Thời gian bắt đầu ăn qua đường tiêu hóa trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi sớm hơn so với nghiên cứu tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 (24,9 giờ so với 37,7 giờ) [5]. Có thể do Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện tuyến cuối, đa phần là bệnh nhân nặng nên thời gian khởi động nuôi ăn bị phụ thuộc vào nhiều yếu tố bệnh lý khác. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều mắc bệnh lý đường tiêu hóa đơn thuần, ít bệnh lý phối hợp và đã được loại trừ những trường hợp nặng, phải nằm hồi sức cấp cứu.

Hiệu quả của nuôi dưỡng sớm với khả năng hấp thu và dấu hiệu tiêu hóa: Nhóm bệnh nhân can thiệp được nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa, sau 24 giờ có tỷ lệ chướng bụng, buồn nôn, nôn, đi ngoài tương tự như nhóm chứng (nuôi ăn muộn) ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 (nhóm chứng có tỷ lệ chướng bụng là

8,3%, nhóm nghiên cứu là 10,9%) [5]. Điều này có thể gợi ý, việc nuôi dưỡng sớm không ảnh hưởng nhiều tới các triệu chứng chứng tiêu hóa so với nuôi dưỡng muộn.

Hiệu quả của dinh dưỡng sớm làm cải thiện các chỉ số hóa sinh: Chỉ số protein, albumin trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt trước và sau phẫu thuật ($p > 0,05$). Nguyên nhân là do bệnh nhân sau phẫu thuật, khi tình trạng ổn định (không sốt, ăn được qua đường miệng và không có biến chứng) phẫu thuật viên cho bệnh nhân xuất viện, thường là 7 - 12 ngày sau phẫu thuật. Cũng vì lý do này nên chưa đủ thời gian để đánh giá sự thay đổi nồng độ albumin trong máu.

Hiệu quả của dinh dưỡng sớm với việc cải thiện cân nặng: Bệnh nhân trong nghiên cứu đã đạt được mục tiêu năng lượng vào ngày thứ 6 và protein vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Trong khi nhóm nuôi ăn truyền thống chỉ nhận được khoảng 24,5 kcal/kg và 0,78 g protein/kg vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Mặc dù đạt được mục tiêu năng lượng, nhưng tình trạng giảm cân trong suốt thời gian nằm viện vẫn hay gặp. Cân nặng trung bình lúc vào viện của nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là $51,9 \pm 6,5$ kg và $52,9 \pm 7,4$ kg, lúc ra viện lần lượt là $51,1 \pm 6,9$ kg và $51,1 \pm 7,3$ kg khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhưng cân nặng của nhóm chứng giảm nhiều hơn so với nhóm can thiệp ($1,8 \pm 0,7$ kg so với $0,8 \pm 0,9$ kg) ($p < 0,05$). Một nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng không thấy sự thay đổi có ý nghĩa về các chỉ số nhân trắc giữa nhóm nuôi dưỡng đường ruột và nhóm nuôi ăn truyền thống trong suốt thời gian nằm viện [6].

Hiệu quả của dinh dưỡng sớm đối với cải thiện chỉ số lâm sàng và thời gian nằm viện: Bệnh nhân trong nhóm nuôi dưỡng sớm xuất

hiện cử động ruột và trung tiện sớm hơn (40 giờ và 50,4 giờ) so với nhóm không được nuôi sớm (56,3 giờ và 66,3 giờ) ($p < 0,01$), kết quả này cũng gần tương tự kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 (39,9 và 67 giờ) và kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương và cộng sự trên 42 bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2022, thời điểm xuất hiện nhu động ruột ($27,7 \pm 14,6$ và $39,6 \pm 12,7$ giờ; $p = 0,008$) và trung tiện ($51,0 \pm 4,9$ và $76,6 \pm 7,0$ giờ) sớm hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p = 0,008$ và $p = 0,0047$) [7]. Điều này dễ hiểu bởi những bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm sẽ giúp bảo vệ toàn vẹn niêm mạc ruột, kích thích nhu động ruột sớm và thúc đẩy quá trình tiêu hóa của người bệnh sớm và tốt hơn. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm được nuôi dưỡng sớm (nhóm can thiệp) ngắn hơn so với nhóm chứng (8,3 ngày và 9,5 ngày) ($p < 0,05$). Thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân được can thiệp dinh dưỡng sớm tương tự kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 với 8,3 ngày [5] và dài hơn so với kết quả nghiên cứu trên thế giới (7,6 ngày) [6].

Hiệu quả của dinh dưỡng sớm với việc cải thiện tình trạng vết mổ khi ra viện: Tình trạng vết mổ khô ở nhóm can thiệp chiếm tỷ lệ 93,3%, nhóm chứng 83,3% và nhóm can thiệp có vết mổ tấy đỏ, ướt 6,7% và nhóm chứng 16,7%, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể do các bệnh nhân tại khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Kiến An không phải là bệnh nhân nặng, hơn nữa số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít, chưa đủ để đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Thời gian xuất hiện nhu động ruột của nhóm can thiệp sớm hơn so với nhóm chứng ($40,0 \pm 9,7$ so với $56,3 \pm 9,7$, $p < 0,001$). Bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm có số ngày nằm viện ít hơn so với nhóm chứng (lần lượt là $8,3 \pm 1,0$ và $9,5 \pm 2,0$ ngày, $p < 0,01$).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa là khả thi, an toàn và hiệu quả làm giảm thời gian nằm viện, thời gian xuất hiện nhu động ruột sớm hơn. Sau phẫu thuật ống tiêu hóa nên được nuôi dưỡng sớm ngay cả khi chưa có nhu động ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng, Trịnh Lê Huy và cộng sự. Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam (2017), 59(4): tr6-9.
2. Desiderio J, Trastulli S, D'Andrea V, et al. Enhanced recovery after surgery for gastric cancer (ERAS-GC): optimizing patient outcome. Transl Gastroenterol Hepatol (2020), 5 (5): p11.
3. Wang Q, Guo BY, Zhao QC, et al. Safety of early oral feeding after total laparoscopic radical gastrectomy for gastric cancer (SOFTLY): Study protocol for a randomized controlled trial. Trials (2019), 20 (1): p384.
4. Cho J, Kim HM, Song M, et al. Application of an early oral feeding protocol after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. Support Care Cancer (2019), 27 (3): p981-990.
5. Chu Thị Tuyết, Nguyễn Thị Lâm, Phạm Thị Thu Hương, cộng sự. Tác động của việc nuôi dưỡng sớm đường tiêu hoá ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá mở có chuẩn bị tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng (2014), XXIV (8): tr58.
6. Vaithiswaran V, Srinivasan K, Kadambari D. Effect of early enteral feeding after upper gastrointestinal surgery. Trop Gastroenterol (2008), 29 (2): p91-94.
7. Nguyễn Thị Phương, Trịnh Thị Thanh Bình, Ngô Thị Linh, cộng sự. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng theo chương trình Eras trên bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư. Tạp chí Y học Việt Nam (2022), 517 (1): tr169.

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP NẶNG Ở TRẺ DƯỚI 3 THÁNG TUỔI

Đặng Văn Chúc¹, Hoàng Sông Thao², Đồng Thị Phương Thúy¹,
Đoàn Văn Thành¹, Nguyễn Văn Giang¹, Phạm Thị Thanh Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp và phân tích một số yếu tố liên quan tới viêm tiểu phế quản nặng ở trẻ dưới 3 tháng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng là 90 trẻ được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp và phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh hay gặp ở trẻ trai (53,33%), tỷ lệ trai/gái là 1,14/1, gặp nhiều ở trẻ 0 – 1 tháng tuổi, chủ yếu ở ngoại thành. Lý do vào viện thường gặp nhất là ho và khó khê. Triệu chứng toàn thân: tỉnh (93,33%), tỷ lệ sốt thấp, triệu chứng tím gặp ở 21,00% ở các bệnh nhi. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó khê (100,00%), ho (85,56%) và chảy mũi (84,44%). Chỉ có số ít bệnh nhi có biểu hiện bú kém và các triệu chứng khác. Triệu chứng thực thể là thở nhanh (77,78%), RLLN (65,56%), rale rít (80,00%), rale ẩm (47,67%), rì rào phế nang giảm (25,56%). Không có trẻ nào có cơn ngừng thở. Về xét nghiệm: số lượng bạch cầu tăng nhẹ, bạch cầu lympho chiếm ưu thế, phản ứng CRP âm tính ở đa số các bệnh nhân. X-Quang phần lớn là tăng đậm phế quản, ứ khí và

thâm nhiễm nhu mô. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là suy dinh dưỡng. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê: tuổi, giới, tiền sử sản khoa và có anh/chị/em dưới 5 tuổi đi nhà trẻ.

Từ khóa: Viêm tiểu phế quản cấp, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY FEATURES OF ACUTE BRONCHIOLITIS AND SOME RISK FACTORS RELATED TO SEVERE ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN UNDER 3 MONTHS OLD

Objectives: The study was done to describe clinic and subclinic of acute bronchiolitis and analyze some risk factors related to severe acute bronchiolitis in children under 3 months old at Haiphong children's hospital in 2022. **Subjects and method:** Subjects included 90 children with acute bronchiolitis and the method was a descriptive and cross-sectional study. **Results and conclusions:** The disease affected more boys (53.33%) than girls (44.67%), was more common in children aged 0 – 1 month old group, mainly in rural areas. The common reasons for hospitalization were coughing and wheezing. Systematic signs included awake (93.33%), fever, cyanosis (21.00%). The common functional signs included wheezing (100.0%), coughing (85.56%), and runing nose (84.44%), poor feeding. The common physical symptoms

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Giám định Y khoa Lạng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chúc

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

were tachypnea (77.78%), chest retraction (65.56), wheezing (80.00%), moist rale (47.67%), decreased alveolar murmurs (25.56%). We did not find any case with apnea. White blood cell count slightly increased, lymphocytes predominated. X-rays were most bronchial hyperenlargement, air retention and bronchial infiltrates. Some statistically significant factors was undernutrition. The related factors were not statistically significant: age, gender, obstetric history, having a sibling under 5 year of age attending the kindergarten.

Keywords: Acute bronchiolitis, clinic, subclinnic, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến trẻ dưới 2 tuổi và là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ dưới 3 tháng tuổi phải nhập viện. VTPQ được đặc trưng bởi thở khò khè, tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là virus hợp bào hô hấp (Respiratory Syncytial Virus - RSV). Các ước tính cho thấy khoảng 34 triệu trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp dưới mới do RSV xảy ra trên toàn cầu ở trẻ dưới 5 tuổi, với 3-4 triệu trường hợp nhập viện mỗi năm. Ngoài ra, còn nhiều loại virus khác là nguyên nhân của VTPQC: Parainfluenza virus, Influenza virus, Rhino virus, Adeno virus,[1].

VTPQC có thể xảy ra thành dịch hàng năm, cao điểm vào giữa đông đầu xuân. Tỷ lệ vào viện cao nhất ở trẻ dưới 6 tháng tuổi, thường gặp ở trẻ trai với tỷ lệ trai/ gái vào khoảng 1,5-2,7/1 [2].

Đối với hầu hết trẻ nhỏ khỏe mạnh, VTPQC là bệnh có thể tự giới hạn. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn. Có nhiều yếu tố liên quan làm tăng nặng của bệnh như tuổi, đề non

(đặc biệt dưới 29 tuần), bệnh tim phổi bẩm sinh có thay đổi huyết động, đặc biệt là tăng áp động mạch phổi hoặc suy tim sung huyết), trisomy 21, rối loạn thần kinh cơ [3]. Ở Việt Nam, năm 2004, Phạm Thị Minh Hồng đã nghiên cứu các yếu tố tiên lượng bệnh VTPQ trên 1117 trường hợp VTPQ tại bệnh viện Nhi Đồng II [4].

VTPQC ở trẻ dưới 3 tháng tuổi có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như thế nào, yếu tố nào liên quan đến VTPQC nặng là những câu hỏi cần giải đáp. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: *“Dịch tễ học lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp và một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản nặng ở trẻ dưới 3 tháng tuổi”* với mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ dưới 3 tháng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2022 đến 30/09/2022.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng ở những bệnh nhân trên*

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

Những bệnh nhi dưới 3 tháng tuổi được chẩn đoán là VTPQC vào điều trị tại khoa Sơ sinh và khoa Hô hấp của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng về chẩn đoán và điều trị VTPQC của WHO năm 2013:

- Tiêu chuẩn lâm sàng
- + Triệu chứng cơ năng và toàn thân: ho, chảy nước mũi trong, sốt vừa hoặc sốt cao
- + Thể nhẹ: những biểu hiện viêm long thuyên giảm sau vài ba ngày.

+ Thở nặng: khó khè tăng, không bú được, dễ kiệt sức.

Sau 3-5 ngày ho tăng lên, xuất hiện khó thở, thở rít, nặng thì tím tái, ngừng thở.

- Khám lâm sàng

+ Thở nhanh: nhịp thở tăng so với tuổi.

+ Co kéo cơ hô hấp phụ, rút lõm lồng ngực, thở rên.

+ Rale rít, rale ngáy, thông khí phổi giảm.

+ Hiện tượng ứ khí lồng ngực, đẩy cơ hoành xuống thấp, có thể sờ thấy gan lách.

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

+ Công thức máu ngoại vi: số lượng bạch cầu giảm hoặc bình thường, có thể tăng bạch cầu lympho.

+ Khí máu: PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng, nhiễm toan hô hấp kèm theo, có giá trị đánh

giá suy hô hấp kèm theo.

+ X- quang phổi: hình ảnh mờ lan tỏa, ứ khí, xẹp phổi từng vùng, ...

+ Xét nghiệm phát hiện virus trong dịch tiết đường hô hấp hoặc phản ứng huyết thanh (ELISA).

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp:

+ Khò khè do các nguyên nhân xác định khác: hen phế quản, dị vật đường thở, dị dạng đường thở, xơ nang, ...

+ Trẻ nằm ngoài độ tuổi nghiên cứu.

Tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng của VTPQ

Chẩn đoán mức độ của VTPQC theo Bộ y tế tiểu bang New South Wales Úc – NSM Ministry of Health [5].

Bảng 1. Chẩn đoán mức độ của VTPQC

Thông số đánh giá	Nhẹ	Trung bình	Nặng
SpO_2	>95%	90-95 %	<90%
Nhịp thở	Bình thường	Tăng	Tăng rõ rệt
Co kéo cơ hô hấp	Không hoặc co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ	RLLN mức độ trung bình Phập phồng cánh mũi,	RLLN nặng Cánh mũi phập phồng Thở rên
Ngừng thở	Không	Có thể có cơn ngừng thở ngắn	Có thể có nhiều cơn ngừng thở
Bú	Bình thường hoặc trên 75% bình thường	Ăn kém: 50-75% bình thường	Bỏ bú: dưới 50% bình thường

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/01/2022 đến ngày 30/09/2022 tại khoa Sơ sinh và khoa Hô hấp của Bệnh viện Trẻ em 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 cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân trong độ tuổi dưới 3 tháng tuổi được chẩn đoán là VTPQC theo tiêu chuẩn, vào điều trị từ ngày 1/1/2022 đến 30/09/2022 tại khoa Sơ sinh và khoa Hô hấp

bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2.3. Chỉ số và biến số theo nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:
- + Tuổi: tính theo tháng.
- + Giới: trai hoặc gái.
- + Địa dư: nội thành, ngoại thành, tỉnh khác.
- + Tháng vào viện.
- Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân:

- + Tri giác: tỉnh, kích thích, lơ mơ
- + Sốt khi đo nhiệt độ ở nách $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, nhiệt độ hậu môn là $37,8^{\circ}\text{C}$.
- Sốt nhẹ: $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$.
- Sốt vừa: $38^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Sốt cao: $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Lý do vào viện:

Thời gian bị bệnh trước khi vào viện (ngày): tính từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện.

Triệu chứng cơ năng: ho, chảy dịch mũi, khò khè, bú kém, ...

Triệu chứng thực thể:

+ Tím: quan sát môi, lưỡi, đầu chi và đo SpO_2 kết hợp.

+ Thở nhanh: ở trẻ dưới 2 tháng tuổi, nhịp thở ≥ 60 lần/ phút là thở nhanh. Trẻ 2 – 12 tháng tuổi, thở ≥ 50 lần/phút là thở nhanh.

+ Dấu hiệu rút lõm lồng ngực:

Nhìn vào 1/3 dưới lồng ngực nếu lõm vào ở thì hít vào khi các phần khác của ngực và bụng di động ra ngoài thì xác định là có RLLN. Dấu hiệu RLLN chỉ có giá trị khi quan sát trẻ nằm yên, xảy ra liên tục và ở trẻ dưới 2 tháng tuổi phải là RLLN mạnh.

+ Khám phổi:

Rale rít, rale ngáy và/hoặc rale ẩm nhỏ hạt hoặc không nghe thấy rale. Có thể rì rào

phế nang giảm.

+ Tần số tim: ở trẻ sơ sinh tần số tim bình thường là 140-160 lần/phút.

+ Dấu hiệu mất nước

- Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: Được thực hiện tại khoa Huyết học, khoa hóa sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Định lượng huyết sắc tố, đếm số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu bằng máy đếm tự động. Kết quả xét nghiệm được đánh giá theo hằng số sinh học Việt Nam theo tuổi, giới, cân nặng, chiều cao và diện tích da cơ thể.

X- quang ngực thẳng: Được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh. Kết quả được đọc bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và các bác sĩ hô hấp.

Một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng

- Một số yếu tố liên quan đến bệnh nặng
- + Giới
- + Cân nặng khi sinh
- + Phương pháp sinh: sinh mổ hay sinh thường.

+ Tuổi thai: tuần. Đẻ non tháng hay đủ tháng.

< 37 tuần là non tháng

≥ 37 tuần là đủ tháng

+ Suy dinh dưỡng: dựa vào cân nặng theo tuổi (CN/T). Suy dinh dưỡng khi Zscore của CN/T < 2 SD so với quần thể tham chiếu.

+ Hút thuốc lá thụ động

+ Môi trường: khói bụi

+ Dị tật bẩm sinh kèm theo: tim mạch, hô hấp và các dị tật khác.

+ Gia đình có con dưới 5 tuổi đi nhà trẻ

2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Hỏi bệnh sử, khám toàn diện và làm xét nghiệm cần thiết. Thông tin được thu thập vào mẫu bệnh án đã được thiết kế từ trước.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả để tính toán tần số và trung bình của các biến số cơ bản. Sử dụng test χ^2 (chi square), Fisher Exact test để so sánh 2 số trung bình, có sự khác biệt khi $p < 0,05$. Tính OR để tìm mối liên quan với VTQPC nặng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp nặng

3.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 90 bệnh nhân, trẻ trong nhóm 0 tháng - < 1 tháng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,11%, sau đó đến nhóm 2 tháng - < 3 tháng tuổi với tỷ lệ là 33,33% và cuối cùng, nhóm 1 tháng - < 2 tháng tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 25,56%.

Trẻ trai chiếm 53,33% và trẻ từ nông thôn chiếm 64,44%, thành phố 25,56% và các địa phương khác chiếm 10,00%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khò khè	16	17,78%
Ho	36	40,00%
Khò khè + ho	33	36,67%
Khò khè + sốt	1	1,11%
Ho + sốt	3	3,33%
Khác	1	1,11%

Nhận xét: lý do vào viện thường gặp nhất của VTPQ là ho hoặc ho + khò khè, chiếm tỷ lệ 40,0% và 36,7%. Tỷ lệ vào viện vì sốt khá thấp và có một tỷ lệ nhỏ (1,1%) vào viện vì lý do khác (nôn, tiêu chảy,...).

Bảng 3.2. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Toàn trạng	Tỉnh	84
	Kích thích	6
	Lơ mơ	0
Sốt	Không sốt	83
	Nhẹ	4
	Vừa	2
	Cao	1
Tím		19
Dấu hiệu mất nước	Không mất nước	80
	Nhẹ	5
	Vừa	4
	Nặng	1
Suy dinh dưỡng	Không SDD	87

	Nhẹ	2	2,22
	Nặng	1	1,11

Nhận xét: Kết quả cho thấy 93,33% bệnh nhân vào viện còn tỉnh, 92,22% bệnh nhi không sốt, có 21,00% có tím tái, 88,89% bệnh nhân không có dấu hiệu mất nước, số bệnh nhân suy dinh dưỡng rất ít.

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Ho	77	85,56%
Khò khè	90	100%
Chảy mũi	76	84,44%
Bú kém (<50% bình thường)	15	16,67%
Khác (nôn, chớ,...)	13	14,44%

Nhận xét: khò khè là triệu chứng gặp ở 100,00% các trẻ mắc VTPQ. Ho và chảy mũi cũng là những triệu chứng thường gặp với tỷ lệ cao. Bú kém chỉ gặp ở 16,67% bệnh nhi và các triệu chứng khác (nôn, chớ,...) chiếm 14,44%.

Bảng 3.4. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân VTPQ

Bảng 3.14. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân V. H. Q.			
Triệu chứng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh theo tuổi		70	77,78
Gắng sức cơ hô hấp phụ		59	65,56
Có cơn ngừng thở		0	0
Rale phổi	Rale ngáy	23	25,56
	Rale rít	72	80,00
	Rale ẩm	43	47,67
	Rale nổ	0	0,00
RRPN giảm		23	25,56
Tần số tim tăng		21	23,33

Nhận xét: các triệu chứng thực thể thường gặp ở VTPQ là rale phổi, thở nhanh theo tuổi (77,78%), gắng sức cơ hô hấp phụ (65,56%). Rale phổi thường gặp nhất là rale rít chiếm 80,00%, 0,00% trẻ có rale nổ. Có 25,56% trẻ bị VTPQ có RRPN giảm, nhịp tim tăng gặp ở 23,33% bệnh nhi và không có bệnh nhân nào có cơn ngừng thở.

3.1.3. Cận lâm sàng

Bảng 3.5. Kết quả bạch cầu

	Số nhỏ nhất	Số lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
BC G/L)	5,27	18,50	10,19	2,61
N (%)	6,15	61,10	28,30	13,50
L (%)	13,50	80,50	57,84	13,69

Nhận xét: Trung bình số lượng bạch cầu trong máu của trẻ mắc VTPQ trong nghiên cứu là $10,19 \pm 2,61$ (G/L), trong đó tỷ lệ bạch cầu Lympho chiếm đa số $57,84 \pm 13,69$ % và bạch cầu đa nhân trung tính chiếm tỷ lệ thấp hơn $28,30 \pm 13,50$ %.

Bảng 3.6. X-quang của bệnh nhân VTPQ

Đặc điểm trên x-quang	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	27	30,00
Ứ khí	27	30,00
Tăng đậm phế quản	32	35,56
Thâm nhiễm nhu mô	26	28,89
Xẹp phổi	3	3,33

Nhận xét: hình ảnh bất thường trên X-quang của VTPQ đa số là hình ảnh ứ khí, tăng đậm phế quản và thâm nhiễm nhu mô. Hình ảnh xẹp phổi chỉ chiếm 3,33%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản nặng

Bảng 3.7. Xếp loại viêm tiểu phế quản cấp nặng

Xếp loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng	8	8,89
Vừa	14	15,56
Nhẹ	68	75,55
Tổng	90	100

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhi mắc VTPQ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 75,55%, sau đó đến số bệnh nhi mắc VTPQ vừa chiếm 15,56% và cuối cùng, chiếm tỷ lệ ít nhất là số bệnh nhi mắc VTPQ nặng (8,89%).

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa giới với VTPQ nặng

Giới	VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	Tổng	OR (95%CI) p
Trai	5	43	48	1,52 (0,33 – 6,74) 0,719
Gái	3	39	42	
Tổng	8	82	90	

Nhận xét: số trẻ trai mắc VTPQC nặng nhiều hơn trẻ gái mắc VTPQC nặng nhưng chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới với VTPQC nặng ($p > 0,05$ và 95%CI chạy từ 0,33 đến 6,74).

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa tuổi và VTPQ nặng

Tuổi	VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	Tổng	OR (95%CI) p
0 - < 2 tháng tuổi	3	57	60	2,47 (0,61 – 12,28) 0,258
2 - < 3 tháng tuổi	5	25	30	
Tổng	8	82	90	

Nhận xét: trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, trẻ trong nhóm tuổi 2 - < 3 tháng tuổi mắc VTPQC nặng nhiều hơn các nhóm 0 – 2 tháng tuổi. Tuy nhiên chúng tôi không tìm ra mối liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của VTPQC OR = 2,47 với 95%CI chạy từ 0,61 đến 12,28 và $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tiền sử sản khoa và viêm tiểu phế quản cấp nặng

Yếu tố liên quan		VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	OR (95%CI) p
Đẻ non	Có	2	9	2,70 (0,47 – 15,46) 0,247
	Không	6	73	
Đẻ nhẹ cân	Có	2	7	3,57 (0,61 – 21,13) 0,181
	Không	6	75	
Đẻ mổ	Có	4	36	0,78 (0,18 – 3,35) 1,000
	Không	4	46	

Nhận xét: liên quan giữa đẻ non, đẻ mổ và đẻ nhẹ cân với VTPQC nặng không có ý nghĩa thống kê, p đều >0,05.

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa suy dinh dưỡng với VTPQC nặng

Suy dinh dưỡng	VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	Tổng	OR (95%CI) p
Có	2	1	3	24,56 (1,13 – 610,51) 0,0001
Không	6	81	87	
Tổng	8	82	90	

Nhận xét: trẻ suy dinh dưỡng có nguy cơ mắc VTPQC nặng cao hơn 24,56 lần so với trẻ không mắc suy dinh dưỡng với p = 0,000 và 95%CI chạy từ 1,13 đến 610,51.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh tật về viêm tiểu phế quản cấp nặng

Bệnh bẩm sinh	VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	Tổng	OR (95%CI) p
Có	3	14	17	2,914 (0,62 – 13,63) 0,171
Không	5	68	73	
Tổng	8	82	90	

Nhận xét: chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh bẩm sinh với VTPQC nặng trong nhóm đối tượng nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.13. Liên quan giữa gia đình có trẻ <5 tuổi đi nhà trẻ với VTPQC nặng

Anh/chị dưới 5 tuổi đi nhà trẻ	VTPQC nặng (n)	VTPQC không nặng (n)	Tổng	OR (95%CI) p
Có	5	42	47	1,57 (0,36 – 7,08) p = 0,716
Không	3	40	43	
Tổng	8	82	90	

Nhận xét: chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố có anh/chị em dưới 5 tuổi đi nhà trẻ với mức độ nặng của VTPQC (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lâm sàng, xét nghiệm viêm tiêu phế quản ở trẻ dưới 3 tháng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

4.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy lứa tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 0 - < 1 tháng tuổi (41,11%), sau đó đến nhóm 2 - < 3 tháng tuổi (33,33%) và cuối cùng là nhóm 1 - < 2 tháng tuổi (25,56%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Nguyễn Minh Thi [6] trong nghiên cứu trẻ từ 1 – 3 tháng mắc VTPQ tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng I với kết quả trẻ trong nhóm 2 – 3 tháng mắc VTPQ nhiều hơn trẻ 1-2 tháng.

Tỷ lệ trai/gái là 1,14/1, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Phương Mai [7] tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ này là 1,85/1.

Đa số các nghiên cứu đều cho kết quả VTPQC gặp ở trẻ trai nhiều hơn ở trẻ gái. Tuy nhiên chưa có một giải thích rõ ràng cho vấn đề này. Một số tác giả cho rằng có thể do tỷ suất sinh trẻ trai cao hơn trẻ gái.

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư cho thấy trẻ từ ngoại thành đến nhập viện chiếm tỉ lệ cao nhất 64,44%, sau đó là nội thành chiếm 25,56%. Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng là bệnh viện trung tâm về Nhi khoa của miền Bắc, đảm nhận vai trò khám chữa bệnh cho bệnh nhân ở các tỉnh lân cận nên tỷ lệ bệnh nhân tỉnh khác là 10,00%.

4.1.2. Lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân VTPQC phải vào viện là ho hoặc khô khè + ho với tỷ lệ là

40,00% và 36,67%. Tỷ lệ vào viện vì sốt và lý do khác khá thấp (Bảng 3.1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các tác giả khác đều giống nhau ở lý do vào viện chủ yếu là ho và khô khè vì đây là bệnh lý của đường hô hấp.

Triệu chứng toàn thân (bảng 3.2) cho thấy bệnh nhân vào viện với tình trạng tỉnh và không sốt với tỷ lệ lần lượt là 93,33%, 92,22%. Chỉ có một số ít bệnh nhân có biểu hiện kích thích 6,67%, sốt cao 1,11%. Ngoài ra bệnh nhi bị tím 21,00% và có ít bệnh nhi có dấu hiệu mất nước, số bệnh nhân suy dinh dưỡng rất ít.

Triệu chứng cơ năng (bảng 3.2) cho thấy bệnh nhi bị VTPQC có biểu hiện khô khè chiếm tỷ lệ lớn nhất là 100%, sau đó là ho và chảy mũi cũng là triệu chứng khác thường gặp với tỷ lệ là 85,6%, 84,4%. Còn các triệu chứng khác như nôn chớ, hắt hơi, bú kém chỉ chiếm 14,4%.

Triệu chứng thực thể (bảng 3.3) thường gặp là thở nhanh theo tuổi (77,78%), gắng sức cơ hô hấp phụ (65,56%) và không có trẻ nào có cơn ngừng thở.

Kết quả này cũng tương tự với tác giả Phạm Thị Minh Hồng [4] có 61,5% bệnh nhân thở nhanh, co rút lồng ngực 48,5%, co kéo các khoang liên sườn 45,3%, ngoài ra cơn ngừng thở hay phập phồng cánh mũi chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Theo Trần Nguyễn Minh Thi [6] thở nhanh 51,5%, co rút lồng ngực 93,6%, co kéo các khoang liên sườn 47,2%, mạch nhanh 9,7%, cánh mũi phập phồng 4%.

Rale phổi thường gặp nhất là rale rít chiếm 80%, không gặp trẻ có rale nổ. Ngoài ra các triệu chứng khác như có 25,6% trẻ bị VTPQC có RRPN giảm, nhịp tim tăng gặp ở 23,3% bệnh nhi.

4.1.3. Cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu ở trẻ mắc VTPQC trong nghiên cứu của chúng tôi là $10,19 \pm 2,61$ (G/L), trong đó tỷ lệ bạch cầu Lympho chiếm đa số 57,84 $\pm$ 13,69% và bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 28,3% $\pm$ 13,5%. Kết quả bạch cầu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Phạm Thị Minh Hồng [4] là $10,47 \pm 3,44$ (G/L) (bảng 3.5).

Kết quả X-quang ngực của các trẻ bị VTPQ cấp phần lớn là có hình ảnh tăng đậm phế quản, ứ khí và thâm nhiễm nhu mô với tỷ lệ lần lượt là 36,67%, 30,00%, 28,89%. Hình ảnh xẹp phổi chỉ chiếm 3,33%. Tỷ lệ hình ảnh trên phim chụp X-Quang bình thường là 30,00%. Kết quả của V Arnoux (2017) [8] tương tự như chúng tôi trên phim chụp X-Quang có hình ảnh ứ khí và tăng đậm phế quản là 56,7%, hình ảnh thâm nhiễm nhu mô là 23,5% nhưng có hình ảnh xẹp phổi chiếm 19,5% cao hơn kết quả của chúng tôi. Hình ảnh X-Quang ngực bình thường chỉ có 4,6% (Bảng 3.6).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng

Trong số 90 bệnh nhân VTPQ chúng tôi thu thập được, có 8 bệnh nhân có tiêu chuẩn bệnh nặng của Bộ y tế tiểu bang New South Wales chiếm 8,9%.

Theo bảng 3.11 cho thấy trẻ bị suy dinh dưỡng có nguy cơ mắc VTPQC nặng cao gấp 24 lần so với trẻ không bị suy dinh dưỡng, mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và mức độ nặng của VTPQ có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$ và 95%CI chạy từ 1,13 đến 610,51. Nghiên cứu của Thiều Thị Huyền Nhung [9] năm 2018 tại bệnh viện Nhi Trung ương cũng cho kết quả tương tự. Chalipat S.S (2013) trong nghiên cứu tại Ấn Độ cũng có tìm thấy mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và VTPQ nặng, suy dinh dưỡng càng nặng

thì điểm nghiêm trọng trên lâm sàng càng cao, thời gian nằm viện càng dài [10].

Điều này cũng dễ hiểu vì dinh dưỡng là rất quan trọng đối với trẻ giúp trẻ đề kháng với bệnh tật. Suy dinh dưỡng và bệnh nhiễm trùng là vòng xoắn bệnh lý. Những trẻ bị suy dinh dưỡng có lượng IgA bề mặt thấp hơn, làm giảm khả năng chống đỡ với virus. Đồng thời, suy dinh dưỡng làm giảm khả năng hồi phục của niêm mạc đường dẫn khí sau khi bị nhiễm virus, làm thời gian bị bệnh kéo dài hơn. Cùng lúc đó, tắc nghẽn đường thở trong VTPQ làm trẻ khó bú, tình trạng nôn chớ, ỉa lỏng, làm hấp thu chất dinh dưỡng kém càng làm nặng thêm tình trạng suy dinh dưỡng.

Chúng tôi không nhận thấy có mối liên quan giữa các yếu tố khác với viêm tiểu phế quản cấp nặng.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bệnh hay gặp ở trẻ trai (53,33%), tỷ lệ trai/gái là 1,14/1, gặp nhiều ở trẻ 0 – 1 tháng tuổi, chủ yếu ở ngoại thành.

Lý do vào viện thường gặp nhất là ho và khò khè. Triệu chứng toàn thân: tỉnh (93,33%), tỷ lệ sốt khá thấp, triệu chứng tím gặp ở 21,00%. Triệu chứng cơ năng hay gặp là khò khè (100,00%), ho (85,56%) và chảy mũi (84,44%). Chỉ có số ít bệnh nhi có biểu hiện bú kém và các triệu chứng khác. Triệu chứng thực thể hay gặp là thở nhanh (77,78%), RLLN (65,56%), rale rít (80,00%), rale ẩm (47,67%), rì rào phế nang giảm (25,56%).

Về xét nghiệm: số lượng bạch cầu tăng nhẹ, bạch cầu lympho chiếm ưu thế, phản ứng CRP âm tính ở đa số các bệnh nhân. X-Quang phần lớn là tăng đậm phế quản, ứ khí và thâm nhiễm nhu mô.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là suy dinh dưỡng. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê: tuổi, giới, tiền sử sản khoa và có anh/chị/em dưới 5 tuổi đi nhà trẻ.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.53.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lauren Paluch (2020)**, “Identifying and managing bronchiolitis”, JAAPA, 33(9), pp 12-15
2. **Nguyễn Tiến Dũng (2014)**, “Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến mức độ nặng trong Viêm tiểu phế quản ở trẻ em”, Hội nghị Khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ VII-2017.
3. **Robledo- Aceves M et al (2018)**, “Risk factors for severe bronchiolitis caused by respiratory virus infections among Mexican children in an emergency department”, Medicine Baltimore.
4. **Phạm Thị Minh Hồng (2004)** “Yếu tố tiên lượng trong Viêm tiểu phế quản ở trẻ em”, Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 8 (phụ bản của 1), trang 123-131.
5. **Plin AC Ali S, Klassen TP(2012)**, “Bronchiolitis”, Kendig and Chernick’s Disorders of the Respiratory Tract in Children 2012, 8th ed. Saunders Elsevier company, Philadelphia, pp 443-452.
6. **Trần Nguyễn Minh Thi (2012)**, “Đặc điểm viêm tiểu phế quản ở trẻ em 1-3 tháng tuổi tại khoa Hô Hấp bệnh viện Nhi Đồng 1 vào tháng 6/2011- 4/2012”, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
7. **Đinh Thị Phương Mai (2015)**, “Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến độ nặng và hiệu quả khí dung natriclorid 3% ở trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp tại Khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Amoux V, Carsin A, Bosdure E, Retormaz K (2017)**, “Chest X- ray and acute bronchiolitis: Are these indications decreasing?”, Article in French, 24(1), pp10-16.
9. **Thiều Thị Huyền Nhung (2018)**, “Nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng của Viêm tiểu phế quản cấp tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2018”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
10. **Chalipat S.S, Mishra A, Tambolkar S.A et al (2013)**, “Effect of Malnutrition on Severity of Presentation and outcome of Acute Bronchitis”, Webmed Central Paediatrics,4(2).

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHỈ SỐ FIB-4 VỚI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM FIBROSCAN TRONG CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN MẠN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP

Phạm Thị Thu Trang¹, Đỗ Minh Trang², Đỗ Ngọc Hải²,
Đào Văn Tùng³, Lưu Vũ Dũng³, Ngô Anh Thế²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giá trị chỉ số FIB-4 với kết quả xét nghiệm Fibroscan trong chẩn đoán mức độ xơ hóa gan của bệnh nhân viêm gan mạn tại bệnh viện Việt Tiệp (9-12/2022). Đối tượng nghiên cứu: 377 đối tượng chẩn đoán viêm gan mạn đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: chỉ số FIB-4 có giá trị phân biệt nhóm F3 với nhóm F0-1; nhóm F4 với nhóm F0-1; nhóm F4 với nhóm F2 ($p < 0,05$); có tương quan thuận tương đối mạnh giữa chỉ số FIB-4 và mức độ xơ hoá gan ($r = 0,574$; $p < 0,01$). Chỉ số FIB-4 $< 1,45$: loại trừ xơ hóa gan mức độ nặng; chỉ số FIB-4 $> 3,25$: xác định xơ hoá gan mức độ nặng; chỉ số FIB-4 có giá trị cao hơn trong chẩn đoán phân biệt mức độ xơ hóa gan với AUC = 0,872, CI 95%: 0,827 – 0,918 ($p < 0,05$), thấp hơn so chỉ số Fibroscan với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,999 (CI 95%: 0,997 – 1). Kết luận: FIB-4 có tương quan với tình trạng xơ hóa gan; có giá trị trong phân biệt xơ hóa nhẹ và xơ hóa nặng. Chỉ số FIB-4 ngoài khoảng 1,45 – 3,25 có thể không phải thực hiện xét nghiệm FibroScan; FIB-4 có giá trị cao trong chẩn đoán mức độ xơ hoá gan.

Từ khoá: Fib-4, xơ hoá gan, viêm gan mạn

SUMMARY

RESEACH OF FIB-4 VALUE WITH FIBROSCAN TEST IN DIAGNOSIS OF CIRRHOSIS AT VIETTIEP HOSPITAL

Purpose: Investigating of the value of FIB-4 with Fibroscan test in diagnosis of cirrhosis in patients with chronic hepatitis at Viettiiep Hospital (9-12, 2022). Subject and Methods: 377 patients with chronic hepatitis came to Viettiiep hospital for examination and treatment, method: cross-sectional descriptive study. Results: FIB-4 value has a statistically significant value in F3 group vs F0-1 group; F4 group vs F0-1 group; F4 group vs F2 group ($p < 0,05$). FIB-4 and degree of liver fibrosis: there is a relatively strong positive correlation: $r = 0.574$; $p < 0.01$. The FIB-4 has a higher value in differential diagnosis of liver fibrosis with AUC = 0.872, 95% CI: 0.827 - 0.918 ($p < 0.05$). Conlusions: FIB-4 is correlated with liver fibrosis; valuable in distinguishing between mild and severe fibrosis. FIB-4 has high value in diagnosis the degree of liver fibrosis.

Keywords: Fib-4, cirrhosis, chronic hepatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của tổ chức Y tế thế giới (WHO), bệnh gan mạn tính là nguyên nhân chính gây bệnh và tử vong trên toàn thế giới với ước tính hơn 354 triệu người sống chung với bệnh viêm gan mạn tính; hơn 8000 ca nhiễm mới xảy ra mỗi ngày và hơn một triệu ca tử vong do bệnh gan tiến triển và ung thư

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Trang

Email: ptttrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

gan xảy ra hàng năm [1]. Với những nguyên nhân do virus viêm gan B (57,8%), virus viêm gan C (53%), viêm gan do rượu (81,8%) và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (45,8%) là phổ biến nhất [1]. Bệnh gan mạn tính thường tiến triển thành xơ gan, xơ gan được đặc trưng bởi sự xơ hóa của tế bào gan, thứ phát từ tổn thương mạn tính dẫn tới sự thay đổi của tổ chức thùy gan. Việc phát hiện sớm và đánh giá tình trạng xơ hóa gan là một bước rất quan trọng trong việc chẩn đoán và tiên lượng điều trị của các bệnh nhân mắc bệnh viêm gan. Hiện nay, nhiều phương pháp chẩn đoán không xâm lấn được quan tâm và trong số đó, đo độ đàn hồi gan thoáng qua (Fibroscan) là một kỹ thuật khoa học khách quan, cho giá trị chính xác để chẩn đoán mức độ xơ hóa gan bằng siêu âm định lượng [2]. Ngoài ra, các chỉ điểm sinh học cũng được các nhà lâm sàng sử dụng phổ biến và tính toán dựa vào các thông số của một số xét nghiệm như chỉ số ELF, chỉ số APRI [3]. Trong đó, chỉ số FIB-4 bởi nhóm tác giả Sterling và cộng sự tính toán dựa vào tuổi bệnh nhân, hoạt độ các enzyme gan aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) và tiểu cầu được báo cáo có độ tin cậy lên tới 87% [4]. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu giá trị chỉ số FIB-4 với kết quả xét nghiệm Fibroscan trong chẩn đoán mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan mạn tại Bệnh viện Việt Tiệp** với mục tiêu: Khảo sát giá trị chỉ số FIB-4 với kết quả xét nghiệm Fibroscan trong chẩn đoán mức độ xơ hóa gan của bệnh nhân viêm gan mạn tại bệnh viện Việt Tiệp (9-12/2022)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan mạn có làm xét nghiệm Fibroscan và các chỉ số tiểu cầu, AST, ALT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 9 – 12 năm 2022. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mắc kèm các bệnh lý mạn tính khác, không đủ các chỉ số xét nghiệm.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích theo tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu: 377 bệnh án đầy đủ thông tin của các bệnh nhân đến khám, có làm xét nghiệm Fibroscan, xét nghiệm hóa sinh và huyết học tại bệnh viện Việt Tiệp (tháng 9 – 12/2022).

2.4. Căn cứ nghiên cứu: Công thức tính chỉ số FI -4: $FIB-4 = Tuổi [năm] \times AST [U/L] / Tiểu cầu [109 /L] \times (ALT [U/L])^{1/2}$; Phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm đàn hồi gan FibroScan.

2.5. Phân tích số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng đạo đức Trường đại học Y Dược Hải Phòng và bệnh viện Việt Tiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* **Đặc điểm chỉ số FIB-4 của đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu thu thập được 377 đối tượng nghiên cứu đến khám và điều trị viêm gan mạn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp 9-12/2022

* **Mức độ xơ hoá gan của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.1. Phân loại mức độ xơ hóa gan của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm METAVIR

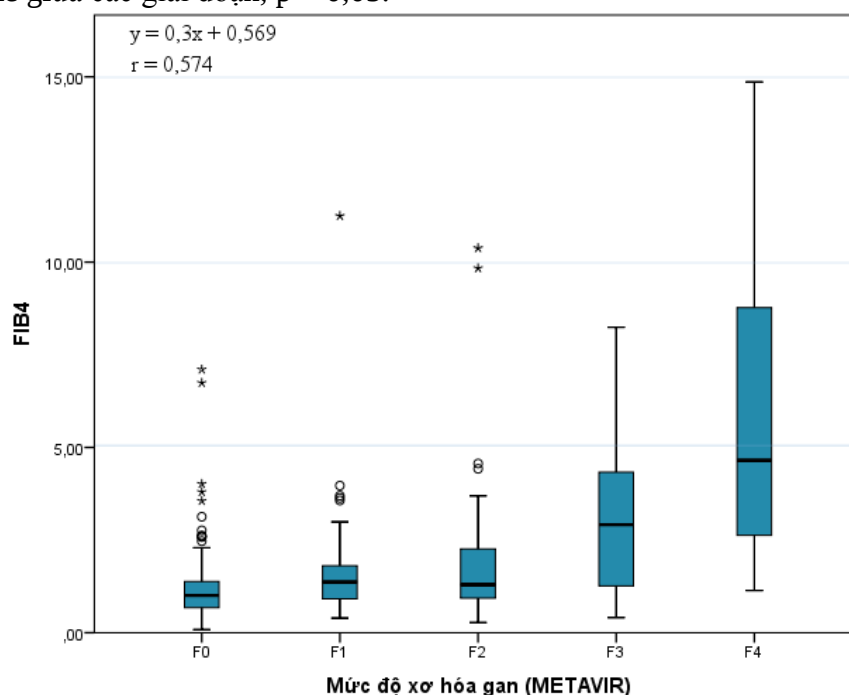
Mức độ xơ hóa gan	n	%
F0-1	252	66,8
F2	39	10,3
F3	36	9,6
F4	50	13,3
Tổng	377	100,0

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu thuộc phân nhóm F0-1 chiếm tỷ lệ cao nhất, 66,8%, đứng thứ hai là nhóm F4, 13,3%.

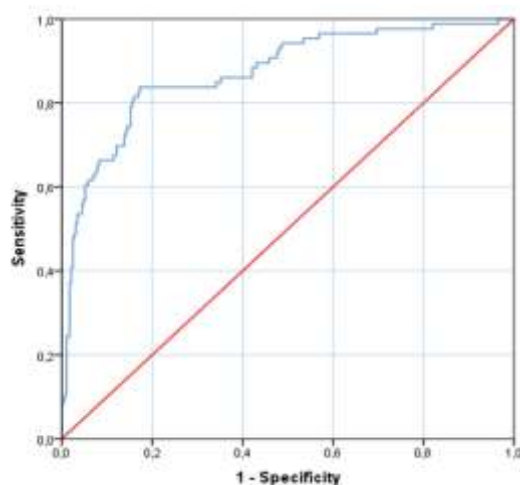
Bảng 3.2. Chỉ số FIB-4 theo các giai đoạn xơ hóa gan theo METAVIR

Giai đoạn	n	FIB-4 ($\bar{X} \pm SD$)	p
F0	168	1,2140 $\pm$ 0,92176	
F1	83	1,5967 $\pm$ 1,322697	
F2	39	2,0533 $\pm$ 2,17254	0,226 (vs. F0-F1)
F3	36	3,1749 $\pm$ 2,04189	0,000018 (vs. F0-F1); 0,115 (vs. F2)
F4	59	6,4170 $\pm$ 4,80588	0,000000 (vs. F0-F1); 0,000000 (vs. F2); 0,083 (vs. F3)
Tổng	377	2,2651 $\pm$ 2,76138	p < 0,05

Nhận xét: giá trị chỉ số FIB-4 tăng dần theo giai đoạn xơ hóa gan, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn, p < 0,05.

**Hình 3.1. Mối tương quan giữa chỉ số FIB-4 và mức độ xơ hóa gan (METAVIR)**

Nhận xét: Chỉ số FIB-4 và mức độ xơ hóa gan (METAVIR) có mối tương quan thuận tương đối mạnh, có ý nghĩa thống kê, phương trình $y = 0,3x + 0,569$; $r=0,574$ (p < 0,01).



Hình 3.2. Đường cong ROC chỉ số FIB-4 trong chẩn đoán xơ hóa gan (F0-2 với F3-4)

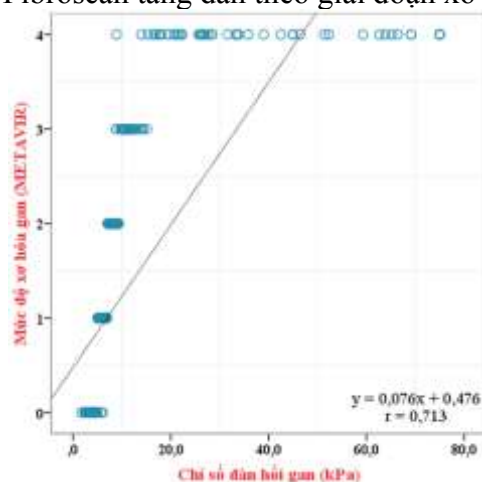
Nhận xét: Đường cong ROC của chỉ số FIB-4 trong chẩn đoán phân biệt F0-2 và F3-4 là có độ chính xác cao (AUC= 0,872; $p < 0,05$).

*** Đặc điểm chỉ số Fibroscan (kPa) – đo độ đàn hồi gan**

Bảng 3.4. Fibroscan (kPa) trên các giai đoạn xơ hóa gan theo METAVIR

Giai đoạn	n	Fibroscan (kPa) ($\bar{X} \pm SD$)	$p < 0,01$
F0	169	$4,063 \pm 0,6895$	
F1	83	$5,917 \pm 0,5556$	
F2	39	$8,103 \pm 0,5724$	
F3	36	$11,286 \pm 1,5092$	
F4	50	$38,640 \pm 20,9719$	
Tổng	377	$13,6727 \pm 0,7042$	

Nhận xét: giá trị chỉ số Fibroscan tăng dần theo giai đoạn xơ hóa gan, $p < 0,01$.



Hình 3.4. Mối tương quan giữa chỉ số đàn hồi gan (Fibroscan) và mức độ xơ hóa gan (METAVIR)

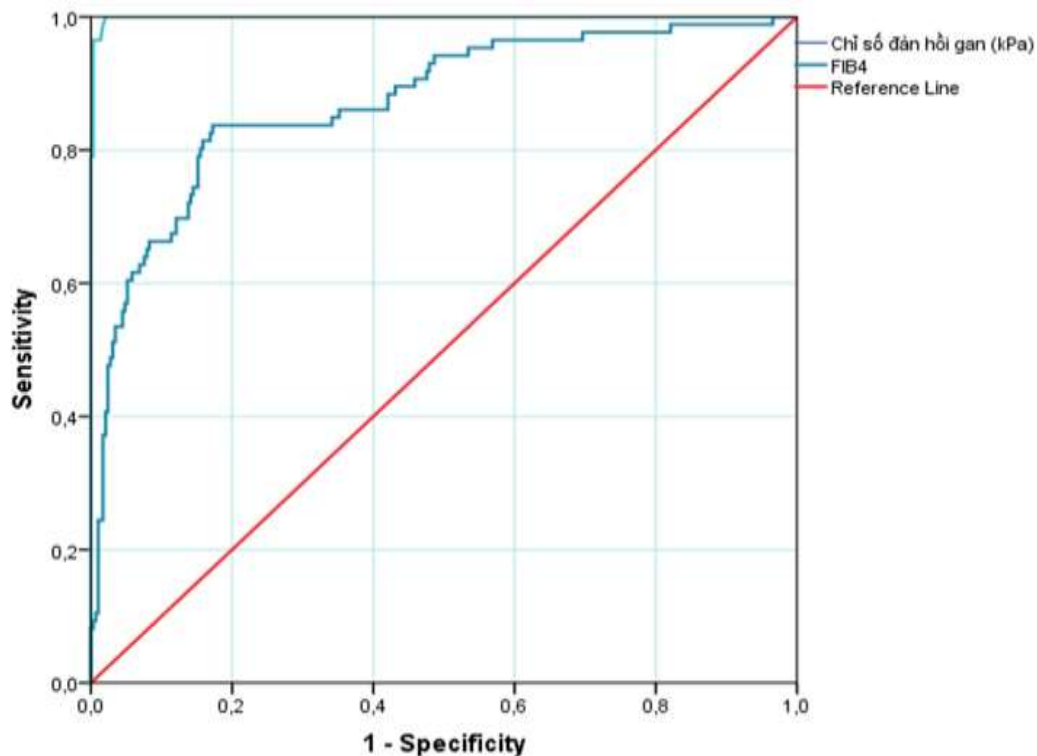
Nhận xét: Chỉ số đàn hồi gan (Fibroscan) và mức độ xơ hóa gan (METAVIR) có mối tương quan thuận tương đối mạnh, có ý nghĩa thống kê; phương trình $y = 0,076x + 0,476$; $r = 0,713$; $p < 0,05$.

* Giá trị giữa chỉ số Fib-4 và kết quả chỉ số Fibroscan trong chẩn đoán mức độ xơ hoá gan

Bảng 3.5. So sánh chỉ số FIB-4 và kết quả Fibroscan chẩn đoán mức độ xơ hóa gan

FIB-4	Fibroscan		Tổng
	F0-F1-F2	F3-F4	
< 1,45	198 (93,4%)	14 (6,6%)	212
1,45 – 3,25	77 (77,7%)	22 (22,3%)	99
> 3,25	15 (22,7%)	51 (77,3%)	66
$p < 0,05$			

Nhận xét: FIB-4 có giá trị < 1,45; có 198 (93,4%) bệnh nhân có kết quả Fibroscan ở F0-2 và 14 (6,6%) bệnh nhân F3-4. FIB-4 có giá trị: 1,45-3,25; có 77 (77,7%) bệnh nhân có kết quả Fibroscan ở F0-2 và 22 (22,3%) bệnh nhân F3-4. FIB-4 > 3,25; có 15 (22,7%) bệnh nhân có kết quả Fibroscan ở F0-2 và 51 (77,3%) bệnh nhân nhóm F3-4; ($p < 0,05$).



Hình 3.5. Đường cong ROC so sánh giá trị chẩn đoán mức độ xơ hóa gan của chỉ số đàn hồi gan (Fibroscan) và chỉ số FIB-4

Nhận xét: Chỉ số Fibroscan có giá trị cao hơn trong chẩn đoán phân biệt mức độ xơ hóa gan (F0-2 với F3-4) với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,999 (CI 95%: 0,997 – 1) so với chỉ số FIB-4 với AUC = 0,872, CI 95%: 0,827 – 0,918 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

* **Đặc điểm chỉ số Fib-4:** 377 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán viêm gan mạn và đầy đủ xét nghiệm đến khám và điều trị viêm gan mạn tại bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp 9-12/2022. Phân loại mức độ viêm gan mạn của đối tượng nghiên cứu theo METAVIR của Giải phẫu bệnh: nhóm thuộc F0-1 chiếm tỷ lệ cao nhất 66,8% (n=252), thứ 2 là nhóm F4 chiếm 13,3% (n=50), nhóm F2, F3 lần lượt là 10,3% (n=39); 9,6% (n=36); (Bảng 3.1);

Kết quả nghiên cứu chỉ ra chỉ số FIB-4 dao động từ: 0,08 - 21,27; chỉ số FIB-4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng dần của tình trạng xơ hóa gan, cụ thể: F0 có chỉ số FIB-4 trung bình là $1,2140 \pm 0,92176$; F1 là $1,5967 \pm 1,322697$; F2 là $2,0533 \pm 2,17254$; F3 là $3,1749 \pm 2,04189$; F4 là $6,4170 \pm 4,80588$. (Bảng 3.2);

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê kết quả chỉ số Fib-4 giữa các nhóm được chẩn đoán xơ gan. Giá trị chỉ số Fib-4 ở nhóm F3 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm F0-1 ($p=0,00018$). Fib-4 ở nhóm F4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm F0-1 ($p<0,05$) và so với nhóm F2 ($p<0,05$). Tuy nhiên giữa giai đoạn F3 và F2 hoặc giữa F4 và F3 giá trị chỉ số Fib-4 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) do có sự đan xen overlap không phân biệt rõ ràng giá trị kết quả ở giai đoạn F0; F1; F2 hoặc F3, F4. Fib-4 (Bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Minh Khánh cũng nghiên cứu giá trị chỉ số Fib-4 trên bệnh nhân viêm gan mạn tính năm 2021 [5]. Khảo sát mối tương quan của giá trị chỉ số Fib-4 và

mức độ xơ hoá gan cho thấy có mối tương quan thuận mức độ tương đối mạnh với phương trình $y = 0,3x + 0,569$; $r = 0,574$; $p < 0,01$ (Hình 3.1.). Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Vallet-Pichard và cộng sự năm [6]. Kết quả hình 3.2 đường cong ROC đánh giá độ tin cậy của chỉ số FIB-4 trong phân biệt các giai đoạn xơ hóa khác nhau, kết quả cho thấy chỉ số FIB-4 có độ tin cậy khá cao khi phân biệt giữa xơ hóa nhẹ (F0-2) và xơ hóa nặng (F3-4) với nhau với diện tích dưới đường cong $AUC = 0,872$ (95% CI: 0,827-0,918; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả của tác giả Sun và cộng sự, năm 2016, phân biệt giữa tình trạng xơ hóa nhẹ và nặng với diện tích này là $AUC = 0,8396 \pm 0,0680$ [7]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khánh và cộng sự năm 2021 với diện tích dưới đường cong ROC của chỉ số FI-4 phân biệt khi phân biệt giữa F0-3 với F4, diện tích dưới đường cong ROC đạt đến 0,927 (95%CI: 0,878-0,976; $p < 0,001$); phân biệt giữa F0-2 với F3-4, diện tích đạt 0,901 (95%CI: 0,841-0,961; $p < 0,001$) và giữa nhóm F0-1 với F2-4, $AUC = 0,838$ (95%CI: 0,771- 0,905; $pp < 0,001$) [5].

* **Đặc điểm chỉ số Fibroscan đo độ đàn hồi gan:** Kết quả nghiên cứu cho thấy Fibroscan - độ đàn hồi gan trung bình của gan ở giai đoạn ở F0 là $4,063 \pm 0,6895$ kPa. Giai đoạn F1 là $5,917 \pm 0,5556$ kPa. Giai đoạn F2 là $8,103 \pm 0,5724$ kPa. Giai đoạn F3 là $11,286 \pm 1,5092$ kPa. Và cao nhất ở giai đoạn F4 là $38,640 \pm 20,9719$ kPa (Bảng 3.4). So sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Bảo Nghi độ đàn hồi trung bình của gan ở giai đoạn F0 và F1 là 7,08-7,34 kPa, giai đoạn F2

là 14,59 kPa, giai đoạn F3 là 23,64 kPa, giai đoạn F4 là 37,56 kPa [8]. Tuy nhiên, độ đàn hồi trung bình của gan ở giai đoạn F4 của chúng tôi ($38,640 \pm 20,9719$ kPa) cao hơn các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, Trần Bảo Nghi là 37,56 kPa. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân bệnh gan mạn tính đến với chúng tôi ở giai đoạn khá trễ và bệnh nặng hơn so với các tác giả kể trên [8].

Kết quả hình 3.4 cho thấy có sự tương quan thuận tương đối mạnh giữa độ đàn hồi gan (Fibroscan) và mức độ xơ hóa gan theo METAVIR ($y = 0,076x + 0,476$; $r = 0,713$; $p < 0,05$), nghĩa là chỉ số độ đàn hồi gan càng cao thì mức độ xơ hóa gan càng nặng. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Bảo Nghi ($r = 0,6$; $p < 0,01$) [8].

*** Mối tương quan giữa chỉ số Fib-4 và xét nghiệm Fibroscan trong chẩn đoán xơ hoá gan:** Khi so sánh về mức độ trùng lặp giữa kết quả Fibroscan và chỉ số FIB-4 trong chẩn đoán xơ hoá gan, có thể thấy với 212 trường hợp có FIB-4 $< 1,45$; có 198 ca (93,4%) có kết quả tương đồng với Fibroscan loại trừ xơ hóa nặng (F0-F1-F2). Với 66 bệnh nhân có chỉ số FIB-4 $> 3,25$; có 51 ca (77,3%) có kết quả tương đồng với Fibroscan về xác định xơ hóa nặng (F3-F4). Như vậy, sử dụng 2 điểm cắt này, 89,57% các trường hợp nằm ngoài khoảng 1,45 – 3,25 được FIB-4 phân loại tình trạng xơ hóa gan một cách chính xác. Như vậy, chỉ số FIB-4 có giá trị rất lớn trong việc loại trừ xơ hóa gan mức độ nặng khi nằm dưới 1,45 và xác định xơ hóa gan mức độ nặng khi nằm trên 3,25 (Bảng 3.5). Kết quả của nghiên cứu có sự tương đồng giá trị điểm cắt của tác giả Phạm

Minh Khánh và cộng sự [5]. Kết quả đường cong ROC (hình 3.5) so sánh giá trị chẩn đoán mức độ xơ hóa gan của chỉ số đàn hồi gan (Fibroscan) và chỉ số FIB-4 cho thấy: Chỉ số đàn hồi gan (Fibroscan) có giá trị cao hơn trong chẩn đoán phân biệt mức độ xơ hóa gan với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,999 (CI 95%: 0,997 – 1) so với chỉ số FIB-4 với AUC = 0,872, CI 95%: 0,827 – 0,918 ($p < 0,05$). Chỉ số Fibroscan- đo độ đàn hồi gan có thể phân rõ các mức độ xơ hóa kể cả từ giai đoạn sớm nhất (F0-2) hoặc giữa mức độ xơ hóa nhẹ và xơ hóa nặng.

Fibroscan là phương pháp siêu âm mới, không xâm lấn, sử dụng sóng siêu âm tốc độ cao để đo độ cứng của gan, tương quan với tình trạng xơ hóa, rất hữu ích trong việc xác định giai đoạn xơ gan và kết quả của Fibroscan có thể giúp chẩn đoán và phân loại xơ gan giúp cho định hướng điều trị. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh Fibroscan có thể được thực hiện an toàn và nhanh chóng trong vòng 5 đến 10 phút ở những cơ sở y tế có điều kiện cơ sở vật chất. Chỉ số FIB-4 là một chỉ điểm sinh học, tính toán dựa trên các thông số đã có sẵn trong xét nghiệm thường quy đánh giá bệnh gan.. Chỉ số dễ dàng sử dụng, tính toán đơn giản, nhanh chóng, không đòi hỏi phải tiêu chuẩn hóa. Thứ hai là kết quả có ngay trong lần thăm khám bệnh nhân. Việc thực hiện xét nghiệm FIB-4 ít tốn kém, không cần đầu tư thêm chi phí cho hệ thống máy móc xét nghiệm. Do vậy, chỉ số FIB-4 được ứng dụng trong hoàn cảnh điều kiện kinh tế của nước ta từ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên [43]. Các nhà lâm sàng vừa có thể xác định được tình trạng xơ hóa gan của bệnh nhân vừa có định hướng điều trị sớm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu giá trị chỉ số Fib-4 so với kết quả xét nghiệm Fibroscan trong chẩn đoán xơ hoá gan trên 377 bệnh nhân chẩn đoán viêm gan mạn đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp (9-12/2022):

* Giá trị chỉ số FIB-4 có giá trị phân biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm F3 và nhóm F0-1; nhóm F4 và nhóm F0-1; nhóm F4 và nhóm F2 ($p < 0,05$); chỉ số FIB-4 và mức độ xơ hoá gan: có mối tương quan thuận mức độ tương đối mạnh với phương trình $y = 0,3x + 0,569$; $r = 0,574$; $p < 0,01$; chỉ số FIB-4 phân biệt giữa xơ hóa nhẹ (F0-2) và xơ hóa nặng (F3-4): đường cong ROC AUC = 0,872 (95% CI: 0,827-0,918; $p < 0,05$).

* Giá trị kết quả xét nghiệm Fibroscan tăng dần theo các giai đoạn xơ hóa gan, ($p < 0,01$). Kết quả xét nghiệm Fibroscan và mức độ xơ hóa gan theo METAVIR: sự tương quan thuận tương đối mạnh: $y = 0,076x + 0,476$; $r = 0,713$; $p < 0,05$.

* $FIB-4 < 1,45$: loại trừ xơ hóa gan mức độ nặng; $Fib-4 > 3,25$: xác định xơ hoá gan mức độ nặng; Chỉ số chỉ số FIB-4 có giá trị cao trong chẩn đoán phân biệt mức độ xơ hóa gan với với AUC = 0,872, CI 95%: 0,827 – 0,918 ($p < 0,05$), thấp hơn so với xét nghiệm Fibroscan diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,999 (CI 95%: 0,997 – 1).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://www.who.int/news/item/28-07-2021-hepatitis-can-t-wait---who-commemorates-world-hepatitis-day-2021>
2. Colloredo G., Guido M., Sonzogni A. và cộng sự. (2003). Impact of liver biopsy size on histological evaluation of chronic viral hepatitis: the smaller the sample, the milder the disease. J Hepatol, 39(2), 239–244.
3. Castéra L., Vergniol J., Foucher J. và cộng sự. (2005). Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. Gastroenterology, 128(2), 343–350.
4. Abdel-Hameed E.A., Rouster S.D., Kottitil S. và cộng sự. (2021). The Enhanced Liver Fibrosis Index Predicts Hepatic Fibrosis Superior to FIB4 and APRI in HIV/HCV Infected Patients. Clin Infect Dis, 73(3), 450–459.
5. Phạm Minh Khánh và cộng sự. (2021). So sánh chỉ số FIB-4 với kết quả Fibroscan trong chẩn đoán xơ hoá gan tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 515, 6; 162-169.
6. Vallet-Pichard A., Mallet V., Nalpas B. và cộng sự. (2007). FIB-4: an inexpensive and accurate marker of fibrosis in HCV infection. comparison with liver biopsy and fibrotest. Hepatology, 46(1), 32–36.
7. Sun W., Cui H., Li N. và cộng sự. (2016). Comparison of FIB-4 index, NAFLD fibrosis score and BARD score for prediction of advanced fibrosis in adult patients with non-alcoholic fatty liver disease: A meta-analysis study. Hepatology Research, 46(9), 862–870.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SỎI ĐƯỜNG MẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG MỔ MỞ KẾT HỢP NỘI SOI TÁN SỎI ĐIỆN THỦY LỰC TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG

Phùng Văn Duyên¹, Phạm Văn Duyệt¹, Hoàng Anh Tú²,
Nguyễn Bá Phước², Phạm Văn Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị bằng mổ mở có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực tại Bệnh viện Kiến An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân sỏi đường mật, thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 05/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 tuổi, bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 63,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,3%, nữ 46,7%. 26,7% có tiền sử phẫu thuật, thủ thuật điều trị sỏi mật, trong đó chủ yếu là lấy sỏi đường mật, dẫn lưu Kehr. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng hạ sườn phải (100%), sốt (73,3%) và vàng da (56,7%). 53,3% bệnh nhân có tam chứng Charcot điển hình. Đa số bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu, Bilirubin toàn phần trong máu và men gan (AST, ALT) tăng, với tỷ lệ lần lượt 56,7%, 70,0%, 63,3% và 66,7%. Siêu âm phát hiện được 73,3% có sỏi đường mật. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được 96,7% có sỏi đường mật, trong đó 60,0% là sỏi đường mật chính ngoài gan kết hợp đường mật trong gan hai bên. 93,3% trường hợp chụp cắt lớp vi tính thấy ống mật chủ giãn, đường kính ống mật chủ trung bình là $15,9 \pm 5,9$ mm, lớn

nhất là 27mm. **Kết luận:** Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính để xác định vị trí, kích thước và số lượng sỏi đường mật.

Từ khoá: Sỏi đường mật, tán sỏi điện thủy lực, Kiến An.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL OF GALLSTONES PATIENTS TREATED BY OPEN SURGERY COMBINED WITH ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY AT KIEN AN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG

Objectives: To describe the clinical and paraclinical of gallstones patients treated by open surgery using flexible bronchoscopy with electrohydraulic lithotripsy at Kien An general hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 30 patients diagnosed with gallstones, from October 2020 to May 2022. **Results:** The average age of the patients was 64.6, patients ≥ 60 years old accounted for 63.4%. The proportion of male patients was 53.3%, female patients 46.7%. 26.7% had a history of surgery, procedures to treat gallstones, in which mainly cholelithiasis, Kehr drainage. Common clinical symptoms was right upper quadrant abdominal pain (100%), fever (73.3%) and jaundice (56.7%). 53.3% of patients had the typical Charcot's triad. The majority of patients had white blood cell counts, total blood bilirubin and liver enzymes (AST, ALT) increased, with the rate of 56.7%, 70.0%, 63.3% and 66.7%,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

respectively. Ultrasound detected 73.3% with gallstones. CT scanner detected 96.7% gallstones, of which 60.0% were primary extrahepatic bile duct stones combined with bilateral intrahepatic bile ducts. 93.3% cases of computed tomography showed dilated common bile duct, the average diameter of the common bile duct was 15.9 ± 5.9 mm, the largest was 27mm. **Conclusion:** Ultrasound and CT scanner are the two main imaging tools to determine the location, size and number of gallstones.

Keywords: Gallstones patients, electrohydraulic lithotripsy, Kien An

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý khá phổ biến. Ở các nước Âu - Mỹ, hay gặp sỏi túi mật, sỏi đường mật ít gặp hơn. Trong khi đó, tại các nước Đông Nam Á, bao gồm Việt Nam hay gặp sỏi đường mật trong và ngoài gan với tỷ lệ khá cao từ 18 - 55% [1-3]. Sỏi mật nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng rất nguy hiểm như nhiễm trùng đường mật, áp xe gan đường mật, chảy máu đường mật, xơ gan.... [4]. Tuy nhiên việc chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ sót sỏi và sỏi tái phát cao, đặc biệt đối với sỏi đường mật trong gan, có viêm chít hẹp đường mật [5-7].

Siêu âm là phương pháp tốt cho phép phát hiện sỏi đường mật với độ nhạy 93 - 95,5%, tuy nhiên kết quả phụ thuộc vào kinh nghiệm người thực hiện, trong những trường hợp vướng hơi giữa các quai ruột, thành bụng bệnh nhân dày, sẹo mổ cũ hoặc có hơi trong đường mật... siêu âm cho thấy nhiều hạn chế trong phát hiện sỏi và tổn thương đường mật [6]. Gần đây, việc ứng dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định vị trí và số lượng sỏi đường mật ngày càng

có hiệu quả như: cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ,... cho phép xác định chẩn đoán sỏi đường mật với độ nhạy 86 - 97,9%, độ đặc hiệu 93 - 99% [2, 3, 8].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị bằng mổ mở kết hợp nội soi tán sỏi điện thủy lực tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị bằng mổ mở có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực.

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 kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn được 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10/2020 đến hết tháng 05/2022.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 30)

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	16	53,3
	Nữ	14	46,7
Tuổi	< 40 tuổi	1	3,3
	40 - 59 tuổi	10	33,3
	≥ 60 tuổi	19	63,4
	Tuổi trung bình (Min - Max)	64,6 ± 14,2 (30 - 89 tuổi)	
Tiền sử nội khoa	Tăng huyết áp	8	26,7
	Đái tháo đường	1	3,3
	Viêm gan	1	3,3
	Tràn dịch màng phổi mức độ ít	1	3,3
Tiền sử phẫu thuật/thủ thuật lấy sỏi mật	Chưa can thiệp lần nào	22	73,3
	Đã can thiệp 1 lần mổ mở	6	20,0
	Đã can thiệp 2 lần mổ mở	2	6,7
Phương pháp phẫu thuật/thủ thuật lấy sỏi mật trước đây	Lấy sỏi OMC, dẫn lưu Kehr	6	20,0
	Lấy sỏi qua ERCP	1	3,3
	Lấy sỏi OMC, dẫn lưu Kehr, cắt túi mật	1	3,3
Tiền sử phẫu thuật bụng vì bệnh lý khác	Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa	2	6,7
	Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày do loét	2	6,7
	Mổ đẻ	2	6,7
	Mổ u xơ tiền liệt tuyến	1	3,3

OMC: Ống mật chủ,

ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (Nội soi mật tụy ngược dòng)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ lần lượt là 53,3% và 46,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 ± 14,2 tuổi. Đa số bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, chiếm 63,4%. 11 bệnh nhân (36,6%) có bệnh nội khoa kết hợp, trong đó tăng huyết áp chiếm đa số với 26,7%. 8 bệnh nhân (26,7%) có tiền sử phẫu thuật, thủ thuật điều trị sỏi mật, trong đó

20,0% can thiệp 1 lần. Trong số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sỏi mật, 6 bệnh nhân (20,0%) được phẫu thuật lấy sỏi OMC, dẫn lưu Kehr. 7 bệnh nhân (23,4%) có tiền sử phẫu thuật vùng bụng vì bệnh lý khác trước đây, trong đó 6,7% phẫu thuật cắt đoạn dạ dày do loét (tầng trên ổ bụng).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 30)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng hạ sườn phải	30	100
Sốt	22	73,3
Vàng da	17	56,7
Tam chứng Charcot điển hình	16	53,3
Tam chứng Charcot không điển hình	14	46,7

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng hạ sườn phải (100%), sốt (73,3%) và vàng da (56,7%). 53,3% bệnh nhân biểu hiện tam chứng Charcot điển hình.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm máu của bệnh nhân (n = 30)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Giá trị trung bình (Min - Max)
Bạch cầu (G/L)	17	56,7	11,7 ± 4,5 (4,8 - 20,6)
Neutrophil (%)	22	73,3	79,3 ± 11,5 (52 - 93)
Billirubin toàn phần (μmol/L)	21	70,0	38,5 ± 26,8 (8,0 - 102,0)
AST (UI/L)	19	63,3	82,0 ± 79,5 (18,0 - 368,0)
ALT (UI/L)	20	66,7	98,2 ± 96,5 (14,0 - 439,0)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu, Bilirubin toàn phần trong máu và men gan (AST, ALT) tăng, với tỷ lệ lần lượt 56,7%, 70,0%, 63,3% và 66,7%.

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm gan và đường mật của bệnh nhân (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phát hiện sỏi đường mật trên siêu âm	Có	22	73,3
	Không	8	26,7
Vị trí sỏi trên siêu âm	Không thấy sỏi	8	26,7
	Sỏi OMC đơn thuần	6	20,0
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan phải	5	16,7
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan hai bên	11	36,7
Đường kính sỏi lớn nhất	< 10 mm	3	13,6
	≥ 10 mm	19	86,4
Số lượng sỏi	Ít sỏi	6	27,3
	Nhiều sỏi	16	72,7
Tình trạng đường mật	Bình thường	2	6,7
	Giãn	28	93,3
	Đường kính OMC trung bình (Min - Max)	15,9 ± 5,9 (7 - 27 mm)	

OMC: Ống mật chủ

Nhận xét: Siêu âm phát hiện được 22 trường hợp (73,3%) có sỏi đường mật. 36,7% trường hợp siêu âm thấy sỏi OMC kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên. 86,4% bệnh nhân siêu âm thấy đường kính sỏi đường mật ≥ 10 mm 72,7% có nhiều sỏi trong đường mật. 93,3% trường hợp siêu âm thấy OMC giãn, đường kính OMC trung bình là 15,9 ± 5,9 mm, lớn nhất là 27mm.

Bảng 5. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính đường mật của bệnh nhân (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phát hiện sỏi đường mật trên CLVT	Có	29	96,7
	Không	1	3,3
Vị trí sỏi trên CLVT	Không thấy sỏi	1	3,3
	Sỏi OMC đơn thuần	3	10,0
	Sỏi đường mật trong gan phải	1	3,3
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan phải	7	23,4
	Sỏi OMC + sỏi đường mật trong gan hai bên	18	60,0

Đường kính sỏi lớn nhất	< 10 mm	2	6,9
	≥ 10 mm	27	93,1
Số lượng sỏi	Ít sỏi	7	24,1
	Nhiều sỏi	22	75,9
Tình trạng đường mật trên CLVT	OMC bình thường	1	3,3
	OMC giãn	29	96,7
	Đường kính OMC trung bình (Min - Max)	16,5 ± 5,5 mm (7 - 31 mm)	
	Đường kính OGP trung bình (Min - Max)	5,1 ± 1,8 mm (2 - 9 mm)	
	Đường kính OGT trung bình (Min - Max)	4,5 ± 1,8 mm (2 - 8 mm)	

CLVT: Cắt lớp vi tính; OMC: Ống mật chủ;

OGP: Ống gan phải; OGT: Ống gan trái

Nhận xét: Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được 29 bệnh nhân (96,7%) có sỏi đường mật. Đa số trường hợp chụp cắt lớp vi tính thấy sỏi OMC kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên, chiếm 60,0%. 93,1% cắt lớp vi tính thấy đường kính sỏi đường mật ≥ 10 mm. 75,9% có nhiều sỏi trong đường mật. 96,7% trường hợp chụp cắt lớp vi tính thấy OMC giãn, đường kính OMC trung bình là 16,5 ± 5,5 mm, lớn nhất là 31mm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 ± 14,2, nhỏ nhất là 30, lớn nhất là 89 tuổi. Các nghiên cứu cũng nhận định trong những năm gần đây, tuổi của người bệnh sỏi mật đang có xu hướng tăng lên [9-11]. Chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 53,3%, nữ 46,7%. Trong khi kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Thụ cho thấy bệnh nhân nữ chiếm 64,9% [10], tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Đức là 65/83 [12], nghiên cứu của tác giả Sử Quốc Khởi tỷ lệ này là 35/68 [13].

Tiền sử bệnh lý nội khoa: Tiền sử bệnh lý nội khoa được coi là những yếu tố nguy cơ của phẫu thuật. Trước đây bệnh nội khoa ít được nhắc tới, tuy nhiên các nghiên cứu gần đây vấn đề này được quan tâm hơn. Đặc biệt

trong phẫu thuật điều trị sỏi mật có sử dụng nội soi đường mật, phải gây mê và thời gian phẫu thuật dài, do vậy việc kiểm soát các bệnh lý nội khoa rất quan trọng, từ đó giảm tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Nghiên cứu có 11 bệnh nhân (36,6%) có bệnh nội khoa kết hợp, trong đó tăng huyết áp chiếm đa số với 26,7%. Kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Thụ với 43,2% bệnh nhân có bệnh nội khoa kết hợp, trong đó tăng huyết áp, đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất 18,0% và 11,7% [10]. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được hội chẩn chuyên khoa điều trị ổn định các bệnh lý nền trước khi tiến hành phẫu thuật để đảm bảo an toàn.

Tiền sử phẫu thuật/thủ thuật lấy sỏi mật: Nghiên cứu có 8 bệnh nhân (26,7%) có tiền sử phẫu thuật, thủ thuật điều trị sỏi mật, trong đó 6 trường hợp can thiệp 1 lần và 2 trường hợp can thiệp 2 lần. Phương pháp can thiệp trước đây chủ yếu là mổ mở lấy sỏi ống mật chủ (OMC), dẫn lưu Kehr, chiếm 20,0%. Có 1 trường hợp đã được lấy sỏi OMC qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP). Chúng tôi cho rằng, tiền sử phẫu thuật điều trị sỏi mật là yếu tố tiên lượng khó khăn cho những lần mổ sau nhất là những bệnh nhân đã mổ từ 2 lần trở lên bởi vì đa số bệnh nhân này có thời gian mang bệnh dài từ 5 - 10 năm thậm

chỉ có bệnh nhân tới 20 năm với nhiều đợt nhiễm trùng đường mật và tắc mật tái diễn dẫn đến những biến đổi bệnh lý ở nhu mô gan, đường mật, động mạch gan và tĩnh mạch cửa như teo thuỳ, phân thuỳ gan và phì đại bù trừ gan đối diện.

Tiền sử phẫu thuật vùng bụng vì bệnh lý khác: Nghiên cứu cho thấy có 7 bệnh nhân (23,4%) đã từng được phẫu thuật vùng bụng vì bệnh lý khác, trong đó 6,7% phẫu thuật cắt đoạn dạ dày do loét (tầng trên ổ bụng). Ngoài ra còn các trường hợp tiền sử phẫu thuật tầng dưới ổ bụng như phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa 6,7%, mổ đẻ 6,7% và mổ u xơ tiền liệt tuyến 3,3%. Chúng tôi nhận thấy hầu hết các trường hợp phẫu thuật tầng dưới ổ bụng không ảnh hưởng tới cuộc mổ lần này. Trong khi đó, 2 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tầng trên ổ bụng, đặc biệt là cắt đoạn dạ dày do loét, gây tình trạng dính nhiều, biến đổi giải phẫu và khó khăn trong quá trình xác định cũng như bộc lộ đường mật ngoài gan. Chúng tôi phải phẫu tích, gỡ dính rất cẩn thận, đồng thời tiến hành chọc dò để xác định OMC trước khi mở, do đó hạn chế tối đa khả năng tai biến tổn thương mạch máu và tá tràng.

Triệu chứng lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đau bụng hạ sườn phải, sốt (73,3%) và vàng da (56,7%). Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Tiến, 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, vị trí đau nhiều nhất ở hạ sườn phải (61,1%) [14], nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [15] và Lê Văn Lợi [9] ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng lần lượt 97,1% và 100%. Theo y văn, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Nếu bệnh nhân bị sỏi đường mật chính hội đủ 3 dấu hiệu này theo trình tự như trên

được gọi là tam chứng Charcot. Chúng tôi gặp 53,3% bệnh nhân biểu hiện tam chứng Charcot điển hình. Kết quả tương tự các nghiên cứu khác với tỷ lệ tam chứng Charcot điển hình từ 26,7% - 63,6% [1, 15, 6].

Đặc điểm xét nghiệm máu: 56,7% bệnh nhân có bạch cầu tăng ($> 10 \text{ G/L}$), tỷ lệ tăng Neutrophyl là 73,3%. Điều này phản ánh phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của các bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn đường mật. Tương tự các nghiên cứu cho thấy sỏi đường mật thường đi kèm với tình trạng nhiễm khuẩn đường mật, tỷ lệ tăng bạch cầu phổ biến từ 50 - 79% [16]. Nghiên cứu của tác giả Lê Văn Lợi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng là 28,6%, trong đó 34% tăng Neutrophyl [9]. Ngoài ra, chúng tôi có 70% bệnh nhân có tình trạng tăng Bilirubin toàn phần trong máu, chỉ số lớn nhất ghi nhận là $102,0 \mu\text{mol/L}$. Kết quả tương tự nghiên cứu của Trần Bảo Long ghi nhận 72,9% bệnh nhân tăng Bilirubin toàn phần [17], cao hơn kết quả của Nguyễn Hoàng Bắc là 52,9% [15]. Sự khác biệt có thể do đa phần bệnh nhân của chúng tôi mắc bệnh trong thời gian dài mới đến viện trong tình trạng tắc mật và có sỏi ở nhiều vị trí đường mật chính. Trong bệnh lý sỏi đường mật, tình trạng tắc mật xảy ra dẫn đến tình trạng huỷ hoại tế bào gan, làm tăng men gan. Kết quả nghiên cứu thấy đa số bệnh nhân có tình trạng tăng men gan với 63,3% tăng AST và 66,7% tăng ALT. Những trường hợp tăng men gan chúng tôi phải điều trị men gan về giới hạn cho phép ($< 40 \text{ U/L}$) sau đó mới tiến hành phẫu thuật.

Đặc điểm siêu âm ổ bụng: Siêu âm qua ổ bụng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được áp dụng rộng rãi để chẩn đoán sỏi đường mật chính [18]. Ngoài ra, siêu âm bụng còn giúp đánh giá tình trạng giãn đường mật, đặc biệt là xác định đường kính

OMC. Kết quả siêu âm phát hiện được 22 trường hợp (73,3%) có sỏi đường mật. Trong đó 6 bệnh nhân (20,0%) có sỏi OMC đơn thuần và 11 bệnh nhân (36,7%) có sỏi OMC kết hợp sỏi trong gan hai bên. Đánh giá đặc điểm sỏi qua siêu âm thấy 86,4% đường kính sỏi đường mật ≥ 10 mm, 72,7% có nhiều sỏi trong đường mật. 93,3% trường hợp siêu âm thấy OMC giãn, đường kính OMC trung bình là $15,9 \pm 5,9$ mm, lớn nhất là 27mm. Nghiên cứu của tác giả Sử Quốc Khởi, siêu âm chẩn đoán chính xác sỏi OMC 71,8%, sỏi gan phải 64,7% và sỏi gan trái 60,5% [13].

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: Nghiên cứu thấy chụp CLVT ổ bụng trước mổ phát hiện được 29 trường hợp (96,7%) có sỏi đường mật. Trong đó 60,0% thấy sỏi OMC kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên. 93,1% CLVT thấy đường kính sỏi đường mật ≥ 10 mm. 75,9% có nhiều sỏi trong đường mật. 93,3% trường hợp chụp CLVT thấy OMC giãn, đường kính OMC trung bình là $15,9 \pm 5,9$ mm, lớn nhất là 27mm. 8 trường hợp siêu âm không thấy sỏi đường mật, khi chụp CLVT đều quan sát được. Nếu siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên, thì chụp cắt lớp vi tính có thể là sự lựa chọn thứ hai, bổ trợ nhau trong chẩn đoán sỏi đường mật [4]. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp CLVT ổ bụng trước mổ, kết quả phát hiện được 29 trường hợp (96,7%) có sỏi đường mật. Trong đó 62,1% thấy sỏi OMC kết hợp với sỏi đường mật trong gan hai bên. 93,1% CLVT thấy đường kính sỏi đường mật ≥ 10 mm. 75,9% có nhiều sỏi trong đường mật. 93,3% trường hợp chụp CLVT thấy OMC giãn, đường kính OMC trung bình là $15,9 \pm 5,9$ mm, lớn nhất là 27mm. Trong nghiên cứu của Sử Quốc Khởi trên 103 bệnh nhân sỏi đường mật chính tỷ lệ chẩn đoán

chính xác là 100% [13]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên 30 bệnh nhân do đó hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt là hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính để chúng tôi xác định vị trí, kích thước và số lượng sỏi đường mật chính và hình ảnh đường mật trước mổ để chỉ định phương pháp điều trị. Sau đó chẩn đoán sỏi sẽ được xác định lại bằng nội soi đường mật trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Sơn, cộng sự.** Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Ngoại khoa (2000), 2: tr18-23.
2. **Bùi Tuấn Anh.** Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật dẫn lưu mật xuyên gan qua da trong điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội. 2008.
3. **Feng X, Zheng S, Xiaet F, et al.** Classification and management of hepatolithiasis: A high - volume, single - centrer's experience. Intranctable Rare Diseases Research (2012), 1(4): p151-156.
4. **Liang Y, McFadden DW, Shames BD.** Choledocholithiasis and Cholangitis. Maingot's Abdominal Operations, Chapter 8, McGraw Hill (2019): p2808-2848.
5. **Lê Văn Thành, Lê Văn Lợi.** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật trong và ngoài gan có sử dụng nội soi mềm và ống nối mật - da tại Bệnh viện 108. Tạp chí Y học lâm sàng 108. 2019: tr53.
6. **Trần Đình Thơ.** Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ

- điều trị sỏi trong gan. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2006.
7. **Tanisaka Y, Mizuide M, Fujita A, et al.** Diagnostic process using endoscopy for biliary strictures: A narrative review. *J Clin Med* (2021), **10**(5): p1048.
 8. **Kiriyama S, Kozaka K, Takada T, et al.** Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2018), **25**(1): p17-30.
 9. **Lê Văn Lợi.** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ, phẫu thuật nội soi và nội soi tán sỏi qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108. 2020.
 10. **Vũ Đức Thụ.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108. 2020.
 11. **Miura F, Okamoto K, Takada T, et al.** Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2018), **25**(1): p31-40.
 12. **Nguyễn Khắc Đức.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010.
 13. **Sử Quốc Khởi.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Luận án Tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y. 2019.
 14. **Nguyễn Huy Tiến.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật và tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Từ tháng 4/2014 đến tháng 9/2015. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
 15. **Nguyễn Hoàng Bắc.** Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2007.
 16. **Tang CN, Tsui KK, Ha JP, et al.** Laparoscopic exploration of the common bile duct: 10 - year experience of 174 patients from a single centre. *Hong Kong Med J* (2006), **12**(3): p191-196.
 17. **Trần Bảo Long.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2004.
 18. **Alkarboly TAM, Fatih ZM, Hussein HA, et al.** The Accuracy of Transabdominal Ultrasound in Detection of Common Bile Duct Stone as Compared to Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography (With Literature Review). *Open Journal of Gastroenterology* (2016), **6**(10): p275-299.

ĐẶC ĐIỂM THƯƠNG TỔN DA CỦA CÁN BỘ SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG KHI SỬ DỤNG ĐỒ BẢO HỘ CHỐNG DỊCH COVID 19 NĂM 2021

Đào Minh Châu¹, Nguyễn Thị Liên¹, Cao Việt Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ và đặc điểm của các tổn thương da do đồ bảo hộ ở cán bộ sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng khi tham gia chống dịch Covid 19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 458 cán bộ, giảng viên và sinh viên (nhân viên y tế - NVYT) trường Đại học Y Dược Hải Phòng tham gia chống dịch COVID-19 ở một số tỉnh thành ở Việt Nam từ tháng 1/2021 – 12/2021. **Nội dung nghiên cứu:** Đánh giá về thời gian sử dụng bộ trang phục phòng, chống dịch Covid – 19 (PPE); cấp độ của PPE; Đánh giá các phản ứng trên da. **Kết quả:** 95% NVYT có tổn thương da. Loại tổn thương phổ biến nhất ở vùng mặt là viêm da tiếp xúc (48,9%) và tăng sắc tố (33,5%); 39,2% có tổn thương da ở bàn tay trong đó 66,1% là viêm da tiếp xúc dị ứng; 24,24% có tổn thương da do quần áo bảo hộ. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là lưng (54,1%). Dạng tổn thương hay gặp nhất là rôm sảy (39,6%). **Kết luận:** Tổn thương da do sử dụng đồ bảo hộ cá nhân khi tham gia chống dịch covid – 19 là thường gặp, ở mức độ nhẹ

Từ khoá: Covid – 19, viêm da tiếp xúc, tổn thương da

SUMMARY

THE ADVERSE SKIN REACTIONS IN HEALTH CARE WORKERS OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY USING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT FOR COVID-19 IN 2021

Aim: To describe the the frequencies and characteristics of adverse skin reactions due to personal protective equipment in healthcare workers at Haiphong University of Medicine and Pharmacy in 2021. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 458 officials, lecturers and students of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy participating in the fight against COVID-19 in some provinces established in Vietnam from January 2021 to December 2021. **Research content:** Evaluation of the time of using Covid-19 epidemic prevention and control (PPE); level of PPE; Evaluation of skin reactions. **Results:** 95% of health workers have skin lesions. The most common types of lesions on the face were contact dermatitis (48.9%) and hyperpigmentations (33.5%); 39.2% had skin lesions on the hands of which 66.1% was allergic contact dermatitis; 24.24% had skin damage due to protective clothing. The most common injury site was the back (54.1%). The most common form of lesions was rash (39.6%). **Conclusion:** adverse skin reactions due to personal protective equipment when participating in the fight against covid-19 is common, at a mild level.

Keywords: Covid - 19, contact dermatitis, adverse skin reactions, PPE (personal protective equipment)

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên
Email: ntlien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân viên y tế thường xuyên phải sử dụng các chất sát khuẩn tay và đồ bảo hộ cá nhân trong công việc để tránh lây nhiễm. Đặc biệt, trong đại dịch COVID-19, việc sử dụng đồ bảo hộ khi tham gia chống dịch được yêu cầu nghiêm ngặt ở mức độ cao để phòng ngừa lây nhiễm. Những tổn thương da do đồ bảo hộ là do sự thay đổi hệ vi sinh thái ở vùng tiếp xúc đồ bảo hộ, và việc bị áp lực thường xuyên do gọng khẩu trang [2]. Trong bối cảnh đại dịch Covid 19 lan rộng, các vấn đề da liên quan tới đồ bảo hộ đã được nhiều tác giả trên thế giới báo cáo[3], [4]. Ở Việt Nam, năm 2021, cùng với tình trạng bùng phát dịch, các tổn thương da ở nhân viên y tế khi sử dụng đồ bảo hộ có xu hướng gia tăng, tuy nhiên chúng tôi chưa tham khảo được những nghiên cứu về vấn đề này ở khu vực Hải Phòng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ và đặc điểm của các tổn thương da do đồ bảo hộ ở cán bộ sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng khi tham gia chống dịch Covid 19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là cán bộ, giảng viên và sinh viên (nhân viên y tế - NVYT) trường Đại học Y Dược Hải Phòng tham gia chống dịch COVID-19 ở một số tỉnh thành ở Việt Nam từ tháng 1/2021 – 12/2021.

Tiêu chuẩn chọn: Cán bộ sinh viên tham gia chống dịch có sử dụng đồ bảo hộ; Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người không sử dụng đồ bảo hộ; Không đồng ý tham gia nghiên cứu;

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2022 đến 01/07/2022.

2.2.3. Cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, thu nhận được 458 trường hợp đủ tiêu chuẩn, đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.4. Nội dung nghiên cứu:

- Ghi nhận các thông tin về vị trí làm việc khi tham gia chống dịch

- Đánh giá tiền sử mắc bệnh da liễu: ghi nhận các bệnh da liễu gồm mề đay, viêm da tiếp xúc dị ứng/kích ứng và mụn nhọt.

- Đánh giá về thời gian sử dụng bộ trang phục phòng, chống dịch Covid – 19 (PPE): thời gian sử dụng PPE mỗi ngày được chia làm 4 khoảng: 1-3 giờ, 3-6 giờ, 6-12 giờ và 12-24 giờ mỗi ngày.

- Đánh giá cấp độ của PPE [1]: chia thành 4 cấp độ 1,2,3,4 theo hướng dẫn của Bộ Y tế về việc “Hướng dẫn tạm thời về kỹ thuật, phân loại và lựa chọn bộ trang phục phòng, chống dịch Covid – 19” Trong đó, PPE cấp 1 là cấp độ bảo hộ thấp nhất. PPE cấp 4 là bắt buộc khi có khả năng tiếp xúc với các mối nguy hiểm lớn nhất và khi yêu cầu bảo vệ da, hô hấp và mắt ở cấp độ lớn nhất.

- Đánh giá phản ứng trên da:

+ Viêm môi: Môi và góc miệng có chảy máu, phỏng rộp, nứt, đóng vảy, ngứa, đau, đỏ. Môi có thể cảm thấy khô nứt, sưng đau.

+ Viêm da tiết bã: Vảy da trên da đầu, vùng giữa cung mày, rãnh mũi má, da đỏ; ngứa.

+ Viêm da tiếp xúc: dát đỏ, mụn nước, ngứa nhiều ở vùng da tiếp xúc với đồ bảo hộ

+ Tăng sắc tố: sự sẫm màu của một vùng da trên mặt.

+ Mày đay: dát đỏ, sẩn phù ngứa, xuất hiện trên da.

+ Các nốt sẩn ngứa: là các tổn thương chắc, nổi cao trên bề mặt da, ngứa nhiều.

+ Tổn thương dạng hạt kê: mụn nước nhỏ, bị viêm giống như mụn nước và ngứa hoặc châm chích ở vùng bị ảnh hưởng.

+ Ngứa dữ dội: cảm giác ngứa ở tất cả các bộ phận trên cơ thể và cần dùng thuốc để làm dịu cơn ngứa.

- Đánh giá mức độ nặng:

+ Nhẹ: tổn thương rải rác ở một bộ phận cơ thể.

+ Trung bình: tổn thương rải rác ở hai bộ phận cơ thể hoặc tổn thương dày đặc ở một bộ phận cơ thể.

+ Nặng: tổn thương da ở toàn bộ cơ thể hoặc tổn thương dày đặc ở hai bộ phận cơ thể trở lên.

- Đánh giá việc sử dụng kem dưỡng ẩm: những người tham gia chọn một trong hai

câu trả lời: ít hơn hai lần mỗi ngày so với 2 hoặc nhiều lần mỗi ngày.

2.2.5. Các bước tiến hành

Xây dựng Phiếu thông tin nghiên cứu. Gửi phiếu thông tin nghiên cứu đến cán bộ sinh viên nhà trường tham gia chống dịch. Tiếp nhận phiếu trả lời, tất cả các bộ câu hỏi đã được thu thập và sao lưu để đảm bảo rằng không có dữ liệu nào bị mất trong quá trình mã hoá và phân tích thống kê.

2.2.6. Phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 21.0 được sử dụng để phân tích thống kê. Kiểm định chi bình phương và kiểm định two-sample T-test được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa.

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y học trường Đại học Y Dược Hải Phòng cho phép và thông qua. Mọi thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không tiết lộ cho bất kỳ cá nhân, tổ chức nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 458 cán bộ, sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng tham gia chống dịch Covid 19 năm 2021, chúng tôi ghi nhận được những kết quả chủ yếu như sau

Bảng 3.1: Tỷ lệ nhân viên y tế phân bố theo vị trí công việc

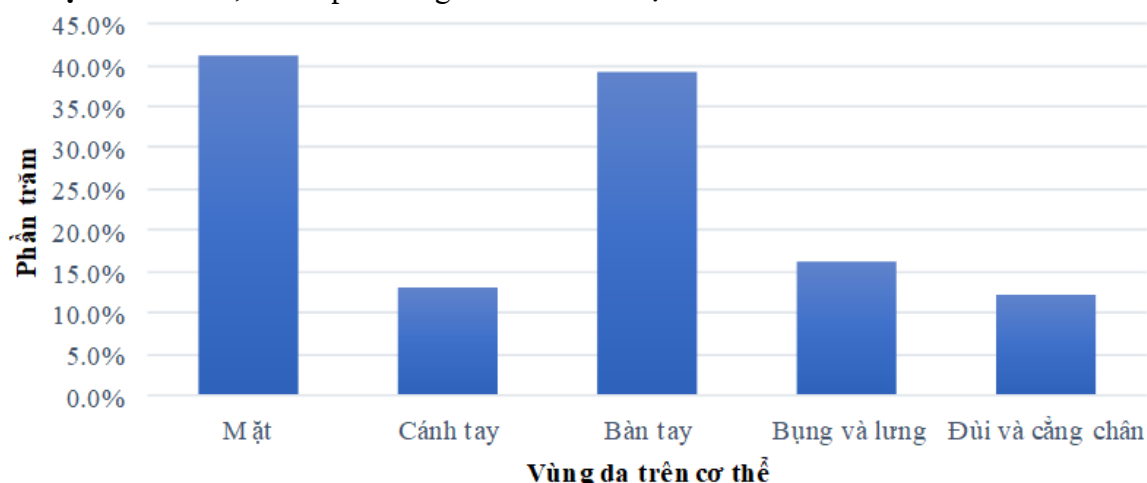
Vị trí công tác	n	%
Lấy mẫu	315	70,2
Tiêm vaccine	89	13,3
Nhập liệu	67	14,9
Truy vết	34	7,6
Điều phối	35	7,8
Điều trị nội trú	129	28,7

Nhận xét: Nhân viên y tế tham gia nhiều nhất là lấy mẫu (70,2%)

Bảng 3.2: Tỷ lệ phản ứng da do đồ bảo hộ

Phản ứng da	n	%
Có	435	95,0%
Không	23	5,0%
Tổng	458	100%

Nhận xét: có 95,0% có phản ứng da do đồ bảo hộ cá nhân.

**Hình 3.1: Phân bố vị trí tổn thương da trên cơ thể**

Nhận xét: Trong số 458 nhân viên y tế, vị trí hay gặp phản ứng da nhất là mặt (41,0%) và bàn tay (39,3%).

Bảng 3.3: Loại tổn thương và thời gian khởi phát phản ứng ở vùng mặt

Tổn thương \ Thời gian	< 1 ngày	1-3 ngày	4-6 ngày	> 7 ngày	Tổng (%)
Viêm môi	4	0	0	0	4 (2,1%)
Viêm da đầu	8	12	2	3	25 (13,3%)
Viêm da tiếp xúc	57	58	11	13	139 (73,9%)
Tăng sắc tố sống mũi	26	26	2	9	63 (33,5%)
Mụn	2	10	2	4	18 (9,6%)
Tổng	80 (42,6%)	74 (38,4%)	13 (6,8%)	21 (11,2%)	188 (100%)

Nhận xét: Trong 188 người có tổn thương da ở mặt, loại tổn thương hay gặp nhất là viêm da tiếp xúc (73,9%) và tăng sắc tố da (33,5%). Hầu hết các phản ứng xảy ra trong 3 ngày đầu sử dụng đồ bảo hộ.

Bảng 3.4: Loại tổn thương và thời gian khởi phát phản ứng ở bàn tay

Loại tổn thương	n	%
Viêm da tiếp xúc kích ứng	61	33,9
Viêm da tiếp xúc dị ứng	119	66,1%

Nhận xét: Trong 180 người có tổn thương da bàn tay, 33,9% bị viêm da tiếp xúc kích ứng, 66,1% bị viêm da tiếp xúc dị ứng.

Bảng 3.5: Loại tổn thương da ở các các vùng khác trên cơ thể (n=111)

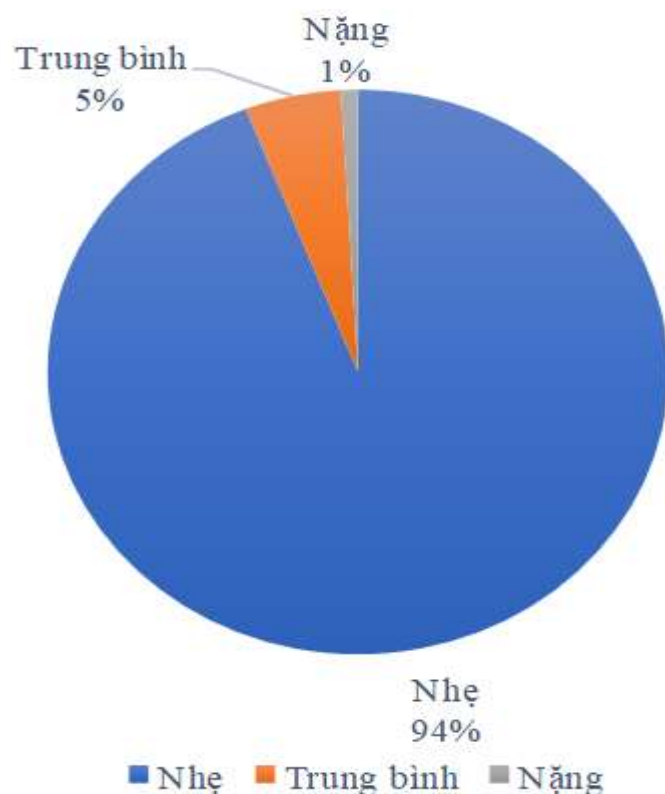
Tổn thương	n	%
Mày đay	36	32,4
Dát đỏ	29	26,1
Rôm sảy	44	39,6
Ngứa lan toả	29	21,6

Nhận xét: Trong 111 người có phản ứng da với quần áo bảo hộ, triệu chứng hay gặp nhất là rôm sảy (39,6%).

Bảng 3.6: Vị trí tổn thương da do quần áo bảo hộ (n=111)

Vị trí	n	%
Bụng	19	17,2
Lưng	60	54,1
Đùi	38	34,2
Cẳng chân	21	18,9

Nhận xét: Trong 111 người có tổn thương da do quần áo bảo hộ, vị trí hay gặp nhất là lưng (54,1%).

**Hình 3.2: Mức độ các tổn thương do đồ bảo hộ**

Nhận xét: tổn thương da liên quan đến đồ bảo hộ cá nhân, đa số đều ở mức độ nhẹ (94,1%), chỉ 4 người (0,9%) gặp các tổn thương nặng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 458 cán bộ sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng sử dụng đồ bảo hộ tham gia chống dịch COVID-19 năm 2021, kết quả bảng 3.2 chỉ ra rằng 95% nhân viên y tế có tổn thương da liên quan đến đồ bảo hộ cá nhân. Số liệu này giống tỉ lệ 97% nhân viên y tế có tổn thương da ở nghiên cứu của J. Lan và cộng sự [4]. Qua tìm hiểu chúng tôi thấy nghiên cứu của J. Lan thực hiện ở khoa Hồi sức tích cực với yêu cầu dùng đồ bảo hộ y tế nghiêm ngặt gần tương tự với yêu cầu khi tham gia chống dịch nên kết quả tương đương nhau.

Tỉ lệ và dạng tổn thương da vùng mặt

Trong nghiên cứu của chúng tôi 41% nhân viên y tế có tổn thương da mặt, tương tự 50% trong nghiên cứu của F. Marraha [7]. Bảng 3.3 chỉ ra rằng tổn thương hay gặp nhất ở mặt là viêm da tiếp xúc (73,9%) và tăng sắc tố (33,5%). Một vài dạng tổn thương khác là viêm da tiếp xúc dị ứng (25%), mụn (9,6%), viêm da dầu (13,3%) và viêm môi (2,1%). Hầu hết thời gian khởi phát các triệu chứng là dưới 3 ngày. Nghiên cứu của K. Hu cũng chỉ ra triệu chứng hay gặp nhất là vết thương ở sống mũi (68,9%), mụn (1,6%), ngứa (17%) và khô da (24,6%) [5].

Viêm da tiếp xúc có thể do tiếp xúc với kháng nguyên trong quá trình sản xuất khẩu trang N95, như formaldehyde trong quá trình sản xuất cocospropylenediamin-guanidinium-diacetate trong quá trình khử khuẩn dụng cụ y học, polyurethane trong sản xuất gọng kim loại trong khẩu trang [7].

Hơn nữa, áp lực của khẩu trang lên sống mũi có thể gây ra tăng sắc tố. Vì mục đích bảo vệ tối đa, nhân viên y tế phải thắt chặt khẩu trang và ép thanh kim loại vào sống mũi để đảm bảo không bị hở. Do đó, vết sẹo ở sống mũi có thể bị gây ra do áp lực mạnh của khẩu trang và sợi kim loại cứng [5].

Do những lí do kể trên, khi sử dụng khẩu trang, nhân viên y tế có thể giảm bớt mức độ chặt của khẩu trang, chỉ uốn nhẹ thanh kim loại lên sống mũi và thêm một lớp khẩu trang ngoại khoa phía trong khẩu trang N95. Tất cả những điều này có thể làm giảm những tổn thương da [5].

Tỉ lệ và dạng tổn thương da ở bàn tay

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa thời gian sử dụng và tổn thương trên da tay: Nghiên cứu trên 273 nhân viên y tế bởi F. Marraha, 45% nhân viên có phản ứng da với găng tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39,2% nhân viên y tế có tổn thương da bàn tay. Kết quả này tương tự với F. Marraha

Bảng 3.4 cho thấy dạng tổn thương ở bàn tay là viêm da tiếp xúc kích ứng (33,9%) và viêm da tiếp xúc dị ứng (66,1%). Hầu hết thời gian khởi phát đều dưới 3 ngày.

Những triệu chứng kể trên có thể là do sự nhạy cảm với nhựa latex. Theo K. Turjanmaa, và cộng sự, phản ứng quá mẫn type 1 với nhựa latex là một nguy cơ bệnh nghề nghiệp hay gặp ở nhân viên y tế, đặc biệt với những người sử dụng thường xuyên [6]. Nghiên cứu này chỉ ra rằng có tới 17% nhân viên y tế dị ứng với latex và dẫn tới viêm da tiếp xúc dị ứng [6].

Một nguyên nhân nữa dẫn tới tổn thương da tay có thể là do tăng tần suất sử dụng chất sát khuẩn tay và xà phòng, gây ra viêm da tiếp xúc kích ứng ở da tay [4].

Tỉ lệ và triệu chứng hay gặp của tổn thương da trên thân mình do quần áo bảo hộ

Trong 458 nhân viên y tế, 111 người (24,2%) có tổn thương da do quần áo bảo hộ. Bảng 3.6 chỉ ra vị trí tổn thương hay gặp nhất là lưng (54,1%). Dạng tổn thương hay gặp là rôm sảy (39,6%) và mày đay (32,4%).

Kết quả của chúng em giống với một nghiên cứu đa trung tâm bởi P. M. Christopher và cộng sự. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tổn thương da do quần áo bảo hộ là 22,5% [8]. Tuy nhiên, tỉ lệ này còn chưa thống nhất ở các nghiên cứu. Ví dụ, nghiên cứu của K. Hu ở Trung Quốc chỉ ra có 60% nhân viên y tế có tổn thương da do quần áo bảo hộ [5]. Điều này có thể được giải thích bằng hai lí do chính: sự khác biệt trong điều kiện làm việc và cỡ mẫu trong nghiên cứu của K. Hu. Thứ nhất, các đối tượng nghiên cứu của K. Hu đều làm ở Đơn nguyên Hồi sức Tích cực với hơn 10 giờ/ngày sử dụng đồ bảo hộ cấp cao trong 3,5 tháng. Ngược lại, hầu hết đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi làm việc tại cộng đồng với đồ bảo hộ cấp 1, 2 và 3. Thứ hai, cỡ mẫu của Hu còn khá nhỏ, dẫn đến sự khác biệt trong thống kê.

Quần áo bảo hộ y tế có các yêu cầu đặc biệt về độ kín, khiến cho da toàn thân trong môi trường ẩm ướt. Những người có tuyến bã nhờn hoạt động mạnh sẽ dễ nổi mụn ở những vùng có nhiều tuyến bã nhờn như ngực và lưng do lỗ chân lông bị bít kín bởi

mồ hôi và bã nhờn. Sự kích thích từ mồ hôi và tiếp xúc với quần áo bảo hộ cũng có thể gây ra phản ứng dị ứng trên da. Đặc biệt, vùng âm hộ, giữa đùi và quanh hậu môn là những vị trí dễ bị viêm da và nhiễm trùng do vi khuẩn và nấm thứ phát do tăng bài tiết và ma sát khi đi lại [8]. Việc thay quần áo bảo hộ thường xuyên có thể làm giảm sự xuất hiện của các triệu chứng trên một cách hiệu quả [5].

Mức độ tổn thương da

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,1% NVYT có phản ứng da khi sử dụng đồ bảo hộ cá nhân ở mức độ nhẹ (Bảng 3.6), chỉ 1% NVYT có các vấn đề về da nghiêm trọng. Kết quả này được khẳng định bởi nhiều nghiên cứu [5], [8]. Trong tất cả các nghiên cứu đó, không ai phải ngừng làm việc vì tổn thương da liên quan đến đồ bảo hộ. Nghiên cứu của K. Hu báo cáo rằng 5/61 người (8,1%) đã sử dụng thuốc vì điều trị các tổn thương da, và những người còn lại có thể tự phục hồi mà không cần bất kỳ phương pháp điều trị nào [5]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 458 cán bộ sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng sử dụng đồ bảo hộ tham gia chống dịch COVID-19 năm 2021 chúng tôi rút ra những kết luận chính là có 95% NVYT có tổn thương da. Loại tổn thương phổ biến nhất ở vùng mặt là viêm da tiếp xúc (48,9%) và tăng sắc tố (33,5%); 39,2% có tổn thương da ở bàn tay trong đó 66,1% là viêm da tiếp xúc dị ứng; 24,24% có tổn thương da do quần áo bảo hộ. Vị trí

tổn thương hay gặp nhất là lưng (54,1%).
Dạng tổn thương hay gặp nhất là rôm sảy (39,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế**, “Quyết định về việc hướng dẫn tạm thời về kỹ thuật, phân loại và lựa chọn bộ trang phục phòng chống dịch Covid-19” p. 5, 2020.
2. **P. R. Worsley, F. Spratt, and D. L. Bader**, “COVID19: Challenging tissue viability in both patients and clinicians.,” *Journal of tissue viability*, vol. 29, no. 3, pp. 153–154, Aug. 2020. doi: 10.1016/j.jtv.2020.06.003.
3. **Y. Yan et al.**, “Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019.,” *Dermatol. Ther.*, vol. 33, no. 4, p. e13310, Jul. 2020
4. **J. Lan et al.**, “Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019.,” *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 82, no. 5, pp. 1215–1216, May 2020, doi: 10.1016/j.jaad.2020.03.014.
5. **K. Hu, J. Fan, X. Li, X. Gou, X. Li, and X. Zhou**, “The adverse skin reactions of health care workers using personal protective equipment for COVID-19.,” *Medicine (Baltimore)*, vol. 99, no. 24, p. e20603, Jun. 2020,
6. **K. Turjanmaa, H. Alenius, S. Mäkinen-Kiljunen, T. Reunala, and T. Palosuo**, “Natural-rubber-latex allergy,” *Handb. Occup. dermatology*, pp. 719–729, 2000.
7. **F. Marraha et al.**, “Skin Reactions to Personal Protective Equipment among First-Line COVID-19 Healthcare Workers: A Survey in Northern Morocco.,” *Ann. Work Expo. Heal.*, vol. 65, no. 8, pp. 998–1003, Oct. 2021, doi: 10.1093/annweh/wxab018.
8. **P. M. Christopher, R. S. Roren, C. Tania, N. N. Jayadi, and C. Cucunawangsih**, “Adverse Skin Reactions to Personal Protective Equipment Among Health-Care Workers During COVID-19 Pandemic: A Multicenter Cross-sectional Study in Indonesia,” *Int. J. Dermatology Venereol.*, vol. 3, no. 4, 2020

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO Ở BỆNH NHÂN LẠM DỤNG RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG 2017 - 2021

Nguyễn Huy Điện¹, Trương Thành Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tràn dịch màng phổi do lao ở bệnh nhân lạm dụng rượu điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng 2017 - 2021. **Đối tượng:** Gồm 108 bệnh nhân lạm dụng rượu được chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao điều trị tại Bệnh viện phổi Hải Phòng từ 1/2017- 12/2021. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu với mẫu thuận tiện. **Kết quả và kết luận:** Tuổi mắc bệnh chủ yếu nhóm từ 50 trở lên (73,1%), tuổi trung bình là $57,13 \pm 12,6$ tuổi, chỉ gặp ở giới nam, lao động tự do là 49,5%. Bệnh nhân uống rượu trên 20 năm chiếm tỷ lệ 43,3% và có 59,3% bệnh nhân uống rượu từ 500-1000ml một ngày. Triệu chứng hay gặp nhất là mệt mỏi (88,9%), gầy sút cân (71,3%) và sốt nhẹ về chiều (67,6%), đau tức ngực (91,7%), khó thở (89,8%) và ho khan (72,2%). Gan to (54,6%). Dịch màng phổi màu vàng chanh (86,1%), Rivalta (+) 100%, protein chủ yếu là $>30\text{g/l}$ chiếm 99,1%, số lượng tế bào $>500\text{tb/ml}$ chiếm (88%), Lympho $>70\%$ chiếm 95,4%. Tràn dịch chủ yếu là một bên (94,4%). Số lượng hồng cầu máu ngoại vi bình thường là (84,3%). Chỉ số GOT/GPT/GGT lúc vào viện tăng cao chiếm 100%.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi do lao và lạm dụng rượu

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS PLEURAL EFFUSION WITH ALCOHOL ABUSE AT HAI PHONG LUNG HOSPITAL 2017 – 2019

Objectives: Study clinical and subclinical characteristics of tuberculosis pleural effusion in patients with alcohol abuse treatment at Hai Phong Lung Hospital 2017 - 2019. **Subjects:** Including 108 patients with alcohol abuse diagnosed with tuberculosis pleural effusion treatment at Hai Phong Lung Hospital from 1/2017 to 12/2019. **Method:** Retrospective description with convenient sample. **Results and conclusions:** The age group was mainly from 50 and older (73.1%), the mean age was 57.13 ± 12.6 years old, only seen in men, self-employed was 49.5%. Patients who drink alcohol over 20 years account for 43.3% and 59.3% of patients drink alcohol from 500-1000ml per day. The most common symptoms were fatigue (88.9%), weight loss (71.3%) and mild fever in the afternoon (67.6%), chest pain (91.7%), shortness of breath (89.8%) and dry cough (72.2%). Hepatomegaly (54.6%). The pleural fluid was lemon yellow (86.1%), Rivalta (+) 100%, the main protein was $>30\text{g/l}$, accounting for 99.1%, the number of cells $>500\text{ cells/ml}$ accounts for (88%), Lymphocytes $>70\%$ accounted for 95.4%. The pleural effusion was mainly unilateral (94.4%). The normal level of red blood cell count is (84.3%). GOT/GPT/GGT index at

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Điện

Email: nhdien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

hospital admission increased accounted for 100%.

Keyword: Tuberculosis pleural effusion and alcohol abuse

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao hiện nay đặc biệt là tràn dịch màng phổi do lao 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 [1][8]. Nghiện rượu là một căn bệnh thật sự, là nhóm bệnh rất phổ biến chiếm 1-10% dân số. Rượu gây nhiều tác hại đối với nhiều cơ quan trong cơ thể và đặc biệt là sức khỏe tâm thần [6]. WHO xếp tác hại của rượu đối với cơ thể sau tim mạch và ung thư [8]. Kan và cs nghiên cứu 1166 bệnh nhân lao phổi nghiện rượu ở Ấn Độ cho thấy: Những người nghiện rượu thường có chế độ dinh dưỡng kém nên rất dễ mắc bệnh lao, đồng thời những người nghiện rượu thường không quan tâm đến sức khỏe của mình nên việc phát hiện bệnh lao thường rất muộn và nặng nề ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị [9]. Vì vậy nghiên cứu về lao phổi nghiện rượu là rất cần thiết, tại Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu về đề tài này nên chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: **Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tràn dịch màng phổi do lao ở bệnh nhân lạm dụng rượu điều trị tại bệnh viện phổi Hải Phòng năm 2017 – 2021.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Bệnh nhân nghiên cứu

- Gồm tất cả bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao lạm dụng rượu được điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2017 – 12/2021.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Hải Phòng. Từ 01/2017 – 12/2021.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TDMP do lao dựa vào [1][4]:

Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng: Khó thở, tức ngực, Ho khan, sốt, mệt mỏi gây sút cân. Khám có hội chứng 3 giảm vùng đáy phổi.

Cận lâm sàng: XQ ngực thẳng hoặc siêu âm lồng ngực có hình ảnh tràn dịch màng phổi. Xét nghiệm dịch màng phổi có Rivatal (+), Protein >30g/l, số lượng tế bào cao, chủ yếu là tế bào lympho. Có bằng chứng vi khuẩn lao trong DMP bằng các kỹ thuật: soi trực tiếp, GenXpert, MGIT, cấy cổ điển. Sinh thiết màng phổi qua nội soi màng phổi có kết quả mô bệnh học là nang lao điển hình.

- Tuổi từ 15 trở lên.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán lạm dụng rượu: Theo ICD-10, có 3 trong 6 triệu chứng sau thì được chẩn đoán lạm dụng rượu [6]:

➢ Thèm muốn mạnh mẽ không thể ngăn cản và bắt buộc phải uống rượu.

➢ Khó kiểm tra thời gian bắt đầu và kết thúc cũng như mức độ uống hàng ngày.

➢ Giảm hoặc ngừng uống rượu là một việc rất khó khăn, khi ngừng thì xuất hiện hội chứng cai và có ý định uống lại để né tránh hoặc giảm triệu chứng cai.

➢ Có những chứng cứ về khả năng dung nạp rượu như tăng liều.

➢ Dần dần sao nhãng những thú vui trước đây vốn ưa thích.

➢ Vẫn tiếp tục uống rượu, mặc dù biết những hậu quả tai hại của nó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: Gồm 108 bệnh nhân lao phổi nghiện rượu đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Chọn mẫu: theo phương pháp không xác suất với mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu.

2.3.1. Nghiên cứu về tuổi, giới, địa dư, cách khởi phát bệnh, thời gian chẩn đoán, các triệu chứng lâm sàng ở phổi, màng phổi và các triệu chứng khác liên quan.

2.3.2. Nghiên cứu về cận lâm sàng: XQ thường quy, siêu âm lồng ngực, soi đờm trực tiếp tìm AFB, CTM, men gan, xét nghiệm dịch màng phổi và các xét nghiệm khác.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Kết quả nghiên cứu được tính tỷ lệ %, giá trị trung bình của nhóm nghiên cứu. Số liệu thu được được xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, được sự cho phép của Bệnh viện Phổi Hải Phòng và được sự đồng ý của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân TDMP do lao có lạm dụng rượu.

Bảng 3.1 Tỷ lệ bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
<40	11	10,2
40-49	18	16,7
50-59	39	36,1
≥60	40	37,0
Tổng	108	100,0

Bảng 3.2. Nghề nghiệp và địa dư của bệnh nhân TDMP do lao lạm dụng rượu

Nghề nghiệp	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ %
Công nhân, viên chức	4	3,7
Nông dân	30	27,8
Lao động tự do	51	47,2
Không nghề	13	12
Hưu trí	10	9,3
Địa dư	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
Thành Thị	44	40,7
Nông Thôn	64	59,3

Bảng 3.3. Thời gian uống rượu và số lượng rượu uống hàng ngày, hội chứng cai

	Thời gian uống rượu (năm)				Lượng rượu uống (ml/ngày)				Hội chứng cai	
	≤5	5 - 10	11- 20	>20	<300	300- <500	500- 1000	>1000	Có	Không
n	8	20	36	44	23	11	69	5	59	49
(%)	7,4	18,5	33,3	40,7	21,3	10,2	63,9	4,6	54,6	45,4

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.4. Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân TDMP do lao có lạm dụng rượu

Triệu chứng	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	96	88,9
Gầy sút cân	77	71,3
Ra mồ hôi trộm	22	20,4
Da xạm	34	31,5
Da xanh	35	32,4
Da niêm mạc vàng	11	10,2
Sốt nhẹ về chiều	73	67,6

Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân TDMP do lao có lạm dụng rượu

Triệu chứng	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
Đau tức ngực	99	91,7
Ho khan	78	72,2
Ho có đờm	30	27,8
Ho ra máu	2	1,8
Khó thở	97	89,8

Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ (%)
Lồng ngực vòng	23	21,3
Hội chứng 3 giảm	108	100,0
Nghe phổi có ral	19	17,6
Gan, lách to	59	54,6
Bụng chướng	10	9,3
Tuần hoàn bàng hệ	6	5,6

Bảng 3.7. Kết quả màu sắc dịch màng phổi

Màu sắc DMP	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
Vàng chanh	93	86,1
Vàng sẫm	9	8,3
Màu hồng	6	5,6

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao lạm dụng rượu

Bảng 3.8. Kết quả phản ứng Rivalta, định lượng ProteinDMP

Rivalta và Protein	Số lượng(n=108)	Tỷ lệ (%)
Rivalta (+)	108	100
Protein< 30 g/l	1	0,9
Protein 30 – 50 g/l	26	24,1
Protein > 50 g/l	81	75,0

Bảng 3.9. Kết quả tế bào dịch màng phổi

Số lượng tế bào	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ (%)
< 500 tb/ml	13	12,0
500 - 700 tb/ml	80	74,1
> 700 tb/ml	15	13,9
Tỷ lệ tế bào	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ (%)
Lympho < 70%	5	4,6
Lympho 70 -90 %	91	84,3
Lympho > 90 %	12	11,1

Bảng 3.10. Vị trí tràn dịch màng phổi trên X-quang phổi

X-quang phổi	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ (%)
Vị trí tràn dịch	Bên phải	59
	Bên trái	43
	Hai bên	6

Bảng 3.11. Kết quả hình ảnh kèm theo khác trên X- quang phổi

Hình ảnh	Số lượng (n=108)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương lao phổi phối hợp	Nốt	21
	Thâm nhiễm	11
	Hang	0
	Xơ	5
Dày màng phổi	46	42,6
Trung thất lệch	3	2,8

Bảng 3.12. Số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi

Hồng cầu (T/l)	Số lượng (n = 108)	Tỷ lệ (%)
<3	1	0,9
3 - <4	16	14,8
≥ 4	91	84,3
Tổng	108	100,0

Bảng 3.13. Giá trị men gan

Men gan	GOT (U/L)	GPT (U/L)	GGT (U/L)
Thấp nhất	200	193	882
Cao nhất	235	880	2001

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.1) cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,13 \pm 12,6$; tuổi thấp nhất là 30, cao nhất là 82. Nhóm trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 73,1%. Gặp 100% bệnh nhân là nam. Điều này hoàn toàn phù hợp với phong tục tập quán của người Á đông, chủ yếu nam uống rượu còn nữ rất hiếm.

Bảng (3.2) Nhóm nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (47,2%), xếp thứ 2 là nhóm nông dân (27,8%), nhóm không nghề là (8,2%), công nhân viên chức là (4,3%). Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị là 29,8% thấp hơn so với ở nông thôn là 70,2%. Nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới và nhiều tác giả khi đề cập tới bệnh lao ở người lạm dụng rượu.

Thời gian uống rượu (bảng 3.3) uống rượu >20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là (40,7%), và thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhân uống rượu ≤ 5 năm là (7,4%). Cao nhất là số bệnh nhân có lượng rượu uống trên ngày từ 500 - 1000ml chiếm tỷ lệ (63,9%). Có 54,6% số bệnh nhân có hội chứng cai. Nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với Nguyễn Thị Song Thao (2008) khi nghiên cứu về lao và lạm dụng rượu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả (bảng 3.4) Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là mệt mỏi (88,9%); gầy sút cân (71,3%), sốt nhẹ về chiều (67,6%).

Triệu chứng ít gặp nhất là da cứng mạc vàng (10,2%).

Theo bảng 3.5 triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau tức ngực (91,7%), khó thở (89,8%) và ho khan (72,2%), ho có đờm gặp 27,8%, ho ra máu gặp 1,8%. So sánh với một số tác giả, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng khi triệu chứng cơ năng thường gặp của người bệnh TDMP do lao là đau ngực, khó thở, ho khan.

Triệu chứng thực thể (Bảng 3.6), hội chứng 3 giảm gặp ở 100% bệnh nhân, lồng ngực vòng gặp ở 21,3% bệnh nhân và 17,6% bệnh nhân nghe phổi có ran.

Hội chứng 3 giảm trong hầu hết các nghiên cứu đều gặp 100%, đây là hội chứng kinh điển để chẩn đoán TDMP và được mô tả từ thời Laennec, cho đến nay vẫn còn giá trị. Các bệnh nhân nghe phổi có ral đều là những trường hợp có tổn thương nhu mô phổi kèm theo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.7) màu sắc dịch màng phổi vàng chanh chiếm tỷ lệ cao nhất (86,1%), màu vàng sẫm chiếm 8,3%, dịch màu hồng chiếm tỷ lệ 5,6%. Theo kinh điển hầu hết tràn dịch màng phổi do lao dịch màng phổi có màu vàng chanh nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp [1].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.8), 100% bệnh nhân có phản ứng Rivalta dịch màng phổi(+). Định lượng protein DMP > 50g/l chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), protein từ 30 – 50g/l chiếm (24,1%), protein < 30g/l chiếm (0,9%). Theo Phạm Ngọc Vượng

(2009) dịch màng phổi trong TDMP do lao luôn luôn là dịch tiết, nếu nồng độ protein trong dịch màng phổi > 50 g/l thì thường gợi ý viêm màng phổi do lao [7].

Kết quả nghiên cứu (Bảng 3.9) số lượng tế bào dịch màng phổi từ 500-700 tb/ml chiếm tỉ lệ cao nhất 74,1%, số lượng tế bào > 700 chiếm 13,9%. Thành phần tế bào dịch màng phổi chủ yếu là lympho, lympho từ 70-90% chiếm cao nhất 84,3%,

Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.10) vị trí tổn thương tràn dịch màng phổi bên phải chiếm tỷ lệ 54,6%, bên trái chiếm 39,8%, tràn dịch cả 2 bên chiếm 5,6%. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Vượng (2009) tràn dịch bên phải chiếm 58%, bên trái chiếm 38,8%, hai bên chiếm 3,2% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.11) có 34,2% trường hợp bệnh nhân có tổn thương nhu mô phổi hợp trên X-quang, trong đó tổn thương nốt chiếm tỷ lệ cao nhất 19,4%, tổn thương thâm nhiễm chiếm tỷ lệ 10,2%, tổn thương xơ chiếm 4,6%. Tỷ lệ hình ảnh dày màng phổi trên X-quang chiếm 42,6%,

Theo Trần Văn Sáng (2014) sau khi dịch màng phổi được chọc hút hết thì có thể phát hiện được các tổn thương ở nhu mô mà trước đó bị che lấp [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.12) tỷ lệ hồng cầu ở mức bình thường ($\geq 4T/l$) chiếm 84,3%, chỉ có 14,8% trường hợp có hồng cầu từ 3 - < 4T/l.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.13) cho thấy 100% bệnh nhân có men gan tăng cao. Sau

điều trị có những trường hợp men gan tăng cao hơn nhiều lúc vào, men gan cao nhất lúc vào là GOT/GPT 235/880 U/l và GGT là 2001 U/l, lúc ra viện men gan cao nhất là 200/193 U/l, GGT là 882 U/l. Những trường hợp này điều trị sẽ gặp khó khăn vì khi sử dụng thuốc lao ảnh hưởng đến chức năng của gan, do vậy trước điều trị những bệnh nhân này đều được giải độc và đưa men gan trở về mức bình thường.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 108 bệnh nhân TDMP do lao lạm dụng rượu tại bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2017-2021. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

5.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân TDMP do lao lạm dụng rượu

Tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 50 tuổi trở lên chiếm (73,1%), tuổi trung bình là $52,1 \pm 12,6$ tuổi, chỉ gặp ở giới nam. Bệnh nhân chủ yếu ở nông thôn 59,3%. Lao động tự do gặp nhiều nhất 47,2%. Bệnh nhân uống rượu trên 20 năm chiếm 40,7% và có 63,9% bệnh nhân uống từ 500 – 1000 ml/ngày.

5.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân TDMP do lao lạm dụng rượu

Triệu chứng hay gặp nhất là mệt mỏi (88,9%), gầy sút cân (71,3%) và sốt nhẹ về chiều (67,6%), đau tức ngực (91,7%), khó thở (89,8%) và ho khan (72,2%), hội chứng 3 giảm gặp ở 100% các trường hợp. Triệu chứng cơ quan tiêu hóa thường gặp nhất là gan to (54,6%). DMP hay gặp nhất là màu vàng chanh (86,1%).

5.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân TDMP do lao lạm dụng rượu

Xét nghiệm DMP: Rivalta (+) 100%, protein chủ yếu là >30g/l chiếm 99,1%. Số lượng tế bào DMP chủ yếu là > 500tb/ml (88%). Lympho > 70% chiếm 95,4%. Tràn dịch chủ yếu là một bên (94,4%). Số lượng HC chủ yếu là mức bình thường (84,3%). Số lượng BC chủ yếu là mức bình thường (81,5%). Chỉ số GOT/GPT/GGT lúc vào viện tăng cao chiếm 100%.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.27.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Sáng (2014)**, “Bệnh học lao” – ĐHY Hà Nội, NXB Y học.
2. **Lã Thị Bưởi, (2000)**, Nghiện rượu mạn tính, Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần,,Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 112-121.
3. **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.
4. **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.
5. **Vũ Khắc Đại (2016)**, Nghiên cứu vai trò của nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, Luận án tiến sỹ y học, ĐHY Hà Nội
6. **Bùi Quang Huy, (2010)**, Nghiện rượu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 55-65.
7. **Phạm Ngọc Vượng (2009)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng Tràn dịch màng phổi do Lao tại Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Hải Phòng 2007-2008, Luận văn Bác sỹ CK II, Hải Phòng.
8. **World Health Organization GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT (2017)**, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. **Kan CK et al (2020)**, Alcohol use and tuberculosis clinical presentation at the time of diagnosis in Puducherry and Tamil Nadu, India. PLoS One. 2020 Dec 17;15(12):e0240595. doi: 10.1371/journal.pone.0240595.

PHẢN HỒI CỦA SINH VIÊN Y ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG VỀ DẠY - HỌC TRỰC TUYẾN TRONG ĐIỀU KIỆN DỊCH COVID-19

Đào Thu Hồng¹, Đào Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả phản hồi của sinh viên Y đa khoa Trường Đại học Y Dược Hải Phòng về dạy – học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid – 19. **Đối tượng:** 681 sinh viên Y đa khoa từ năm 1 đến năm 6 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu, thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi khảo sát. **Kết quả và kết luận:** Phương tiện sinh viên sử dụng để học trực tuyến chủ yếu trên điện thoại (49,8 %), mạng sử dụng chủ yếu là wifi (77,4 %); phần lớn sinh viên có điều kiện đủ để học trực tuyến (74,7 %). Sinh viên phản hồi với tỷ lệ cao nhất về dạy học trực tuyến là: mục tiêu bài học khá rõ (72,8 %), phương pháp dạy – học tương đối phù hợp mục tiêu (72,2 %), nội dung dạy – học tương đối phù hợp mục tiêu (77,8 %), tương tác của giảng viên ở mức vừa phải (70,5 %), giảng viên áp dụng nhiều phương pháp để tăng tương tác trong lớp học (43,2 %) và có sự khác biệt về phản hồi này theo lớp; tương tác của sinh viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải (54,3 %), lĩnh vực phù hợp với dạy – học trực tuyến là lý thuyết (74,7 %) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phản hồi này theo lớp; đối với lĩnh vực phù hợp để dạy-học trực tuyến, khả năng đạt được mục tiêu học tập tương đối (59,2%).

Từ khóa: phản hồi sinh viên, dạy học trực tuyến

SUMMARY

FEEDBACK OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY STUDENTS FOR ONLINE TEACHING-LEARNING DURING COVID-19 PANDEMIC

Objectives: To describe feedback of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy students for online teaching-learning during Covid-19 pandemic. **Subjects and methods:** a descriptive study using retrospective data was conducted on 681 medical students from year 1 to year 6 of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. The data was collected by questionnaires. **Results and conclusions:** students studied online almost by mobile at 49.8%, they used wifi networks at 77.4 %; students had enough materials to study online at 74.7%. Students responded with the highest percentage of teaching-learning online: the lesson objectives were quite clear (72.8%), the teaching-learning methods were relatively suitable to the goals (72.2%), the teaching-learning contents were relatively consistent with the goals (77.8%), the lecturer's interaction was moderate (70.5%), the lecturer applied many methods to increase interaction in the classroom (43.2 %) and there were different significant by class; students' interaction in the online class was moderate (54.3%), the field suitable for teaching-learning online was theoretical (74.7%), and there were different significant in this response by class; for the field suitable for teaching-learning online,

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thu Hồng
Email: dthong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023

ability to achieve relative learning goals was 59.2%. **Keywords:** students' feedback, online teaching-learning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều đợt bùng phát của dịch Covid – 19, sinh viên, giảng viên hay bất cứ ai đều chịu ảnh hưởng của dịch đến nhiều mặt của đời sống. Học tập và làm việc trực tuyến là một trong những hình thức ứng phó để duy trì trạng thái tương đối bình thường trong hoàn cảnh dịch bệnh [1],[4]. Đào tạo y khoa với đặc thù là giảng dạy kiến thức gắn liền với thực hành lâm sàng bên giường bệnh, do vậy dịch Covid-19 là một thách thức không lường trước với giáo dục y khoa [2],[5]. Trong các trường học nói chung, trường đào tạo y khoa nói riêng, các điều kiện cơ sở vật chất, con người chuẩn bị và thích nghi với dạy - học trực tuyến như thế nào cho hiệu quả là vấn đề đang được quan tâm. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả phản hồi của sinh viên Y đa khoa Trường Đại học Y Dược Hải Phòng về dạy – học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid – 19.

Kết quả nghiên cứu của đề tài là cơ sở để nhà trường, giảng viên và sinh viên điều chỉnh và vận dụng dạy - học trực tuyến trong các hoàn cảnh cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

681 sinh viên Y đa khoa từ năm 1 đến năm 6 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2021-2022 tự nguyện tham gia nghiên cứu. Phương pháp lấy mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu, thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi khảo sát.

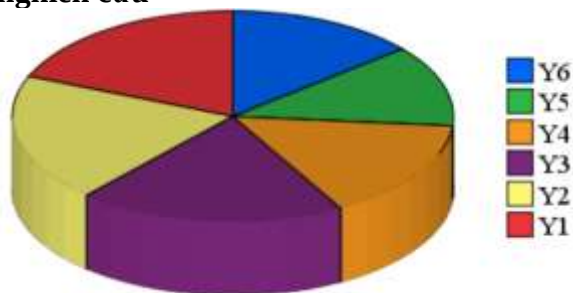
Các chỉ số nghiên cứu gồm: Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu: khối (lớp), giới tính, phương tiện học, mạng internet; Phản hồi của sinh viên về mục tiêu dạy-học, phương pháp dạy-học, nội dung dạy-học, lĩnh vực phù hợp, khả năng đạt được mục tiêu học tập của dạy-học trực tuyến; Phản hồi của sinh viên về sự tham gia của giảng viên, sinh viên trong lớp học. Các chỉ số này được thể hiện qua tỷ lệ %.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thống kê dưới dạng tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square. Các phép toán thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0.

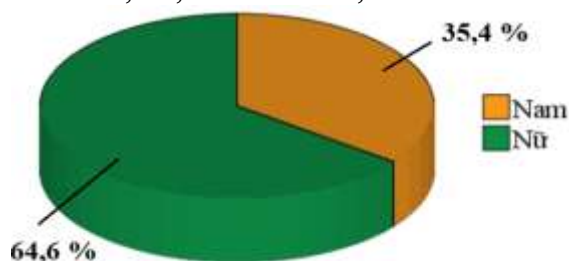
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



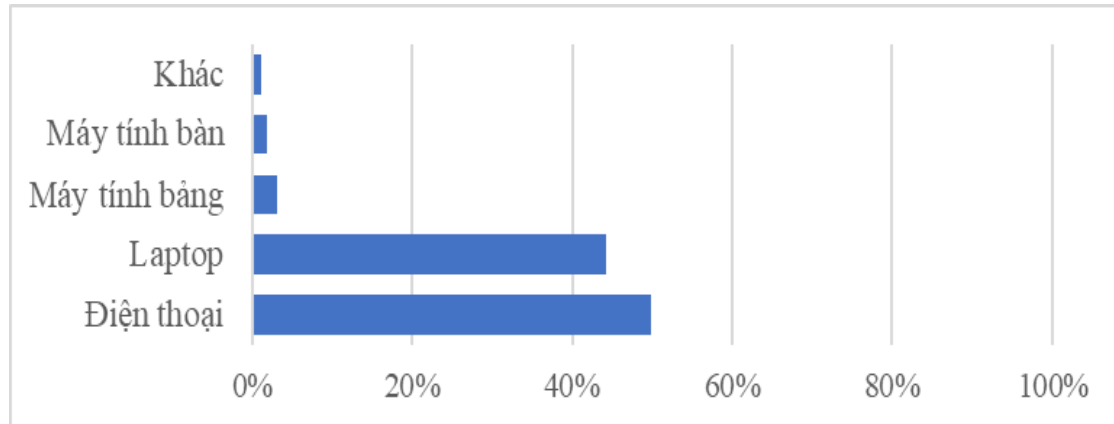
Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lớp

Trong số 681 sinh viên tham gia khảo sát, sinh viên Y6 chiếm 14%, Y5 chiếm 12,5%, Y4 chiếm 15,4%, Y3 chiếm 19,7%, Y2 chiếm 19,7%, Y1 chiếm 18,8%.



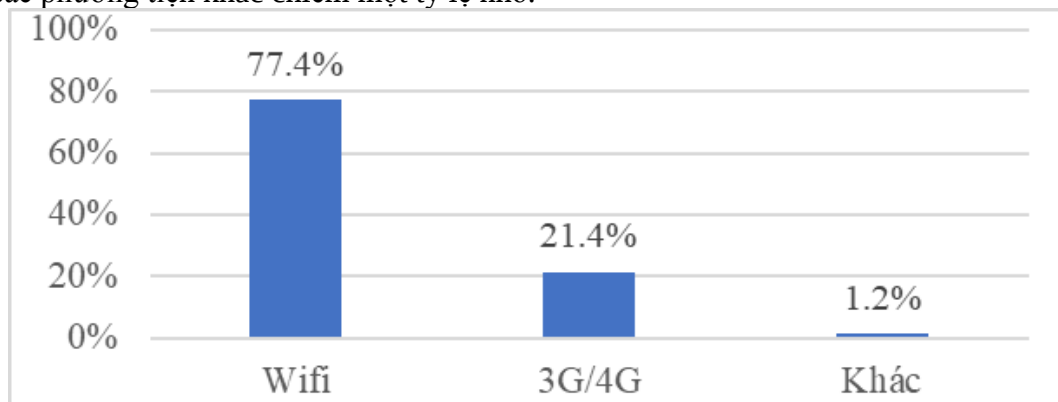
Hình 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Trong số sinh viên tham gia khảo sát, tỷ lệ sinh viên nữ chiếm ưu thế so với sinh viên nam.



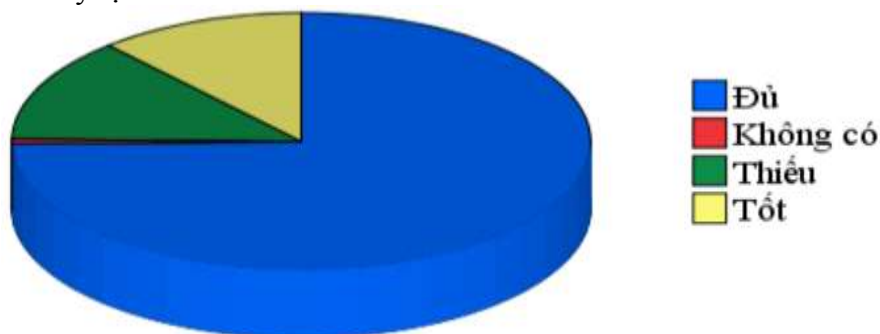
Hình 3.3. Phương tiện học trực tuyến của sinh viên

Số sinh viên học trực tuyến trên điện thoại chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là máy tính xách tay, các phương tiện khác chiếm một tỷ lệ nhỏ.



Hình 3.4. Mạng internet sử dụng cho học trực tuyến của sinh viên

Số sinh viên học trực tuyến bằng mạng wifi chiếm tỷ lệ chủ yếu, sau đó là mạng 3G/4G, mạng dây chiếm tỷ lệ nhỏ nhất.



Hình 3.5. Điều kiện học trực tuyến của sinh viên

Số sinh viên có điều kiện học trực tuyến tốt chiếm 11,6%, điều kiện đủ 74,7%, điều kiện thiếu 13,1%, không có điều kiện 6%.

3.2. Phản hồi của sinh viên về dạy - học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid-19

Bảng 3.1. Phản hồi của sinh viên về mục tiêu bài học trực tuyến

Lớp \ Mục tiêu	Rất rõ n (%)	Khá rõ n (%)	Ít rõ n (%)	Tổng n (%)
Y1	24 (18,8)	99 (77,3)	5 (3,9)	128 (100)
Y2	33 (24,6)	93 (69,4)	8 (6,0)	134 (100)
Y3	26 (19,4)	100 (74,6)	8 (6,0)	134 (100)
Y4	19 (18,1)	80 (76,2)	6 (45,8)	105 (100)
Y5	18 (21,2)	60 (70,0)	7 (8,2)	85 (100)
Y6	24 (25,3)	64 (67,4)	7 (7,4)	95 (100)
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Tổng	144 (21,2)	496 (72,8)	41 (6,0)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi mục tiêu bài học khá rõ chiếm tỷ lệ cao nhất, sinh viên phản hồi mục tiêu bài học ít rõ chiếm tỷ lệ thấp nhất, phản hồi về mức độ rõ của mục tiêu học tập có sự khác biệt với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt về phản hồi mục tiêu bài học theo lớp.

Bảng 3.2. Phản hồi của sinh viên về phương pháp dạy - học phù hợp với mục tiêu bài học trực tuyến (PPDH)

Lớp \ PPDH	Rất phù hợp n (%)	Tương đối phù hợp n (%)	Ít phù hợp n (%)	Tổng n (%)
Y1	9 (7,0)	95 (74,2)	24 (18,8)	128 (100)
Y2	21 (15,7)	93 (69,4)	20 (14,9)	134 (100)
Y3	14 (10,4)	87 (64,9)	33 (24,6)	134 (100)
Y4	9 (8,6)	80 (76,2)	16 (15,3)	105 (100)
Y5	11 (12,9)	68 (80,0)	6 (7,1)	85 (100)
Y6	13 (13,7)	69 (72,6)	13 (13,7)	95 (100)
p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Tổng	77 (11,4)	492 (72,2)	112 (16,4)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi phương pháp dạy - học tương đối phù hợp mục tiêu bài học chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là ít phù hợp, rất phù hợp ($p < 0,001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phản hồi phương pháp dạy - học theo lớp với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Phản hồi của sinh viên về nội dung dạy - học phù hợp với mục tiêu bài học trực tuyến (NDDH)

Lớp \ PPDH	Rất phù hợp n (%)	Tương đối phù hợp n (%)	Ít phù hợp n (%)	Tổng n (%)
Y1	14 (10,9)	103 (80,5)	11 (8,6)	128 (100)
Y2	21 (15,7)	106 (79,1)	7 (5,2)	134 (100)
Y3	16 (11,9)	100 (74,6)	18 (3,4)	134 (100)
Y4	16 (15,2)	80 (76,2)	9 (8,6)	105 (100)

Y5	15 (17,6)	69 (81,2)	1 (1,2)	85 (100)
Y6	18 (18,9)	72 (75,8)	5 (5,3)	95 (100)
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Tổng	100 (14,7)	530 (77,8)	51 (7,5)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi nội dung dạy – học tương đối phù hợp mục tiêu bài học chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là rất phù hợp, sinh viên phản hồi nội dung dạy – học ít phù hợp mục tiêu chiếm tỷ lệ nhỏ nhất ($p < 0,001$). Không có sự khác biệt về phản hồi này theo lớp.

Bảng 3.4. Phản hồi của sinh viên về tương tác của giảng viên với sinh viên trong dạy – học trực tuyến (GVTT)

Lớp \ GVTT	Sôi nổi n (%)	Vừa phải n (%)	Ít tương tác n (%)	Tổng n (%)
Y1	32 (25,0)	88 (68,8)	8 (6,2)	128 (100)
Y2	32 (23,9)	96 (71,6)	6 (4,5)	134 (100)
Y3	26 (19,4)	98 (73,1)	8 (7,5)	134 (100)
Y4	26 (24,8)	68 (64,8)	11 (10,5)	105 (100)
Y5	19 (22,4)	55 (64,7)	11 (12,9)	85 (100)
Y6	22 (23,2)	67 (70,5)	6 (6,3)	95 (100)
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Tổng	157 (23,1)	472 (69,3)	52 (7,6)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi sự tương tác của giảng viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là sôi nổi, ít tương tác chiếm tỷ lệ nhỏ ($p < 0,001$). Không có sự khác biệt về phản hồi sự tương tác của giảng viên theo lớp.

Bảng 3.5. Phản hồi của sinh viên về phương pháp giảng viên áp dụng để tăng tương tác trong dạy – học trực tuyến (PPTT)

Lớp \ PPTT	Nhiều phương pháp n (%)	Công cụ trực tuyến n (%)	Hỏi trực tiếp n (%)	Tổng n (%)
Y1	54 (42,2)	20 (15,6)	54 (42,2)	128 (100)
Y2	59 (44,0)	34 (25,4)	41 (30,0)	134 (100)
Y3	63 (47,0)	30 (22,4)	41 (30,6)	134 (100)
Y4	41 (39,0)	38 (36,2)	26 (24,8)	105 (100)
Y5	37 (43,5)	29 (34,1)	19 (22,4)	85 (100)
Y6	42 (44,2)	34 (35,8)	19 (20,0)	95 (100)
p	< 0,01	< 0,01	< 0,01	
Tổng	296 (43,5)	185 (27,2)	200 (29,3)	681 (100)
	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi giảng viên áp dụng nhiều phương pháp để tăng tương tác trong lớp học trực tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là hỏi trực tiếp và áp dụng công cụ trực tuyến, có sự khác biệt về phản hồi này theo lớp.

Bảng 3.6. Phản hồi của sinh viên về tương tác của sinh viên trong lớp học trực tuyến (SVTT)

Lớp \ SVTT	Tích cực n (%)	Vừa phải n (%)	Ít tương tác n (%)	Tổng n (%)
Y1	7 (5,5)	68 (53,1)	53 (41,4)	128 (100)
Y2	8 (6,0)	70 (52,5)	56 (41,8)	134 (100)
Y3	6 (4,5)	73 (54,5)	55 (41,0)	134 (100)
Y4	4 (3,8)	61 (58,1)	40 (38,1)	105 (100)
Y5	5 (5,9)	54 (63,5)	26 (30,6)	85 (100)
Y6	11 (11,6)	45 (47,4)	39 (41,1)	95 (100)
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Tổng	41 (6,0)	371 (54,5)	269 (39,5)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi sự tương tác của sinh viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là ít tương tác, tương tác tích cực chiếm tỷ lệ thấp. Không có sự khác biệt về phản hồi sự tương tác của sinh viên theo lớp.

Bảng 3.7. Phản hồi của sinh viên về lĩnh vực phù hợp với dạy - học trực tuyến

Lớp \ Lĩnh vực	Lý thuyết n (%)	THMP n (%)	LT và THMP n (%)	Không có n (%)
Y1	91 (71,1)	2 (1,0)	13 (10,1)	22 (17,2)
Y2	112 (83,6)	3 (2,2)	11 (8,2)	8 (6,0)
Y3	98 (73,1)	2 (1,5)	13 (9,7)	21 (15,7)
Y4	83 (79,0)	2 (1,9)	8 (7,7)	12 (11,4)
Y5	60 (70,6)	1 (1,2)	22 (25,9)	2 (2,4)
Y6	65 (68,4)	4 (4,3)	23 (24,2)	3 (3,2)
p	< 0,01	< 0,01	< 0,01	
Tổng	509 (74,7)	14 (2,1)	90 (13,2)	68 (10,0)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi lĩnh vực phù hợp với dạy – học trực tuyến là lý thuyết chiếm tỷ lệ cao nhất, thực hành mô phỏng chiếm tỷ lệ thấp nhất. Có sự khác biệt về phản hồi lĩnh vực phù hợp với dạy – học trực tuyến theo lớp.

Bảng 3.8. Phản hồi của sinh viên về khả năng đạt được mục tiêu học tập với lĩnh vực phù hợp dạy – học trực tuyến

Lớp \ Đạt MTHT	Đầy đủ n (%)	Tương đối n (%)	Một phần n (%)	Tổng n (%)
Y1	7 (5,9)	79 (61,7)	42 (32,8)	128 (100)
Y2	18 (13,4)	75 (56,0)	41 (30,6)	134 (100)
Y3	17 (12,7)	69 (51,5)	48 (35,2)	134 (100)
Y4	10 (9,5)	62 (59,0)	33 (31,4)	105 (100)
Y5	15 (17,6)	53 (62,4)	17 (20,0)	85 (100)

Y6	12 (12,6)	65 (68,4)	18 (18,9)	95 (100)
p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Tổng	79 (11,6)	403 (59,2)	199 (29,2)	681 (100)
p	< 0,001			

Số sinh viên phản hồi về khả năng đạt được mục tiêu học tập với lĩnh vực phù hợp dạy học trực tuyến là tương đối chiếm tỷ lệ cao nhất 59,2 %, sau đó là đạt một phần, rồi đến đạt đầy đủ. Có sự khác biệt về phản hồi khả năng đạt được mục tiêu học tập theo lớp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu trong đề tài là sinh viên từ năm 1 (Y1) đến năm 6 (Y6) ngành y đa khoa, năm học 2021-2022 của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng có các đợt học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid-19. Trong tổng số 681 sinh viên tham gia khảo sát, sinh viên Y6 chiếm 14 %, Y5 chiếm 12,5 %, Y4 chiếm 15,4 %, Y3 chiếm 19,7 %, Y2 chiếm 19,7 %, Y1 chiếm 18,8 %. Tỷ lệ sinh viên nữ là 6,6 % chiếm ưu thế so với sinh viên nam.

Về phương tiện sinh viên sử dụng để học trực tuyến trên điện thoại chiếm tỷ lệ cao nhất 49,8 %, sau đó là máy tính xách tay chiếm tỷ lệ 44,2 %, các phương tiện khác chiếm một tỷ lệ nhỏ. Mạng internet sinh viên sử dụng cho học trực tuyến là wifi chiếm tỷ lệ cao nhất 77,4 %, mạng 3G/4G chiếm 21,4 %, mạng khác chỉ chiếm 1,2 %.

Sinh viên phản hồi họ có điều kiện học trực tuyến tốt chiếm 11,6 %, điều kiện đủ chiếm tỷ lệ cao tới 74,7 %, điều kiện thiếu 13,1 %, không có điều kiện chiếm 6 %.

4.2. Về phản hồi của sinh viên về dạy - học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid-19

Các kết quả ở bảng 3.1, bảng 3.2, bảng 3.3 cho thấy số sinh viên phản hồi mục tiêu bài học trực tuyến khá rõ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là mục tiêu bài học rất rõ, mục

tiêu bài học ít rõ có tỷ lệ thấp nhất. Số sinh viên phản hồi phương pháp dạy - học tương đối phù hợp mục tiêu bài học chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là ít phù hợp, rất phù hợp. Có sự khác biệt về phản hồi phương pháp dạy - học theo lớp. Số sinh viên phản hồi nội dung dạy - học tương đối phù hợp mục tiêu bài học chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là rất phù hợp, ít phù hợp. Không có sự khác biệt về phản hồi nội dung dạy - học theo lớp.

Trong các đợt bùng phát dịch Covid-19, nhiều trường học đã phải chuyển hình thức học tập trực tiếp sang học trực tuyến. Việc thiết kế buổi dạy học với nội dung, phương pháp sao cho đạt được mục tiêu học tập là điều rất quan trọng. Sinh viên đã có những nhận xét về mục tiêu học tập do giảng viên đưa ra là khá rõ ràng, cũng như các nội dung và phương pháp dạy - học tương đối phù hợp với mục tiêu đề ra trong điều kiện học trực tuyến. Nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu tương đương như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [2].

Sinh viên phản hồi sự tương tác của giảng viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là sôi nổi, ít tương tác chiếm tỷ lệ nhỏ. Không có sự khác biệt về phản hồi sự tương tác của giảng viên theo lớp.

Số sinh viên phản hồi giảng viên áp dụng nhiều phương pháp để tăng tương tác trong

lớp học trực tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là hỏi trực tiếp và áp dụng công cụ trực tuyến. Có sự khác biệt về phản hồi này theo lớp. Trong đó ở lớp Y1, thầy cô áp dụng phương pháp hỏi trực tiếp cao hơn, phương pháp dùng công cụ trực tuyến thấp hơn đáng kể so với các lớp khác. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò của công nghệ trong dạy học trực tuyến như một giải pháp giúp nâng cao hiệu quả dạy – học. Trong đó các yếu tố công nghệ như máy tính, mạng internet là điều kiện cần thiết cho dạy – học trực tuyến, còn các công cụ trực tuyến sử dụng công nghệ để tương tác so với cách tương tác hỏi đáp kiểu truyền thống cũng là một yếu tố thúc đẩy tương tác và làm tăng hiệu quả của dạy – học trực tuyến. Việc sử dụng công cụ trực tuyến trong tương tác giúp nhiều sinh viên có cơ hội cùng tương tác với giảng viên cũng như tương tác với nhau trong lớp học [2],[3].

Sinh viên phản hồi sự tương tác của sinh viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là ít tương tác, tương tác tích cực chiếm tỷ lệ thấp. Không có sự khác biệt về phản hồi sự tương tác của sinh viên theo lớp. Từ kết quả nghiên cứu trên, có thể nhận thấy sự nỗ lực của giảng viên nhằm thúc đẩy sự tham gia của sinh viên vào hoạt động học tập, tuy nhiên lượng sinh viên ít tương tác vẫn còn cao, đây cũng là một rào cản mà sinh viên cần vượt qua. Dù học trực tiếp hay học trực tuyến thì sự tương tác trong lớp học đều phải đến từ cả giảng viên và sinh viên. Bên cạnh đó, dạy học dựa trên năng lực, lấy người học làm trung tâm thì người học cần chủ động và tích cực trong lớp học.

Số sinh viên phản hồi lĩnh vực phù hợp với dạy – học trực tuyến là lý thuyết chiếm tỷ lệ cao nhất. Có sự khác biệt về phản hồi lĩnh

vực phù hợp với dạy – học trực tuyến theo lớp. Số sinh viên phản hồi về khả năng đạt được mục tiêu học tập với lĩnh vực phù hợp dạy - học trực tuyến là tương đối chiếm tỷ lệ cao nhất 59,2 %, sau đó là đạt một phần, rồi đến đạt đầy đủ. Có sự khác biệt về phản hồi khả năng đạt được mục tiêu học tập theo lớp.

Tại các trường Đại học Y, việc học của sinh viên gồm các lĩnh vực kiến thức, kỹ năng, thái độ và chuyên nghiệp. Để sinh viên sau khi tốt nghiệp có khả năng hành nghề chăm sóc y khoa thì sinh viên phải trải qua thời gian dài thực hành tại các bệnh viện. Trong bối cảnh dịch bệnh, nếu ngừng việc học tập sẽ dẫn đến việc đứt đoạn kiến thức, vì vậy việc học trực tuyến là giải pháp ứng phó phù hợp. Với lĩnh vực kiến thức, việc triển khai học trực tuyến là khả thi và có khả năng đạt được hiệu quả đáng kể [2],[5]. Các phương pháp tương tác giảng viên, sinh viên trong lớp học, việc chia nhóm thảo luận khi học trực tuyến đã tạo những cảm xúc cho người dạy và người học không khác nhiều so với dạy – học trực tiếp. Vì vậy đối với lĩnh vực kiến thức, việc học trực tuyến vẫn có khả năng đạt được mục tiêu học tập ở mức độ khả quan. Bên cạnh đó, việc triển khai dạy học trực tuyến các kỹ năng y khoa tại các trung tâm mô phỏng hoặc các bệnh viện thực hành có thể phức tạp và khó khăn hơn, cần sự chuẩn bị chu đáo hơn về cơ sở vật chất và yếu tố con người. Đó cũng là lý do sinh viên ít lựa chọn lĩnh vực này cho học trực tuyến.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra trên 681 sinh viên y đa khoa Trường Đại học Y Dược Hải Phòng về dạy-học trực tuyến trong điều kiện dịch Covid-19 cho thấy: Phương tiện sinh viên sử dụng để học trực tuyến chủ yếu trên điện thoại

(49,8%); sinh viên sử dụng chủ yếu là mạng wifi (77,4%); phần lớn sinh viên có điều kiện đủ để học trực tuyến (74,7%). Sinh viên phản hồi với tỷ lệ cao nhất về dạy học trực tuyến là: mục tiêu bài học khá rõ (72,8%), phương pháp dạy – học tương đối phù hợp mục tiêu (72,2%), nội dung dạy – học tương đối phù hợp mục tiêu (77,8%), tương tác của giảng viên ở mức vừa phải (70,5%), giảng viên áp dụng nhiều phương pháp để tăng tương tác trong lớp học (43,2%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phản hồi này theo lớp; tương tác của sinh viên trong lớp học trực tuyến ở mức vừa phải (54,3%), lĩnh vực phù hợp với dạy – học trực tuyến là lý thuyết (74,7%) và có sự khác biệt về phản hồi này theo lớp; đối với lĩnh vực phù hợp để dạy-học trực tuyến, khả năng đạt được mục tiêu học tập tương đối (59,2%).

VI. KIẾN NGHỊ

Trong các hoàn cảnh cần dạy-học trực tuyến thì lĩnh vực nên áp dụng là lý thuyết. Giảng viên và sinh viên cần tích cực tham gia buổi dạy-học thông qua các hoạt động tương tác trong lớp học trực tuyến.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.101.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nam Hải, Trần Yên Nhi.**, Nghiên cứu sự hài lòng của người học đối với hình thức học tập trực tuyến (e-learning): trường hợp sinh viên ngành kinh tế tại Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ, 4D (2021): tr 232-244.
2. **Nguyễn Thị Thu Hương, Hoàng Thị Hải Vân, Đàm Ngọc Anh và cs.**, Phản hồi của sinh viên Đại học Y Hà Nội về giảng dạy thực địa cộng đồng trong điều kiện dịch bệnh Covid-19 năm 2020. Tạp chí Nghiên cứu y học (2021), 144(8): tr 119-129.
3. **Phan Thị Ngọc Thanh, Nguyễn Ngọc Thông, Nguyễn Thị Phương Thảo.**, Cảm nhận của sinh viên chính quy khi trải nghiệm học trực tuyến hoàn toàn trong thời gian phong chống dịch Covid-19. Tạp chí Khoa học Đại học Mở Thành phố Hồ Chí Minh (2020), 15(4): tr 18-28.
4. **Hasan, N., Khan, H.N.**, Online teaching-learning during Covid-19 pandemic: students' perspective. The online Journal of Distance Education and e-Learning (2020), 8(4): p202-213.
5. **Hameed, T., Husain, M., Jain, S.K., et al.**, Online Medical Teaching in COVID-19 Era: Experience and Perception of Undergraduate Students. Maedica (Bucur) (2020), 15(4): p440-444.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY ĐƯỢC TẠO HÌNH BẰNG VẬT CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ

Nguyễn Đức Tiến¹, Trịnh Đình Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng các khuyết hồng phần mềm ngón tay được tạo hình bằng vật cuống liền tại chỗ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh được tiến hành trên 115 BN với 130 vết thương KPHM NT có chỉ định phẫu thuật che phủ KHPM bằng vật cuống liền tại chỗ. **Kết quả:** Nguyên nhân gây VTBT phổ biến nhất là tai nạn lao động với 72/115 BN chiếm tỷ lệ 64,3%. Tổn thương thường gặp nhất ở vùng búp ngón tay chiếm 121/130 ngón tay, có 122/130 khuyết bị lộ gân xương. **Kết luận:** Vật tại chỗ là chất liệu an toàn để tạo hình các khuyết hồng phần mềm búp ngón tay.

Từ khóa: Ngón tay, khuyết phần mềm, vật tại chỗ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF FINGER DEFECTS RECONSTRUCTED WITH LOCAL PEDICLE FLAP

Research objectives: Describe the clinical characteristics of finger softtissue defect convert by local flaps. **Subjects and research methods:** The study series of cases was on 115 patients with 130 cases of fingertip soft tissue defects using local pedicle flaps. **Results:** The most common cause of finger soft tissue defects was occupational injuries, accounting for 72 out of

115 patients, or 64.3%. The most commonly affected area was the fingertip, with 121 out of 130 cases, and 122 out of 130 cases had exposed bone and tendons. **Conclusion:** Local pedicle flap surgery is the most commonly applied method for reconstructing soft tissue defects with exposed bone and tendons in the fingertip region.

Keywords: Finger, softtissue defect, local flaps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương bàn ngón tay trong đó có tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay là tổn thương rất thường gặp. Tại Mỹ, trong năm 2011 có trên 1 triệu bệnh nhân vết thương bàn ngón tay¹. Tại Việt Nam, chỉ tính riêng tại viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh năm 2009, trong tổng số 3139 bệnh nhân phải nhập viện vì vết thương bàn ngón tay có 1290 bệnh nhân có vết thương ở ngón tay, 759 bệnh nhân khuyết hồng phần mềm búp ngón tay². Hình thái khuyết hồng phần mềm ngón tay rất đa dạng và phong phú, mỗi hình thái có những phương pháp khác nhau. Tùy theo tổn thương của ngón tay, vị trí của tổn thương, mặt mu tay hay mặt lòng bàn tay, vết thương gây mất khối lượng phần mềm nhiều hay ít, mà có những cách thức điều trị khác nhau, từ đơn giản đến phức tạp. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng các khuyết hồng phần mềm ngón tay được tạo hình bằng vật cuống liền tại chỗ.”

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: Ndtien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 115 BN có vết thương KHPM NT có chỉ định phẫu thuật che phủ KHPM bằng vật cuống liền tại chỗ.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Bao gồm tất cả các bệnh nhân có tổn thương KHPM NT do các nguyên nhân khác nhau được tạo hình che phủ bằng vật cuống liền tại chỗ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân có các tổn thương khác kể hợp tại ngón tay bị khuyết hồng phần mềm: Gãy xương hở, trật khớp, đứt gân.

- Bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm ngón tay không được tạo hình che phủ bằng vật mạch xuyên cuống liền tại chỗ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện đa khoa xanh pôn và khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2016 đến tháng 12/2020.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

2.2.3. Cách chọn mẫu

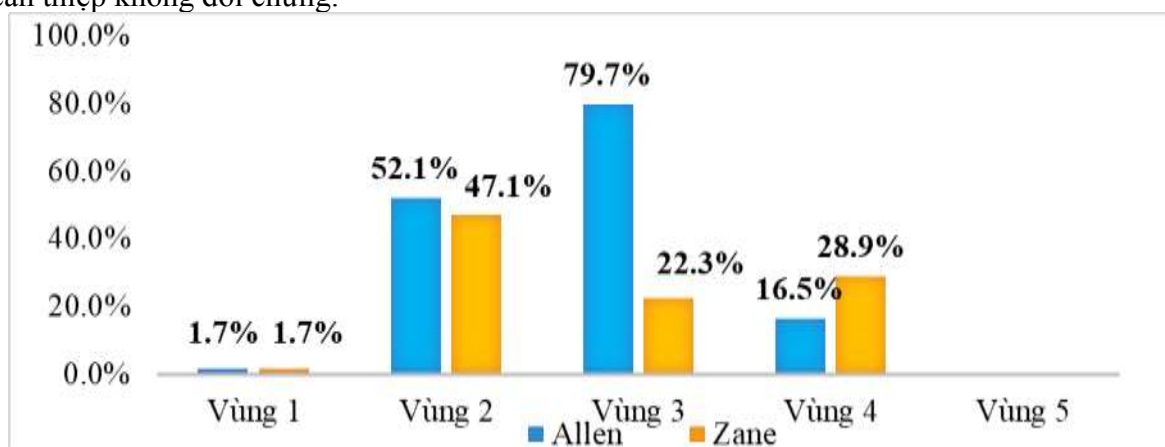
Chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 115 bệnh nhân được tham gia nghiên cứu của chúng tôi có: 76 nam, 39 nữ, nhóm tuổi có tỉ lệ cao nhất là nhóm người lao động trẻ tuổi từ 20-30 tuổi chiếm 54%. Nguyên nhân gây KHPM ngón tay do tai nạn lao động là cao nhất chiếm 64,3%. Nghề nghiệp phổ biến nhất là công nhân chiếm 41,7%.

Kết quả nghiên cứu trên tổng số 130 khuyết hồng phần mềm có: tỷ lệ bàn tay trái có vết thương KHPM ngón tay chiếm tỷ lệ cao hơn bàn tay phải (54,6% so với 45,4%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về phân loại tổn thương theo đơn vị ngón tay thì ngón 2 và ngón 3 hay bị tổn thương nhất (29,4% và 28,5%), ngón ít bị tổn thương nhất là ngón 5 (6,9%). Bệnh nhân có bờ vết thương nham nhở hay gập nhất chiếm 71,5%, tổn thương sắc gọn ít gập nhất chiếm 10,0%.

Trong số 130 khuyết hồng phần mềm ngón tay có 121 KHPM tại vị trí búp ngón tay trong đó có:



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tổn thương búp ngón theo Allen và Zane (n=121)

Nhận xét: tỉ lệ tổn thương búp ngón cao nhất ở vùng 3 theo cả phân loại Allen và Zane (48,3% và 47,1%); cùng thấp nhất ở vùng 1 với 1,7%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ tổn thương theo tình trạng khuyết phần mềm

Tình trạng nền khuyết hồng	n	Tỷ lệ (%)
Lộ gân xương	122	93,8
Không lộ	8	6,2
Tổng	130	100

Nhận xét: hầu hết tình trạng nền khuyết hồng là lộ gân, xương (93,8%).

IV. BÀN LUẬN

Có rất nhiều lựa chọn khác nhau để tạo hình các KHPM NT mỗi phương pháp lại có chỉ định và chống chỉ định riêng, có những ưu và nhược điểm nhất định. Căn cứ vào đặc điểm, tính chất tổn thương để quyết định phương pháp tạo hình phù hợp cho từng loại KHPM.

Bàn tay bị tổn thương:

Trong nghiên cứu của chúng tôi: trong số 130 ngón tay bị tổn thương, tỉ lệ bàn tay trái có vết thương KHPM ngón tay chiếm tỷ lệ cao hơn bàn tay phải (54,6% so với 45,4%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,102$ ($>0,05$). Mặc dù trên thực tế số BN thuận tay phải có tỷ lệ cao hơn BN thuận tay trái nhưng tỷ lệ VTBT trái cao hơn VTBT phải là do: bàn tay trái thường vụng về hơn, hơn nữa trong quá trình lao động bàn tay không thuận thường đóng vai trò như một giá đỡ cố định công cụ lao động nên rất dễ tổn thương.

Ngón tay bị tổn thương: Kết quả nghiên cứu cho thấy ngón tay bị tổn thương nhiều nhất là ngón 2 với 38 trường hợp, sau đó đến ngón 3 là 37, ít gặp nhất ở ngón 5 với 9 trường hợp. Kết quả này tương đương với Aboulwafa Ahmed và Emara Sherif (2013)³ tổn thương KHPM thường gặp nhất là ngón 2 và 3: trong tổng số 170 búp ngón tay bị tổn thương có 61 búp ngón 2 và có 82 búp ngón 3, trong khi đó chỉ có 2 búp ngón 5. Theo kết

quả nghiên cứu của Shi-Ming Feng và CS (2017)⁴ trong số 31 ngón tay được che phủ bằng vật mạch xuyên búp ngón có 12 ngón 2, 9 ngón 3, 7 ngón 4, 3 ngón 5.

Theo Frank Yuan và CS (2015)⁵ các tác giả đã tiến hành nghiên cứu phân tích tổng hợp dựa trên 2113 trích dẫn từ PubMed và EMBASE liên quan đến tổn thương KHPM ngón tay đã tìm thấy 29 báo cáo sử dụng các vật tại chỗ để tạo hình KHPM ngón tay trong số đó có: 74 ngón 1, 258 ngón 2, 214 ngón 3, 132 ngón 4 và 66 ngón 5. Kết quả các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ tổn thương ngón 2 và 3 là cao nhất, thấp nhất là ngón 5. Mặc dù ngón cái là ngón quan trọng nhất của bàn tay đảm nhiệm 40 - 50% chức năng của bàn tay nhưng KHPM ngón cái thấp hơn tỷ lệ KHPM các ngón dài vì khi bị tai nạn, theo phản xạ tự nhiên cơ bàn tay, ngón cái sẽ được thoát khỏi nguyên nhân nhanh nhất. Các ngón 2 và 3 là ngón dài nhất, to nhất của các ngón dài, thường sẽ thoát khỏi máy móc, công cụ lao động sau cùng nên dễ bị tai nạn nhất. Ngón 5 vừa nhỏ vừa ngắn vừa ít chức năng nên ít nguy cơ bị tai nạn nhất.

Búp ngón tay là vùng có tỷ lệ tổn thương cao nhất: trong số 130 ngón tay bị tổn thương có 121 ngón tay tổn thương tại búp ngón tay. Do trong lao động và sinh hoạt búp ngón tay luôn là bộ phận tiếp xúc trực tiếp với công cụ lao động, cũng là bộ phận cuối cùng thoát khỏi tác nhân gây tai nạn,

nên đây luôn là bộ phận có tỷ lệ tổn thương nhiều nhất.

Phân vùng tổn thương búp ngón theo Allen:

Phân vùng theo Allen là hệ thống phân loại được áp dụng sớm và phổ biến nhất để phân loại KHPM búp ngón tay. Giúp phẫu thuật viên có gợi ý ban đầu về phương pháp tạo hình đối với tổn thương KHPM NT theo từng vùng: đối với KHPM vùng 1 ưu tiên ghép phức hợp; vùng 2 và 3 ưu tiên dùng vật tại chỗ; vùng 4 ưu tiên các kỹ thuật trồng lại búp ngón đứt rời. Nhược điểm của phân loại này là chiều hướng vết thương không phải lúc nào cũng theo chiều ngang. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ BN bị KHPM búp ngón vùng 2 và 3 là chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong số 121 BNT có 63 KHPM vùng 2, 36 KHPM vùng 3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Masmejean E. và Robert Nicolas (2009) ⁶ trong 61 BN có KHPM búp ngón tay được điều trị bằng vật tại chỗ thì cả 61 BN bị KHPM vùng 2, 3. Có 2 BN KHPM tại vùng 1 chúng tôi vẫn sử dụng vật tại chỗ để tạo hình KHPM vì vật tại chỗ có thời gian lành thương ngắn hơn so với kỹ thuật ghép lại búp ngón đứt rời dưới dạng mảnh ghép phức hợp (bệnh án minh họa số 2).

Phân loại vị trí khuyết hồng phần mềm búp ngón tay theo Zane:

Theo KR Jr Means (2011)⁷ khuyến cáo với các KHPM búp ngón tay tại vùng 1 và 2 thì vật ngẫu nhiên tại chỗ là lựa chọn đầu. Còn đối với các KHPM vùng 4 thì cần sử dụng các vật trục mạch hoặc mạch xuyên tại chỗ để che phủ KHPM. Đối với các KHPM vùng 3, ưu tiên hàng đầu là trồng lại ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 121 KHPM BNT tại vùng 2 chiếm tỷ lệ cao nhất

với 57/121 KHPM chiếm tỷ lệ 47,1%, ít nhất là vùng 1 với 2/121 KHPM chiếm tỷ lệ 1,7%.

Nền khuyết:

Theo kết quả bảng 3.1: trong tổng số 130 KHPM trong đó có 122 KHPM lộ gân xương, 8 KHPM không lộ gân xương. Vật tổ chức là chỉ định tốt nhất cho các tổn thương KHPM lộ gân xương, vừa đảm bảo việc che phủ tổn thương, có một chất liệu đệm phù hợp để tránh bị đau khi va chạm. Bên cạnh đó, vật tổ chức còn có tác dụng tăng cường thêm một nguồn cấp máu để làm hạn chế quá trình viêm tại chỗ và thúc đẩy quá trình liền thương diễn ra thuận lợi. Kết luận của P.Loréa, et al. (2006) ⁸: vật tổ chức là chất liệu tốt nhất để tạo hình các KHPM lộ xương búp ngón tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 KHPM không lộ gân xương vẫn được che phủ bằng vật tổ chức, trong đó có 2 KHPM sau nhiễm khuẩn và 6 KHPM có diện tích trên 2 cm² hướng theo chiều chéo mặt gan búp ngón, các KHPM này mất gần hoàn toàn lớp mỡ dưới da, chúng tôi vẫn tiến hành chuyển vật tổ chức để che phủ KHPM.

Hạn chế của nghiên cứu: chỉ mô tả, không nêu được mối liên quan

V. KẾT LUẬN

Tổn thương khuyết phần mềm ngón tay được tạo hình bằng vật cuống liền tại chỗ là tổn thương thường gặp ở nam giới đang trong độ tuổi từ 20 đến 20, nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn lao động. Các tổn thương thường gặp ở bàn tay phải nhiều hơn bàn tay trái, vùng tổn thương hay gặp nhất là tại búp ngón tay. Các khuyết phần mềm ngón tay thường tổn thương lộ gân xương ở vùng 2 và vùng 3 theo Allen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ramirez EG, Hoy KS. Management of Hand Injuries: Part II.** Advanced Emergency Nursing Journal, Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved. 2016 38, No. 4, (4):266-278.
2. **Bùi Văn Đức.** Chấn thương bàn tay ngón tay. Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay sơ cứu trong an toàn giao thông: Nhà xuất bản giao thông vận tải; 2016:72-158.
3. **Aboulwafa A, Emara S.** 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. 2013.
4. **Feng S-M, WANG A-G, ZHANG Z-Y, et al.** Repair and sensory reconstruction of the children's finger pulp defects with perforator pedicled propeller flap in proper digital artery. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2017. 21:3533-3537.
5. **Yuan F, McGlinn EP, Giladi AM, Chung KC.** A Systematic Review of Outcomes after Revision Amputation for Treatment of Traumatic Finger Amputation. Plast Reconstr Surg. 2015. 136(1):99-113. doi:10.1097/PRS.000000000000148.
6. **Masmejean E, Robert N.** 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. 2009. Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2009.
7. **Ramirez M, Means KJ.** Digital soft tissue trauma: a concise primer of soft tissue reconstruction of traumatic hand injuries. Iowa Orthop J 2011. 31():110-120.
8. **P.Loréa, N. Chahidi, S. Marchesi, R. Ezzedine, Braun FM, Dury M.** Reconstruction of Fingertip Defects with the Neurovascular Tranquilli-Leali Flap. Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 2006), 31B, 3. 2006.280-284.

KHẢO SÁT TÁC DỤNG PHỤ SAU TIÊM VẮC XIN COVID – 19 CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2021

Hoàng Tuấn Anh¹, Nguyễn Thị Hà¹, Đoàn Hải Bình¹,
Lê Trần Tuấn Anh¹, Vũ Quang Tuyên¹, Nguyễn Thị Thu Thảo¹,
Phạm Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹,
Đỗ Thị Thu Huyền¹, Lê Thị Nhung¹, Đỗ Thị Ninh¹, Vũ Thị Mến¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 284 sinh viên chính quy đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin Covid cùng loại đồng ý tham gia nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm các tác dụng phụ sau tiêm vắc xin Covid – 19 của sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sau tiêm mũi 1, các tác dụng tại chỗ thường gặp nhất là đau tại vị trí tiêm và sưng lần lượt là 41,2%, 18,0%; trong đó ĐTNC được tiêm vắc xin AstraZeneca có tỉ lệ gặp tác dụng phụ tại chỗ cao nhất là 52,8%. Sau mũi 2, tỉ lệ các tác dụng phụ hay gặp nhất là đau tại vị trí tiêm và sưng lần lượt là 22,9%, 9,9%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng tác dụng phụ tại chỗ theo các loại vắc xin với $p < 0,05$. Sau tiêm mũi 1, tỉ lệ các tác dụng toàn thân thường gặp nhất là sốt, đau đầu và đau cơ lần lượt là 38,4%, 25%, 21,8%. Sau mũi 2, các tác dụng phụ hay gặp nhất là sốt chiếm tỉ lệ 8,8% và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng tác dụng phụ tại chỗ theo các loại vắc xin với $p < 0,05$. Sau tiêm cả 2 mũi vắc xin, các tác dụng phụ tại chỗ và toàn thân được báo cáo thường xuyên hơn ở ĐTNC tiêm AstraZeneca và Pfizer so với

ĐTNC tiêm Sinopharm. Do đó, cần đề xuất nghiên cứu trên quy mô rộng hơn, đa dạng đối tượng hơn để có thể hiểu rõ hơn về các tác dụng phụ mà vắc xin tác động lên con người, đặc biệt trên đối tượng là tương lai của đất nước.

Từ khóa: vắc xin Astrazeneca, vắc xin Sinopharm, vắc xin Pfizer, Covid -19, tác dụng phụ.

SUMMARY

TO SURVEY STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2021 ON SIDE EFFECTS AFTER VACCINATION AGAINST COVID-19

A research on 284 full-time students who received 2 doses of the same type of Covid vaccine agreed to participate in the research to characterize the side effects after Covid-19 vaccination of students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy in 2021. Research results show that the rate after first dose, the most common local effects are pain at the injection site and swelling, respectively 41.2% and 18.0%; in which, the research subject received AstraZeneca vaccine had the highest rate of local side effects, 52.8%. After the second dose, the rates of the most common side effects were pain at the injection site and swelling, respectively 22.9% and 9.9%, there was a statistically significant difference in the rate of occurrence of each local side effect according to the vaccines with $p <$

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh
Email: htuananh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023

0.05. After first dose, the rates of the most common systemic effects were fever, headache and myalgia, respectively 38.4%, 25%, 21.8%. After the second dose, the most common side effects were fever, accounting for 8.8% and there was a statistically significant difference in the rate of occurrence of each local side effect according to the vaccines with $p < 0,05$. After both doses of vaccine, local and systemic side effects are reported more frequently in the research subjects who used the Astrazeneca and Pfizer vaccines than in the research subjects who used the Sinopharm vaccine. Therefore, it is necessary to propose research on a broader scale and with more diverse subjects to better understand the side effects that vaccines have on humans, especially on the subjects are the future of the country. .

Keywords: Astrazeneca vaccine, Sinopharm vaccine, Pfizer vaccine, Covid -19, side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến cuối năm 2022 trên hệ thống Quốc gia quản lý ca bệnh Covid 19 thế giới ghi nhận tổng số hơn 641 triệu ca nhiễm Covid 19 và tại Việt Nam con số này là hơn 11 triệu ca nhiễm. Số lượng người tử vong do Covid 19 gây ra là trên 43 nghìn người. Và vắc xin được coi là biện pháp tốt nhất để chống lại đại dịch COVID-19 trên toàn cầu. Cho đến nay, không có vắc xin nào có thể được khẳng định là hoàn toàn không có tác dụng phụ, nhưng hầu hết các tác dụng phụ đều có thể phòng ngừa hoặc điều trị được. Theo nghiên cứu của tác giả Q. A. AI Khames Aga (2021) sau khi tiêm vắc xin AstraZeneca, Sinopharm và Pfizer các tác dụng phụ toàn thân thường gặp là mệt mỏi, đau đầu và đau cơ và các tác dụng phụ tại chỗ hay gặp là đau, sưng và đỏ [4]. Vắc xin COVID –

19 của sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng biểu hiện như thế nào? Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu là mô tả các tác dụng phụ sau tiêm vắc xin COVID-19 của sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2021.

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

284 sinh viên chính quy đã tiêm vắc xin Covid – 19, tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

* Tiêu chuẩn lựa chọn

Là sinh viên chính quy đang theo học tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2021.

Đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin cùng loại.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng từ tháng 1/2021 đến tháng 11/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Mẫu được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, sử dụng công thức tính cỡ mẫu một tỉ lệ:

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

- α : độ tin cậy của nghiên cứu, chọn $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

- d: Sai số tuyệt đối, chọn $d=0,07$

- Chọn $p = 0,3456$ (tỉ lệ xuất hiện tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm vắc xin COVID-19 theo nghiên cứu của Q. A. AI Khames Aga) [4]

- Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 177$.

Trên thực tế chúng tôi khảo sát có 284 sinh viên y khoa chính quy đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Nhóm nghiên cứu lấy toàn bộ kết quả của những đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi, tiền sử dị ứng, tiền sử đông máu.

Tác dụng phụ tại chỗ của các loại vắc xin được tiêm AstraZeneca, Sinopharm, Pfizer/BioNTech.

Tác dụng phụ toàn thân của các loại vắc xin được tiêm AstraZeneca, Sinopharm, Pfizer/BioNTech.

2.2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu: thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn tự điền online

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn bằng phiếu mẫu tự điền online.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được làm nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được hưởng đầy đủ quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng quyết định số 2028/QĐ-YDHP, Hải Phòng ngày 30 tháng 12 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng n	Tỉ lệ %
Giới	Nam	57	20,1
	Nữ	227	79,9
Tiền sử dị ứng	Có	76	26,8
	Không	208	73,2
Tiền sử đông máu	Có	0	0
	Không	284	100
Độ tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		20,00 $\pm$ 1,91	

Nhận xét: Trong 284 sinh viên tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới chiếm tỉ lệ 79,9%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 20,00 $\pm$ 1,91; 26,8% ĐTNC có tiền sử dị ứng, không sinh viên nào có tiền sử rối loạn đông máu.

Bảng 2. Tỉ lệ loại vắc xin phòng Covid -19 được tiêm

Loại vắc xin	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Covid -19 vaccine AstraZeneca	178	62,7
Sinopharm của Sinopharm	61	21,5
Comirnaty của Pfizer/BioNTech	45	15,8
Tổng	284	100

Nhận xét: Tỉ lệ ĐTNC được tiêm 2 mũi vắc xin chủ yếu là vắc xin AstraZeneca chiếm 62,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ xuất hiện tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm ở từng loại vắc xin

Số mũi \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n, %)	Sino pharm (n=61) (n, %)	Pfizer (n=45) (n, %)	P
Mũi 1	94 (52,8)	1 (1,6)	9 (20,0)	<0,01
Mũi 2	43 (24,2)	7 (11,5)	20 (44,4)	<0,01

Nhận xét: Ở mũi 1, tác dụng phụ tại chỗ 24,2%, tỉ lệ ĐTNC được tiêm vắc xin hay gặp khi ĐTNC tiêm vắc xin AstraZeneca Sinopharm và vắc xin Pfizer tăng lên lần lượt chiếm tỉ lệ 52,8%, ít xảy ra ở ĐTNC tiêm vắc là 11,5% và 44,4%. Sau tiêm cả 2 mũi, các xin Sinopharm chiếm tỉ lệ 1,6%. Sau tiêm tác dụng phụ tại chỗ thường xuyên gặp ở mũi 2, tỉ lệ tác dụng phụ tại chỗ mà ĐTNC ĐTNC tiêm Astrazeneca và Pfizer so với được tiêm vắc xin AstraZeneca giảm xuống ĐTNC tiêm Sinopharm.

Bảng 4. Các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 1 theo từng loại vắc xin

Tác dụng phụ tại chỗ \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n, %)	Sino pharm (n=61) (n, %)	Pfizer (n=45) (n, %)	P
Đau tại vị trí tiêm	96 (53,9)	7 (11,5)	14 (31,1)	<0,01
Sưng	44 (24,7)	2 (3,3)	5 (11,1)	<0,01
Nóng	25 (14)	0 (0)	4 (8,9)	<0,01
Đỏ	17 (9,6)	0 (0)	4 (8,9)	0,018
Ngứa	17 (9,6)	0 (0)	2 (4,4)	0,014

Nhận xét: Sau mũi tiêm thứ nhất, tỉ lệ các tác dụng phụ tại chỗ thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là đau tại vị trí tiêm là 41,2% và sưng là 18,0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau với $p < 0,05$.

Bảng 5. Các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 2 theo từng loại vắc xin

Tác dụng phụ tại chỗ \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n, %)	Sino pharm (n=61) (n, %)	Pfizer (n=45) (n, %)	P
Đau tại vị trí tiêm	40 (22,5)	7 (11,5)	18 (40,0)	<0,01
Sưng	12 (6,7)	3 (4,9)	13 (28,9)	<0,01
Nóng	2 (1,1)	1 (1,6)	9 (20,0)	<0,01
Đỏ	3 (1,7)	0 (0)	6 (13,3)	<0,01
Ngứa	7 (3,9)	1 (1,6)	5 (11,1)	0,067

Nhận xét: Sau mũi tiêm thứ hai, tỉ lệ các tác dụng phụ tại chỗ thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là đau tại vị trí tiêm là 22,9% và sưng là 9,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau với $p < 0,05$.

Bảng 6. Tác dụng phụ toàn thân sau tiêm 2 mũi ở từng loại vắc xin

Vị trí \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n, %)	Sino pharm (n=61) (n, %)	Pfizer (n=45) (n, %)	P
Mũi 1	108 (60,7)	4 (6,6)	6 (13,3)	<0,01
Mũi 2	25 (14,0)	3 (4,9)	18 (40,0)	<0,01

Nhận xét: Ở mũi 1, tỉ lệ tác dụng phụ toàn thân hay gặp khi ĐTNC tiêm vắc xin AstraZeneca là 60,7%, ít xảy ra ở ĐTNC được tiêm vắc xin Sinopharm chiếm tỉ lệ 6,6%. Sau tiêm mũi 2, tỉ lệ ĐTNC được tiêm vắc xin AstraZeneca giảm xuống 14%,

ĐTNC được tiêm vắc xin Pfizer tăng lên 40%. Sau tiêm cả 2 mũi, các tác dụng phụ toàn thân thường xuyên gặp ở ĐTNC tiêm AstraZeneca và Pfizer so với ĐTNC tiêm Sinopharm.

Bảng 7. Các tác dụng phụ toàn thân sau tiêm mũi 1 theo từng loại vắc xin

Tác dụng phụ toàn thân \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n,%)	Sino pharm (n=61) (n,%)	Pfizer (n=45) (n,%)	P
Sốt	103 (57,9)	1 (1,6)	5 (11,1)	<0,01
Đau đầu	68 (38,2)	2 (3,3)	1 (2,2)	<0,01
Đau cơ	58 (32,6)	2 (3,3)	2 (4,4)	<0,01
Buồn nôn	16 (9,0)	0 (0)	0 (0)	<0,01
Tiêu chảy	7 (3,9)	0 (0)	0 (0)	0,179
Khó thở	5 (2,8)	0 (0)	0 (0)	0,427

Nhận xét: Sau mũi tiêm thứ nhất, tỉ lệ các tác dụng phụ toàn thân thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là sốt chiếm 38,4% và đau đầu chiếm 25% và đau cơ chiếm 21,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau với $p < 0,05$.

Bảng 8. Các tác dụng phụ toàn thân sau tiêm mũi 2 theo từng loại vắc xin

Tác dụng phụ toàn thân \ Loại vắc xin	Astra Zeneca (n=178) (n,%)	Sino pharm (n=61) (n,%)	Pfizer (n=45) (n,%)	P
Sốt	8 (4,5)	2 (3,3)	15 (33,3)	<0,01
Đau đầu	7 (3,9)	1 (1,6)	1 (2,2)	0,885
Đau cơ	6 (3,4)	0 (0)	2 (4,4)	0,283
Tiêu chảy	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	1,000
Khó thở	2 (1,1)	0 (0)	0 (0)	1,000

Nhận xét: Sau tiêm mũi hai, tỉ lệ tác dụng phụ toàn thân hay gặp nhất ở tất cả các loại vắc xin là sốt chiếm 8,8%, sự khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm phòng vắc xin COVID – 19

4.1.1. Tỉ lệ xuất hiện tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm ở từng loại vắc xin

Sau tiêm mũi 1 tác dụng phụ tại chỗ hay gặp khi ĐTNC tiêm vắc xin AstraZeneca (52,8%), ít xảy ra ở ĐTNC tiêm vắc xin

Sinopharm (1,6%) (bảng 3). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Qutaiba A. Al Khames Aga (2021) trên 1736 đối tượng ghi nhận các tác dụng phụ tại chỗ được báo cáo thường xuyên hơn ở đối tượng tiêm vắc xin AstraZeneca và Pfizer so với đối tượng tiêm vắc xin Sinopharm.

Sau tiêm mũi 2, tác dụng phụ tại chỗ mà ĐTNC được tiêm vắc xin AstraZeneca giảm xuống 24,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,01$) (bảng 3). Kết quả của nhóm nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khames Aga (2021) trên 1736 đối tượng nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm AstraZeneca giảm sau tiêm mũi 2 [4].

Sau tiêm mũi 2, ĐTNC được tiêm vắc xin Sinopharm và Pfizer tăng lên lần lượt là 44,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,01$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Sami Abu-Halaweh (2021) trên 1004 người tham gia cho thấy các tác dụng phụ tại chỗ sau liều thứ hai ở ĐTNC tiêm vắc xin Sinopharm và Pfizer đều giảm lần lượt là 17,7%, 14,8%, 50,3%, 44,2%. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu [3].

Sau tiêm cả 2 mũi, các tác dụng phụ tại chỗ thường xuyên gặp ở ĐTNC tiêm Astrazeneca và Pfizer so với ĐTNC tiêm Sinopharm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Khames Aga (2021) [4].

4.1.2. Tỉ lệ xuất hiện các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 1 theo từng loại vắc xin

Sau mũi tiêm thứ nhất, các tác dụng phụ tại chỗ thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là đau tại vị trí tiêm (41,2%) và sưng (18,0%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,05$) (bảng 4). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả. Kết quả của nhóm

nghiên cứu là tương đồng với kết quả của tác giả Hind B.Almuty (2021) ghi nhận tác dụng phụ phổ biến nhất sau tiêm ở tất cả các loại vắc xin là đau tại vị trí tiêm (58%), trong đó Astrazenca (87,7%), Sinopharm (61,1%), Pfizer (84,8%) [5].

4.1.3. Tỉ lệ xuất hiện các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 2 theo từng loại vắc xin

Sau mũi tiêm thứ hai, các tác dụng phụ tại chỗ thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là đau tại vị trí tiêm (22,9%) và sưng (9,9%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,05$) (bảng 5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả A. Al Khames Aga (2021) trên 1736 BN tác dụng phụ tại chỗ chủ yếu gặp ở cả 3 loại vắc xin AstraZeneca, Pfizer và Sinopharm là đau tại vị trí tiêm sau mũi tiêm thứ 2 [4] và nghiên cứu của Sami Abu-Halaweh (2021) trên 1004 ĐTNC cho thấy các tác dụng phụ được báo cáo phổ biến nhất sau liều đầu tiên và liều thứ hai vắc xin Sinopharm và Pfizer là đau tại chỗ tiêm lần lượt là 33,2% và 29% [3].

4.2. Đặc điểm tác dụng phụ toàn thân sau tiêm phòng vắc xin COVID – 19

4.2.1. Tỉ lệ xuất hiện tác dụng phụ toàn thân sau tiêm ở từng loại vắc xin

Ở mũi 1, tác dụng phụ toàn thân hay gặp khi ĐTNC tiêm vắc xin AstraZeneca (60,7%), ít xảy ra ở ĐTNC được tiêm vắc xin Sinopharm (6,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Qutaiba A. Al Khames Aga (2021) trên 1736 đối tượng ghi nhận các tác dụng phụ toàn thân được báo cáo thường xuyên hơn ở đối tượng tiêm vắc xin Astrazeneca và Pfizer so với đối tượng tiêm vắc xin Sinopharm [4].

Sau tiêm mũi 2, ĐTNC được tiêm vắc xin AstraZeneca giảm xuống 14%. Kết quả này tương đồng với hướng dẫn sử dụng Astrazeneca của WHO (2020) [2] và Qutaiba A. Al Khames Aga (2021) [4], tuy nhiên lại khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hồi (2021) [7]. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về cách lựa chọn đối tượng, phương pháp nghiên cứu và cỡ mẫu của nghiên cứu. Vì nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hồi thực hiện ở 80 bệnh nhân trên 2 nhóm đối tượng với độ tuổi trung bình là 39 tuổi ở nhóm sau tiêm mũi 1 và 28 tuổi với nhóm sau tiêm mũi 2 còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở 284 BN trên cùng 1 nhóm ĐTNC là sinh viên với độ tuổi trung bình là $20,00 \pm 1,91$ và được tiêm 2 mũi Astrazeneca. Điều này được tác giả Seongman Bae (2021) chỉ ra rằng có mối liên quan giữa độ tuổi và tác dụng phụ sau tiêm vắc xin AstraZeneca và Pfizer/BioNTech [6]. Theo John R. Teijaro (2021), các TDPTT khi tiêm vắc xin AstraZeneca có thể là do đáp ứng miễn dịch bẩm sinh mạnh mẽ được kích hoạt bởi vectơ adenoviral của vắc xin [9].

Sau tiêm mũi 2, tỉ lệ xuất hiện các tác dụng phụ toàn thân tăng 40% ở ĐTNC tiêm vắc xin Pfizer. Kết quả của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Erica S. Shenoy (2021) trên 56092 đối tượng tham gia nghiên cứu có tỉ lệ xuất hiện tác dụng phụ toàn thân sau tiêm mũi 2 giảm [8].

Sau tiêm cả 2 mũi, các tác dụng phụ toàn thân thường xuyên gặp ở ĐTNC tiêm Astrazeneca và Pfizer so với ĐTNC tiêm Sinopharm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khames Aga (2021) [4].

4.2.2. Tỉ lệ xuất hiện các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 1 theo từng loại vắc xin

Sau mũi tiêm thứ nhất, các tác dụng phụ toàn thân thường gặp ở tất cả các loại vắc xin là sốt (38,4%), đau đầu (25%) và đau cơ (21,8%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,05$) (bảng 9). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với ghi nhận của tác giả Qutaiba a. Al Khames Aga (2021) trên 1736 đối tượng tham gia nghiên cứu sau tiêm mũi 1 thì triệu chứng hay gặp nhất là sốt, đau đầu và đau cơ [4].

4.2.3. Tỉ lệ xuất hiện các tác dụng phụ tại chỗ sau tiêm mũi 2 theo từng loại vắc xin

Sau tiêm mũi hai, tác dụng phụ toàn thân hay gặp nhất ở tất cả các loại vắc xin là sốt (8,8%), sự khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện triệu chứng theo các vắc xin COVID-19 khác nhau ($p < 0,05$) (bảng 10). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khames Aga (2021) và nghiên cứu của Erica S. Shenoy MD (2021) trên 48550 đối tượng tham gia nghiên cứu tiêm liều 2 vắc xin Pfizer có tỉ lệ tác dụng phụ toàn thân hay gặp nhất là sốt (49,7%) [8].

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy tỉ lệ sau tiêm mũi 1, các tác dụng tại chỗ thường gặp nhất là đau tại vị trí tiêm và sưng lần lượt là 41,2%, 18,0%; trong đó ĐTNC được tiêm vắc xin AstraZeneca có tỉ lệ gặp tác dụng phụ tại chỗ cao nhất là 52,8%. Sau mũi 2, tỉ lệ các tác dụng phụ hay gặp nhất là đau tại vị trí tiêm và sưng lần lượt là 22,9%, 9,9%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng tác dụng phụ tại chỗ theo các loại vắc xin với $p < 0,05$. Sau tiêm mũi 1, tỉ lệ các tác dụng toàn thân thường gặp nhất là sốt, đau

đầu và đau cơ lần lượt là 38,4%, 25%, 21,8%. Sau mũi 2, các tác dụng phụ hay gặp nhất là sốt chiếm tỉ lệ 8,8% và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất hiện từng tác dụng phụ tại chỗ theo các loại vắc xin với $p < 0,05$. Sau tiêm cả 2 mũi vắc xin, các tác dụng phụ tại chỗ và toàn thân được báo cáo thường xuyên hơn ở ĐTNC tiêm Astrazeneca và Pfizer so với ĐTNC tiêm Sinopharm. Do đó, cần đề xuất nghiên cứu trên quy mô rộng hơn, đa dạng đối tượng hơn để có thể hiểu rõ hơn về các tác dụng phụ mà vắc xin tác động lên con người, đặc biệt trên đối tượng là tương lai của đất nước.

VI. KIẾN NGHỊ

Tác giả khác nên tiếp tục triển khai các đề tài tiếp theo trên nhiều nhóm đối tượng hơn, khảo sát với nhiều tác dụng phụ hơn và cỡ mẫu lớn hơn để có căn cứ cho các khuyến cáo y tế trong tương lai, góp phần vào công cuộc phòng chống dịch bệnh Covid-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaur R. J., Dutta S., Bhardwaj P., et al.** (2021), "Adverse Events Reported From COVID-19 Vaccine Trials: A Systematic Review", *Indian J Clin Biochem*, 36 (4), pp. 427-439.
2. **World Health Organization**, Interim recommendations for use of the ChAdOx1-S [recombinant] vaccine against COVID-19 (AstraZeneca COVID-19 vaccine AZD1222 Vaxzevria™, SII COVISHIELD™): interim guidance, first issued 10 February 2021, updated 21 April 2021, last updated 30 July 2021, 2021, World Health Organization: Geneva.
3. **Abu-Halaweh S., Alqassieh R., Suleiman A., et al.** (2021), "Qualitative Assessment of Early Adverse Effects of Pfizer-BioNTech and Sinopharm COVID-19 Vaccines by Telephone Interviews", *Vaccines (Basel)*, 9 (9).
4. **Al Khames Aga Q. A., Alkhaffaf W. H., Hatem T. H., et al.** (2021), "Safety of COVID-19 vaccines", *J Med Virol*, 93 (12), pp. 6588-6594.
5. **Almufty H. B., Mohammed S. A., Abdullah A. M., et al.** (2021), "Potential adverse effects of COVID19 vaccines among Iraqi population; a comparison between the three available vaccines in Iraq; a retrospective cross-sectional study", *Diabetes Metab Syndr*, 15 (5), pp. 102207.
6. **Bae S., Lee Y. W., Lim S. Y., et al.** (2021), "Adverse Reactions Following the First Dose of ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine and BNT162b2 Vaccine for Healthcare Workers in South Korea", *J Korean Med Sci*, 36 (17), pp. e115.
7. **Nguyễn Thanh Hồi Nguyễn Thị Thu Phương** (2021), "Bước đầu mô tả nồng độ kháng thể kháng vi rút sau tiêm phòng vắc xin Covid - 19 ", *Tạp chí Y học Việt Nam* tập 506, pp. 3.
8. **Shenoy E. S., Wickner P. G., West L. R., et al.** (2021), "Symptom monitoring after coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination in a large integrated healthcare system: Separating symptoms from severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) infection", *Infect Control Hosp Epidemiol*, pp. 1-8.
9. **Teijaro J. R., Farber D. L.** (2021), "COVID-19 vaccines: modes of immune activation and future challenges", *Nat Rev Immunol*, 21 (4), pp. 195-197.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LAO PHỔI KHÁNG RIFAMPICIN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG 2017-2022

Nguyễn Đức Thọ¹, Nguyễn Tuấn Anh², Nguyễn Thị Thuỷ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao phổi đa kháng thuốc vẫn đang là một trong những mối đe dọa quan trọng nhất đối với việc kiểm soát dịch tễ bệnh lao. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi kháng Rifampicin (RMP) tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2017 đến 2022. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 206 bệnh nhân được xác định lao phổi kháng RMP bằng kỹ thuật Xpert MTB/RIF chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm 124 bệnh nhân có tiền sử điều trị lao; nhóm 2 gồm 82 bệnh nhân lao phổi mới. Có 62 trường hợp có kết quả cấy và làm kháng sinh đồ. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho khạc kéo dài, đau ngực, khó thở, sốt về chiều, mệt mỏi, gầy sút cân. Tổn thương Xquang ngực: hang chiếm 70,9%; xơ 44,7%; mức độ 3 chiếm 44,2%. Bệnh nhân có tiền sử điều trị lao nhiều tổn thương nốt, vôi, hang, xơ và mức độ tổn thương nặng hơn nhiều so với người mắc lao mới. Kết quả nuôi cấy cho thấy kháng thuốc với RMP là 87,1%; Isoniazid (INH) và Streptomycin (SM) đều là 93,5% và 61,3% với Ethambutol (EMB). **Kết luận:** Vi khuẩn lao đã kháng RMP thì sẽ kháng hầu hết

các thuốc chống lao hàng 1 do vậy áp dụng thuốc hàng 2 để điều trị bệnh lao kháng RMP là hợp lý.

Từ khóa: Bệnh lao, Rifampicin, Đa kháng thuốc, Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH RIFAMPICIN RESISTANCE AT HAIPHONG LUNG HOSPITAL 2017-2022

Background: Multidrug-resistant (MDR) tuberculosis (TB) continues to be one of the most important threats to controlling the TB epidemic. **Objectives:** to describe the clinical and sub-clinical characteristics of pulmonary tuberculosis patients with rifampicin (RMP) resistance at Haiphong Lung Hospital from 2017 to 2022. **Subjects and method:** including 206 patients with RMP-resistance tuberculosis determined by Xpert MTB /RIF technique divided into 2 groups: group 1 included 124 patients with a history of TB treatment; group 2 included 82 new tuberculosis patients. There were 62 cases with results of culture and antibiogram. The cross-sectional descriptive study method combined retrospective and prospective. **Results:** The common clinical symptoms were persistent cough, chest pain, dyspnea, afternoon fever, fatigue, weight loss. Chest X-ray lesions: cave accounted for 70.9%; fiber 44.7% and severity at level 3 accounted for 44.2%. Patients with a history of TB treatment had much worse lesions than those with new TB. Culture results showed

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh Viện Phổi Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thọ

Email: ndtho@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

that drug resistance with RMP was 87.1%, INH and SM were both 93.5%, and 61.3% with EMB.

Conclusion: MTB resisted RMP would be resistant the most of the first line anti-TB drugs, so the application of second line drugs to treat RMP-resistant TB is reasonable.

Keywords: Tuberculosis, Rifampicin, Multidrug-resistant, Hai Phong Lung Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch Covid - 19 ảnh hưởng rất lớn đến công tác phát hiện, điều trị và thống kê bệnh lao. Hiện nay bệnh lao vẫn là bệnh thường gặp và là nguyên nhân gây chết hàng đầu trên thế giới. Năm 2021 toàn cầu có khoảng 10,6 triệu người mắc lao, tăng 4,5% so với năm 2020. Số ca mắc mới năm 2019 là 7,1 triệu, năm 2020 là 5,8 triệu và 2021 là 6,4 triệu người. Việt Nam vẫn nằm trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao kể cả tỉ lệ mắc và đa kháng thuốc [1]. Năm 2018 có khoảng 174.000 trường hợp mắc lao (182/100.000 dân); 9,1% lao kháng RMP hoặc MDR (3,6% lao mới và 17% lao có tiền sử điều trị) [2]. 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 [3]. Xét nghiệm Xpert MTB/RIF được sử dụng để chẩn đoán kháng RMP, những bệnh nhân (BN) kháng RMP hoặc đa kháng được sử dụng thuốc chống lao hàng 2 [1] [2]. Bệnh lao kháng thuốc, đặc biệt đa kháng thuốc gây ảnh hưởng không nhỏ đến công tác phòng chống bệnh lao. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN lao

phổi kháng Rifampycin tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2017 đến 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 206 bệnh nhân (BN) lao phổi xét nghiệm đờm bằng Xpert MTB/RIF có MTB và kháng RMP chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gồm 124 bệnh nhân có tiền sử điều trị lao phổi

+ Nhóm 2: gồm 82 bệnh nhân lao phổi mới.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: là những BN lao phổi kháng RMP bằng phương pháp Xpert MTB/RIF được điều trị bằng phác đồ chống lao với thuốc hàng II; từ 16 tuổi trở lên, không có HIV, BN tiến cứu đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những BN không đủ tiêu chuẩn lựa chọn, bệnh án không đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chẩn đoán lao phổi và kháng RMP bằng xét nghiệm Xpert MTB/RIF và xác định chẩn đoán kháng RMP bằng phương pháp nuôi cấy làm kháng sinh đồ.

- Lao phổi mới là BN chưa có tiền sử điều trị lao hoặc có dùng thuốc lao dưới 1 tháng.

- Bệnh nhân đã điều trị lao hoặc có dùng thuốc lao trên 1 tháng được xếp vào nhóm có tiền sử điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

- Cỡ mẫu: 206 bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng: tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sống, tiền sử điều trị lao.

- Triệu chứng lâm sàng: ho khạc kéo dài, đau ngực, khó thở, ho ra máu, sốt về chiều, mệt mỏi, gầy sút cân, màu sắc da, niêm mạc, tiếng ran ở phổi.

- Cận lâm sàng: Cây đờm làm kháng sinh đồ. Tổn thương phổi trên Xquang thường quy, phân loại các mức độ tổn thương.

2.4. Thu thập thông tin: theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Bệnh nhân hồi cứu thu thập qua bệnh án lưu trữ; bệnh nhân tiền cứu qua hỏi, khám bệnh, xem và theo dõi kết quả xét nghiệm.

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu thu thập BN từ 1/2017 đến hết tháng 10/2022 tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, so sánh hai tỷ lệ, tính trị số trung bình.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Dược Hải Phòng (quyết định 722/QĐ-YDHP) và sự đồng thuận của người bệnh. Các thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Tuổi	Tổng		Đã điều trị		Chưa điều trị		p
	n = 206	%	n= 124	%	n = 82	%	
16 - < 30	53	25,7	23	18,5	30	36,6	< 0,01
30 – < 40	40	19,4	19	15,3	21	25,6	> 0,05
40 – < 50	36	17,5	26	21,0	10	12,2	> 0,05
50 – < 60	43	20,9	31	25,0	12	14,6	> 0,05
60 +	34	16,5	25	20,2	9	11,0	> 0,05
Trung bình	43,34 ± 16,05		46,35 ± 14,91		38,79 ± 16,71		< 0,01
Giới nam	154	74,8	101	81,5	53	64,6	< 0,01
Giới nữ	52	25,2	23	18,5	29	35,4	

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh của nhóm chưa điều trị lao trẻ hơn nhóm đã điều trị, đặc biệt nhóm 16 - < 30 tuổi (36,6% vs 25,7%; p < 0,01). Nam mắc bệnh gấp 2,97 lần nữ.

Bảng 2. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Đặc điểm	Tổng		Đã điều trị		Chưa điều trị		p
	n = 206	%	n= 124	%	n = 82	%	
Nông dân	24	11,7	16	12,9	8	9,8	> 0,05
Công nhân	29	14,1	12	9,7	17	20,7	< 0,05
Viên chức	19	9,2	10	8,1	9	11,0	> 0,05
Tự do	115	55,8	77	62,1	40	48,8	> 0,05
Học sinh, sinh viên	8	3,9	6	7,3	2	1,6	> 0,05
Hưu trí	9	4,4	7	5,6	2	2,4	> 0,05

Nhận xét: Nghề tự do chiếm tỉ lệ cao nhất (55,8%); nhóm công nhân chưa điều trị có tỉ lệ mắc cao hơn nhóm đã điều trị, p < 0,05.

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng và toàn thân của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Triệu chứng	Chung		Đã điều trị		Chưa điều trị		P
	n = 206	%	n = 124	%	n = 82	%	
Ho kéo dài	204	98,1	122	98,4	80	97,6	> 0,05
Ho ra máu	38	18,4	22	17,7	16	19,5	> 0,05
Đau ngực	145	70,4	90	72,6	55	70,4	> 0,05
Khó thở	90	43,7	59	47,6	31	37,8	> 0,05
Sốt về chiều	117	56,8	73	58,9	44	53,7	> 0,05
Mệt mỏi	154	74,8	96	77,4	58	70,7	> 0,05
Sút cân	122	59,2	74	59,7	48	58,5	> 0,05
Mồ hôi trộm	9	4,4	6	4,8	3	3,7	> 0,05
Da xanh	66	32,0	39	31,5	27	32,9	> 0,05
Da xạm	28	13,6	20	16,1	8	9,8	> 0,05

Nhận xét: triệu chứng cơ năng và toàn thân không có sự khác nhau giữa nhóm đã điều trị và chưa điều trị. Các triệu chứng chính là ho kéo dài, sốt về chiều, đau ngực, khó thở, mệt mỏi, gầy sút cân.

Bảng 4. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Triệu chứng	Chung		Đã điều trị		Chưa điều trị		P
	n = 206	%	n = 124	%	n = 82	%	
LN biến dạng	33	16,0	26	21,0	7	8,5	< 0,05
Ran ẩm	153	74,3	95	76,6	58	70,7	> 0,05
Ran nổ	82	39,8	56	45,2	26	31,7	> 0,05
Ran co thắt	6	2,9	5	4,0	1	1,2	> 0,05

LN: lồng ngực

Nhận xét: triệu chứng thực thể hay gặp là nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Nhóm có tiền sử điều trị lao có lồng ngực biến dạng nhiều hơn so với nhóm lao mới, $p < 0,05$.

Bảng 5. Tổn thương trên Xquang ngực thẳng của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Tổn thương	Chung		Đã điều trị		Chưa điều trị		P
	n = 206	%	n = 124	%	n = 82	%	
Thâm nhiễm	172	83,5	104	83,9	68	82,9	> 0,05
Nốt	147	71,4	97	78,2	50	61,0	< 0,01
Vôi	55	26,7	52	41,9	3	3,7	< 0,001
Hang	146	70,9	100	80,6	46	56,1	< 0,001
Xơ	92	44,7	81	65,3	11	13,4	< 0,001
Độ 1	45	21,8	15	12,1	30	36,6	< 0,001
Độ 2	70	34,0	40	32,3	30	36,6	> 0,05
Độ 3	91	44,2	69	55,6	22	26,8	< 0,001

Nhận xét: Xquang phổi ở nhóm đã điều trị nhiều tổn thương nốt, vôi, xơ, hang và mức độ tổn thương nặng hơn nhóm chưa điều trị.

Bảng 6. Kết quả cấy đờm kháng sinh đồ của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Kháng sinh đồ	Chung		Đã điều trị		Chưa điều trị		P
	n = 62	%	n = 38	%	n = 24	%	
Kháng RMP	54	87,1	35	92,1	19	79,2	> 0,05
Kháng INH	58	93,5	37	97,4	21	85,7	> 0,05
Kháng SM	58	93,5	37	97,4	21	87,5	> 0,05
Kháng EMB	38	61,3	23	60,5	15	62,5	> 0,05
Đa kháng	50	80,6	34	89,5	16	66,7	< 0,05

Nhận xét: xét nghiệm Xpert MTB (+) và kháng RMP khi cấy làm kháng sinh đồ có 87,1% kháng RMP và hầu như kháng các thuốc chống lao hàng 1 khác. Tỷ lệ đa kháng thuốc chiếm 80,6%; nhóm có tiền sử điều trị lao tỷ lệ đa kháng cao hơn nhóm lao mới.

Trong số 54 BN có cấy đờm MTB(+) và kháng RMP thì 50 BN kháng INH chiếm 92,6%; 50 BN kháng SM chiếm 92,6% và 35 BN kháng EMB chiếm 64,8%; đa kháng 50 BN chiếm 92,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 206 BN lao phổi từ 16 tuổi trở lên có xét nghiệm Xpert MTB (+) và kháng RMP trong đó 124 BN đã có tiền sử điều trị lao và 82 trường hợp lao mới. Những bệnh nhân mới mắc lao được chẩn đoán và điều trị với thời gian tối thiểu là 6 tháng cho 1 liệu trình, sau khi hoàn thành điều trị bệnh ổn định một thời gian cho nên khi bệnh tiến triển trở lại thì tuổi sẽ cao hơn lao mới. Tuổi của bệnh nhân tương đồng giữa các nhóm, tuy nhiên độ tuổi dưới 30 chiếm tới 25,7% trong đó lao mới chiếm 36,6% cao hơn so với bệnh nhân có tiền sử điều trị. Trung bình tuổi của bệnh nhân $43,34 \pm 16,05$; nhóm có tiền sử điều trị lao tuổi cao hơn nhóm lao mới ($46,35 \pm 14,91$ vs $38,79 \pm 16,71$, $p < 0,01$). Tỷ lệ BN nam chiếm 74,8%; cao gấp gần 2,97 lần nữ. Nghề nghiệp của BN chủ yếu là lao động tự do chiếm 55,8%. Tuổi mắc bệnh trẻ ngoài việc

ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe, làm giảm khả năng lao động sản xuất và là gánh nặng của xã hội mà còn là nguồn truyền nhiễm bệnh lao kháng thuốc, rất nguy hiểm cho cộng đồng. Một nghiên cứu ở Ethiopia cho thấy Bệnh nhân lao tái phát và thất bại có kháng RMP cao hơn đáng kể, tuổi của BN lao phổi kháng RMP 18-29 tuổi chiếm 41,9%; nam 58,1%, nữ 41,9% [4]. Bệnh lao đa kháng thuốc có liên quan đến đói nghèo, người dễ bị tổn thương hoặc có nguy cơ trong xã hội, tiền sử điều trị, hút thuốc và một số bệnh đồng mắc [5] [6].

Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ho khạc đờm kéo dài 98,1%; đau ngực 70,4%; khó thở 43,7%; sốt về chiều 56,8%; mệt mỏi, kém ăn 74,8%; gầy sút cân 59,1%; nghe phổi có ran ẩm 74,3%; ran nổ 39,8%, không có sự khác biệt giữa lao mới hay lao tái trị (bảng 3, 4). Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc mạn tính kèm theo các triệu chứng hô hấp dai dẳng tuy không đặc hiệu nhưng luôn giúp thầy thuốc lưu tâm đến bệnh lao, qua đó ra các chỉ định xét nghiệm phù hợp để chẩn đoán bệnh.

Tổn thương cơ bản của lao phổi là thâm nhiễm, nốt, hang, xơ. Mức độ nặng của tổn thương thường liên quan đến thời gian diễn biến của bệnh, những bệnh nhân có tiền sử điều trị lao ngoài tổn thương mới còn có những tổn thương trước đó, đặc biệt là tổn thương hang, xơ, vôi. Khi có hang ít nhất tổn thương cũng từ mức độ 2 trở nên do vậy

bệnh nhân tái trị thường tổn thương nặng nề hơn. Xquang phổi hay gặp các tổn thương như thâm nhiễm chiếm 83,5%; nốt chiếm 71,4%; điểm đáng chú ý là tỷ lệ có hang rất cao tới 70,9%; xơ 44,7%; vôi 26,7% và gặp nhiều hơn ở đối tượng có tiền sử điều trị lao. Mức độ tổn thương cũng khác nhau ở 2 nhóm BN, tổn thương độ 3 chiếm tới 44,2% (nhóm có tiền sử chiếm 55,6%; lao mới 26,8%, $p < 0,001$). Vi khuẩn lao là vi khuẩn ái khí, phát triển rất mạnh ở hang lao, số lượng vi khuẩn tại tổn thương càng nhiều thì khả năng kháng thuốc tự nhiên càng cao.

Nuôi cấy là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lao và kháng thuốc tuy nhiên sinh học phân tử mới là phương pháp chẩn đoán nhanh qua đó giúp thầy thuốc lựa chọn ngay được phác đồ điều trị. Những trường hợp được chẩn đoán kháng RMP bằng kỹ thuật Xpert hiện nay đều được điều trị bởi thuốc chống lao hàng 2 [1] [2]. Tỷ lệ kháng RMP qua kết quả nuôi cấy đạt 87,1%, như vậy vẫn còn 22,9% chưa kháng RMP. Bệnh nhân đa kháng ở nhóm có tiền sử cao hơn so với nhóm lao mới (89,6% vs 66,7%, $p < 0,05$). Người chưa có tiền sử điều trị có thể lây nhiễm từ nguồn lây kháng thuốc hoặc do kháng thuốc tự nhiên do đó tỷ lệ kháng cả RMP và INH sẽ thấp hơn. Kỹ thuật Xpert/RIF xác định kháng RMP nhờ tìm thấy đoạn gene *rpoB*, tuy vậy tỷ lệ cao của sự thất bại trong quá trình lai Xpert probe E là nguyên nhân chính dẫn đến kết quả dương tính giả kháng RMP [7]. Khi đã kháng RMP kể cả bằng Xpert hay cấy thì hầu như các thuốc chống lao hàng 1 cũng bị kháng, cụ thể là kháng INH và SM đều chiếm 93,5% với Xpert và 92,6% với nuôi cấy; riêng EMB kháng ít hơn chiếm 61,3% với Xpert và

64,8% với nuôi cấy; tỷ lệ đa kháng chiếm 80,6% với Xpert và 92,6% với nuôi cấy. Zhengwei Liu (2020) nghiên cứu ở Triết Giang, Trung Quốc qua phân tích các nghiên cứu cho thấy trong số những BN mắc lao có kháng RMP thì 77,7% cũng kháng INH. Tỷ lệ đa kháng thuốc trong số BN lao mới kháng RMP 68,6% đến 79,5% và có tiền sử điều trị từ 80,0% đến 87,5% [8]. Hai Huang (2018) nghiên cứu ở Vũ Hán, Trung Quốc cho kết quả BN có Xpert MTB (+) kháng RMP thì 82,99% được xác định là đa kháng thuốc, không có sự khác biệt giữa nhóm có tiền sử điều trị lao và lao mới [9].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân lao phổi kháng RMP, nam giới chiếm 74,8% cao gấp 2,97 lần nữ; nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao (25,7%), độ tuổi mắc bệnh của nhóm chưa điều trị trẻ hơn và nam giới gặp ít hơn so với nhóm có tiền sử điều trị lao.

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho khạc kéo dài, đau ngực, khó thở, sốt về chiều, mệt mỏi, gầy sút cân, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.

- Xquang ngực có tổn thương thâm nhiễm 83,5%; nốt 71,4%; hang chiếm 70,9%; xơ 44,7%; mức độ 3 chiếm 44,2%. Bệnh nhân có tiền sử điều trị nhiều tổn thương hang, xơ, vôi và mức độ tổn thương nặng hơn so với người lao mới.

- Kết quả kháng sinh đồ có 87,1% kháng với RMP, 93,5% kháng INH, SM và 61,3% kháng EMB. Vi khuẩn lao đã kháng RMP bằng nuôi cấy có 92,6% kháng INH, SM; 64,8% kháng EMB, tỷ lệ đa kháng thuốc chiếm 92,6%.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.30.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Global tuberculosis report. WHO, 2022.
2. **World Health Organization.** Global tuberculosis report. WHO, 2019.
3. **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.
4. **Araya Gebreyesus Wasihun, Tsehay Asmelash Dejene, Genet Gebrehiwet Hailu.** Frequency of MTB and rifampicin resistance MTB using Xpert-MTB/RIF assay among adult presumptive tuberculosis patients in Tigray, Northern Ethiopia: A cross sectional study. *PLoS ONE.* 15(11): e0240361.
5. **Ludmilla Leidianne Limirio Souza, Felipe Lima dos Santos, Juliane de Almeida Crispim; etal.** Causes of multidrug-resistant tuberculosis from the perspectives of health providers: challenges and strategies for adherence to treatment during the COVID-19 pandemic in Brazil. *BMC Health Services Research.* 2021, 21:1033 .
6. **Arnaud Iradukunda., Gabin-Pacifique Ndayishimiye., Darlene Sinarinzi., etal.** Key factors influencing multidrug-resistant tuberculosis in patients under anti-tuberculosis treatment in two centres in Burundi: a mixed effect modelling study. *BMC Public Health.* 2021, 21:2142.
7. **Lin Qin, Fengmin Huo, Weicong Ren, Yuanyuan Shang, Cong Yao, etal.** Dependence of Xpert MTB/RIF Accuracy for Detecting Rifampin Resistance in Bronchoalveolar Lavage Fluid on Bacterial Load: A Retrospective Study in Beijing, China. *Infection and Drug Resistance.* 2021, 14: 2429–2435.
8. **Zhengwei Liu., Mingwu Zhang., Jianmei Wang., et al.** (2020). Longitudinal Analysis of Prevalence and Risk Factors of Rifampicin-Resistant Tuberculosis in ZheJiang, China. *BioMed Research International.* Vol 2020. Article ID 3159482. 8 pages.
9. **Hai Huang., Yanlin Zhang., Sheng Li., etal.** Rifampicin resistant and Multidrug – resistant Tuberculosis Detection Using Xpert MTB/RIF in Wuhan, China: A Retrospective Study. *Microbial Drug Resistance.* Vol 24. number 5. 2018.

CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ 3-5 TUỔI SAU 4 THÁNG BỔ SUNG SẢN PHẨM GIÀU DINH DƯỠNG TẠI BẮC GIANG

Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Lâm², Phí Ngọc Quyên², Vương Thị Hồ Ngọc²,
Nguyễn Hải Yến², Nguyễn Võ Lộc³, Trương Tuyết Mai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của sản phẩm giàu dinh dưỡng lên tình trạng dinh dưỡng của trẻ 3-5 tuổi tại 2 xã miền núi thuộc huyện Lục Nam, Bắc Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm cộng đồng có đối chứng trên 470 trẻ 3-5 tuổi có chỉ số Zscore-Cân nặng/Tuổi từ -3SD đến 0SD chia thành 2 nhóm theo 2 xã, nhóm can thiệp hàng ngày được uống bổ sung 2 gói sản phẩm dinh dưỡng (gồm 30 chất dinh dưỡng, trong đó 358 Kcal, 12,9 g protein, 5 mg kẽm, 250 IU Vitamin D3, 456 mg canxi...) liên tục trong 4 tháng, nhóm chứng thực hiện chế độ ăn bình thường và không sử dụng sản phẩm dinh dưỡng. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy: cân nặng của trẻ ở nhóm can thiệp cải thiện rõ rệt sau 2 tháng và 4 tháng so với ban đầu ($p < 0,05$) và cao hơn so với nhóm chứng sau 4 tháng (15,6 kg so với 15,0 kg, $p < 0,05$); Chiều cao của trẻ ở nhóm can thiệp cải thiện rõ rệt sau 2 và 4 tháng so với trước khi can thiệp ($p < 0,05$) và có xu hướng cao hơn so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở nhóm can thiệp đã giảm rõ rệt sau 4 tháng ($p < 0,05$) so với trước can thiệp và thấp hơn so với nhóm chứng tại thời điểm 4 tháng (3,5% so với 9,1% với $p < 0,05$). Tỷ

lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở nhóm can thiệp có xu hướng giảm so với ban đầu và giảm nhiều hơn so với nhóm chứng ($p > 0,05$). **Kết luận:** Sử dụng sản phẩm giàu dinh dưỡng đã hỗ trợ cải thiện rõ rệt về cân nặng, tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân trẻ em từ 3-5 tuổi, đặc biệt đối với trẻ suy dinh dưỡng.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng nhẹ cân, sản phẩm giàu dinh dưỡng, trẻ 3-5 tuổi, Bắc Giang.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN 3-5 YEARS OLD CHILDREN AFTER 4 MONTHS OF SUPPLEMENTING WITH NUTRIENT-RICH PRODUCTS IN BAC GIANG

Objectives: To evaluate the effectiveness of nutrient-rich products on nutritional status of children aged 3-5 years old in 2 communes in Luc Nam district, Bac Giang province. **Methods:** A controlled community trial on 470 children from 3 to 5 years old with Zscore-Weight/Age from -3SD to 0SD divided into 2 groups according to 2 communes, the intervention group received 2 packages of nutritional products supplemented with 2'-fucosylactose (2'-FL) and FOS+Inulin/day continuously for 4 months, the control group followed a normal diet and did not use nutritional products. **Results:** The weight of children in the intervention group improved significantly after 2 months and 4 months compared to baseline ($p < 0.05$) and higher than that of the control group after 4 months (15.6 kg vs 15.0 kg), $p < 0.05$; The height of children in

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Viện dinh dưỡng Quốc gia

³Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nthiphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

the intervention group improved significantly after 2 and 4 months compared to before the intervention ($p < 0.05$) and tended to be higher than that of the control group ($p > 0.05$). The rate of underweight malnourished children in the intervention group was significantly reduced after 4 months ($p < 0.05$) when compared with before the intervention and lower than the control group at 4 months (3.5% compared with 9.1% with $p < 0.05$ and the rate of stunting malnutrition in the intervention group tended to decrease compared to the baseline and decreased more than the control group ($p > 0.05$). **Conclusion:** Supplemeting nutrient-rich products to improve nutritional status (weight, underweight malnutrition) of children aged 3-5 years, especially for malnourished children.

Keywords: Underweight malnutrition, nutrient-rich products, 3-5 years old children, Bac Giang province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một tình trạng bệnh lý xảy ra khi chế độ ăn nghèo protein và năng lượng, thường kèm theo tác động của nhiễm khuẩn và ngược lại thường tạo điều kiện cho nhiễm khuẩn phát triển, làm tình trạng thiếu dinh dưỡng càng nặng thêm [1]. Tại Việt Nam, mặc dù tỷ lệ suy dinh dưỡng, thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm (năm 2020 suy dinh dưỡng thể thấp còi là 19,6 %, thể nhẹ cân là 11,5%), nhưng tỷ lệ này vẫn còn rất cao ở trẻ em dân tộc thiểu số và vùng miền núi (thấp còi 37,4% ở miền núi phía Bắc) [2].

Thiếu protein, acid amin trường diễn, cũng như thiếu vi chất liên quan chặt chẽ với suy dinh dưỡng thấp còi. Một số nghiên cứu đã cho thấy, khẩu phần ăn của trẻ ở vùng nghèo, vùng nông thôn hoặc vùng sâu chỉ đáp ứng được 30-50% nhu cầu protein động

vật và vi chất dinh dưỡng. Các nhà khoa học trên thế giới đã chỉ ra rằng vòng xoắn bệnh lý nhiễm trùng ở trẻ nhỏ với suy dinh dưỡng được hình thành từ nguyên nhân thiếu protein và các vi chất dinh dưỡng. Khi trẻ ăn không đủ về số lượng và chất lượng về thành phần protein và vi khoáng chất sẽ làm giảm miễn dịch, góp phần làm tăng tần xuất mắc các bệnh nhiễm trùng như tiêu chảy, nhiễm khuẩn đường hô hấp ở trẻ [3].

Cơ thể trẻ có nhu cầu rất lớn về lượng protein và acid amin để đảm bảo cho sự hình thành các tế bào mới và các tế bào tăng trưởng. Trẻ dưới 5 tuổi có nhu cầu protein trung bình là 45-55 g/ngày, trong đó protein động vật chiếm hơn 50%. Nhu cầu về kẽm – vi chất quan trọng đối với sự phát triển của trẻ, trung bình là 10-12 mg/ngày. Đối với trẻ suy dinh dưỡng thì nhu cầu về protein và các vi khoáng chất tăng cao hơn so với nhu cầu bình thường. Do đó, việc bổ sung các chất dinh dưỡng đối với trẻ nguy cơ suy dinh dưỡng và trẻ suy dinh dưỡng là cần thiết để cải thiện khẩu phần và cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Sản phẩm dinh dưỡng giàu các chất dinh dưỡng gồm 30 chất dinh dưỡng, trong đó 358 Kcal, 12,9 g protein, 5 mg kẽm, 250 IU Vitamin D3, 456 mg canxi... được sản xuất theo qui trình sản xuất đạt GMP. Để đánh giá hiệu quả sử dụng sản phẩm giàu dinh dưỡng lên tình trạng dinh dưỡng và cải thiện khẩu phần của trẻ, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu can thiệp thử nghiệm cộng đồng trên trẻ 3-5 tuổi tại 2 xã thuộc huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trẻ 36 – 60 tháng tuổi (3-5 tuổi) có chỉ số Zscore-Cân nặng/Tuổi từ -3SD đến 0SD, bà mẹ và gia đình của trẻ đồng ý tham gia

nguyên cứu. Trẻ có tiền sử đẻ non (trước 37 tuần) cân nặng sơ sinh thấp < 2.500 gram, suy dinh dưỡng bào thai (đẻ đủ tháng, có cân nặng sơ sinh < 2.500g), trẻ bị mắc dị tật bẩm sinh như bệnh tim....; mắc các bệnh mãn tính hoặc nhiễm trùng nặng (thông qua việc hỏi tiền sử bệnh), trẻ bị bất dung nạp khi uống sữa, trẻ đang sử dụng sản phẩm có bổ sung probiotic, prebiotic tại thời điểm ban đầu sẽ không đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên cộng đồng đánh giá trước sau, có đối chứng, ngẫu nhiên theo xã.

2.3. Thời gian triển khai can thiệp: 5/10/2020 đến 5/2/2021.

2.4. Địa điểm triển khai can thiệp: xã Vô Tranh và xã Trường Sơn, huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức cho nghiên cứu can thiệp:

Áp dụng công thức:

$$n = 2 \times \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)\sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần thiết với độ chính xác 95%; $Z\alpha=1,96$, $Z\beta=1,28$, lực mẫu (power): 90%;

$\mu_1-\mu_2$ là trung bình khác biệt mong muốn của chỉ tiêu cân nặng giữa hai nhóm vào cuối thời gian nghiên cứu, $\mu_1-\mu_2 = 0,42$ kg; $\sigma = 1,4$; tính được $n= 175$ trẻ/nhóm [4], cộng với 20% bỏ cuộc tổng số trẻ cần cho nghiên cứu là 420 trẻ. Cỡ mẫu trên thực tế đưa vào nghiên cứu can thiệp tại thời điểm ban đầu là 470 trẻ.

Chọn mẫu: Chọn chủ đích Huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang là địa bàn nghiên cứu,

chọn 2 xã Vô Tranh, Trường Sơn, có điều kiện kinh tế tương đồng, có cùng nền văn hóa, tập quán, xã hội, có các chương trình y tế, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi năm 2019 tương đối giống nhau, lập danh sách tất cả trẻ từ 3-5 tuổi ở mỗi xã, chọn được 470 trẻ đáp ứng đủ các tiêu chí vào nghiên cứu. Phân nhóm dựa trên đơn vị là xã, 1 nhóm chứng, 1 nhóm can thiệp, mỗi nhóm 235 trẻ. Trẻ 2 nhóm nghiên cứu sẽ được phân chia tương đồng về lớp tuổi, giới.

2.6. Can thiệp

+ Sản phẩm dinh dưỡng can thiệp: đóng gói dạng bột, gồm 30 chất dinh dưỡng, trong đó 358 Kcal, 12,9 g protein, 5 mg kẽm, 250 IU Vitamin D3, 456 mg canxi...

+ *Nhóm can thiệp:* trẻ ăn uống bình thường, sử dụng thêm 2 gói sản phẩm giàu dinh dưỡng vào bữa phụ hàng ngày (1 gói pha với 180 ml nước ấm) x 30 ngày/tháng x 4 tháng. Trẻ được phát sản phẩm tại trường và tại nhà, mỗi ngày giáo viên/cha mẹ (người chăm sóc trẻ) cho trẻ uống 2 gói sản phẩm: 01 gói vào bữa phụ sáng, 01 gói vào bữa phụ chiều.

+ *Nhóm đối chứng:* thực hiện chế độ chăm sóc và nuôi dưỡng như bình thường, không sử dụng sản phẩm trong thời gian 4 tháng, theo dõi tình trạng sức khỏe tại nhà và tại trường học, sau khi kết thúc nghiên cứu sẽ sử dụng sản phẩm trong thời gian 2 tháng sau can thiệp.

2.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Số liệu được đánh giá tại 03 thời điểm: ban đầu (T0), sau 2 tháng (T2) và sau 4 tháng (T4):

- *Thu thập các thông tin chung qua phỏng vấn đối tượng:* Phỏng vấn mẹ của trẻ

bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm thu thập các thông tin chung của gia đình và thông tin về trẻ, cách chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ.

- *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ qua thu thập số liệu nhân trắc:*

+ Cách tính tuổi của trẻ được tính theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới.

+ Phương pháp cân, đo: Cân nặng: cân trẻ bằng cân điện tử SECA độ chính xác 0,1kg. Chiều cao: Sử dụng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1cm.

+ Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo chuẩn tăng trưởng của Tổ chức Y tế Thế giới (2006).

- *Nội dung can thiệp, theo dõi và giám sát:* Việc uống sản phẩm thực hiện hàng ngày tại trường học (từ thứ 2 đến thứ 6) và gia đình (thứ 7, chủ nhật). Tất cả các thông tin về bệnh tật, tình hình ăn uống của trẻ được theo dõi và ghi chép lại bởi bà mẹ, giáo viên, cộng tác viên, giám sát viên.

2.8. Xử lý số liệu

Chọn lựa đối tượng đưa vào phân tích số liệu:

- Trẻ ăn đủ số lần ăn trên 70% số lượng sản phẩm được đưa vào phân tích thống kê

- Trong quá trình can thiệp, những trẻ có sử dụng sản phẩm sữa, Probiotic khác theo phác đồ điều trị >10 ngày sẽ coi là không đạt tiêu chuẩn. Trẻ sẽ không đưa vào số liệu tính toán.

- Trẻ không tham gia đủ 03 lần cân đo

=> ***Kết quả sau khi chọn lọc tiêu chuẩn nêu trên, đã đưa vào phân tích số lượng mẫu như sau:***

+ Nhóm chứng: 235 trẻ ban đầu tham gia, có 5 trẻ bị loại (có 2 trẻ sử dụng

probiotic theo điều trị >10 ngày và 03 trẻ không tham gia cân đo đủ 3 lần). Phân tích nhân trắc và thông tin trên 230 trẻ.

+ Nhóm can thiệp: 235 trẻ ban đầu tham gia, có 7 trẻ bị loại (có 2 trẻ sử dụng probiotic theo điều trị >10 ngày và 05 trẻ không tham gia cân đo đủ 3 lần). Phân tích nhân trắc và thông tin trên 228 trẻ.

Tất cả số liệu được làm sạch, sau đó số liệu nhân trắc được nhập và xử lý bằng phần mềm Anthro của WHO 2006, số liệu khẩu phần được qui đổi và nhập liệu bằng phần mềm tính toán giá trị dinh dưỡng khẩu phần của Viện Dinh dưỡng, các số liệu điều tra bằng phiếu được nhập số liệu bằng chương trình Epi data 3.1. Phân tích số liệu theo chương trình SPSS 22.0. Các số liệu của biến định lượng được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Sử dụng t-test và χ^2 test kiểm định thống kê. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương đã được thông qua Hội đồng Đạo đức, Hội đồng Khoa học - Viện Dinh dưỡng theo Quyết định số 1270/QĐ-VDD ngày 18/8/2020. Bố mẹ của trẻ được giải thích rõ về mục đích, nội dung thực hiện và quyền lợi của đối tượng khi tham gia nghiên cứu và ký giấy tình nguyện cho con tham gia. Trong quá trình nhóm can thiệp sử dụng sản phẩm, không có bất kỳ trẻ nào bị các triệu chứng dị ứng hoặc không dung nạp sản phẩm. Sau dùng can thiệp 4 tháng, nhóm chứng được nhận 2 tháng sản phẩm (2 gói/ngày x 60 ngày). Các trẻ được nhà trường và trạm y tế xã tiếp tục chăm sóc và theo dõi sức khỏe như thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hiệu quả bổ sung sản phẩm lên tình trạng dinh dưỡng của trẻ

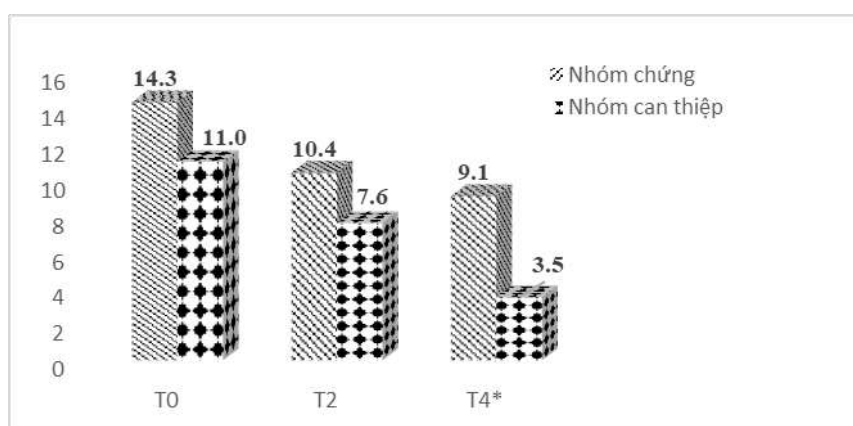
Bảng 1. Thay đổi cân nặng, chiều cao của trẻ ở 2 nhóm nghiên cứu sau 4 tháng can thiệp

Thời gian	Nhóm chứng (n=230) (TB ± SD)	Nhóm can thiệp (n=228) (TB ± SD)	p*
Cân nặng (kg)			
T0	14,01±1,62	14,03±1,72	0,902
T2	14,62±1,72	14,94±1,92	0,05
T4	15,0±1,78	15,59±1,93	0,001
T2 - T0	0,60±0,41	0,91±0,55	0,001
T4 - T0	0,99±0,51	1,56±0,61	0,001
p (T2 vs T0) [#]	0,000	0,000	
p (T4 vs T0) [#]	0,000	0,000	
Chiều cao (cm)			
T0	98,0±5,43	97,73±6,13	0,62
T2	99,27±5,34	99,28±6,07	0,99
T4	100,35±5,34	100,5±6,09	0,78
T2 - T0	1,28±0,72	1,55±0,6	0,001
T4 - T0	2,35±0,79	2,77±0,77	0,001
p (T2 vs T0) [#]	0,000	0,000	
p (T4 vs T0) [#]	0,000	0,000	

[#]: t-test ghép cặp; *: t-test độc lập, so sánh nhóm chứng với nhóm can thiệp

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy tại thời điểm điều tra ban đầu cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ ở 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 2 tháng, cân nặng trung bình của 2 nhóm đều tăng so với ban đầu (T0) ($p<0,0001$), tuy nhiên cân nặng trung bình ở trẻ của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với cân nặng trung bình của nhóm chứng ($p<0,05$). Sau 4 tháng, cân nặng trung bình của 2 nhóm đều tăng so với ban đầu (T0)

($p<0,0001$), cân nặng trung bình ở trẻ của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với cân nặng trung bình của nhóm chứng ($p<0,05$). Sau 2 tháng và sau 4 tháng can thiệp, chiều cao trung bình của 2 nhóm đều tăng so với ban đầu (T0) ($p<0,0001$), chiều cao trung bình ở trẻ của nhóm can thiệp có xu hướng cao hơn nhóm chứng, tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

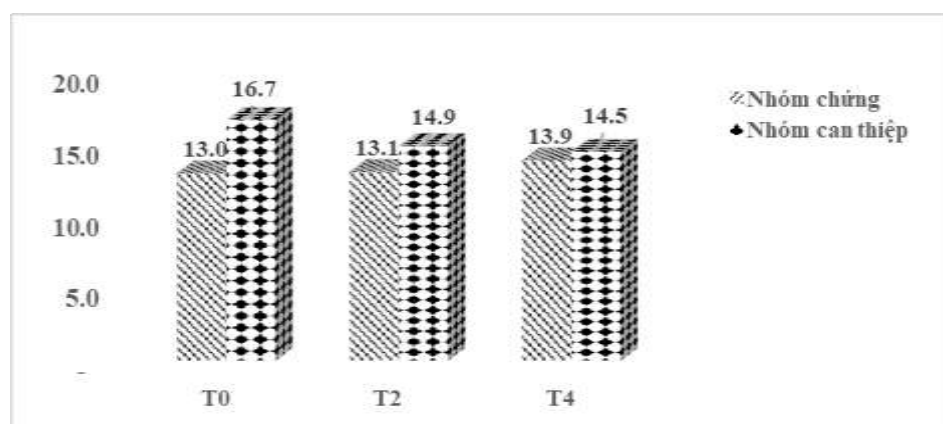


* $p < 0,05$ sự khác biệt giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng tại T4 (χ^2 test)

Hình 1. Thay đổi tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân sau 4 tháng can thiệp

Hình 1 cho thấy trước can thiệp tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ này đều giảm dần ở cả 2 nhóm sau 2 tháng và sau 4 tháng. Tuy nhiên, chỉ đến sau 4 tháng nhóm can thiệp giảm rõ rệt tỷ lệ nhẹ cân so với ban đầu với $p < 0,05$; trong khi

nhóm chứng có giảm nhưng tỷ lệ vẫn cao và chưa có sự khác biệt so với ban đầu ($p > 0,05$). Tại thời điểm sau 4 tháng can thiệp, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm can thiệp là 3,5% thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng (9,1%) ($p < 0,05$).



Hình 2. Thay đổi tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi sau 4 tháng can thiệp

Hình 2 cho thấy trước can thiệp tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (T0, $p > 0,05$). Tỷ lệ này đều giảm dần ở nhóm can thiệp sau 2 tháng và sau 4 tháng, trong khi nhóm chứng lại có xu hướng tăng, tuy nhiên

chưa có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi giữa các nhóm tại T2 và T4. Cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi sau 2 tháng, 4 tháng so với ban đầu ở mỗi nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Các kết quả nghiên cứu của đề tài đã chỉ ra sự cải thiện về chỉ số cân nặng, chiều cao, tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân đối với nhóm sử dụng sản phẩm giàu dinh dưỡng sau 2 và 4 tháng can thiệp. Mặc dù cả nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có sự tăng về cân nặng, số đo chiều cao, nhưng nhóm trẻ sử dụng sản phẩm đã có sự cải thiện rõ ràng hơn so với nhóm chứng. Chính vì sự thay đổi về cân nặng, chiều cao rõ rệt ở nhóm can thiệp, dẫn đến tỷ lệ suy dinh dưỡng cũng đã có sự thay đổi khác biệt so với nhóm chứng.

Hiệu quả của sản phẩm can thiệp đối với việc làm giảm tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và cải thiện chỉ số cân nặng, chiều cao là rõ ràng. Điều này nói đến sự tác động trực tiếp của sản phẩm đến tình trạng dinh dưỡng. Với liều lượng 2 gói một ngày, cung cấp và đáp ứng 100% nhu cầu về canxi, kẽm, vitamin A, đáp ứng > 70% nhu cầu về vitamin D và các vitamin cho lứa tuổi 3-5 tuổi. Trên cơ thể những trẻ có tình trạng dinh dưỡng cân nặng theo tuổi từ -3SD đến 0SD, nghĩa là những trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và những trẻ tiệm cận với suy dinh dưỡng nhẹ cân, khi được bổ sung các vi chất, ví dụ như kẽm, vitamin A, vitamin D (đáp ứng 100% nhu cầu) đã góp phần giúp trẻ phục hồi được tình trạng biếng ăn, kém ăn ở trẻ. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với kết quả cải thiện về cân nặng, chiều cao mà đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây của một số tác giả khi sử dụng sản phẩm bổ sung đa vi chất dinh dưỡng, bổ sung sản phẩm giàu dinh dưỡng. Tác giả

Nguyễn Xuân Ninh [5] cũng đã chứng minh sự thay đổi về chiều cao, cân nặng của trẻ 5-8 tháng tuổi khi sử dụng bột bổ sung đa vi chất trong 6 tháng liên tục, với sự đáp ứng nhu cầu hàng ngày về sắt, kẽm, vitamin A trên 40%. Nghiên cứu của tác giả Trương Tuyết Mai [6], Nguyễn Thị Lương Hạnh [7] về can thiệp bổ sung sản phẩm dinh dưỡng đã chỉ ra hiệu quả cải thiện cân nặng rõ rệt của trẻ suy dinh dưỡng sau 3 tháng can thiệp. Thực hiện giải pháp can thiệp bằng bổ sung sản phẩm dinh dưỡng nhằm đáp ứng đủ các chất dinh dưỡng trong khẩu phần đã góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng đối với trẻ nguy cơ suy dinh dưỡng và cho trẻ bị suy dinh dưỡng ở vùng miền núi.

V. KẾT LUẬN

Bổ sung sản phẩm giàu dinh dưỡng hàng ngày trong 4 tháng cho trẻ 3-5 có chỉ số Zscore-Cân nặng/Tuổi từ -3SD đến 0SD tại 2 xã miền núi của tỉnh Bắc Giang đã cải thiện được tình trạng dinh dưỡng. Sau 2 tháng và 4 tháng, nhóm can thiệp tăng trung bình 0,91 kg và 1,56 kg so với nhóm chứng chỉ tăng trung bình 0,60 kg, và 0,99 kg, $p < 0,05$ tại các thời điểm. Sau 4 tháng can thiệp, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở nhóm can thiệp (3,5%) thấp so với nhóm chứng (9,1%), $p < 0,05$. Cần tăng cường cải thiện khẩu phần thông qua bổ sung các thực phẩm giàu vi chất dinh dưỡng nhằm góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em ở khu vực miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNICEF, Improving Child Nutrition. The Achievable Imperative for Global Progress,

- United Nations Children's Fund, 2013
2. **Viện Dinh dưỡng.** Tổng điều tra dinh dưỡng 2020. Báo cáo công bố kết quả tổng điều tra năm 2020.
 3. **Jahoor F, Badaloo A, Reid M, Forrester T.** Protein metabolism in severe childhood malnutrition. *Ann Trop Paediatr.* 2008;28(2):87-101.
 4. **Trần Thị Thu Trang, Trương Tuyết Mai, Nguyễn Lâm.** Hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng và tiêu hóa ở trẻ 3-6 tuổi tại một số trường mẫu giáo tại Bắc Ninh thông qua bổ sung sản phẩm dinh dưỡng giàu vi chất dinh dưỡng và bổ sung lợi khuẩn *Bifidobacterium lactis*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2019, 489: 181-185.
 5. **Nguyễn Xuân Ninh và CS,** Hiệu quả bổ sung sản phẩm bột có chứa probiotic trên trẻ 6 đến 36 tháng tuổi về tình trạng dinh dưỡng và miễn dịch, Đề tài cấp Viện, 2011.
 6. **Trương Tuyết Mai, Tuấn Thị Mai Phương, Trần Thị Thu Trang.** Cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của trẻ 4-6 tuổi suy dinh dưỡng thấp còi sau bổ sung sản phẩm giàu dinh dưỡng tại Bắc Giang. *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập 30, số 8, 2020.
 7. **Nguyễn Thị Lương Hạnh, Trương Tuyết Mai, Nguyễn Trọng Hưng, Vương Hồ Ngọc, Trương Thị Thu Thủy.** Hiệu quả bổ sung Vibozyme trong cải thiện biếng ăn, tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 12-36 tháng tuổi sau sử dụng kháng sinh tại tỉnh Bắc Ninh. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* 2017, số 13(1); trang 73-81.