

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP NHĨ CHÂM KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH HÔNG TO DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG NĂM 2022

Đoàn Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Thị Thùy Dung²

TÓM TẮT

Đau dây thần kinh (TK) hông to do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, chủ yếu tại cột sống thắt lưng, trong đó, thoái hoá cột sống (THCS) là nguyên nhân rất hay gặp. Điều trị đau dây TK hông to do THCS bằng Điện châm và Nhĩ châm là 2 phương pháp kết hợp có hiệu quả tốt. **Mục tiêu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Bệnh nhân đau thần kinh hông to do THCS. 2. Nhận xét kết quả điều trị của phương pháp Nhĩ châm kết hợp Điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do THCS. **Đối tượng:** 75 bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán Đau dây TK hông to do THCS. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Trước điều trị các BN đều có Hội chứng cột sống và Hội chứng rễ TK điển hình, với vị trí thoái hóa chủ yếu ở L5- S1. Sau điều trị, Mức độ đau VAS giảm $3,46 \pm 0,5$ điểm, nghiệm pháp Lassegue tăng $17,13 \pm 3,96$ độ, sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI) trung bình (TB) giảm được $2,15 \pm 0,47$ điểm. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Điều trị đau dây TK hông to do THCS bằng Điện châm và Nhĩ châm là 2 phương pháp kết hợp có hiệu quả tốt.

Từ khóa: Điện châm, Nhĩ châm, Đau Thần kinh toạ.

SUMMARY

COMMENT ON THE TREATMENT RESULTS OF AER ACUPUNCTURE COMBINED WITH ELECTRO- ACUPUNCTURE ON PATIENTS WITH SCIATIC NERVE PAIN DUE TO LUMBAR DEGENERATIVE IN 2022

Sciatic nerve pain is caused by many different causes, mainly in the spinal column, in which Lumbar Degenerative Disease is a very common cause. Treatment of sciatic nerve pain caused by spondylolisthesis by electro-acupuncture and auricular acupuncture are two effective combined methods. **Objectives:** 1. Describe the clinical and subclinical characteristics of patients with sciatic nerve pain due to spondylolisthesis. 2. Comment on the treatment results of Aerial Acupuncture combined with Electro-acupuncture on patients with sciatic nerve pain due to spinal degeneration. **Subjective:** 75 patients ≥ 18 years old, diagnosed with sciatic nerve pain due to spondylolisthesis. **Method:** Describing A Series Of Cases. **Results:** Before treatment, all patients had typical spinal syndrome and nerve root syndrome, with the main degenerative location at L5- S1. After treatment, VAS pain level decreased by 3.46 ± 0.5 points, the Lassegue test increased by 17.13 ± 3.96 degrees, the The average improvement in function of daily living (ODI) was reduced by 2.15 ± 0.47 points. The

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Mỹ Hạnh

Email: dmhanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

difference before and after treatment was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclude:** Treatment of sciatic nerve pain caused by spondylolisthesis by electro-acupuncture and auricular acupuncture are two effective combined methods.

Keywords: Electroacupuncture, Auricular Acupuncture, Sciatica nerve pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh (TK) hông to là tình trạng đau từ thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây TK hông, Bệnh chiếm tới 2% dân số và chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh TK cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [1]. Tình trạng này có thể bị gây ra bởi viêm hoặc chèn ép rễ TK (L4 – S1) cấu tạo nên dây TK hông to và một trong những nguyên nhân thường gặp là do thoái hóa cột sống thắt lưng. Điều trị đau dây TK hông to có nhiều phương pháp điều trị, trong đó Nhĩ châm và Điện châm là 2 phương pháp kết hợp có hiệu quả tốt. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu với tác dụng của xung điện làm dịu đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức. Nhĩ châm là dùng kim châm, châm vào những điểm mẫn cảm trên loa tai, rồi vẽ bằng tay hoặc lưu kim ở loa tai trong thời gian nhất định theo yêu cầu chữa bệnh đối với từng chứng bệnh [3]. Với ưu điểm là tiện lợi, không tốn kém, dễ ứng dụng ở các tuyến cơ sở, rút ngắn thời gian điều trị nên nhĩ châm đã được ứng dụng rộng rãi, điều trị được nhiều bệnh như liệt, các chứng đau,... đem lại kết quả tốt. Nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp Điện châm kết hợp Nhĩ châm trên BN Đau TK hông to do THCS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) đề tài “*Nhận xét kết quả điều trị của phương pháp nhĩ châm kết hợp*

điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống năm 2022 ” nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Bệnh nhân đau thần kinh hông to do THCS.*
2. *Nhận xét kết quả điều trị của phương pháp Nhĩ châm kết hợp Điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do THCS.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

75 bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán trên lâm sàng và chụp Xq là Đau TK hông to do THCS, BN được chẩn đoán YHCT là Yêu cầu thống kê phong hàn thấp có Can thận hư, vào điều trị tại khoa YHCT- TTYT Quận Lê Chân và Bệnh viện YHCT Hải Phòng. BN tự nguyện tham gia NC.

Tiêu chuẩn loại trừ BN:

- + Bệnh nhân có bệnh lý nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân, bệnh nhân Hội chứng thắt lưng hông có chỉ định phẫu thuật.
- + Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid trong vòng 3 tháng gần đây.

+ BN bỏ điều trị giữa chừng ≥ 2 ngày.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm:
 - + Khoa Y học cổ truyền, Trung tâm Y tế quận Lê Chân- Hải phòng.
 - + Bệnh viện Y học cổ truyền Hải phòng.
- Thời gian: 12/2021 – 10/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả một loạt ca bệnh.

BN được điều trị bằng Điện châm kết hợp Nhĩ châm trong 10 ngày, ngày 1 lần 20 phút Điện châm theo công thức huyệt của Bộ

Y tế. Nhĩ châm các điểm: Thận, Can, Tỳ, Cột sống, Thần kinh tọa, Thần môn.

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Bệnh nhân đau TK hông to do THCS: Phân bố Bệnh nhân theo tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, các chỉ số lâm sàng trước điều trị, kết quả chụp Xq cột sống thắt lưng.

BN được lượng giá trước và sau điều trị theo thang điểm VAS; Đánh giá hội chứng cột sống, Đánh giá hội chứng chèn ép rễ: Nghiệm pháp Lasègue, Valleix, Đánh giá các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (bộ câu hỏi ODI).

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được xử lý theo chương trình SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành NC có sự cho phép của Khoa YHCT- Đại học Y Dược Hải Phòng; Khoa Y học cổ truyền, Trung tâm Y tế quận Lê Chân- Hải phòng; Bệnh viện Y học cổ truyền Hải phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Phân bố BN theo tuổi: Trong tổng số 75 BN NC, nhóm tuổi 60-70 chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,7%, thấp nhất là nhóm tuổi dưới 50 là 5,3%. Tuổi TB ở nhóm NC $65,87 \pm 11,08$, thấp nhất là 25, cao nhất là 87 tuổi.

- Thời gian mắc bệnh: thời gian mắc bệnh chủ yếu là trên 1 năm với 50 BN, chiếm tỷ lệ là 66,7%; dưới 1 năm là 25 BN, chiếm tỷ lệ 33,3%.

- Phân bố BN theo giới, nghề nghiệp: Trong 75 BN NC, tỷ lệ BN nữ là 65,3%; nam chiếm 34,7%. Nghề nghiệp của BN chủ yếu tập trung vào nhóm lao động nhẹ, chiếm 73,3%, lao động nặng chiếm 26,7%.

- Triệu chứng lâm sàng trước điều trị: Hội chứng cột sống có điểm TB của nghiệm pháp Schober là $11,64 \pm 0,58$ cm; Hội chứng rễ thần kinh gồm: nghiệm pháp Lasègue dương tính với góc TB là $48,4 \pm 5,52$ độ; số thống điểm Valleix TB là $4,51 \pm 0,5$ điểm; chức năng SHHN giảm với chỉ số ODI TB là $3,99 \pm 0,49$ điểm. Điểm VAS TB trước điều trị là $6,15 \pm 0,63$ điểm.

- Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị: vị trí thoái hóa nhiều nhất ở vị trí L5-S1 với 50,7%; tiếp theo vị trí L4-L5 với 32%; cả 2 vị trí L4-L5, L5-S1 chiếm 17,3%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.1: Sự thay đổi thang điểm VAS trước và sau điều trị

Đặc điểm			Trước điều trị D0		Sau điều trị D10	
			Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Mức độ	Không đau	0 điểm	0	0	0	0
	Đau ít	1 - 3 điểm	0	0	65	86,7
	Đau vừa	4 - 6 điểm	54	72	10	13,3
	Đau nhiều	7 - 10 điểm	21	28	0	0
Tổng			75	100	75	100
Điểm VAS trung bình			6,15 ± 0,63		2,69 ± 0,7	
Độ chênh điểm VAS			3,46 ± 0,5			
p			< 0,05			

Nhận xét: Sau 10 ngày điều trị, Điểm VAS TB giảm $3,46 \pm 0,5$, không còn BN đau nhiều. Sự khác biệt về mức độ đau trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Sự cải thiện chức năng SHHN (ODI) trước và sau điều trị

Đặc điểm			Trước điều trị D0		Sau điều trị D10	
			Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Mức độ	Hạn chế nặng	5 - 6 điểm	6	8	0	0
	Hạn chế vừa	4 - 4,9 điểm	30	40	0	0
	Hạn chế nhẹ	3 - 3,9 điểm	39	52	10	13,3
	Bình thường	< 3 điểm	0	0	65	86,7
Tổng			75	100	75	100
Điểm trung bình chỉ số ODI			3,99 ± 0,49		1,84 ± 0,59	
Độ chênh chỉ số ODI			2,15 ± 0,47			
p			< 0,05			

Nhận xét: Sau điều trị các chức năng SHHN tăng 2,15 ± 0,47 điểm. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.3: Nghiệm pháp Schober trước và sau điều trị

Nghiệm pháp Schober			Trước điều trị D0		Sau điều trị D10	
			Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Mức độ	Bình thường	≥ 4cm	0	0	16	21,3
	Giảm nhẹ	3- 4cm	4	5,4	55	73,3
	Giảm vừa	2- 3cm	40	53,3	4	5,4
	Giảm nặng	< 2cm	31	41,3	0	0
Điểm TB độ giãn CSTL			11,64 ± 0,58		13,16 ± 0,49	
Độ chênh độ giãn CSTL			1,52 ± 0,53			
p			< 0,05			

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy sau điều trị, chủ yếu BN ở mức độ giảm nhẹ là 73,3%; BN về mức bình thường là 21,3%, với độ chênh độ giãn CSTL là 1,52 ± 0,53 ($p < 0,05$).

Bảng 3.4: Nghiệm pháp Lasègue trước và sau điều trị

Đặc điểm			Trước điều trị D0		Sau điều trị D10	
			Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Mức độ	Bình thường	$\geq 70^0$	0	0	25	33,3
	Giảm nhẹ	$60^0 - 69^0$	7	9,3	45	60
	Giảm vừa	$40^0 - 59^0$	68	90,7	5	6,7
	Giảm nặng	$< 40^0$	0	0	0	0
Tổng			75	100	75	100
Điểm trung bình Lasègue			48,4 $\pm$ 5,52		65,53 $\pm$ 6,66	
Độ chênh Lasègue			17,13 $\pm$ 3,96			
p			< 0,05			

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy điểm TB Lasègue sau 10 ngày điều trị tăng 17,13 ± 3,96 độ. Sự thay đổi NP Lasègue trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5: Số điểm đau Valleix trước và sau điều trị

Số điểm đau Valleix			Trước điều trị D0		Sau điều trị D10	
			N=48	Tỉ lệ %	N=48	Tỉ lệ %
Mức độ	Tốt	0 điểm đau	0	0	0	0
	Khá	1 điểm đau	0	0	15	20
	Trung bình	2- 3 điểm đau	0	0	60	80
	Kém	4- 5 điểm đau	75	100	0	0
Số trung bình điểm đau Valleix			4,51 ± 0,5		2,04 ± 0,67	
Độ chênh số điểm đau Valleix			2,47 ± 0,62			
p			< 0,05			

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy trước điều trị, số điểm đau Valleix có 100% BN ở mức độ kém. Sau 10 ngày điều trị hết tỷ lệ kém, chuyển 20% khá và 80% TB ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Bàn luận về tuổi, giới

BN trong NC gặp nhiều nhất ở độ tuổi từ 60 đến 70 tuổi. Tuổi TB là $65,87 \pm 11,08$ tuổi, thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 87 tuổi. NC trên 75 BN cho thấy tỷ lệ nữ 65,3%; nam chiếm 34,7%. Kết quả này gần tương đương với Lê Thị Hòe với tỷ lệ nữ chiếm 73,3%[2], Nguyễn Hải Nam kết quả ở cả hai nhóm NC và nhóm chứng tỷ lệ nữ đều chiếm 72,5%[4]

4.1.2. Bàn luận về nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh

Trong NC của chúng tôi, nhóm bệnh nhân lao động nhẹ có tỷ lệ 73,3%, lao động nặng chiếm 26,7%. Kết quả này tương đương với NC của các tác giả: Nguyễn Hải Nam (2019) tỷ lệ lao động nhẹ chiếm 72,5% ở nhóm NC, 80% ở nhóm chứng; Cồ Bá Tuấn (2020) tỷ lệ nhóm thuộc lao động trí óc chiếm 63,33% ở nhóm NC[8]. Thời gian mắc bệnh trong NC chủ yếu là trên 1 năm với 66,7%; dưới 1 năm là 33,3%. Tác giả Lê Thị Hòe (2016) có 80% BN có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng ở nhóm NC, nhóm chứng

là 73,3%[2]; Đỗ Thị Kim Ngân (2021) tỷ lệ này chiếm 56,7% ở nhóm NC và 70% nhóm chứng [5]

4.1.3. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị.

75 BN trong NC đều có các triệu chứng lâm sàng điển hình của hội chứng thắt lưng hông bao gồm Hội chứng cột sống có điểm TB độ giãn cột sống giảm với $11,64 \pm 0,58$ cm. Hội chứng rễ TK: Nghiệm pháp Lasègue dương tính với góc TB là $48,4 \pm 5,52$ độ; hệ thống điểm Valleix TB là $4,51 \pm 0,5$ điểm; chức năng SHHN giảm với chỉ số ODI trung bình là $3,99 \pm 0,49$ điểm. Điểm VAS TB trước điều trị là $6,15 \pm 0,63$. Kết quả này tương đồng với NC của Đỗ Thị Kim Ngân có điểm đau theo thang điểm VAS TB ở nhóm NC là $6,2 \pm 1,1$; nhóm chứng $6,5 \pm 1,1$ [5].

4.1.4. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy, vị trí thoái hóa nhiều nhất ở vị trí L5-S1 với 50,7%; tiếp theo vị trí L4-L5 với 32%; cả 2 vị trí L4-L5, L5-S1 chiếm 17,3%. Phù hợp với kết quả của tác giả Hoàng Thị Thơ với tổn thương rễ L5-S1 chiếm 59,3%; L4-L5 có tỷ lệ 21,9%; cả 2 vị trí chiếm 18,9%[6].

4.2. Bàn luận về kết quả điều trị

4.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS và Sự cải thiện chức năng SHHN (ODI) trước và sau điều trị:

Sau 10 ngày điều trị, Điểm VAS trung bình giảm $3,46 \pm 0,5$ điểm. Nhóm đau vừa từ 72% xuống 13,3%. Không còn BN đau nhiều. Sự khác biệt về mức độ đau trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả NC tương đồng với Đỗ Thị Kim Ngân sau 10 ngày điều trị điểm VAS trung bình giảm ở nhóm NC còn $3,4 \pm 0,8$. Sau 10 ngày điều trị chức năng SHHN được cải thiện rõ rệt, điểm TB giảm xuống còn $1,84 \pm 0,59$ điểm với độ chênh $2,15 \pm 0,47$ điểm. Số BN có chức năng SHHN bình thường chiếm 86,7%; hạn chế nhẹ chiếm 13,3%; không có hạn chế vừa và nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Thuần (2016) sau 2 tuần chỉ số SHHN ở mức rất tốt chiếm 3,3%, tốt chiếm 83,3% và 13,3% ở mức TB, phù hợp với NC của chúng tôi[7]. Kết quả này cho thấy hiệu quả giảm đau của phương pháp tương đối tốt, từ đó chức năng SHHN được cải thiện rõ.

4.2.2. Hiệu quả điều trị hội chứng cột sống: Nghiệm pháp Schober:

Sau 10 ngày điều trị chỉ số Schober tăng $1,52 \pm 0,53$ cm với TB độ giãn CSTL là $13,16 \pm 0,49$ cm. Kết quả này tương đương với kết quả NC Nguyễn Hải Nam nhóm NC độ giãn CSTL trung bình sau điều trị là $13,15 \pm 1,05$ cm[4].

4.2.3. Hiệu quả điều trị hội chứng rễ thần kinh:

Sau 10 ngày điều trị Lasègue TB từ $48,4 \pm 5,52$ độ tăng lên $65,53 \pm 6,66$ độ. Tỷ lệ BN về bình thường là 33,3%; ở mức nhẹ là 60%; mức vừa là 6,7%. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với NC của Đỗ Thị Kim Ngân sau điều trị

nhóm NC cũng tăng lên $67,6 \pm 5,7$ độ. Sau 10 ngày điều trị, điểm Valleix hết tỷ lệ kém, chuyển 80% TB và 20% khá với số điểm TB giảm còn $2,04 \pm 0,67$ điểm. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Hải Nam sau 14 ngày điều trị số điểm đau Valleix của nhóm NC là $2,2 \pm 0,56$ điểm. Kết quả điều trị phản ánh sự cải thiện rõ rệt hội chứng rễ TK sau điều trị bằng Nhĩ châm kết hợp Điện châm.

V. KẾT LUẬN

Qua NC 75 BN đau dây TK hông to do THCS, chúng tôi nhận thấy độ tuổi chủ yếu từ 60 đến 70 tuổi, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn với 65,3%. Nghề nghiệp chủ yếu là nhóm lao động nhẹ với 73,3%. Thời gian mắc bệnh chủ yếu là trên 1 năm với 66,7%. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị của BN bao gồm: Hội chứng cột sống (+). Hội chứng rễ TK (+). Chức năng sinh hoạt giảm, phần lớn ở mức độ hạn chế vừa. Trên phim chụp XQ chủ yếu thoái hoá vị trí L5-S1 với 50,7%. Qua 10 ngày điều trị bằng Điện châm kết hợp Nhĩ châm, triệu chứng đau được cải thiện rõ rệt, mức độ đau VAS giảm $3,46 \pm 0,5$ điểm. Nghiệm pháp Lasègue tăng từ $48,4 \pm 5,52$ lên $65,53 \pm 6,66$ độ. Chỉ số chức năng sinh hoạt ODI giảm $2,15 \pm 0,47$ điểm.

VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu để đánh giá hiệu quả lâm sàng của phương pháp điều trị với cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn và có nhóm đối chứng để hoàn thiện quy trình điều trị của phương pháp nhĩ châm kết hợp điện châm cho bệnh nhân đau TK hông to do thoái hóa CSTL, từ đó

phương pháp được áp dụng rộng rãi hơn trong điều trị YHCT.

VII. 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.22.194.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đăng**, Thực hành thần kinh, các bệnh và hội chứng thường học, Nhà xuất bản Y học (2007), p308-330.
2. **Lê Thị Hòe**, Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh hông to bằng thủy châm Golvaska kết hợp với “Độc hoạt tang ký sinh thang” và điện châm, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II (2016), p41-53.
3. **Nguyễn Nhượng Kim**, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Nhà xuất bản Y học (2017). p86.
4. **Nguyễn Hải Nam**, Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị đau thần kinh hông to bằng viên nang Totcos, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội (2019),p 37-45.
5. **Đỗ Thị Kim Ngân**, Đánh giá tác dụng điều trị của phương pháp Laser châm trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông to do thoái hóa cột sống, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội (2021),p 45-52, 92.
6. **Hoàng Thị Thơ**, Đánh giá tác dụng của viên hoàn TD0015 kết hợp điện châm trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội (2017), p62; 37.
7. **Trần Văn Thuấn**, Đánh giá tác dụng thủy châm Alton C.M.P kết hợp “Cam khương linh truyệt thang” trong điều trị đau dây thần kinh hông to”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội (2016),p 44-52.
8. **Cồ Bá Tuấn**, Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với thủy châm Mecobalamin trên bệnh nhân đau dây thần kinh hông to, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội (2020),p 67-40.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân¹, Phạm Việt Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tình trạng rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim mạn tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả trên 101 bệnh nhân từ 9/2021 đến tháng 3/2022, thu thập các đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim, điện tim, khảo sát các đặc điểm rối loạn giấc ngủ, phân tích tìm các yếu tố liên quan. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình $66,45 \pm 12,32$, nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ thường gặp: tăng huyết áp (57,4%), bệnh mạch vành (40,6%), rung nhĩ (30,7%), bệnh van tim (31,7%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: khó thở về đêm (60,4%), ho về đêm (84,2%), khó thở khi gắng sức (83,2%), phù chi (62,4%). Suy tim giai đoạn C (63,4%); suy tim phân số tổng máu giảm 43,6%, giảm nhẹ 27,8%, bảo tồn 28,7%. Các dấu hiệu rối loạn giấc ngủ gặp nhiều: thức dậy sớm mức độ ít (34,7%), khó vào giấc ngủ mức độ ít (29,7%) và khó duy trì giấc ngủ mức độ trung bình (27,7%). 42,6% bệnh nhân không hài lòng với giấc ngủ, 63,3% bệnh nhân có ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, 67,3% lo lắng về giấc ngủ. 38,6% có rối loạn giấc ngủ

nói chung ở mức độ nhẹ. Không có mối liên quan giữa giới, cân nặng, phân số tổng máu với rối loạn giấc ngủ. Suy tim giai đoạn C, D làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ 2,79 lần (OR=2,79, 95%CI: 1,14-6,81, p=0,02). **Kết luận:** Ở bệnh nhân suy tim mạn tính, khó thở về đêm, ho về đêm, khó thở gắng sức và phù chi là các triệu chứng thường gặp. Suy tim giai đoạn C, D là yếu tố làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ.

Từ khóa: liên quan, rối loạn giấc ngủ, suy tim.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, INSOMNIA STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: to evaluate the characteristic of clinical and subclinical manifestation, insomnia status and some related factors in patients with chronic heart failure at Viet Tiep Friendship Hospital. **Subjects and methods:** a descriptive study on 101 patients who was hospitalized from September 2021 to March 2022; collect information on: clinical characteristics, echocardiography, electrocardiogram, insomnia characteristics; analyse to find related factors. **Results:** Mean age was 66.45 ± 12.32 , the ratio of male sex was higher. Common causes and risk factors were hypertension (57.4%), coronary heart disease (40.6%), atrial fibrillation (30.7%), valvular heart disease (31.7%). Common clinical

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân

Email: vmantan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

symptoms and signs were nocturnal dyspnea (60.4%), nocturnal cough (84.2%), exertional dyspnea (83.2%), edema (62.4%). The rate of stage C heart failure was 63.4%; the rate of heart failure with reduced ejection fraction was 43.6%, slightly reduced ejection fraction was 27.8%, preserved ejection fraction was 28.7%. Most common signs of insomnia were early arousal – mild level (34.7%), sleep-onset difficulties – mild level (29.7%) and difficulty in maintaining sleep - moderate level (27.7%). 42.6% of patients were unsatisfied with their sleep, the rate of impacted quality of life was 63.3%, of anxiety about their sleep was 67.3%. 38.6% of patients had mild sleep disturbance. There was no association between gender, weight, ejection fraction and insomnia status. Stage C, D heart failure increased the risk of insomnia 2.79 times (OR= 2.79, 95% CI: 1.14-6.81, p=0.02).

Conclusion: In patients with chronic heart failure, most common clinical signs are nocturnal dyspnea, nocturnal cough, exertional dyspnea, and extremity edema. Stage C, D heart failure is a risk factor of insomnia.

Keywords: heart failure, insomnia, relation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là tiến triển cuối cùng của các bệnh lý tim mạch. Suy tim xảy ra khi tim không đủ khả năng đảm bảo một lượng máu hoàn hảo cho các hoạt động của cơ thể. Đây là một vấn đề sức khỏe toàn cầu do sự gia tăng nhanh của suy tim, cùng với sự gia tăng của các bệnh lý tim mạch chuyển hóa.

Suy tim gây ra nhiều hệ lụy, ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Một trong những hệ lụy đó là rối loạn giấc ngủ. Một số nghiên cứu đã công bố cho thấy

khoảng 70% số bệnh nhân suy tim mạn tính bị mất ngủ [1]. Rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân suy tim có tác động tiêu cực đến sức khỏe thể chất, mức độ nhận thức, hoạt động hàng ngày, sức khỏe tâm thần cũng như tiến triển của bệnh [2], [3]. Bệnh nhân suy tim có rối loạn giấc ngủ giảm khả năng đối mặt và giải quyết các vấn đề mới phát sinh, giảm mức độ tỉnh táo và ghi nhớ, dẫn đến giảm tuân thủ điều trị và tự chăm sóc sức khỏe [4-8]. Việc tìm hiểu các yếu tố liên quan giữa các đặc điểm suy tim và rối loạn giấc ngủ, từ đó có biện pháp can thiệp sớm sẽ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và tiên lượng bệnh nhân suy tim mạn tính. Đề tài vì vậy được tiến hành với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim mạn tính tại Khoa tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 09/2021 đến 3/2022.*

2. *Nhận xét đặc điểm rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Gồm 101 bệnh nhân suy tim mạn tính nhập viện khoa Tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2021 đến 3/2022, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn Framingham; đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hôn mê hoặc thở máy không thể khai thác dấu hiệu rối loạn giấc ngủ; không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cơ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Mẫu toàn bộ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tích lũy đủ thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Các chỉ số/ biến số nghiên cứu và phương pháp đánh giá

+ Các chỉ số/ biến số phục vụ mục tiêu 1:

- Tuổi: tính theo số năm. Phân chia tuổi bệnh nhân thành các nhóm tuổi: <40; 40-59; 60-69; 70-79; ≥80; Giới: nam và nữ.

- Tiền sử và các yếu tố nguy cơ tim mạch: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, rung nhĩ/ cuồng nhĩ, hút thuốc lá/lào

- Các triệu chứng suy tim theo Framingham: khó thở kịch phát về đêm, tĩnh mạch cổ nổi, ran ẩm phổi, phù phổi cấp, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ, giảm >5,5kg sau 5 ngày điều trị, phù chi, ho về đêm, gan to, tràn dịch màng phổi, nhịp tim nhanh >120ck/p.

- Phân suy tim 4 giai đoạn (A, B, C, D)

- Các thông số siêu âm tim: Đường kính nhĩ trái, đường kính thất trái cuối tâm thu, phân số tổng máu (EF%), đường kính thất phải, chỉ số TAPSE

- Các thông số điện tim: trục trái/phải, tăng gánh thất trái/phải

+ Các chỉ số/ biến số phục vụ mục tiêu 2:

- Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ: 1a)

Khó vào giấc; 1b) Khó duy trì giấc ngủ; 1c) Thức dậy sớm vào buổi sáng

- Phản ứng của bệnh nhân về tình trạng rối loạn giấc ngủ: 2) Mức độ hài lòng về giấc ngủ hiện tại; 3) Ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày; 4) Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống; 5) Mức độ lo lắng về tình trạng rối loạn giấc ngủ.

Mỗi mục trong số 7 mục được đánh giá trên thang điểm Likert 5 điểm (0: không có; 1: ít; 2: trung bình; 3: nhiều; 4: rất nhiều). Tổng điểm nhận được bằng cách cộng điểm của 7 mục (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5), thay đổi từ 0 đến 28. Đánh giá các mức độ các mức độ:

0-7 = Không rối loạn giấc ngủ

8-14 = Rối loạn giấc ngủ dưới lâm sàng (nhẹ)

15-21 = Rối loạn giấc ngủ lâm sàng (trung bình)

22-28 = Rối loạn giấc ngủ lâm sàng (nặng)

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn giấc ngủ và phân chia các mức độ theo Morin C.

2.2.5. Xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Microsoft EXCEL 2019 và SPSS 25.0.

- Tính giá trị $\bar{X} \pm SD$ với các biến liên tục. Tính giá trị phần trăm với các biến logical. Tính chỉ số OR (odds ratio) để đánh giá liên quan giữa các yếu tố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=101)		Kết quả
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)		66,45 $\pm$ 12,32
Lứa tuổi (n, %)	< 40	3 (2,9)
	40-49	4 (3,9)
	50-59	15 (14,9)
	60-69	38 (37,6)
	70-79	26 (25,7)
	≥ 80	15 (14,9)
Giới tính (n, %)	Nam	64 (63,4)
	Nữ	37 (36,6)
Bệnh mạch vành (n, %)		26 (25,7)
Rung nhĩ (n, %)		31 (30,7)
Bệnh van tim (n, %)		32 (31,7)
Bệnh tim bẩm sinh (n, %)		3 (2,9)
Tăng huyết áp (n, %)		58 (57,4)
Đái tháo đường (n, %)		27 (26,7)
Hút thuốc lá/lão(n, %)		45 (44,6)

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng nghiên cứu có tuổi ≥ 50 (93%), nam nhiều hơn nữ. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n= 101)	n	%
Khó thở về đêm	61	60,4
Tĩnh mạch cổ nổi	7	6,9
Ran ẩm	45	44,6
Tim to trên siêu âm tim/Xquang ngực	66	65,3
Phù phổi cấp	7	6,9
Tiếng ngựa phi	0	0
Áp lực tĩnh mạch trung tâm > 16 cm H ₂ O	0	0
Phản hồi gan – tĩnh mạch cổ	7	6,9
Giảm > 4,5kg sau 5 ngày điều trị	2	1,9
Phù chi	63	62,4
Ho về đêm	85	84,2
Khó thở khi gắng sức	84	83,2
Gan to	13	12,9
Tràn dịch màng phổi	10	9,9
Dung tích khí sống giảm >33% lý thuyết	0	0
Nhịp tim nhanh (>120ck/phút)	19	18,8

Nhận xét: Các biểu hiện suy tim thường gặp nhất là: ho về đêm, khó thở khi gắng sức, tim to, khó thở về đêm, phù chi

Bảng 3.3. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo giai đoạn suy tim của ACC/AHA

Giai đoạn suy tim (n=101)	n	%
Giai đoạn A	0	0
Giai đoạn B	35	34,7
Giai đoạn C	64	63,4
Giai đoạn D	2	1,9

Nhận xét: Đa số các đối tượng nghiên cứu là suy tim ở giai đoạn C

Bảng 3.4. Đặc điểm siêu âm tim của các đối tượng nghiên cứu

Thông số (n=101)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Cao nhất	Thấp nhất
Kích thước nhĩ trái (mm)	44,93 $\pm$ 13,40	25	139
Kích thước thất trái cuối tâm trương (mm)	58,67 $\pm$ 12,90	32	113
Phân số tổng máu EF%	41,47 $\pm$ 12,64	12	67
Kích thước thất phải (mm)	28,10 $\pm$ 4,91	18	43
Áp lực động mạch phổi tâm thu (mmHg)	25,65 $\pm$ 12,92	11	73
Chỉ số TAPSE (mm)	18,26 $\pm$ 6,47	12	25

Nhận xét: Kích thước trung bình các buồng tim tăng so với giá trị bình thường; phân số tổng máu EF% trung bình giảm so với giá trị bình thường

Bảng 3.5. Đặc điểm điện tâm đồ của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=101)	n	%
Trục trái	25	24,6
Trục phải	11	10,9
Tăng gánh thất trái	18	17,8
Tăng gánh thất phải	5	4,9

Nhận xét: Trục trái và tăng gánh thất trái là các bất thường điện tâm đồ gặp nhiều nhất

3.2. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ và các yếu tố liên quan

Bảng 3.6. Mức độ triệu chứng rối loạn giấc ngủ và phản ứng của bệnh nhân

Đặc điểm (n=101)	Không		Ít		Vừa		Nhiều		Rất nhiều	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Khó vào giấc ngủ	11	10,9	30	29,7	28	27,7	29	28,7	3	2,9
Khó duy trì giấc ngủ	20	19,8	24	23,8	28	27,7	26	25,7	3	2,9
Thức giấc sớm vào buổi sáng	9	8,9	35	34,7	32	31,7	22	21,8	3	2,9
Không hài lòng với giấc ngủ hiện tại	13	12,9	30	29,7	26	25,7	27	26,7	5	4,9
Ảnh hưởng hoạt động hàng ngày	34	33,7	32	31,7	19	18,8	16	15,8	0	0
Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống	21	20,8	16	15,8	28	27,7	28	27,7	8	7,9
Lo lắng về tình trạng rối loạn giấc ngủ	33	32,7	34	33,7	18	17,8	15	14,9	1	0,9

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng nghiên cứu có ít nhất một trong số các triệu chứng : khó vào giấc (89,1%), khó duy trì giấc ngủ (80,2%), thức giấc sớm buổi sáng (91,1%). Hầu hết bệnh nhân đều không hài lòng và lo lắng về tình trạng rối loạn giấc ngủ hiện tại, thấy ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống

Bảng 3.7. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo mức độ rối loạn giấc ngủ

Mức độ rối loạn giấc ngủ (n=101)	n	%
Không rối loạn giấc ngủ	28	27,7
Rối loạn mức độ nhẹ	39	38,6
Rối loạn mức độ vừa	24	23,8
Rối loạn mức độ nặng	10	9,9
Tổng cộng	101	100

Nhận xét: Rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa một số yếu tố và rối loạn giấc ngủ

Yếu tố liên quan		Rối loạn giấc ngủ	Không rối loạn giấc ngủ	Tổng	OR 95%CI p
Giới	Nữ	45	18	63	0,93
	Nam	27	11	38	0,37-2,23
	Tổng	72	29	101	0,87
Thừa cân	Có	45	20	65	0,75
	Không	27	9	36	0,3-1,89
	Tổng	72	29	101	0,54
Phân số tổng máu <40%	Có	32	12	42	1,13
	Không	40	17	58	0,47-2,71
	Tổng	72	29	101	0,78
Giai đoạn suy tim	A + B	52	14	66	2,79
	C + D	20	15	35	1,14-6,8
	Tổng	72	29	101	0,02

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa giới tính, thừa cân và phân số tổng máu tới tình trạng rối loạn giấc ngủ. Suy tim giai đoạn C và D làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn giấc ngủ lên 2,79 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $66,45 \pm 12,32$, hầu hết là lứa tuổi ≥ 50 (93%), nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Kết quả này phù hợp với các thống kê dịch tễ học ở Hoa Kỳ,

châu Âu và nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, phù hợp với tuổi thọ người Việt Nam tăng lên trong những năm gần đây, đi kèm với đó là sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ dẫn đến suy tim.

Khi tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân suy tim, chúng tôi gặp tỷ lệ tăng huyết áp khá cao (57,4%). Tăng huyết áp là nguyên nhân thường gặp gây ra suy tim thông qua sự biến đổi cấu trúc và chức năng

tim thầm lặng. Các yếu tố khác cũng gặp khá nhiều như bệnh mạch vành, rung nhĩ.

Bệnh nhân suy tim thường có các biểu hiện lâm sàng phong phú. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Framingham với các nhóm triệu chứng chính và phụ. Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.2 cho thấy các triệu chứng lâm sàng thường gặp là khó thở về đêm (60,4%), ho về đêm (84,2%), khó thở khi gắng sức (83,2%), phù chi (62,4%). Kết quả này cũng tương tự các báo cáo trong và ngoài nước khác. Đây cũng chính là các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân suy tim, buộc phải đến khám bệnh tại các cơ sở y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết là suy tim giai đoạn C (63,4%), giai đoạn mà các triệu chứng lâm sàng cũng như các biến đổi cấu trúc và chức năng tim biểu hiện rõ ràng.

Về các đặc điểm cận lâm sàng, kết quả ở bảng 3.4 và 3.5 cho thấy các biến đổi cận lâm sàng thường gặp là tăng kích thước các buồng tim, giảm chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim; trục trái và tăng gánh thất trái trên điện tâm đồ. Kết quả từ các bảng này phù hợp với kết quả ở bảng 3.4, khi hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn B và C,

4.2. Nhận xét về đặc điểm rối loạn giấc ngủ và các yếu tố liên quan của các đối tượng nghiên cứu

Rối loạn giấc ngủ là một trong những biểu hiện hay gặp ở những bệnh nhân bệnh mạn tính, trong đó có suy tim, thường làm trầm trọng thêm tình trạng sức khỏe ở các bệnh nhân này. Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.6 cho thấy: hầu hết các đối tượng nghiên cứu có ít nhất một trong số các triệu chứng: khó vào giấc (89,1%), khó duy trì giấc ngủ (80,2%), thức giấc sớm buổi sáng (91,1%). Hầu hết bệnh nhân đều không hài lòng và lo

lắng về tình trạng rối loạn giấc ngủ hiện tại, thấy ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống. Kết quả từ bảng 3.7 cũng cho thấy hầu hết có rối loạn giấc ngủ ở mức độ nhẹ. Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu đã được công bố của Redeker, N.S, Chimluang, J., Y.

Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ làm gia tăng tình trạng rối loạn giấc ngủ sẽ giúp có những can thiệp điều trị kịp thời. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: không có mối liên quan giữa giới tính, thừa cân và phân số tổng máu tới tình trạng rối loạn giấc ngủ (OR: 0,93 ; 95%CI: 0,37-2,23; p=0,87; OR: 0,75; 95%CI: 0,3-1,89; p=0,54; OR: 1,13; 95%CI: 0,47-2,71; p=0,78), trong khi suy tim giai đoạn C và D làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn giấc ngủ lên 2,79 lần (OR: 2,79; 95%CI: 1,14-6,8; p=0,02). Như vậy, cần khảo sát một các hệ thống tình trạng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng để có thể có các can thiệp điều trị bằng các phương pháp khác nhau nhằm cải thiện chất lượng sống cho các bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 101 bệnh nhân suy tim mạn tính tạo bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình $66,45 \pm 12,32$, nam nhiều hơn nữ.

- Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ thường gặp: tăng huyết áp (57,4%), rung nhĩ (30,7%), bệnh mạch vành (25,7%) và bệnh van tim (31,7%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: khó thở về đêm (60,4%), ho về đêm (84,2%), khó thở khi gắng sức (83,2%), phù chi (62,4%). Đa số là suy tim giai đoạn C (63,4%).

- Phân số tổng máu trung bình $41,47 \pm 12,64\%$, suy tim phân số tổng máu giảm $43,6\%$, giảm nhẹ $27,8\%$, bảo tồn $28,7\%$.

5.2. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ và các yếu tố liên quan

- Các dấu hiệu rối loạn giấc ngủ gặp nhiều: thức dậy sớm mức độ ít ($34,7\%$), khó vào giấc ngủ mức độ ít ($29,7\%$) và khó duy trì giấc ngủ mức độ trung bình ($27,7\%$). $42,6\%$ bệnh nhân không hài lòng với giấc ngủ, $63,3\%$ bệnh nhân có ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, $67,3\%$ lo lắng về giấc ngủ. $38,6\%$ có rối loạn giấc ngủ nói chung ở mức độ nhẹ.

- Không có mối liên quan giữa giới, cân nặng, phân số tổng máu với rối loạn giấc ngủ. Suy tim giai đoạn C, D làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ 2,79 lần (OR=2,79, 95%CI: 1,14-6,81, p=0,02).

VI. 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.22.77.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Türoff, A.; Thiem, U.; Fox, H.; Spießhöfer, J.; Bitter, T.; Tamisier, R.; Punjabi, N.M.; Horstkotte, D.; Oldenburg, O. Sleep duration and quality in heart failure patients. *Sleep Breath* 2017, 21, 919–927
2. Zuurbier, L.A.; Luik, A.L.; Leening, M.J.; Hofman, A.; Freak-Poli, R.; Franco, O.H.; Stricker, B.H.; Tiemeier, H. Associations of Heart Failure with Sleep Quality: The Rotterdam Study. *J. Clin. Sleep Med.* 2015, 11, 117–121.
3. Lee, K.S.; Lennie, T.A.; Heo, S.; Song, E.K.; Moser, D.K. Prognostic importance of sleep quality in patients with heart failure. *Am.J. Crit. Care.* 2016, 25, 516–525
4. Moradi, M.; Mehrdad, N.; Nikpour, S.; Haghani, H.; Aalaa, M.; Sanjari, M.; Sharifi, F. Sleep quality and associated factors among patients with chronic heart failure in Iran. *Med. J. Islam Repub Iran.* 2014, 28, 149
5. Andrews, L.K.; Coviello, J.; Hurley, E.; Rose, L.; Redeker, N.S. “I’d eat a bucket of nails if you told me it would help me sleep”. Perceptions of insomnia and its treatment in patients with stable heart failure. *Heart Lung* 2013, 42, 339–345
6. Moon, C.; Phelan, C.; Lauver, D.R.; Bratzke, L. Is sleep Quality related to cognition in individuals with heart failure? *Heart Lung.* 2015, 44, 212–218.
7. Juárez-Vela, R.; Sarabia Cobo, C.M.; Antón Solanas, I.; Vellone, E.; Durante, A.; Gea Caballero, V.; Pérez Calvo, J.I. Investigando el autocuidado en una muestra de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada: Un estudio transversal. *Rev. Clin. Esp.* 2019, 219, 7
8. García, S.; Alosco, M.L.; Spitznagel, M.B. Poor sleep quality and reduced cognitive function in persons with heart failure. *Int. J. Cardiol.* 2012, 156, 248–249

THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỦA SINH VIÊN TÌNH NGUYỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG THAM GIA PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19 NĂM 2021

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Phạm Thị Thu Hương¹,
Đỗ Thị Lan Anh¹, Nguyễn Hải Ninh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên tình nguyện trường Đại học Y Dược Hải Phòng tham gia phòng chống dịch Covid-19 năm 2021. Nghiên cứu mô tả cắt ngang với tổng số 231 sinh viên, kết quả cho thấy điểm trung bình của các dấu hiệu lo âu $9,68 \pm 5,50$; điểm trầm cảm là $3,69 \pm 5,23$ và căng thẳng là $7,52 \pm 6,22$ điểm. Tỷ lệ sinh viên lo âu mức độ vừa chiếm 38,53%, nặng và rất nặng 14,3%. Trầm cảm mức độ nhẹ 9,52%, nặng và rất nặng đều là 0,87%. Tỷ lệ sinh viên căng thẳng mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 6,06%, 2,60% và 1,73%.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần; sinh viên tình nguyện; phòng dịch Covid-19

SUMMARY

MENTAL HEALTH OF VOLUNTEER STUDENTS OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY PARTICIPATING IN THE PREVENTION OF COVID-19 PANDEMIC IN 2021

This study aims to describe the mental health of volunteer students of Hai Phong University of

Medicine and Pharmacy participating in the prevention of Covid-19 pandemic in 2021. We carry out a cross-sectional descriptive study with a total of 231 students. The results showed that the mean score of anxiety signs was 9.68 ± 5.50 ; depression score was 3.69 ± 5.23 and stress score was 7.52 ± 6.22 . The proportion of students with moderate anxiety accounted for 38.53%, severe and very severe anxiety was 14.3%. Mild depression was 9.52%, severe and very severe were 0.87%. The percentage of students with mild, moderate and severe stress was 6.06%, 2.60% and 1.73%, respectively.

Keywords: mental health; volunteer student; Covid-19 epidemic prevention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào đầu tháng 12 năm 2019, một loại coronavirus mới được xác định là nguyên nhân gây ra một loạt các trường hợp viêm phổi ở Vũ Hán, một thành phố thuộc tỉnh Hồ Bắc của Trung Quốc, và đến ngày 11 tháng 3 năm 2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) chính thức tuyên bố đại dịch COVID-19 [8]. Tại Việt Nam, theo số liệu báo cáo của Bộ Y tế, tính đến ngày 12/12/2022 tổng số ca nhiễm là 11.520.639 ca, khỏi 10.609.621 ca, và tử vong 43.178 ca [1]. Nhân viên y tế các tuyến đảm nhiệm vai trò chống dịch không chỉ gặp các vấn đề về sức khỏe cả về thể chất và các dấu hiệu về sức khỏe tâm thần (SKTT).

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương
Email: ntthuhuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 12.5.2023

Tác giả Huang JZ và cộng sự tiến hành khảo sát về sức khỏe tâm thần trên 230 NVYT tại một bệnh viện truyền nhiễm trong đại dịch COVID-19, cho thấy: Tỷ lệ lo âu ở NVYT là 23,04% và điểm lo âu là $42,91 \pm 10,89$. Trong đó, tỷ lệ lo âu mức độ nặng, vừa phải và nhẹ lần lượt là 2,17%, 4,78% và 16,09%. Tỷ lệ lo âu ở nữ NVYT cao hơn nam ($p=0,045$); điểm lo âu ở nữ cao hơn nam ($p=0,012$). Tỷ lệ lo âu ở điều dưỡng cao hơn so với bác sĩ ($p=0,039$) và điểm lo âu ở điều dưỡng cao hơn so với bác sĩ ($p < 0,001$). Tỷ lệ rối loạn căng thẳng sau sang chấn ở NVYT là 27,39% [7].

Trong các đợt dịch vừa qua, ngoài việc hỗ trợ thành phố Hải Phòng chống dịch tại địa phương, sinh viên Trường Đại học Y Dược Hải Phòng còn tham gia hỗ trợ chống dịch cho các tỉnh khác như Bắc Giang, Bình Dương, Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên tình nguyện Trường Đại học Y Dược Hải Phòng tham gia phòng chống dịch COVID-19 năm 2021”, với mục tiêu mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên tình nguyện tham gia phòng chống dịch COVID-19 năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Sinh viên tham gia chống dịch COVID-19 trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2021 tại các địa phương theo quyết định của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu

Sinh viên nghỉ chống dịch giữa chừng vì lý do cá nhân.

Sinh viên không có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022, thời gian lấy số liệu từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2021 sau khi sinh viên vừa mới kết thúc đợt tình nguyện.

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: 231 sinh viên thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn trong tổng số danh sách 280 sinh viên tham gia chống dịch.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ theo danh sách sinh viên tham gia chống dịch. Trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2021 có tổng số 280 sinh viên tham gia chống dịch COVID-19 tại các địa phương tham gia trả lời bộ câu hỏi, sau khi thu thập số liệu có 231 phiếu hợp lệ

2.6. Phương pháp thu thập thông tin.

Công cụ thu thập thông tin

Bộ công cụ thu thập thông tin gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm tham gia chống dịch của sinh viên.

- Phần 2: Bộ câu hỏi DASS-21 khảo sát các dấu hiệu về SKTT gồm 21 câu bao gồm 3 mục: Stress (7 câu), lo âu (7 câu), trầm cảm (7 câu) [5].

Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp điền phiếu thông tin qua google form đối với đợt sinh viên cách ly sau chống dịch và điền trực tiếp đối với sinh viên tham gia chống dịch không cách ly. Trước khi điều tra

chính thức, tiến hành điều tra thử trên 05 sinh viên để kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi.

Tiêu chuẩn đánh giá

Mức độ lo âu, trầm cảm và stress theo thang điểm DASS

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

Các phiếu điều tra được làm sạch trước khi nhập liệu và xử lý.

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

Sử dụng thuật toán thống kê mô tả: Các giá trị biến định lượng được trình bày giữa dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

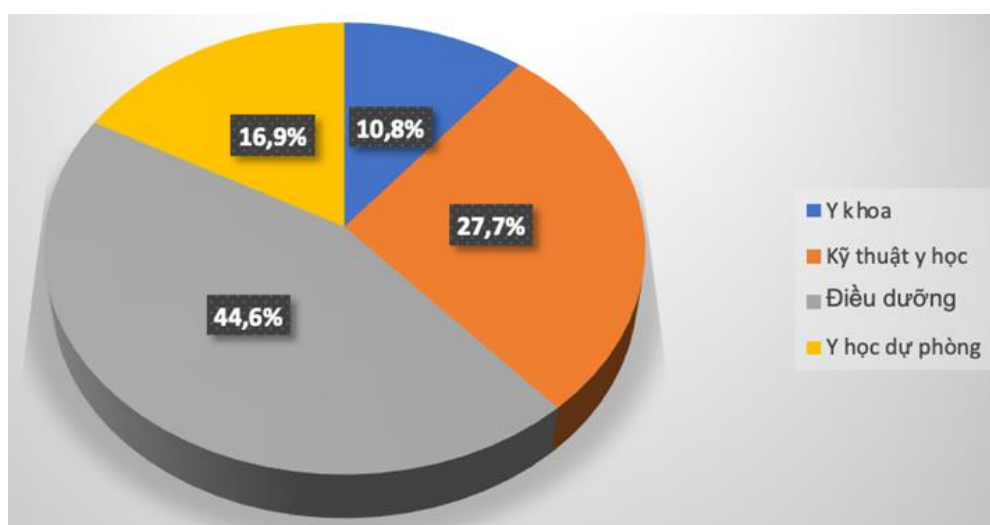
Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của lãnh đạo nhà trường. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khoa học, không làm phương hại đến sức khỏe và an toàn của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy trình thiết kế chặt chẽ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin/dữ liệu về nhân khẩu học (n = 231)

Đặc điểm	Mean (SD)	N	%
Tuổi	22.13(1.3)		
Giới			
Nam		73	31,6
Nữ		158	68,4
Tình trạng tiêm vaccine			
Mũi 1		172	74.4
Mũi 2		0	0
Chưa được tiêm		59	25.6
Tổng		231	100

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của sinh viên là 22,1 tuổi. Sinh viên ít tuổi nhất là 20 và nhiều tuổi nhất là 26 tuổi. Nữ giới chiếm đa số (68,4%) so với nam giới (31,6%).



Hình 1. Phân bố sinh viên tham gia chống dịch COVID-19 theo ngành học (n = 231)

Hình 1 cho biết tỉ lệ sinh viên tham gia chống dịch COVID-19 phân bố theo ngành học trong đó nhiều nhất là sinh viên Điều dưỡng (44,6%), thấp nhất là y khoa (10,8%).

Bảng 2: Thông tin/Dữ liệu về phòng chống dịch (n = 231)

Dữ liệu	Mean (SD)	N	%
Công việc phải làm			
Lấy mẫu		81	35.5
Làm test		10	4.3
Cả hai		124	53.7
Các công việc khác		16	6.9
Mức độ thực hiện			
Biết cách làm		42	18.2
Làm được có giám sát		12	5.2
Làm được độc lập		133	57.6
Dạy được người khác làm		44	19
Tổng thời gian tham gia chống dịch	12.78 (2.2)		
Số giờ làm việc TB/24h	10.5 (2.25)		
Số lượng ca lấy mẫu/24h			
< 100		19	8.2
101 - 300		119	51.5
301 - 500		53	22.9
> 500		40	17.3

Bảng 2 trình bày đặc điểm phòng chống dịch, có 53,7% sinh viên thực hiện cả 2 công việc trên, 35,5% chỉ lấy mẫu và 4,3% chỉ làm test. Có 7,6% sinh viên có thể làm việc độc lập khi thực hiện công việc, tiếp theo là nhóm các sinh viên dạy được người khác làm (19,0%) và biết cách làm (18,2%). Hầu hết sinh viên phải làm trên một trăm mẫu mỗi ngày (91,77%). Trong đó 51,52% lấy từ 101 đến 300 mẫu, 22,94% lấy từ 301 đến 500 mẫu.

Bảng 3. Điểm sức khỏe tâm thần (n = 231)

Phân loại	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
Lo âu	231	9,68	5,50	0	30
Trầm cảm	231	3,69	5,23	0	34
Căng thẳng	231	7,52	6,22	0	32

Bảng 3 cho biết điểm trung bình của các dấu hiệu cụ thể lần lượt là lo âu $9,68 \pm 5,50$; điểm trầm cảm là $3,69 \pm 5,23$ và căng thẳng là $7,52 \pm 6,22$ điểm.

Bảng 4: Tỷ lệ lo âu, trầm cảm, stress của đối tượng nghiên cứu (n=231)

Mức độ	N	%
Lo âu (anxiety)		
Bình thường	77	33,33
Nhẹ	32	13,85
Vừa	89	38,53
Nặng	19	8,23
Rất nặng	14	6,06
Trầm cảm (Depression)		
Bình thường	199	86,15
Nhẹ	22	9,52
Vừa	6	2,60
Nặng	2	0,87
Rất nặng	2	0,87
Căng thẳng (Stress)		
Bình thường	207	89,61
Nhẹ	14	6,06
Vừa	6	2,60
Nặng	4	1,73
Rất nặng	0	0
Tổng	231	100

Bảng 4 cho biết tỷ lệ các dấu hiệu về sức khỏe tâm thần của sinh viên, trong đó lo âu mức độ vừa chiếm 38,53%, nặng và rất nặng chiếm 14,3%%. Mức độ trầm cảm ở mức nặng và rất nặng tương đương nhau đều chiếm 0,87%. Mức độ căng thẳng nặng chiếm 1,73%.

IV. BÀN LUẬN

Thông tin nhân khẩu học của sinh viên

Tổng số 231 trường hợp nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số (68,4%) so với nam giới (31,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước như nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2015, 86,3% đối tượng nghiên cứu là nữ giới, [5] nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014, tỷ lệ này là 80,9% [6]; nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Phượng và các cộng sự trên tổng số 1.232 điều dưỡng tại 63 cơ sở y tế trong Hồ Chí Minh, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nữ cao hơn nam (70,8% so với 29,2%) [7].

Đặc điểm phòng chống dịch của sinh viên

Tình trạng sức khỏe tâm thần (SKTT)

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ công cụ DASS 21 để đánh giá thực trạng SKTT của NVYT, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm lo âu là $9,68 \pm 5,50$; điểm trầm cảm là $3,69 \pm 5,23$; điểm căng thẳng là $7,52 \pm 6,22$. Mỗi phân nhóm SKTT được phân loại làm 5 mức độ là bình thường, nhẹ, vừa, nặng và rất nặng. Ở tình trạng lo âu, nhóm bình thường chiếm 33,33%, vừa chiếm 38,53%. Ở tình trạng trầm cảm, nhóm bình thường chiếm 86,15%, nhẹ chiếm 9,52%. Ở tình trạng căng thẳng, nhóm bình thường chiếm 89,61%, nhẹ chiếm 6,06%, không có người bị rất nặng.

Trong các nghiên cứu của các nhà khoa học, các tác giả trên các đối tượng nghiên cứu khác cùng sử dụng bộ công cụ DASS 21 để đánh giá cho kết quả khác biệt so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyên tiến hành trên 483 đối tượng điều dưỡng viên đã chỉ ra tỷ lệ căng thẳng của điều dưỡng viên Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định là 18,0%, trong đó nhiều nhất là căng thẳng ở mức độ nhẹ (9,1%) và căng thẳng vừa (5,6%) còn nặng và rất nặng chiếm lần lượt 2,3% và 1% [4]; và kết quả của Dương Thành Hiệp tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014 với tỷ lệ căng thẳng của điều dưỡng và hộ sinh là 56,4% [2]. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Phượng và cộng sự về tình trạng lo âu, trầm cảm, căng thẳng của điều dưỡng tham gia phòng chống dịch COVID 19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 cho thấy điều dưỡng tham gia phòng chống dịch COVID

19 bị ảnh hưởng với tỉ lệ lo âu, trầm cảm và căng thẳng lần lượt là 16,2%; 11,9% và 10,9%, yếu tố liên quan đến SKTT của đối tượng được xác định bao gồm tuổi, trình độ và lao động chính trong gia đình [3]; nghiên cứu tiến hành tại 5 bệnh viện lớn tham gia chăm sóc bệnh nhân COVID-19 ở Singapore và Ấn Độ trên tổng số 906 NVYT tham gia khảo sát, 48 người (5,3%) được sàng lọc dương tính với chứng trầm cảm từ trung bình đến rất nặng, 79 (8,7%) mắc chứng lo âu từ trung bình đến cực kỳ nghiêm trọng, 20 (2,2%) mắc chứng lo âu từ trung bình đến cực kỳ nghiêm trọng và 34 (3,8%) đối với mức độ căng thẳng từ trung bình đến nặng [6].

V. KẾT LUẬN

Sinh viên tình nguyện tham gia chống dịch COVID-19 có tỷ lệ lo âu mức độ vừa chiếm 38,53%, nặng và rất nặng chiếm 14,29%. Trầm cảm mức độ nhẹ 9,52%, nặng và rất nặng đều là 0,87%. Tỷ lệ sinh viên căng thẳng mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 6,06%, 2,60% và 1,73%.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả này gợi ý cho nhà trường, các tổ chức thực hiện công tác phòng chống dịch có chính sách quan tâm đến sức khỏe tâm thần của sinh viên, sàng lọc và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2022).** Công thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19, access date 12/12/2022, available at <<https://covid19.gov.vn/>>.

2. **Dương Thành Hiệp.** Tình trạng stress của điều dưỡng, nữ hộ sinh ở 8 khoa lâm sàng tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014 và một số yếu tố liên quan. Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2014.
3. **Huỳnh Thị Phụng, Đỗ Thị Hà, Huỳnh Tân Sơn và cộng sự.** Lo âu, trầm cảm, căng thẳng của Điều dưỡng tham gia phòng chống dịch covid 19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Tạp chí Điều dưỡng. 2021; **8 (2):** 84-91.
4. **Nguyễn Văn Tuyên.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến căng thẳng của điều dưỡng viên lâm sàng của bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2015. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học y tế công cộng, Hà Nội. 2015.
5. **Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, et al.** Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological assessment. 1998; **10 (2):** 176 – 184.
6. **Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al.** A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain Behav Immun. 2020; **88 (4):** 559-565.
7. **Huang JZ, Han MF, Luo TD, et al.** Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020; **38 (3):** 192-195.
8. **WHO (2022).** COVID-19 dashboard, access date 15/10/2022, available at <<https://who.sprinklr.com/>>.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ AC-TH TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II-III CÓ THỤ THỂ HER-2 DƯƠNG TÍNH

Nguyễn Thị Phương Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và ghi nhận một số độc tính của phác đồ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 54 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III có thụ thể Her-2 dương tính được điều trị bằng phác đồ AC-TH tại Trung tâm UB-YHHN, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 1/1/2018 đến 31/10/2022.

Kết quả: Độ tuổi gặp chủ yếu là 50- 59 tuổi, vị trí hay gặp nhất là u ở ¼ trên ngoài chiếm 59,3 %; 2 trường hợp có u đa ổ chiếm 3,7%. Có 77,8% trường hợp là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập; 74,1% bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh (DFS) ước tính theo Kaplan Meier: 36,1 tháng (95% CI 32,1-40,2). Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là: 94,1%; 88,2%; 81,4%. Độc tính hạ bạch cầu thường gặp, chủ yếu độ 1(44,4%), độ 2(33,2%). Tác dụng phụ trên tim mạch ít gặp và thường có phục hồi. **Kết luận:** AC-TH là phác đồ điều trị mang lại hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III có Her-2 dương tính

Từ khóa: ung thư vú, thụ thể Her-2, hỗ trợ, ACTH

SUMMARY

EVALUATE RESULT TREATMENT OUTCOMES OF AC-TH REGIMEN ON HER-2 POSITIVE STAGE II-III BREAST CANCER

Objectives: The aim of this study was to assess the treatment outcomes and record the toxicity profile of the regimen. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted on 54 patients with Her-2 positive stage II-III breast cancer who were treated with the AC-TH regimen at Viet Tiep Hospital from January 1, 2018 to October 31, 2022. **The results:** The majority of patients belonged to the age group of 50-59 years, with the most commonly affected tumor location being the outer quadrant, accounting for 59.3% of cases and multifocal tumors were observed in 3.7% of cases. Invasive ductal carcinoma was the most common histological subtype, accounting for 77.8% of cases, and 74.1% of patients had estrogen receptor-positive tumors. The estimated disease-free survival (DFS) based on Kaplan Meier analysis was 36.1 months (95% CI 32.1-40.2). The corresponding one-year, two-year, and three-year disease-free survival rates were 94.1%, 88.2%, and 81.4%, respectively. Hematologic toxicity, particularly neutropenia, was commonly observed, with grade 1 neutropenia accounting for 44.4% of cases and grade 2 neutropenia accounting for 33.2% of cases. Cardiac toxicity were infrequent and generally reversible. **Conclusion:** The AC-TH regimen was found to be effective and safe for the treatment of Her-2 positive stage II-III breast cancer patients.

Keywords: Breast cancer, Her-2/neu, adjuvant, AC-TH

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: ntpuongthao@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau ung thư phổi tại các nước trên thế giới.

Theo GLOBOCAN năm 2018, trên toàn thế giới ghi nhận có hơn 2 triệu ca UTV mới mắc (chiếm 11,6% trong tổng số tất cả các loại ung thư ở nữ) [1]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020 cho thấy UTV là bệnh có tỷ lệ mới mắc cao nhất trong các ung thư ở nữ giới [2]. Mặc dù tỷ lệ mắc UTV có xu hướng tăng trong những năm gần đây nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh vẫn từng bước được cải thiện nhờ các thành tựu đạt được trong phòng bệnh, phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán và điều trị [3].

Khuếch đại gen ERBB2 (gen mã hóa cho protein Her2 neu) xuất hiện trong khoảng 20-25% bệnh nhân UTV, thụ thể Her 2 neu bộc lộ quá mức dẫn đến thúc đẩy sự phát triển của các tế bào, ức chế quá trình chết theo chương trình và tăng cường quá trình sinh mạch của khối u [4],[5],[6]. Sự ra đời của thuốc kháng Her-2 (Trastuzumab) đã làm tăng thời gian sống thêm không bệnh lên 34%, giảm tỷ lệ tử vong 40% so với nhóm những bệnh nhân không được điều trị hỗ trợ bằng Trastuzumab và đã được minh chứng qua các nghiên cứu lớn: HERA, B-31, N9831, BCIRG 006.[4],[5],[6]. Trastuzumab được chấp thuận sử dụng trong y tế tại Hoa Kỳ năm 2018, trong đó phác đồ hóa chất phối hợp với Trastuzumab (ACTH) đã trở thành phác đồ điều trị hỗ trợ chuẩn cho bệnh nhân UTV có thụ thể Her-2 dương tính.

Trong nước đã có một số báo cáo về hiệu quả của phác đồ ACTH. Mặc dù vậy, cho đến nay, tại Hải Phòng chưa có nghiên cứu

nào đánh giá toàn diện về hiệu quả cũng như độc tính của phác đồ ACTH trong điều trị hỗ trợ ở bệnh nhân UTV giai đoạn II, III có thụ thể Her-2 dương tính. Do đó, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục đích:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III có thụ thể Her-2 dương tính tại bệnh viện Hữu nghị Việt- Tiệp từ năm 2017 đến năm 2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ ACTH trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III có thụ thể Her-2 nếu dương tính và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

54 bệnh nhân nữ UTV giai đoạn II-III được điều trị hỗ trợ phác đồ ACTH tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 1/ 2018 đến tháng 10/ 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân UTV được phẫu thuật ở giai đoạn II-III; có Her2-neu dương tính xác định bằng IHC(3+) hoặc FISH (+); chỉ số tổng máu thất trái trước điều trị LVEF $\geq 55\%$, được điều trị hỗ trợ bằng phác đồ AC-TH.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn trên, mắc bệnh ung thư thứ 2, có bệnh nội khoa mạn tính nặng

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn

Bước 2: Thu thập thông tin: Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: Tuổi, đặc điểm

khối u nguyên phát và hạch: kích thước, vị trí, số lượng, tính chất,...

- Giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch,...
- Hóa trị bổ trợ: Phác đồ AC - TH: 4 chu kỳ hóa chất AC: Doxorubicin 60 mg/m² Cyclophosphamide 600mg/2 - Paclitaxel 175mg/m² chu kỳ 21 ngày - Trastuzumab

8mg/kg liều tải => trastuzumab 6mg/kg liều mỗi 3 tuần

Bước 3: Khám lâm sàng, siêu âm tuyến vú chụp XQ phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tim sau mỗi 3 chu kỳ, ghi nhận thời gian sống thêm không bệnh, các tác dụng phụ không mong muốn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm tuổi

	n	%
Nhóm tuổi		
<30	3	5,6
30-39	6	11,1
40-49	6	11,1
50-59	30	55,6
>60	9	16,6
Tổng	54	100

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình là 53 tuổi, tuổi trẻ nhất 22 và lớn tuổi nhất 67. Trong đó, độ tuổi từ 50-59 chiếm tỉ lệ cao nhất với 55,6%.

Bảng 2. Vị trí u

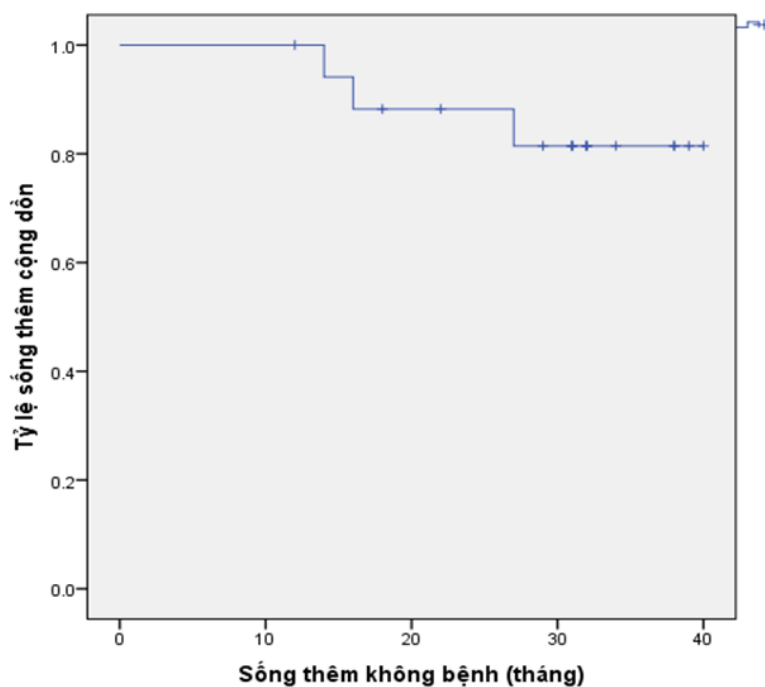
Vị trí u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Một phần tư trên ngoài	32	59,3
Một phần tư trên trong	9	16,7
Một phần tư dưới trong	4	7,4
Một phần tư dưới ngoài	7	12,9
Đa ổ	2	3,7
Trung tâm	0	0
Tổng	54	100

Nhận xét: Vị trí hay gặp nhất là ¼ trên ngoài chiếm 59,3%. Có 2 bệnh nhân có đa ổ chiếm 3,7%

Bảng 3. Đặc điểm u

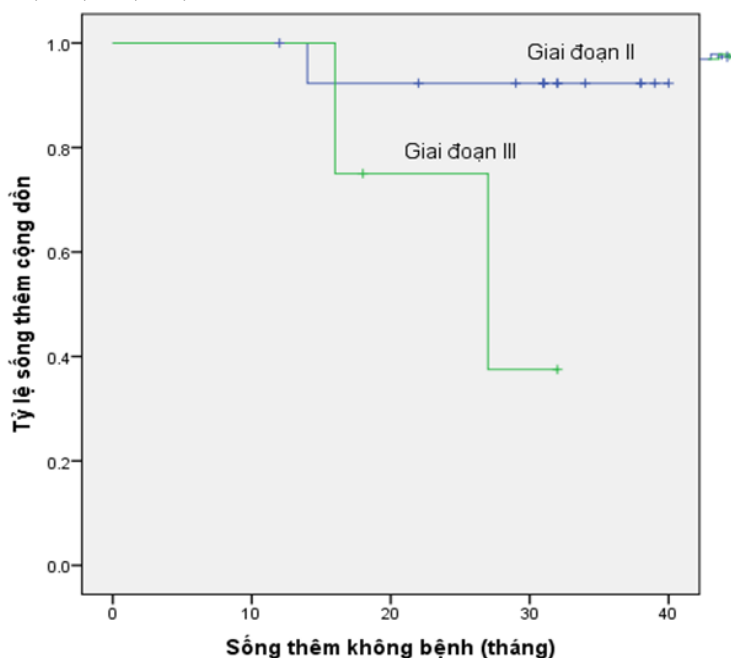
Đặc điểm u		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	42	77,8
	Giai đoạn III	12	22,2
Tổng		54	100
Độ mô học	Độ 1,2	45	83,3
	Độ 3	9	16,7
Tổng		54	100
Thụ thể nội tiết	TTNT (+)	40	74,1
	TTNT (-)	14	25,9
Tổng		54	100

3.2. Đánh giá kết quả



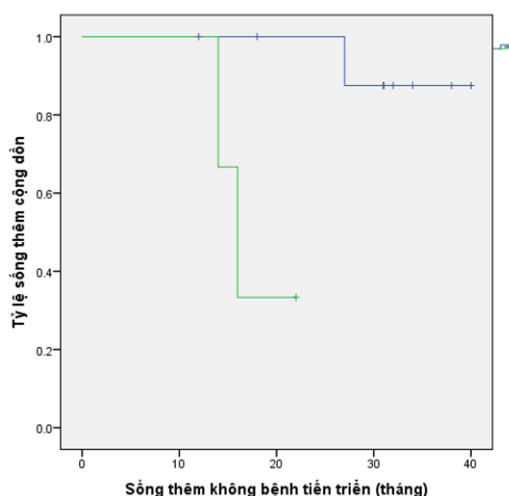
Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm không bệnh (DFS) ước tính theo Kaplan Meier: 36,1 tháng (95% CI 32,1-40,2). Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là: 94,1%; 88,2%; 81,4%.



Biểu đồ 2: Liên quan sống thêm không bệnh với giai đoạn bệnh

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh ($p = 0.054$)



Biểu đồ 3: Liên quan giữa sống thêm không bệnh với độ mô học

Nhận xét: Nhóm ung thư biểu mô ống xâm nhập có độ mô học 1, 2 có thời gian sống thêm không bệnh trung bình 38,3 tháng; độ mô học 3 có thời gian sống thêm trung bình 17,3 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4: Độc tính trên hệ tạo huyết

Độ	Hạ BC N%	Hạ BCDNTT N%	Hạ TC N%	Hạ Hb N%
0	12(22,2)	18(33,3)	54(100)	45(83,3)
1	24(44,4)	15(27,8)	0(0)	6(11,1)
2	18(33,2)	12(22,2)	0(0)	3(5,5)
3	0(0)	3(5,6)	0(0)	0(0)
4	0(0)	6(11,1)	0(0)	0(0)
Tổng	54	54	54	54

Nhận xét: Độc tính hạ bạch cầu thường gặp, chủ yếu độ 1(44,4%), độ 2(33,2%).

- Không gặp độc tính hạ tiểu cầu, độc tính hạ huyết sắc tố chủ yếu là độ 1.

Bảng 5: Biến đổi LEVF qua các chu kỳ

Thay đổi EF (%)	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Sau 9 tháng	Sau 12 tháng
<-16	0	0	0	0
-15,9 -> -10	0	0	0	0
-9,9 -> 0	18	21	15	18
Không giảm	36	33	39	36
Tổng số BN	54	54	54	54

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào giảm EF trên 10 % qua các lần siêu âm tim

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: độ tuổi hay gặp nhất là từ 50-59 tuổi, độ mô học là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tỷ lệ ER/PR (+) chiếm 74,1%, chủ

yếu ở giai đoạn II, hay gặp nhất là các khối u nằm ở ¼ trên ngoài chiếm 59,3% và chỉ có 2 bệnh nhân có tổn thương đa ổ.

Nhóm nghiên cứu ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 36,1

tháng và tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là: 94,1%; 88,2%; 81,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh là thấp hơn kết quả của chúng tôi kết quả này có thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Huyền, BRIG 006[6];[7]. Trong nghiên cứu của Phùng Thị Huyền DFS là 67,7 tháng và tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 90,6%; 79,1%; 77%; 73,4%. Giải thích sự khác biệt do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm 22,2% so với 15,8% trong nghiên cứu của tác giả, và nghiên cứu của chúng tôi còn tiến hành trên số lượng bệnh nhân còn ít và thời gian ngắn[7]. Tuy nhiên vai trò của Trastuzumab trong điều trị bệnh nhân có Her-2 dương tính được khẳng định qua rất nhiều nghiên cứu lớn như BCIRG 006, báo cáo cập nhật năm 2011, thời gian sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm điều trị bổ trợ AC+T so với AC-TH/TCH tương ứng là 75% so 84%; 81%. Sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh ở hai nhóm được điều trị với trastuzumab so với nhóm không có trastuzumab (AC-T) rất có ý nghĩa thống kê (HR cho nhóm AC-TH là 0,64; $p < 0,001$, HR cho nhóm TCH là 0,75; $p=0,04$ [6]. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là giai đoạn bệnh và độ mô học.

Chúng tôi ghi nhận các tác dụng phụ không mong muốn hay gặp nhất là hạ bạch cầu độ I chiếm 44,4% và không phải can thiệp các thuốc nâng bạch cầu. Không có bệnh nhân nào giảm EF trên 10 % và có biểu hiện suy tim trên lâm sàng kết quả cũng tương đương với tác giả Trần Văn Thuấn[8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III có Her-2 dương tính được điều trị bổ trợ bằng phác đồ AC-TH tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng chúng

tôi rút ra một số kết luận như sau: trung vị thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là 36,1 tháng; các độc tính trên hệ tạo huyết và tim mạch đều ở mức độ thấp và không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN Cancer Fact Sheets:** Breast cancer. <<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>>, accessed: 12/09/2018.
2. **Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn và cộng sự** (2012). Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. Tạp Chí Ung Thư Học, 1, 13-19.
3. **Vu Hong Thang, Edneia Tani and Hemming Johansson** (2011), Difference in hormone receptor content in breast cancers from vietnamese and Swedish women, Acta Oncological, 50, 353-359.
4. **Moja L, Tagliabue L, Balduzzi S et al** (2012). Trastuzumab containing regimens for early breast cancer. Cochrane Database Syst Rev, (4)
5. **Suter T.M, Procter M, Van Veldhuisen D.J et al** (2007). Trastuzumab-associated cardiac adverse effects in the herceptin adjuvant trial. J ClinOncol Off J Am Soc Clin Oncol, 25(25), 3859–3865.
6. **Romond E.H, Perez E.A, Bryant J et al** (2005). Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. N Engl J Med, 353(16), 1673–1684.
7. **Phùng Thị Huyền** (2016), Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ kết hợp Trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Trần Văn Thuấn và cộng sự** (2006). Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ hóa chất phác đồ Adriamycin – Cyclophosphamide kết hợp với điều trị nội tiết trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III. Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 10..

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TRONG THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2021-2022

Trịnh Hồng Nhung¹, Nguyễn Mai Hồng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2021-2022. Nhận xét hình ảnh siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương của thoái hóa khớp gối nguyên phát ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng:** Gồm 93 bệnh nhân (164 khớp gối) được chẩn đoán thoái hóa khớp gối. **Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Siêu âm phát hiện các tổn thương gai xương, tràn dịch, tăng sinh màng hoạt dịch, kén Baker và tổn thương sụn nặng (độ 2B-3 theo phân loại Saarakkala) ở ngay từ giai đoạn sớm khi chưa có tổn thương Xquang hoặc chỉ nghi ngờ (Kellgren và Lawrence độ 1). Tỷ lệ gai xương và tổn thương sụn nặng phát hiện trên siêu âm tăng dần theo giai đoạn tổn thương Xquang ($p < 0,001$; ANOVA).

Từ khóa: siêu âm, thoái hóa khớp gối.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND ULTRASOUND IMAGES IN KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS AT VIETTIEP HOSPITAL IN 2021-2022

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hồng Nhung

Email: tthnhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

Objective: Described characteristics of clinical and paraclinical in patients with primary knee osteoarthritis at Viet Tiep Hospital, Hai Phong in 2021-2022. Reviewed ultrasound images in the diagnosis and evaluated the extent of damage of primary knee osteoarthritis in these patients. **Object:** Included 93 patients (164 knee joints) diagnosed knee osteoarthritis. **Methods:** Prospective, cross-sectional description. **Results:** Ultrasonography has detected bone spur lesions, effusion, synovial proliferation, Baker's cyst and severe cartilage damage (grade 2B-3 according to Saarakkala classification) at an early stage when no X-ray lesions were present. or just suspect (Kellgren and Lawrence degree 1). The rate of bone spurs and severe cartilage damage detected on ultrasound increased gradually with the stage of radiographic lesions ($p < 0.001$; ANOVA).

Keywords: ultrasonography, knee osteoarthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là bệnh lý khớp viêm phổ biến nhất, hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Bệnh rất thường gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây giảm, mất khả năng vận động ở người cao tuổi. Trong thoái hóa khớp, thoái hóa khớp gối là bệnh hay gặp, tỷ lệ bệnh ở người lớn là 6% và lên tới 40% ở người trên 70 tuổi [1]. Thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động

của khớp, đặc biệt thoái hóa khớp gối nặng là nguyên nhân gây tàn phế của nhiều bệnh nhân, gây tổn kém về chi phí y tế cũng như tổn thất về sức lao động của xã hội. Vì vậy, thoái hóa khớp gối ngày càng được quan tâm trong cộng đồng.

Ở Việt Nam, cho đến nay đã có khá nhiều đề tài nghiên cứu về thoái hóa khớp gối. Đa số các nghiên cứu đều lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ (American College Rheumatology - ACR) dựa vào lâm sàng kết hợp với Xquang [2]. Siêu âm đã được áp dụng trong chẩn đoán một số bệnh khớp, tuy nhiên siêu âm có vai trò gì trong chẩn đoán sớm thoái hóa khớp gối và có mối liên quan như thế nào với lâm sàng, Xquang? Hiện nay, tại Hải Phòng các nghiên cứu về siêu âm trong thoái hóa khớp gối còn ít và chưa đầy đủ, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2021-2022.

2. Nhận xét hình ảnh siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương của thoái hóa khớp gối nguyên phát ở những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Tại khoa Nội 2 Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, từ tháng 12/2021 đến tháng 9/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 93 bệnh nhân (164 khớp gối) được chẩn đoán thoái hóa khớp gối.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Chọn mẫu: Lấy theo phương pháp thuận tiện, không xác suất.

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, bệnh đồng mắc, thời gian bị THK gối, nghề nghiệp, VAS, WOMAC, công thức máu, RF, máu lắng, CRP, xét nghiệm dịch khớp, Xquang khớp gối, siêu âm khớp gối...

Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo ACR 1991:

- Có gai xương ở rìa xương (trên Xquang)

- Dịch khớp là dịch thoái hóa

- Tuổi trên 38

- Cứng khớp dưới 30 phút

- Có dấu hiệu lực khức khi cử động khớp

Chẩn đoán xác định khi có 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5

Xquang khớp gối: Phân độ Kellgren và Lawrence:

- Giai đoạn 0: Không có tổn thương

- Giai đoạn 1: Nghi ngờ hẹp khe khớp có thể có gai xương

- Giai đoạn 2: Gai xương rõ, có thể hẹp khe khớp

- Giai đoạn 3: Nhiều gai xương trung bình, hẹp khe khớp rõ, một vài đặc xương, có thể biến dạng xương

- Giai đoạn 4: Gai xương lớn, hẹp khe khớp đáng kể, đặc xương nặng, biến dạng xương rõ

Siêu âm khớp gối: Phân loại tổn thương sụn khớp theo Saarakkala:

- Độ 0: Không có tổn thương sụn

- Độ 1: Mất ranh giới của bề mặt sụn

- Độ 2A: Tổn thương độ I kèm mất cấu trúc âm đồng nhất của lớp sụn

- Độ 2B: Tổn thương độ 2A kèm mỏng sụn không đều.

- Độ 3: Nhiều vùng mất sụn hoàn toàn.

2.4. Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Các đặc điểm	n	%	X ± SD
Tuổi (năm)			67,38 ± 10,01
Giới: Nữ	83	89,2	
Thời gian bị bệnh (năm)			8,23 ± 7,90
BMI (kg/m ²)			23,06 ± 3,49
Lao động chân tay	65	69,9	
Tiền sử tiêm Corticoid	55	59,1	
Tiền sử tiêm Hyaluronic Acid	84	90,3	

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng thường gặp của đối tượng nghiên cứu (n=164)

Triệu chứng cơ năng	n	%
Đau khớp gối	161	98,2
Đau khi vận động mạnh	90	54,8
Đau thường xuyên	32	19,5
Có cơn đau dữ dội trên nền đau âm ỉ liên tục	39	23,8
Cứng khớp buổi sáng < 30 phút	133	81,1
Lao xao khớp	119	72,5
Hạn chế vận động	71	43,3
Sưng khớp	16	9,7

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể thường gặp của đối tượng nghiên cứu (n=164)

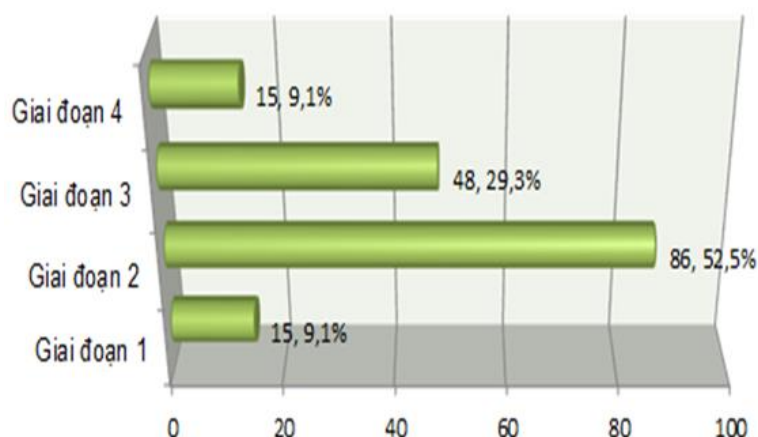
Triệu chứng thực thể	n	%
Sưng khớp	135	82,3
Tràn dịch khớp	45	27,4
Teo cơ	20	12,2
Phì đại xương	130	79,3
Dấu hiệu bào gồ (+)	142	86,6
Kén khoeo	17	10,4

Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu (n=93)

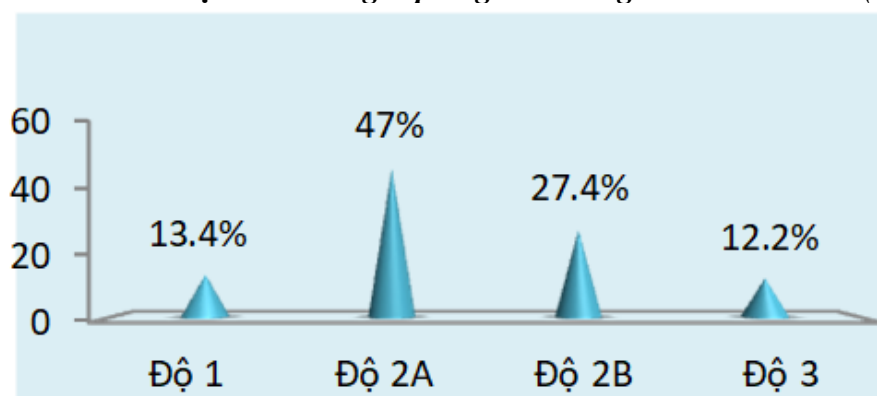
Xét nghiệm máu	n	%
Số lượng bạch cầu máu ngoại vi: Bình thường	79	84,9
Tốc độ máu lắng: Bình thường	90	96,7
CRP: Bình thường	77	82,8
Yếu tố RF: Âm tính	84	90,3

Bảng 3.5. Đặc điểm xét nghiệm dịch khớp của đối tượng nghiên cứu (n=24)

Đặc điểm	n	%	X ± SD
Màu trong hoặc vàng nhạt	22	91,6	
Độ nhớt bình thường	16	66,6	
Độ trong suốt bình thường	20	83,3	
Số lượng dịch khớp (ml)			12,4±7,6
Số lượng bạch cầu/mm ³			237,3±717,0
Nuôi cấy âm tính	24	100	



Biểu đồ 3.1. Phân loại tổn thương Xquang theo Kellgren và Lawrence (n=164)



Biểu đồ 3.2. Phân loại tổn thương sụn khớp trên siêu âm theo Saarakkala (n=164)

Bảng 3.6. So sánh tỷ lệ phát hiện tổn thương trên lâm sàng và siêu âm

Tổn thương		Lâm sàng		Siêu âm		p
		n	%	n	%	
Kén Baker	Có	17	10,4	36	21,9	<0,001
	Không	147	89,6	128	78,1	
Tràn dịch	Có	45	27,4	127	77,4	>0,05
	Không	119	72,6	37	22,6	
Bề dày lớp dịch (mm)		7,31 ± 2,77		5,22 ± 3,35		<0,05

Bảng 3.7. Phân bố lâm sàng theo mức độ tổn thương sụn khớp trên siêu âm

Lâm sàng	Siêu âm	Mức độ tổn thương sụn khớp theo Saarakkala				p
		Độ 1	Độ 2A	Độ 2B	Độ 3	
BMI trung bình (kg/m ²)		22,19 ± 2,54	22,91 ± 3,54	24,27 ± 3,55	23,87 ± 3,53	<0,05 (p _{2B-3} > 0,05)
Thời gian bị bệnh TB (năm)		6,65 ± 7,47	6,49 ± 7,08	10,28 ± 8,57	13,40 ± 8,15	<0,05 (p _{1-2A} >0,05)
Tuổi TB		62,45 ± 12,83	65,38 ± 9,13	69,96 ± 8,87	76,30 ± 6,88	< 0,05

Bảng 3.8. So sánh tỷ lệ phát hiện tổn thương trên Xquang và siêu âm

Tổn thương	Lâm sàng		Siêu âm		p
	n	%	n	%	
Gai xương khe đùi chày trong	101	61,5	115	70,1	<0,001
Gai xương khe đùi chày ngoài	52	31,7	64	39	<0,001
Dị vật	4	2,4	10	6,1	>0,05

Bảng 3.9. Phân bố các đặc điểm siêu âm theo giai đoạn Xquang (n=164)

Siêu âm \ XQ	Giai đoạn theo Kellgren và Lawrence				p ANOVA
	1	2	3	4	
Gai xương	2(1,6%)	71(55,4%)	40(31,3%)	15(11,7%)	< 0,001
Tràn dịch	11(7,8%)	71(50,7%)	44(31,4%)	14(10,1%)	< 0,005
Tăng sinh MHD	10(7,8%)	64(50,0%)	41(32,0%)	13(10,2%)	< 0,05
Kén Baker	2(5,6%)	18(50,0%)	14(38,8%)	2(5,6%)	> 0,05
Tổn thương sụn nặng	2(3,1%)	14(21,5%)	39(60,0%)	10(15,4%)	< 0,001

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi xin có một số nhận xét như sau:

Các đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $67,38 \pm 10,01$, cao nhất 92 và ít nhất 34 tuổi, phù hợp với nhiều tác giả và y văn cho rằng lứa tuổi mắc thoái hóa khớp gối thường gặp là trên 50 tuổi. Về giới, nữ chiếm tỷ lệ cao, 89,2%. Các nghiên cứu dịch tễ học đều cho rằng THK gối thường gặp ở nữ giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh. Tỷ lệ lao động chân tay, công việc nặng nhọc trong nghiên cứu cao hơn so với lao động trí óc, công việc nhẹ nhàng (bảng 3.1). Hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng những bệnh nhân THK gối thường bị ảnh hưởng bởi nghề nghiệp và sự quá tải nghề nghiệp. Cùng với tuổi và giới, tình trạng thừa cân béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng phát triển THK gối có triệu chứng. Chỉ số BMI trung

bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $23,06 \pm 3,49 \text{ kg/m}^2$. Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân THK gối là $8,23 \pm 7,90$ năm, lâu nhất là 30 năm, ít nhất là 1 tháng. So với các nghiên cứu trước, nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh dài hơn do đa số bệnh nhân đã từng điều trị nhiều nơi, đã từng tiêm khớp gối nhiều lần, trong đó tỷ lệ tiêm Corticoid là 59,1%, tỷ lệ tiêm Hyaluronic Acid là 90,3%.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất ở bệnh nhân THK gối là đau khớp gối. 98,2% bệnh nhân THK gối trong nghiên cứu có đau khớp gối ở các giai đoạn khác nhau: đau khi vận động mạnh (54,8%), đau thường xuyên (19,5%) và có những cơn đau dữ dội trên nền đau âm ỉ liên tục (23,8%) (bảng 3.2). Trong THK gối, cứng khớp buổi sáng sau khi ngủ dậy hoặc sau khi bất động

lâu thường không kéo dài (<30 phút). Nghiên cứu cũng ghi nhận tình trạng này tới 81,1%. Các triệu chứng khác như lạo xạo khớp khi cử động gặp 72,5%, hạn chế vận động gặp ở gần phân nửa số bệnh nhân (43,3%). Các triệu chứng thực thể thường gặp ở bệnh nhân THK gối trong nghiên cứu (bảng 3.3) là hạn chế vận động gấp/duỗi 90,8%, dấu hiệu bào gỗ (di động xương bánh chè trên rỗng rọc như kiểu bào gỗ thấy tiếng lạo xạo) 86,6% và phì đại xương 79,3%. Tràn dịch khớp phát hiện qua khám chỉ 27,4%, kén khoeo là 10,4%. Sưng khớp do bác sỹ khám phát hiện tới 82,3% trong khi do bệnh nhân tự nhận thấy chỉ 9,7%, sự khác biệt này phản ánh một phần lý do vì sao bệnh nhân đến khám muộn (thời gian mắc bệnh lâu năm).

Phân tích xét nghiệm máu ở bệnh nhân THK gối trong nghiên cứu (bảng 3.4), đa số kết quả trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm dịch khớp của 24 bệnh nhân THK gối trong nghiên cứu (bảng 3.5) thì phần lớn kết quả trong giới hạn bình thường. Trong số 93 bệnh nhân với 164 khớp gối, tổn thương trên Xquang khớp gối cũng tương đối nặng: giai đoạn 2 chiếm đa số (52,43%), tiếp đến là giai đoạn 3 (29,27%), giai đoạn 4 có 9,15% theo phân loại của Kellgren và Lawrence (biểu đồ 3.1). Phân bố tổn thương sụn khớp theo Saarakkala trong nghiên cứu: đa số khớp gối có tổn thương sụn độ 2 trong đó độ 2A gặp nhiều nhất với 47%, tiếp đến là độ 2B (27,4%), 12,2% là độ 3 và chỉ có 13,4% ở độ 1 (biểu đồ 3.2).

Đối chiếu hình ảnh siêu âm khớp gối với Xquang và một số triệu chứng lâm sàng ở những bệnh nhân nghiên cứu

So sánh tỷ lệ phát hiện kén Baker trên lâm sàng và siêu âm ở bệnh nhân THK gối trong nghiên cứu, siêu âm (21,9%) cao hơn so với lâm sàng (10,4%) với $p < 0,001$ (bảng 3.6). Lê Công Tiến 2013 cũng ghi nhận kén Baker trên siêu âm phát hiện 14,1% so với lâm sàng 1,4 % với $p = 0,001$ [3]. Rõ ràng siêu âm có độ chính xác cao hơn lâm sàng trong phát hiện kén Baker. So sánh khả năng phát hiện tràn dịch giữa siêu âm và khám lâm sàng, tỷ lệ phát hiện trên siêu âm cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Những bệnh nhân có tràn dịch khớp phát hiện được trên lâm sàng thì bề dày lớp dịch trung bình ($7,31 \pm 2,77\text{mm}$) lớn hơn nhóm không phát hiện được trên lâm sàng ($5,22 \pm 3,35\text{mm}$) ($p < 0,05$).

Đối chiếu mức độ tổn thương sụn khớp trên siêu âm với các đặc điểm lâm sàng (bảng 3.9), BMI trung bình, thời gian bị bệnh trung bình cũng có xu hướng tăng dần ($p < 0,05$). Tuổi trung bình cũng tăng dần ($p < 0,05$), trong từng mức độ tổn thương sụn khớp, tỷ lệ gặp bệnh nhân cũng có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, đặc biệt ở độ 3 thì chỉ gặp bệnh nhân trên 60 tuổi ($p < 0,05$), tương tự Nguyễn Thị Thanh Phượng [4].

So sánh tỷ lệ phát hiện gai xương giữa Xquang và siêu âm (bảng 3.8), siêu âm đều cao hơn trên Xquang: tại khe đùi chày trong – siêu âm 70,1% so với Xquang 61,5% ($p < 0,001$), tại khe đùi chày ngoài – siêu âm 39% so với 31,7% của Xquang ($p < 0,001$), tương tự Lê Công Tiến [3]. Như vậy, khả năng phát hiện gai xương của siêu âm tốt hơn Xquang. Tỷ lệ phát hiện dị vật trên siêu âm (6,1%) cao hơn so với Xquang (2,4%)

nhưng do tỷ lệ gặp dị vật chưa nhiều nên chưa có ý nghĩa.

Theo bảng 3.9, siêu âm có thể phát hiện các tổn thương gai xương, tràn dịch, tăng sinh màng hoạt dịch, kén Baker và tổn thương sụn nặng (độ 2B-3 theo phân loại Saarakkala) ở ngay từ giai đoạn sớm khi chưa có tổn thương Xquang hoặc chỉ nghi ngờ, tương tự Nguyễn Thị Thanh Phượng [4]. Tỷ lệ gai xương và tổn thương sụn nặng trên siêu âm có xu hướng tăng dần theo giai đoạn Xquang ($p < 0,001$; ANOVA). Tỷ lệ tràn dịch và tăng sinh màng hoạt dịch cũng có khác biệt rõ rệt giữa các giai đoạn Xquang ($p < 0,005$ và $p < 0,05$ theo ANOVA).

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân THKG: đau khớp gối (98,2%) xuất hiện chủ yếu khi hoạt động mạnh (54,8%); Xquang phân loại theo Kellgren và Lawrence giai đoạn 2 chiếm đa số (52,5%); tổn thương sụn khớp trên siêu âm theo Saarakkala độ 2A nhiều nhất 47%, độ 2B (27,4%), chỉ 13,4% ở độ 1.

Siêu âm phát hiện được nhiều tổn thương hơn (gai xương, tràn dịch, tăng sinh màng hoạt dịch, kén Baker) và tổn thương sụn nặng ngay từ giai đoạn sớm khi chưa có tổn thương Xquang.

VI. KIẾN NGHỊ

Nên kết hợp siêu âm với Xquang khớp gối để đánh giá toàn diện hơn tổn thương THK nhằm loại bỏ những hạn chế của cửa sổ âm.

VII. 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.22.78.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hunter DJ, March L & Chew M (2021). Lancet Commission on Osteoarthritis. Osteoarthritis in 2020 and beyond-Authors' reply. Lancet, 397: 1060.
2. Belo JN, Berger MY, Koes BW, et al (2009). The prognostic value of the clinical ACR classification criteria of knee osteoarthritis for persisting knee complaints and increase of disability in general practise. Osteoarthritis and Cartilage, 17: 1288-1292.
3. Lê Công Tiên, Nguyễn Mai Hồng (2013). Nghiên cứu vai trò của siêu âm trong THK gối nguyên phát, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Thanh Phượng, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Hoàng Văn Minh (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm và cộng hưởng từ khớp gối ở bệnh nhân THK gối, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN CỦA HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA THẬN - NỘI TIẾT - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP - HẢI PHÒNG 2021 - 2022

Kê Thị Lan Anh¹, Vũ Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 67 bệnh nhân đái tháo đường bị hạ đường huyết tại khoa thận – nội tiết bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ 91%, có 40,3% bệnh nhân chỉ được điều trị insulin, 34,3% bệnh nhân chỉ điều trị thuốc viên và 20,9% được điều trị cả insulin và thuốc viên. Nhóm bệnh nhân HĐH không triệu chứng chiếm 25,4%, hôn mê 46,3%. Đường huyết cấp cứu trung bình $2,35 \pm 0,96$ mmol/l; đường huyết sau cấp cứu $10,34 \pm 5,35$ mmol/l. Nguyên nhân ăn kém, ăn kiêng với 43,3%; bỏ bữa 34,3%; mới chỉnh liều 13,4%; quá liều 6%; uống rượu và vận động quá mức chiếm 1,5%.

Từ khóa: Đái tháo đường, hạ đường máu

SUMMARY

**CLINICAL AND SUBCLINICAL
CHARACTERISTICS, RISK FACTORS
OF HYPOGLYCEMIA IN DIABETIC
PATIENTS TREATED AT
NEPHROLOGY & ENDOCRINOLOGY
DEPARTMENT - VIET TIEP
FRIENDSHIP HOSPITAL - HAI
PHONG IN 2021 - 2022**

A cross-sectional descriptive study was conducted on 67 diabetic patients with hypoglycemia at the nephrology - endocrinology department of Viet Tiep Friendship Hospital - Hai Phong. **Research results:** The condition was mainly seen in people over 50 years old, accounting for 91%, 40.3% of patients only received insulin treatment, 34.3% of patients received only pill treatment and 20.9% received both insulin and pill treatment. The group of hypoglycemic patients without symptoms accounted for 25.4%, with coma was 46.3%. The average emergency blood sugar level was 2.35 ± 0.96 mmol/l; that after emergency treatment was 10.34 ± 5.35 mmol/l. Risk factors of hypoglycemia included: poor eating, dieting (43.3%); skipping meals (34.3%); new dose adjustment (13.4%); overdose (6%); alcohol consumption and excessive exercise (1.5%).

Keywords: diabetes, hypoglycemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa của nhiều nguyên nhân, đặc trưng bằng tình trạng tăng đường huyết mạn tính thường xuyên phối hợp với rối loạn chuyển hóa carbohydrat, lipid và protein do thiếu hụt của tình trạng tiết insulin, tác dụng của insulin hoặc cả hai.

Bệnh ĐTĐ nếu không chẩn đoán sớm điều trị và quản lý tốt bệnh sẽ có nhiều biến chứng cấp và mạn tính nguy hiểm. Một trong những biến chứng cấp tính thường gặp nhất

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Kê Thị Lan Anh
Email: ktlanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023
Ngày duyệt bài: 20.5.2023

đó là hạ đường huyết (HĐH). HĐH có thể dẫn tới tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt đối với những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh tim mạch, hoặc với bệnh nhân suy gan, suy thận. HĐH có thể gây ra bệnh lý nghiêm trọng, các biến chứng mạch máu lớn như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp và loạn nhịp thất. Vì vậy nhận biết sớm cơn HĐH và cấp cứu kịp thời là việc làm hết sức cần thiết để hạn chế các biến cố và giảm nguy cơ tử vong. Góp phần tìm hiểu vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại khoa Thận - Nội tiết - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng”** với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại khoa Nội 3 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng năm 2021 - 2022.

2. Nhận xét một số nguyên nhân gây hạ đường huyết của đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 1 và 2 vào viện vì hạ đường huyết hoặc đang nằm điều trị bị hạ đường huyết tại khoa Thận - Nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ.
- Chẩn đoán xác định HĐH dựa vào tiêu chuẩn ADA - 2020: Đường huyết < 3,9 mmol/l (< 70 mg/dl).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân ĐTĐ do các nguyên nhân khác, phụ nữ có thai, HĐH do các nguyên nhân khác trên BN không phải ĐTĐ, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

* Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: Lấy theo phương pháp thuận tiện, không xác suất, tích lũy dần trong suốt thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 67 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

* Chỉ tiêu nghiên cứu và cách thu thập số liệu: Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh và làm các xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất

* Tiền sử: Thời gian mắc ĐTĐ, bệnh nhân đã từng bị hạ đường huyết trước đây bao giờ chưa? bệnh lý được chẩn đoán trước đó và thuốc dùng hiện tại, thuốc điều trị ĐTĐ trước khi bị HĐH, gia đình có người mắc ĐTĐ

* Đặc điểm lâm sàng HĐH: không có triệu chứng, triệu chứng TKTV, triệu chứng TKTW, thời gian xuất hiện HĐH, nguyên nhân HĐH

* Cận lâm sàng: Đường huyết lúc cấp cứu, sau cấp cứu, đường máu đói, HbA_{1c}, creatinine, ure, AST, ALT, protein, albumin, Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C

* Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Chẩn đoán đái tháo đường theo ADA 2020

- Đường máu lúc đói (10 giờ sau ăn) ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl), làm 2 - 3 lần

- Đường máu bất kì $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) có thêm triệu chứng kinh điển của tăng glucose máu hoặc của cơn tăng glucose máu cấp

- Đường máu 2h sau làm nghiệm pháp dung nạp glucose theo đường uống $\geq 11,1$ mmol/l

- Chỉ số $HbA_{1C} \geq 6,5$ % (xét nghiệm được làm theo phương pháp sắc kí lỏng cao áp

⇒ Chẩn đoán xác định khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn trên

- Phân loại HĐH theo triệu chứng lâm sàng và nồng độ đường huyết tại thời điểm hạ đường huyết

- Mức độ nhẹ: bệnh nhân tỉnh, có biểu hiện của cường giao cảm, mức đường huyết thường từ 3,3 - 3,6 mmol/l.

- Mức độ trung bình: cơn hạ đường huyết có biểu hiện thần kinh trung ương, mức đường huyết thường từ 2,8 - 3,3mmol/l.

- Mức độ nặng: bệnh nhân có thể mất định hướng, co giật, rối loạn ý thức, hôn mê, không tự xử trí được. Mức đường huyết thường dưới 2,8mmol/l.

- Chia nhóm HĐH theo nồng độ glucose máu:

Nhóm $G_m \leq 1,5$ mmol/l; Nhóm $1,5$ mmol/l $< G_m \leq 2,8$ mmol/l; Nhóm $2,8$ mmol/l $< G_m \leq 3,2$ mmol/l; Nhóm $3,2$ mmol/l $< G_m < 3,9$ mmol/l

2.3. Xử lý số liệu: dựa trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hạ đường huyết

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	0	0
40 – 49	6	9,0
50 – 59	9	13,4
60 – 69	16	23,9
≥ 70	36	53,7
Tổng	67	100,0
$\bar{X} \pm SD$	69,15 $\pm$ 12,05; Min = 43; Max = 90	

Bảng 2. Đặc điểm dùng thuốc ĐTĐ type 2

Cách sử dụng thuốc	n	Tỷ lệ (%)
Bỏ điều trị	3	4,48
Chỉ uống thuốc	23	34,33
Chỉ tiêm insulin	23	34,33
Insulin phối hợp thuốc uống	14	20,90
Tổng	63	94,00

Bảng 3. Thời gian xuất hiện HĐH

Thời gian xuất hiện	n	Tỷ lệ (%)
Đêm - sáng sớm	36	53,7
Sáng	14	20,9
Chiều - tối	17	25,4
Tổng	67	100,0

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của HĐH

Nhóm triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Không triệu chứng	17	25,4
Triệu chứng thần kinh trung ương	7	10,4
Triệu chứng thần kinh thực vật	9	13,4
Triệu chứng TK trung ương và TK thực vật	34	50,7
Tổng	67	100,0

Bảng 5. Phân loại bệnh nhân theo đường máu lúc vào viện

Mức độ (mmol/l)	n	Tỷ lệ (%)
Mức độ nặng	≤ 1,5	20,9
	1,5 - 2,8	47,8
Mức độ nhẹ và TB	2,8 - 3,2	16,4
	3,2 - 3,9	14,9
X ± SD	2,35 ± 0,96; Min = 1,0; Max = 3,8	

3.2. Nguyên nhân hạ đường huyết của đối tượng nghiên cứu.**Bảng 6. Nguyên nhân gây hạ đường huyết**

Nguyên nhân			n	Tỷ lệ (%)
Do ăn uống, luyện tập	Bỏ bữa		23	34,3
	Ăn kém, nôn		29	43,3
	Uống rượu		1	1,5
	Vận động quá mức		1	1,5
Do thuốc	Quá liều	Tiêm nhầm	1	1,5
		Tự tăng liều	3	4,5
	Mới chỉnh liều		9	13,4
Tổng			67	100,0

Bảng 7. Nguyên nhân hạ đường huyết và thuốc điều trị đái tháo đường

Nguyên nhân	Thuốc điều trị					
	Insulin		Thuốc viên		Insulin+thuốc viên	
	n	%	n	%	n	%
Bỏ bữa	7	33,3	6	28,6	8	38,1
Ăn kém	14	50,0	12	42,9	2	7,1
Uống rượu	0	0	0	0	1	100,0
Vận động quá mức	0	0	1	100,0	0	0
Quá liều thuốc	4	100,0	0	0	0	0
Mới chỉnh liều	2	22,2	4	44,4	3	33,3

Bảng 8. Mối liên quan giữa mức độ hạ đường huyết và biến cố tim mạch của hạ đường huyết

Mức độ HĐH Biến cố TM	Nặng (< 2,8 mmol/l)		Nhẹ ($\geq 2,8$ mmol/l)		95%CI	OR	p
	n	%	n	%			
Có	26	63,41	9	34,62	1,17 - 9,15	3,27	0,040
Không	15	36,59	17	65,38			

Bảng 9. Mối liên quan giữa mức độ hạ đường huyết và biến cố não của hạ đường huyết

Mức độ HĐH Biến cố não	Nặng (<2,8 mmol/l)		Nhẹ ($\geq 2,8$ mmol/l)		95%CI	OR	p
	n	%	n	%			
Có	29	70,73	9	34,62	1,60 - 13,01	4,57	0,008
Không	12	29,27	17	65,38			

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hạ đường huyết

* **Tuổi:** Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm phần lớn (91%), trong đó có nhóm ≥ 70 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ cho thấy rằng tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc ĐTĐ càng tăng. Nghiên cứu của Phạm Thị Lương trên 102 đối tượng ĐTĐ điều trị tại khoa Nội 3 - Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cũng cho kết quả nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 89,2%.

* **Đặc điểm dùng thuốc:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị ĐTĐ bằng insulin đơn thuần chiếm tỷ lệ 40,33%. Nghiên cứu này khác hơn so với nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên (81,7%) và Phạm Thị Lương (91,8%). Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của 2 tác giả đánh giá HĐH trên bệnh nhân sử dụng phác đồ insulin tích cực, và các bệnh nhân nặng, có bệnh lý phối hợp được điều trị trên tuyến trung ương. Tuy nhiên theo bảng 3.2 thì tỷ lệ điều trị bằng insulin đơn thuần của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này giải thích cho việc insulin là thuốc có hiệu lực giảm đường

huyết tốt nhất nhưng lại dễ gây HĐH. Ngoài ra thì trong nghiên cứu của chúng tôi có một tỷ lệ rất nhỏ các bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 nhưng bỏ điều trị (4,48%).

* Triệu chứng lâm sàng hạ đường huyết

Khi phân tích đặc điểm lâm sàng theo nhóm triệu chứng hạ đường huyết, kết quả bảng 3.4 cho thấy bệnh nhân HĐH có triệu chứng bao gồm triệu chứng thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ 13,4%, triệu chứng TKTW chiếm tỷ lệ 10,4%, có 50,7% bệnh nhân vừa có triệu chứng TKTW vừa có triệu chứng TKTW.

Hạ đường huyết không triệu chứng: theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi HĐH không triệu chứng chiếm tỷ lệ khá cao (25,4%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên và Phạm Thị Lương (21,5% và 25,6%). ĐTĐ lâu năm thường bị rối loạn phóng thích Catecolamin và đôi khi cả Glucagon do mất kiểm soát thần kinh phế vị, điều này làm giảm biểu hiện triệu chứng HĐH. Hạ đường huyết tiềm tàng ở mức độ trung bình và nặng cũng có thể gây nguy hiểm đến tính mạng mặc dù lượng đường huyết tương đương duy trì ở mức an toàn. Những cơn HĐH tiềm tàng xảy ra

với thời gian dài hoặc ngắn nhưng liên tục sẽ rất nguy hiểm vì nó có khả năng gây hủy hoại hệ thống TKTW. HĐH ngày càng nhiều và thường gặp ở những bệnh nhân ĐTĐ lâu năm có biến chứng tim mạch, thần kinh ngoại vi, các bệnh lý đi kèm đáp ứng kém với thuốc điều trị ĐTĐ. Biến chứng HĐH tiềm tàng không có dấu hiệu cảnh báo xảy ra rất nguy hiểm, bệnh nhân không nhận biết được để kéo dài gây rối loạn chức năng hệ thần kinh và nhanh chóng đi vào hôn mê, nếu được phát hiện xử trí kịp thời bệnh nhân sẽ nhanh chóng hồi phục. Có những trường hợp HĐH nặng xảy ra khi thức, đặc biệt HĐH thể này thường xảy ra ở người bệnh được điều trị tích cực nhưng không kèm theo các dấu hiệu hoặc triệu chứng để người bệnh có thể nhận biết để ngăn ngừa các triệu chứng về thần kinh của thiếu glucose máu mô, chẩn đoán xác định khi xét nghiệm đường huyết $< 3,9$ mmol/l thì được xem là có HĐH không có dấu hiệu cảnh báo trên lâm sàng hay HĐH không triệu chứng. Để phòng chống HĐH tiềm tàng bằng cách giáo dục cho bệnh nhân tự theo dõi đường huyết, điều chỉnh lại chế độ ăn uống, luyện tập.

*** Đặc điểm cận lâm sàng**

Bệnh nhân HĐH trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả xét nghiệm nồng độ đường huyết trung bình là $2,35 \pm 0,96$ mmol/l (thấp nhất là 1,0 mmol/l, cao nhất là 3,8 mmol/l). Hạ đường huyết đối với các bệnh nhân ngoài bệnh viện mức đường huyết ở nhóm 1,5-2,8 mmol/l chiếm tỷ lệ cao nhất (31,34%), ngược lại HĐH trong bệnh viện chỉ có 1 bệnh nhân nào ở mức đường huyết $\leq 1,5$ mmol/l chiếm 1,49%, trong khi đó mức đường huyết $> 3,2 - 3,8$ mmol/l ở nhóm này chiếm tỷ lệ 14,93%.

Đường máu sau cấp cứu của nhóm nghiên cứu chúng tôi có nồng độ trung bình

là $10,34 \pm 5,35$ mmol/l (thấp nhất là 3,5 mmol/l và cao nhất là 31,6 mmol/l). Trong đó đường máu sau cấp cứu ở mức 3,9 - 11,1 mmol/l chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,2%. Điều này chứng tỏ khả năng phục hồi đường máu sau cấp cứu của bệnh nhân tốt, xử trí đúng cách và được kiểm soát tốt trong mức giới hạn bình thường.

Kiểm soát đường huyết chặt chẽ là một trong những yếu tố thuận lợi của HĐH. Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.7 đánh giá mức độ kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ cho thấy: những bệnh nhân kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu $HbA_{1C} < 7\%$ chiếm tỷ lệ 55,22%. Nồng độ HbA_{1C} trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu $7,31 \pm 1,94\%$ (giá trị nhỏ nhất là 4,4%, lớn nhất là 15,6%). Kết quả này khác nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên khi nồng độ HbA_{1C} trung bình là $8,71 \pm 2,58\%$. Sở dĩ có sự khác biệt này là do phần lớn các bệnh nhân HĐH trong bệnh viện, vào viện vì không kiểm soát được đường huyết, có chỉ số HbA_{1C} cao, trong đó có một số bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện mức HbA_{1C} khá cao nhưng vẫn bị HĐH trong đợt điều trị đầu tiên.

4.2. Nguyên nhân hạ đường huyết của đối tượng nghiên cứu

Trong bảng 3.9, nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân chính gây hạ đường huyết là do ăn kém, ăn muộn chiếm 43,3%. Nhiều tác giả đều công nhận chế độ ăn không hợp lý trong đó có ăn kém là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra HĐH. Bệnh nhân có thể có nhiều bệnh phối hợp như suy thận sẽ dẫn đến việc chán ăn, ăn kém hoặc thậm chí kiêng khem quá mức vì sợ mức đường huyết tăng cao. Cho nên bác sĩ cần tư vấn chế độ ăn cho bệnh nhân hết sức kỹ càng và động viên bệnh nhân thật tốt kết hợp với sự

giám sát của người nhà để tránh gây ra HĐH. Theo bảng 3.10, bệnh nhân ăn kém và có điều trị insulin chiếm 14/28 tức 50% trường hợp, điều này có kết quả tương tự với một nghiên cứu của nhóm tác giả Ấn Độ tại Hội nghị thường niên lần thứ 47 của Hiệp hội Nội tiết Ấn Độ (ESICON 2017) là 55%.

Nguyên nhân gây hạ đường huyết cao thứ hai là do bỏ bữa với 34,3%, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân bỏ bữa trong khi đang điều trị insulin phối hợp với thuốc uống với 8/21 trường hợp. Nghiên cứu này tương tự so với nghiên cứu của tác giả Ấn Độ (41%). Bỏ bữa trong khi vẫn sử dụng đều thuốc hạ đường huyết ắt hẳn sẽ dẫn đến nguy cơ hạ đường huyết, chỉ là sớm hay muộn. Vì vậy, nên tư vấn cho bệnh nhân ăn uống đầy đủ khi dùng thuốc.

Một nguyên nhân nữa phổ biến gây hạ đường huyết chính là việc sử dụng thuốc sai cách. Bệnh nhân HĐH do mới chỉnh liều thuốc chiếm tới 13,4% và gặp nhiều nhất ở nhóm mới chỉnh liều thuốc viên. Thuốc viên có đặc điểm là tác dụng dài và phóng thích từ từ, nên những dấu hiệu ban đầu khi mới tăng liều thuốc sẽ được bệnh nhân thích nghi và không nhận ra các triệu chứng của HĐH, đến khi xảy ra HĐH thì các triệu chứng đã rõ ràng và mức độ cũng nặng lên. Và nguyên nhân của HĐH không thể không nhắc đến insulin. Mặc dù insulin giúp kiểm soát đường huyết tốt nhất nhưng lại có tác dụng phụ gây hạ đường huyết nhanh và nhiều nhất. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 6% bệnh nhân HĐH do quá liều insulin. Có 1/4 trường hợp do tiêm nhầm đơn vị insulin và 3/4 trường hợp còn lại là do tự tăng thêm liều khi tự thử đường

huyết thấy cao. Vì vậy giúp bệnh nhân hiểu phác đồ điều trị insulin là rất quan trọng, tránh bệnh nhân tự ý thay đổi phác đồ, thay đổi thuốc mà không có chỉ định của các bác sĩ chuyên khoa.

Trong nhóm thuốc sử dụng để điều trị ĐTD thì điều trị insulin chiếm tới 52,54% nguyên nhân HĐH. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của bác sĩ tại khoa Hồi sức của một bệnh viện tại Ấn Độ (69,81%) vì bệnh nhân của chúng tôi được điều trị tại khoa nên mức độ nhẹ hơn khoa Hồi sức. Ở nhóm sử dụng thuốc viên, nghiên cứu của chúng tôi có 19,23% chiếm phần lớn là điều trị bằng Metformin, điều này phù hợp với phác đồ điều trị ĐTD type 2 theo khuyến cáo của ADA – 2020. Có 11,54% bệnh nhân được sử dụng Sulfonylurea đơn độc và 16,67% dùng Sulfonylurea phối hợp. Kết quả này phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả nước ngoài cho rằng hạ đường huyết là một biến chứng thường gặp của điều trị Sulfonylurea.

Nguyên do rượu ở bệnh nhân hạ đường huyết có 1/67 bệnh nhân chiếm 1,5%. Triệu chứng thường xảy ra sau ăn từ 8 - 12 giờ vì uống nhiều rượu làm giảm nguồn dự trữ glycogen một phần do ăn uống không đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 67 bệnh nhân, chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

- **Tuổi:** Bệnh chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ 91%.

- **Đặc điểm dùng thuốc ĐTD:** có 40,3% bệnh nhân chỉ được điều trị insulin, 34,3% bệnh nhân chỉ điều trị thuốc viên và 20,9% được điều trị cả insulin và thuốc viên.

- **Triệu chứng lâm sàng:** nhóm bệnh nhân HĐH không triệu chứng chiếm 25,4%, hôn mê 46,3%, vã mồ hôi 53,7% sau đó đến run tay chân 52,2%, thấp nhất là rối loạn cơ tròn với 4,5%.

- **Cận lâm sàng:** đường huyết cấp cứu trung bình $2,35 \pm 0,96$ mmol/l; đường huyết sau cấp cứu $10,34 \pm 5,35$ mmol/l; số bệnh nhân kiểm soát glucose máu đói đạt chiếm tỷ lệ 62,69%.

- **Nguyên nhân gây HĐH:** nguyên nhân ăn kém, ăn kiêng với 43,3%; bỏ bữa 34,3%; mới chỉnh liều 13,4%; quá liều 6%; uống rượu và vận động quá mức chiếm 1,5%.

VI. 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.22.76.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2007), "Những nguyên lý nền tảng bệnh Đái tháo đường - tăng glucose máu", Nhà xuất bản Y học, tr. 16-72.
2. **Đàm Thị Hương Liên** (2015), "Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2014", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa, Đại học Y Dược Hải Phòng.
3. **Phạm Thị Lương** (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội 3, Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa, Đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Bệnh viện Bạch Mai** (2015), "Cấp cứu hạ đường huyết", Nhà xuất bản Y học, tr. 36-38.
5. **Đỗ Trung Quân** (2009), "Chẩn đoán đái tháo đường và điều trị", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 457-468.
6. **Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2018), Đái tháo đường, Hạ đường huyết, Bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **ADA - American Diabetes Association** (2020), "https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S14", Diabetes Journal(S14).
8. **UK Hypoglycemia Study Group** (2017), "Risk of hypoglycaemia in types 1 and 2 diabetes: effects of treatment modalities and their duration", Diabetologia. 50, tr. 1140-1147.
9. **K. P. P. Abhilash Juvva Gowtham Kumar, 1 Rama Prakasha Saya, 2 Neeha Tadipani, 3 and J. Maheedhar Bose** (2017), "A retrospective study on epidemiology of hypoglycemia in Emergency Department", India Journal of Endocrinology and Metabolism. 21, tr. 119-124.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ GEL DƯỠNG DA CÓ CHỨA CHIẾT XUẤT TỪ QUẢ MƯỚP ĐẮNG (*MOMORDICA CHARANTICA*, *CUCURBITACEAE*)

Nguyễn Thanh Tâm¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Vũ Thị Quỳnh¹

TÓM TẮT

Đề tài được thực hiện với mục đích xây dựng công thức bào chế gel dưỡng da chứa chiết xuất từ quả mướp đắng (*Momordica charantica*). Cao chiết toàn phần quả mướp đắng được chiết xuất bằng dung môi ethanol 70%, thời gian chiết xuất 60 phút, tỉ lệ dược liệu/dung môi 1/30 (g/ml) và sử dụng phương pháp chiết siêu âm. Hàm lượng cao, chất tạo gel, chất giữ ẩm và chất bảo quản được khảo sát dựa trên khả năng phối hợp, cảm quan, hiệu quả giữ ẩm... Kết quả thu được chế phẩm gel chứa 30% cao chiết toàn phần, thành phần tạo gel Natri alginat 5,5%. Kết cấu gel linh động, màu vàng nhạt, trong suốt có mùi thơm tự nhiên của mướp đắng. Sản phẩm đạt các tiêu chí về cảm quan, pH, ổn định, không nhiễm nấm mốc, không gây kích ứng.

Từ khóa: mướp đắng, gel, *Momordica charantica*

SUMMARY

PREPARATION OF SKIN CARE GEL CONTAINING BITTER MELON EXTRACT (*MOMORDICA CHARANTICA*, *CUCURBITACEAE*)

The aim of this study was to develop a skin care gel formula containing bitter melon extract (*Momordica charantica*). The total extract was

extracted with ethanol 70% in 60 minutes, sample/solvent ratio 1/30 and using an ultrasonic-assisted method. Total extract content, gelling agent, humectant and preservative were determined based on dispensing, appearance, moisturizing effect, etc. The results obtained a gel formulation with Sodium alginate 5,5%; total extract 30%. The gel product is flexible, light yellow, transparent, natural aroma of bitter and meet the criteria of sensory, pH, stability, non-flammable, non-irritating.

Keywords: bitter melon, gel, *Momordica charantica*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây mướp đắng có tên khoa học là *Momordica charantia*, thuộc họ Bầu bí, phân bố khắp các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới trên thế giới. Đã từ lâu, Quả mướp đắng được sử dụng rộng rãi ở mỗi vùng quê Việt Nam như một loại rau, một vị thuốc để trị bệnh [2]. Theo các nghiên cứu khoa học trong quả mướp đắng có chứa các hợp chất polyphenol, polysaccharid, triterpenoid, vitamin A, vitamin C [3]... Trong đó, các hợp chất polyphenol đã được chứng minh có tác dụng chống lại quá trình oxy hóa của các gốc tự do [4],[5]. Đây là một thành phần chiết xuất thiên nhiên lý tưởng cho một chế phẩm mỹ phẩm dưỡng da chống lão hóa. Mặt khác, trên thị trường hiện nay các sản phẩm có công dụng dưỡng da chiết xuất từ mướp đắng chưa đa dạng và phù hợp với từng làn da. Với mong muốn ứng dụng tác

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tâm
Email: nttam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023
Ngày duyệt bài: 20.5.2023

dụng sinh học của mướp đắng vào trong sản xuất mỹ phẩm, chúng tôi thực hiện đề tài: ***Nghiên cứu bào chế gel dưỡng da có chứa chiết xuất từ quả mướp đắng (Momordica charantica) với mục tiêu xây dựng quy trình bào chế gel chứa chiết xuất từ quả mướp đắng.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên vật liệu:

Quả mướp đắng thu hái tại Hải Phòng, đã được định tên khoa học Momordica charantica.

Hóa chất: Ethanol 96%; Nước cất; TT Folin-Ciocalteu 10%, NaCMC, CMC, Natri alginat, nipagin, nipasol, Glycerin và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị

Bể siêu âm Qsonica Q500, Tủ sấy Froilabo AP6000, Máy cô quay chân không Yamato RE301A-W, máy quang phổ UV-VIS Aligent Carry60, máy đo pH Hanna.

2.3. Phương pháp xử lý mẫu:

Quả trưởng thành, xanh, tươi đem rửa sạch để ráo nước, loại bỏ chỗ sâu, dập nát, bỏ đôi, bỏ hạt, thái lát mỏng. Đem sấy khô ở 45°C – 50°C đến khối lượng không đổi. Sau đó đem đi xay nghiền thành bột. Bảo quản trong lọ kín đến khi sử dụng.

2.4. Phương pháp bào chế cao mướp đắng

Cân bột mướp đắng đem ngâm trong dung môi ethanol ở các nồng độ 90%, 70%, 50% (v/v) trong bình nón thể tích thích hợp; thời gian 48 giờ với ngâm lạnh; 30, 60, 90 phút với phương pháp hỗ trợ siêu âm; tỷ lệ được liệu/dung môi là 1/10, 1/20, 1/30, 1/40,

1/50 (g/ml). Lọc loại bỏ bã. Cô đặc ở 50°C đến hàm ẩm 15%.

2.5. Định lượng polyphenol tổng bằng phương pháp Folin-Ciocalteu

Dùng methanol pha loãng các mẫu acid gallic chuẩn nồng độ 10, 20, 30, 40, 50, 60 µg/mL. Lấy lần lượt 0,5mL các dung dịch chuẩn cho vào bình định mức 10 mL, sau đó thêm tiếp 2,5mL thuốc thử Folin -Ciocalteu đã pha loãng 10 lần, lắc đều và để yên. Sau 5 phút thêm tiếp 2mL Na₂CO₃ 7.5%. Lắc đều, thêm nước cất để đạt thể tích 10mL. Để yên trong tối 1 giờ sau đó đo độ hấp thụ ở bước sóng 765 nm. Tiến hành tương tự cho các mẫu cao chiết cần định lượng.

Nồng độ polyphenol toàn phần trong cao được tính theo công thức:

$$\text{Polyphenol tổng} = [X] \times V \times k/m$$

Trong đó: [X]: nồng độ polyphenol toàn phần trong cao (µg/ml); V: thể tích mẫu cao pha ban đầu (ml); k: hệ số pha loãng; m: khối lượng cao đem đi định lượng (g)

2.6. Quy trình bào chế gel mướp đắng

Ngâm trương nở tá dược tạo gel vào nước. Hòa tan nipagin, nipasol trong glycerin. Hòa tan cao mướp đắng vào dung dịch chất bảo quản. Khuấy trộn đến đồng nhất. Phối hợp dung dịch cao mướp đắng với dung dịch gel đã ngâm trương nở. Đo và điều chỉnh pH nếu cần.

2.7. Phương pháp đánh giá chất lượng gel

Phương pháp đánh giá cảm quan: Dùng mắt thường để quan sát gel, tiến hành ở nơi có đủ ánh sáng, tránh ánh sáng trực tiếp. Các tiêu chí đánh giá:

Bảng 1: Tiêu chí đánh giá cảm quan

Cảm quan ban đầu	Màu sắc; Mùi hương; Thê chất
Cảm quan khi sử dụng gel	Khả năng dần trải; Khả năng thẩm thấu
Cảm quan sau khi sử dụng gel	Độ ẩm; Khả năng bám dính; Mùi hương

Khả năng dần trải, độ đồng nhất: theo Dược Điển Việt Nam 5 phụ lục 1.12

Phương pháp khảo sát tính ổn định của gel khi bảo quản ở điều kiện phòng

Gel được bảo quản ở nhiệt độ phòng, quan sát sự thay đổi theo thời gian (sau bào chế 1 tháng). Các chỉ tiêu đánh giá gồm cảm quan, pH, khả năng gây kích ứng, khả năng nhiễm nấm mốc, khả năng dần trải, độ đồng nhất.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm Excel. Mỗi thí nghiệm làm 3 lần lấy kết quả trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lựa chọn điều kiện chiết xuất

Khảo sát phương pháp chiết xuất

Tiến hành chiết xuất bằng 2 phương pháp ngâm lạnh và siêu âm với điều kiện chiết xuất: Nhiệt độ phòng; Thời gian: ngâm lạnh = 48h, có hỗ trợ siêu âm = 30 phút; tỉ lệ dược liệu/dung môi: 1/10; Dung môi: Ethanol 90%, 70%, 50%,.

Bảng 2: Kết quả chiết xuất bằng hai phương pháp (n=3; TB±SD)

Dung môi	Nồng độ polyphenol tổng trong cao (mgGAE/gMD)	
	Phương pháp ngâm lạnh	Phương pháp có hỗ trợ siêu âm
90%	28.05 ± 0.095	38.54 ± 0.8
70%	32.75 ± 0.89	40.68 ± 0.46
50%	30.44 ± 0.55	39.32 ± 0.07

Nhận xét: Kết quả cho thấy khi so sánh nồng độ polyphenol tổng chiết được thì phương pháp chiết có hỗ trợ siêu âm đem lại hiệu quả chiết cao hơn so với phương pháp ngâm lạnh. Nồng độ polyphenol tổng chiết được khi dùng dung môi ethanol 70% cao nhất trong 3 nồng độ tiến hành nghiên cứu.

-> Lựa chọn phương pháp siêu âm và dung môi chiết: ethanol 70%

Khảo sát thời gian chiết xuất

Ảnh hưởng của thời gian chiết xuất đến nồng độ polyphenol tổng được tiến hành với điều kiện chiết xuất: nhiệt độ phòng; tỉ lệ dược liệu/dung môi: 1/10; dung môi chiết xuất: Ethanol 70%.

Bảng 3: Ảnh hưởng của thời gian chiết xuất

T(phút)	Nồng độ polyphenol tổng trong cao (mgGAE/gMD)
30	38.23 ± 0.53
60	40.67 ± 1.17
90	40.92 ± 0.1

Nhận xét: Kết quả cho thấy nồng độ polyphenol tổng tăng đáng kể từ mẫu chiết trong 30 phút đến mẫu chiết trong 60 phút, sau đó trong mẫu chiết trong 90 phút, nồng độ này vẫn

tăng nhưng không đáng kể nên để tránh tình trạng lẫn nhiều tạp do thời gian chiết lâu lựa chọn thời gian chiết là 60 phút.

Khảo sát tỉ lệ dược liệu/dung môi

Ảnh hưởng tỉ lệ dược liệu/dung môi đến nồng độ polyphenol tổng được tiến hành với điều kiện chiết: Nhiệt độ phòng; thời gian 60 phút, dung môi ethanol 70%.

Bảng 4: Ảnh hưởng của tỉ lệ dược liệu/dung môi

Tỉ lệ DL/ DM (g/ml)	Nồng độ polyphenol tổng trong cao (mgGAE/gMD)
1/10	39.73 ± 0.26
1/20	40.09 ± 0.58
1/30	41.65 ± 0.47
1/40	41.74 ± 0.76
1/50	41.54 ± 0.67

Nhận xét: Từ kết quả cho thấy, tỉ lệ dược liệu so với dung môi 1/30 (g/ml) là thích hợp cho quá trình chiết bởi khi thay đổi tỉ lệ dược liệu/dung môi từ 1/30 đến 1/50 thì nồng độ polyphenol vẫn tăng tuy nhiên không đáng kể. Do đó, để tiết kiệm dung môi chúng tôi lựa chọn tỉ lệ 1/30 (g/ml).

3.2. Bào chế gel mướp đắng

Tiến hành chiết xuất cao mướp đắng với các thông số đã lựa chọn được sau khảo sát và bào chế gel với công thức gốc có tổng khối lượng 10g cho mỗi lần đánh giá.

Bảng 5: Công thức gốc bào chế gel mướp đắng

Thành phần	Hàm lượng khảo sát
Cao mướp đắng (khảo sát)	10%, 20%, 30%, 40% 50%
TD tạo gel (khảo sát)	CMC, NaCMC, Natri alginat
TD điều chỉnh pH	Nếu cần (điều chỉnh bằng a. citric hoặc triethanolamin)
Chất bảo quản	Nipagin + Nipasol (0.18%+0,02%)
TD giữ ẩm (khảo sát)	Glycerin
Nước	Vừa đủ

Khảo sát ảnh hưởng của nồng độ và loại tá dược tạo gel

Natri Carboxymethylcellulose – NaCMC

Về cảm quan: Gel tạo thành có màu vàng nâu, trong, thơm mùi cao, nhiều bọt khí, không phân lớp.

Về thể chất:

Bảng 6: Bảng mô tả thể chất gel tạo thành ở các nồng độ của NaCMC

Cao DL(g)	Tá dược tạo gel	Mô tả
2	Na CMC	2% Chảy lỏng nhiều, dễ tán trên da, tạo một lớp mỏng, không màu, dễ rửa trôi
2		2.5% Chảy lỏng ít, dễ tán trên da, tạo một lớp mỏng, không màu, dễ rửa trôi
2		3% Đặc sệt, khó tán đều lên da, tạo một một lớp dày, không màu, dễ rửa trôi

Carboxymethylcellulose – CMC

Về cảm quan: Gel tạo thành có màu vàng nâu, trong, không bị phân lớp, thơm mùi cao, có nhiều bọt khí, không phân lớp

Về thể chất:

Bảng 7: Bảng mô tả thể chất gel tạo thành ở các nồng độ của NaCMC

Cao DL(g)	Tá dược tạo gel	Mô tả
2	CMC	2% Chảy lỏng nhiều, bôi lên da tạo một lớp mỏng, không màu, dễ rửa trôi
2		2.5% Chảy lỏng nhiều, bôi lên da tạo một lớp mỏng, không màu, dễ rửa trôi
2		3% Sệt, khó tán lên da, để lại một lớp dày, dễ rửa trôi

Natri alginat

Về cảm quan: Gel tạo thành có màu vàng nâu, trong, không bị phân lớp, thơm mùi cao, có ít bọt khí.

Về thể chất:

Bảng 8: Mô tả thể chất gel tạo thành ở các nồng độ của NaCMC

Cao DL(g)	Tá dược tạo gel	Mô tả
2	Natri alginat	5,5% Gel mịn, chảy lỏng thành sợi, bôi lên da tạo một lớp mỏng, không màu, dễ rửa trôi
2		6% Sệt, khó tán đều lên da, để lại một lớp dày, dễ rửa trôi

Nhận xét: Các nồng độ NaCMC 2%, CMC 2% gel tạo thành loãng không đảm bảo tính bám dính. Ngược lại các nồng độ NaCMC 3%, CMC 3% và natri alginat 6% gel thành phẩm quá đặc khó tán, cấu trúc gel dày gây bí tắc khi bôi. Với nồng độ NaCMC 2.5%, CMC 2.5% trong quá trình tạo gel dễ bị xuất hiện bọt khí hơn. Vì vậy, Natri alginat 5,5% được chọn là tá dược tạo gel cho quá trình bào chế tiếp theo.

Khảo sát ảnh hưởng của hàm lượng cao

Tiếp tục bào chế gel với thành phần tạo gel natri alginat 5,5% và tăng dần hàm lượng cao từ 10% đến 50%. Kết quả thu được khi hàm lượng cao > 30% thì khả năng hoà tan của cao kém, khó đồng nhất và để lại vệt vàng mất thẩm mỹ sau khi sử dụng. Do đó lựa chọn hàm lượng cao cho công thức gel: 30%.



Hình 1: Sự thay đổi màu sắc của gel khi thay đổi hàm lượng cao

Khảo sát hàm lượng chất giữ ẩm

Glycerin được thử với các hàm lượng khác nhau trong cùng 10g gel.

Bảng 9: Ảnh hưởng của hàm lượng glycerin đến gel

Hàm lượng glycerin trong 10g gel	Cảm quan khi sử dụng
10%	Da mềm không đáng kể, nhanh khô
20%	Da mềm, ẩm, cảm giác dễ chịu
30%	Da mềm, ẩm, bắt đầu xuất hiện cảm giác dính, lâu khô

-> Lựa chọn hàm lượng 20% glycerin để sử dụng.

3.3. Đánh giá gel thành phẩm

Sau khi khảo sát lựa chọn được hàm lượng cao và các tá dược, gel được bào chế theo các tỉ lệ đã được lựa chọn và đánh giá một số chỉ tiêu về cảm quan, pH, khả năng gây kích ứng. Kết quả thu được:

Ngay sau bào chế

- Về cảm quan, thử tính kích ứng trên da người tình nguyện: Gel màu vàng nâu, thơm mùi cao, có ít bọt khí, đồng nhất, không phân lớp, khi bôi lên da tạo một lớp mỏng nhẹ trên da, làm mềm da, khả năng thẩm thấu tốt, độ ẩm vừa đủ, không có hiện tượng kích ứng.

- Độ đồng nhất: đạt theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam 5

Khả năng đàn hồi: $0,96 \pm 0,17$ (mm)

- pH: Gel thành phẩm được đo pH bằng máy đo pH. Kết quả đo cho thấy pH của gel = 5,1 nằm trong khoảng pH sinh lý của da. Do đó, gel không cần hiệu chỉnh pH.

Sau bào chế 1 tháng

Gel được bảo quản ở điều kiện thường và quan sát sự thay đổi của gel thành phẩm sau 1 tháng.

- Về cảm quan, thử tính kích ứng trên da người tình nguyện: Gel vẫn giữ được đặc tính cảm quan như ngay sau khi bào chế: màu vàng nâu, thơm mùi cao, không còn bọt khí, đồng nhất, không phân lớp, khi bôi lên da tạo một lớp mỏng nhẹ trên da, làm mềm da, độ ẩm vừa đủ (khô sau 1 phút), khả năng thẩm thấu không thay đổi, đặc biệt không

còn thấy bọt khí. Gel thành phẩm chảy lỏng ít, đảm bảo thể chất, dễ dàng đóng tuýp. Không quan sát thấy biểu hiện nhiễm nấm mốc.

- pH của gel thành phẩm được đo lại vẫn giữ được pH=5,1;

- Độ đồng nhất: đạt theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam 5

Khả năng đàn hồi: $0,93 \pm 0,13$ (mm) không thay đổi đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Trong đề tài, dịch chiết mướp đắng được chiết xuất bằng 2 phương pháp: phương pháp ngâm lạnh (đại diện phương pháp truyền thống), phương pháp chiết có hỗ trợ của siêu âm (đại diện phương pháp hiện đại). Polyphenol là hoạt chất đem lại các tác dụng sinh học có ý nghĩa vì vậy hàm lượng polyphenol tổng được sử dụng làm tiêu chí đánh giá hiệu quả chiết xuất. Kết quả thu được cho thấy phương pháp chiết xuất hiện đại bằng siêu âm cho hiệu suất cao hơn. Đồng thời cũng khảo sát được các thông số chiết gồm dung môi ethanol 70%, thời gian chiết 60 phút và tỉ lệ dược liệu dung môi 1/30 (g/ml), nồng độ polyphenol tổng trong cao là 41.65 ± 0.47 mg/g. Quy trình chiết xuất trong đề tài thỏa mãn yêu cầu tiết kiệm thời gian, chi phí và nguyên liệu. Đối với quá trình tạo gel, Natri alginate là tá dược tạo gel phổ biến, có nguồn gốc thiên nhiên an toàn cho người sử dụng. Nồng độ 5,5% được lựa chọn đảm bảo được các đặc tính bám dính và

khả năng thẩm thấu cũng như dần trải trên da thử nghiệm. Hàm lượng cao cho công thức gel: 30%. Hàm lượng này vừa đảm bảo được nồng độ polyphenol cao đưa vào công thức vừa đảm bảo được khả năng phối hợp cao vào hệ gel và tính thẩm mỹ. Gel bào chế đã được một số tiêu chí về cảm quan, pH, độ đồng nhất, khả năng dần trải, độ ổn định...

V. KẾT LUẬN

Đã xây dựng được quy trình chiết xuất cao mướp đắng bằng phương pháp có hỗ trợ siêu âm với các thông số: dung môi chiết ethanol 70%, thời gian chiết 60 phút và tỉ lệ được liệu/ dung môi 30/1.

Lựa chọn được công thức gel chứa cao mướp đắng có thành phần gồm:

Bảng 10: Công thức gel thành phẩm

Thành phần	Hàm lượng
Cao mướp đắng	30%
Natri alginat	5.5%
Glycerin	20%
Nipagin, Nipasol	0.18%+0,02%
Nước	Vừa đủ

VI. KIẾN NGHỊ

Khảo sát để phối hợp thêm các thành phần có hoạt tính khác như Vitamin B5, vitamin C... vào gel thành phẩm nhằm tăng hiệu quả giữ ẩm, chống oxy hóa.

Đánh giá các chỉ tiêu chất lượng khác như tính thẩm, độ nhớt gel, mức độ kích ứng da, thử nghiệm dị ứng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Dược điển Việt Nam V. Nhà xuất bản y học, 2017, phụ lục 1.12.
2. **Đỗ Tất Lợi.** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật; 2004, tr335 - 337.
3. **Awa Fanny Massounga Bora, Kouadio Jean Eric-Parfait et al.,** New insights into

the bioactive polysaccharides, proteins, and triterpenoids isolated from bitter melon (*Momordica charantia*) and their relevance for nutraceutical and food application: A review. *International Journal of Biological Macromolecules* (2003), 231, pp 123-173.

4. **Jia S, Shen M, et al.,** Recent Advances in *Momordica charantia*: Functional Components and Biological Activities. *International Journal of Molecular Sciences* (2017), 18(12), pp 2555 - 25.
5. **Kubola J, Siriamornpun S.,** Phenolic contents and antioxidant activities of bitter melon (*Momordica charantia* L.) leaf, stem and fruit fraction extracts in vitro. *Food chemistry* (2008), 110(4), pp 881-900.

THỰC TRẠNG HÀI LÒNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ HỌC PHẦN BÓNG CHUYỀN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM HỌC 2021 - 2022

Nguyễn Khánh Hưng¹, Nhữ Văn Thuận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả sự hài lòng và xác định một số yếu tố liên quan về học phần bóng chuyền của sinh viên năm thứ nhất trường đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2021 – 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 499 sinh viên học học phần bóng chuyền trong đó có 184 nam và 315 nữ. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, Sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ. **Kết quả và kết luận:** Sinh viên năm chưa hài lòng về cơ sở vật chất (3,34 điểm), về nội dung chương trình đào tạo, đội ngũ giảng viên, điểm và lượng giá đều hài lòng theo thứ tự 4,04 điểm, 4,28 điểm và 4,40 điểm. Yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên là giới tính, kết quả học tập và chuyên ngành đào tạo ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sự hài lòng, Yếu tố liên quan, Trường đại học Y Dược Hải Phòng

Objectives: This study aims to describe the satisfaction and determine some related factors about of the first-year students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy in the academic year 2021-2022. **Subjects and methods:** Subjects include 499 the first-year students studying volleyball, among them 184 were males and were 315 females. Method was a cross-sectional and descriptive study, using Likert scale with 5 levels. **Results and conclusions:** Students did not satisfy with materials (3.34 points), curriculum, teachers, and evaluation 4.04 points, 4.28 points, and 4.40 points respectively. Factors related to student's satisfaction were gender, academic performance and specialty ($p < 0.05$).

Keywords: Satisfaction, related factors, Haiphong University of Medicine and Pharmacy

SUMMARY

THE SITUATION OF SATISFACTION AND SOME FACTORS RELATED TO THE VOLLEYBALL STUDENT OF THE 1ST YEAR OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN SCHOOL YEAR 2021-2022

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nhữ Văn Thuận
Email: nvthuan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023
Ngày duyệt bài: 20.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người học là một nội dung quan trọng mà hầu hết các trường đại học trên thế giới đều hướng tới. Các trường đại học muốn tồn tại và phát triển đề phải hướng tới người học, lấy người học làm trung tâm, người học cần cái gì thì cung cấp dịch vụ đó. Một trường đại học muốn có thương hiệu tốt thì các dịch vụ cung cấp cho người học phải tốt và sản phẩm đào tạo của trường đó phải được xã hội công nhận. Chất lượng đào tạo là vấn đề quan trọng trong giáo dục và đào tạo, là điều kiện tiên quyết cho sự tồn tại cho các đơn vị đào tạo. Đã có nhiều nghiên cứu khảo sát về sự hài lòng của

người học đối với cơ sở vật chất, chất lượng đào tạo như: Ma Cẩm Tường Lan (2011) [1] “ Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của sinh viên đối với cơ sở vật chất, trang thiết bị tại trường Đại học Đà Lạt” , Luận văn thạc sỹ, Viện Đảm bảo chất lượng Hà Nội. Nguyễn Thị Trang (2010) [2] “ Xây dựng mô hình đánh giá mức độ hài lòng của sinh viên với chất lượng đào tạo tại trường Đại học Kinh tế - Đại học Đà Nẵng” Tuyển tập báo cáo hội nghị Sinh viên Nghiên cứu khoa học lần thứ 7, Đại học Đà Nẵng, 94 – 99. Vũ Thị Thanh Thảo(2013) [3]. “ Đánh giá các yếu tố tác động đến mức độ hài lòng của sinh viên về các dịch vụ hỗ trợ sinh viên tại trường Đại học Sư phạm Kỹ thuật TPHCM”.

Thực trạng về kiến thức và sự hài lòng của sinh viên đối với từng môn học cụ thể là một yếu tố, là một trong những yếu tố quan trọng trong chất lượng đào tạo của các trường đại học. Sự hài lòng của người học là tấm gương phản chiếu khách quan nhất về thực trạng cơ sở vật chất, nội dung chương trình, đội ngũ giảng viên của môn học đó. Thông qua khảo sát thực trạng để có thể điều chỉnh về cơ sở vật chất, nội dung chương trình, thái độ và phương pháp của giảng viên đối với sinh viên.

Để nâng cao chất lượng giảng dạy môn học bóng chuyền của trường Đại học Y Dược Hải Phòng chúng tôi nghiên cứu đề tài “*Thực trạng hài lòng và một số yếu tố liên quan về học phần bóng chuyền của sinh viên năm thứ nhất trường đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2021 – 2022*”

+ **Mục tiêu 1:** *Mô tả sự hài lòng của sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2021 – 2022 sau khi học môn bóng chuyền.*

+ **Mục tiêu 2:** *Mô tả một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu trên.*

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

Sinh viên năm thứ nhất sau khi học xong học phần 2 của môn bóng chuyền năm học 2021 – 2022.

Tiêu chí lựa chọn:

- Sinh viên đủ sức khỏe học học phần bóng chuyền

Tiêu chí loại trừ:

- Những sinh viên bị dị tật bẩm sinh, không đủ sức khỏe để học môn bóng chuyền.

- Những sinh viên không đủ điều kiện thi kết thúc học phần

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Đề tài được tiến hành nghiên cứu từ tháng 12/2021 đến tháng 09/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn GDTC Trường Đại học Y Dược 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/chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ sinh viên y năm thứ nhất, chọn được 499 sinh viên đưa vào nghiên cứu, trong đó có 184 nam và 315 nữ.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Các chỉ số/biến số nghiên cứu

Mục tiêu 1:

- Sự hài lòng về cơ sở vật chất; nội dung học tập môn bóng chuyền; đội ngũ giảng viên giảng dạy; lượng giá học tập.

Mục tiêu 2: Yếu tố liên quan giữa sự hài lòng của sinh viên năm thứ nhất học môn bóng với giới, kết quả học tập, ngành học

2.2.4. Đánh giá kết quả

Sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ (1. Rất không hài lòng; 2. Không hài lòng; 3.

Không chắc chắn ; 4. Hài lòng ; 5 Rất hài lòng) được mã hóa thành 2 nhóm: Chưa hài lòng với điểm < 4 và hài lòng với điểm ≥ 4

Sinh viên được đề nghị cho biết ý kiến của mình về 4 yếu tố với 18 tiêu mục.

- Yếu tố hài lòng về cơ sở vật chất = Trung bình cộng của 4 tiêu mục.

- Yếu tố hài lòng về nội dung môn học = Trung bình cộng của 4 tiêu mục.

- Yếu tố hài lòng về đội ngũ giảng viên = Trung bình cộng của 6 tiêu mục.

- Yếu tố hài lòng về lượng giá môn học = Trung bình cộng của 4 tiêu mục.

2.3. Xử lý số liệu

Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để xử lý số liệu để tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ %, p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả sự hài lòng của sinh viên sau khi học xong môn bóng chuyên

3.1.1. Sự hài lòng của SV về cơ sở vật chất học tập môn bóng chuyên

Bảng 1: Sự hài lòng của sinh viên về cơ sở vật chất học tập môn bóng chuyên

TT	Nội dung tiêu mục hài lòng	n = 499			
		X	Z	% HL	% Không HL
1	Tài liệu học tập	4,06	0,40	88,4	11,6
2	Lớp học có sinh viên hợp lý	2,41	0,61	44,4	55,6
3	Bóng học tập	4,25	0,34	95,1	4,9
4	Sân tập luyện	2,67	0,61	48,2	51,8
5	Điểm trung bình	3,34			

Nhận xét: Qua bảng 1 ta thấy sự hài lòng về cơ sở vật của sinh viên đối với nhà trường là 3.34 điểm. Tiêu mục có điểm thấp nhất là lớp tập có số lượng sinh viên hợp lý 2,41 điểm, tiêu mục thấp thứ 2 là sân tập luyện 2.67 điểm, tiêu mục có điểm cao thứ 3 là tài liệu có được thông báo đầy đủ, đa dạng, tiêu mục có điểm cao nhất là bóng tập luyện 4,25 điểm.

3.1.2. Sự hài lòng về nội dung dạy môn BC

Bảng 2. Sự hài lòng về nội dung học tập môn bóng chuyên

TT	Nội dung tiêu mục hài lòng	n = 499			
		X	Z	% HL	% không HL
1	Chương trình môn học phù hợp với chuẩn đầu ra	4,01	0,38	84,5	13,5
2	Chương trình môn học được thông báo đầy đủ	4,03	0,34	85,6	14,4
3	Chương trình môn học được cập nhật thường xuyên	3,81	0,37	80,2	19,8
4	Chương trình môn học phù hợp với sinh viên	4,33	0,34	91,2	8,8
5	Điểm trung bình	4,04			

Nhận xét: Qua bảng 2 ta thấy sự hài lòng của sinh viên về chương trình môn học bóng chuyên có điểm trung bình là 4.04. Cả 4 tiêu mục đều có trên 80% sinh viên hài lòng.

3.1.3. Sự hài lòng về đội ngũ giảng viên giảng dạy môn bóng chuyên

Bảng 3: Sự hài lòng về đội ngũ giảng viên giảng dạy môn bóng chuyên

TT	Nội dung tiêu mục hài lòng	n = 499			
		X	Z	% HL	% không HL
1	Hài lòng về trình độ giảng viên	4,23	0,37	90,7	9,3
2	Hài lòng về phương pháp truyền đạt	4,25	0,38	91,2	8,8
3	Hài lòng về giờ lên lớp với kế hoạch giảng dạy	4,23	0,37	90,7	9,3
4	Hài lòng về thái độ(gần gũi, thân thiện)	4,33	0,34	92,6	7,4
5	Hài lòng về chia sẻ kinh nghiệm, kiến thức	4,40	0,37	93,2	6,8
6	Hài lòng về trình độ thi phạm	4,25	0,38	91,2	8,8
5	Điểm trung bình	4,28			

Nhận xét: Qua bảng 3 cho thấy điểm hài lòng trung bình của các tiêu mục là 4.28, điểm của các tiêu mục từ 4,23 đến 4,40. Cả 6 tiêu mục đều có trên 90% sinh viên hài lòng.

3.1.4. Hài lòng về lượng giá điểm của giảng viên đối với sinh viên học môn bóng chuyên

Bảng 4. Hài lòng về lượng giá điểm của sinh viên với môn học bóng chuyên

TT	Nội dung tiêu mục hài lòng	n = 499			
		X	Z	% HL	% không HL
1	Nội dung lượng giá (phù hợp và đánh giá đúng trình độ của sv)	4,06	0,36	88,4	11,6
2	Nội dung lượng giá có được công bố ngay từ khi nhập môn không	4,33	0,38	93,6	6,4
3	Đánh giá kết quả chính xác, công bằng	4,45	0,4	95,2	4,8
4	Điểm có công bố kịp thời, đúng quy định	4,37	0,39	94,1	4,9
5	Điểm trung bình	4,30			

Nhận xét: Qua bảng 4 cho thấy điểm hài lòng trung bình của chỉ tiêu lượng giá là 4,30 điểm của các tiêu mục từ 4.06 đến 4,40. Đây cũng là yếu tố được sinh viên hài lòng cao.

3.2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên năm thứ nhất sau khi học xong môn bóng chuyên

Bảng 5: Liên quan giữa sự hài lòng của sinh viên học môn bóng chuyên với giới tính

Giới n(%)	Nữ n= 315 TL(%)	Nam n= 184 TL(%)	P
Hài lòng			
Cơ sở vật chất của môn học			0.788>0.05
Chưa hài lòng	169(53,6)	101(55)	
Hài lòng	146(46,4)	83(45)	
Nội dung chương trình môn học			0.665>0,05
Chưa hài lòng	126(40)	70(38)	
Hài lòng	189(60)	114(62)	
Đội ngũ giảng viên của môn học			0.214>0.05
Chưa hài lòng	86(27,3)	41(22,3)	

Hài lòng	229(72,7)	143(77,7)	
Lượng giá sinh viên của môn học			0.155>0.05
Chưa hài lòng	57(18,1)	43(23,4)	
Hài lòng	258(81,9)	141(76,6)	

Nhận xét: Qua bảng 5 ta thấy ở cả 4 tiêu chí khi so sánh đều có $p > 0,05$ cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác thì sự hài lòng của nam và nữ là tương đồng nhau.

Bảng 6: Liên quan giữa Sự hài lòng của sinh viên học môn bóng chuyền với kết quả học tập

KQ thi n(%)	Không đạt n = 87 TL(%)	Đạt n= 412 TL(%)	p
Hài Lòng			
Cơ sở vật chất của môn học			0,637>0.05
Chưa hài lòng	56(64,4)	276(67)	
Hài lòng	31(35,6)	136(33)	
Nội dung chương trình của môn học			0,802>0.05
Chưa hài lòng	49(56,3)	226(54,9)	
Hài lòng	31(43,7)	186(45,1)	
Đội ngũ giảng viên của môn học			0,074>0.05
Chưa hài lòng	14(16,1)	103(25)	
Hài lòng	71(83,9)	309(75)	
Lượng giá sinh viên của môn học			0,045<0.05
Chưa hài lòng	14(16,1)	108(26,2)	
Hài lòng	71(83,9)	304(73,8)	

Nhận xét: Qua bảng 6 ta thấy sự hài lòng của sinh viên theo kết quả học tập thì các tiêu chí về cơ sở vật chất và nội dung chương trình khi so sánh 2 nhóm đều có $p > 0.05$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tiêu chí về đội ngũ giảng viên và lượng giá sinh viên có $p < 0.05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác thì nhóm đạt yêu cầu đồng ý cao hơn nhóm không đạt yêu cầu.

Bảng 7: Liên quan giữa Sự hài lòng của sinh viên với môn học bóng chuyền theo chuyên ngành đào tạo

CN n(%)	Y Đa khoa (n=254) Tỷ lệ (%)	Chuyên ngành khác (n = 245) Tỷ lệ (%)	p
Hài lòng			
Cơ sở vật chất của môn học			0.000 < 0,001
Chưa hài lòng	171(67,3)	94(38,4)	
Hài lòng	83(32,7)	151(61.6)	
Nội dung chương trình của môn học			0,785>0,05
Chưa hài lòng	140(55,1)	138(56,3)	
Hài lòng	114(44,9)	107(43,7)	
Đội ngũ giảng viên của môn học			0,277>0,05

Chưa hài lòng	51(20,1)	40(16,3)	
Hài lòng	203(79,9)	205(83,7)	
Lượng giá sinh viên của môn học			0.188>0.05
Chưa hài lòng	46(18,1)	56(22,9)	
Hài lòng	208(81,9)	189(77,1)	

Nhận xét: Qua bảng 7 ta thấy ở tiêu chí cơ sở vật chất khi so sánh có $p < 0,001$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác thì sinh viên của các chuyên ngành còn lại hài lòng cao hơn hẳn sinh viên Y đa khoa. Các tiêu chí còn lại như nội dung chương trình, đội ngũ giảng viên và lượng giá sinh viên đều có $p > 0,05$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Qua mô tả thực trạng sự hài lòng của sinh sau khi học xong môn bóng chuyền của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2021 – 2022, chúng tôi có một số bàn luận sau đây:

4.1. Mô tả thực trạng sự hài lòng của sinh viên sau khi học xong môn bóng chuyền

Qua bảng 1 ta thấy điểm hài lòng trung bình về cơ sở vật chất là 3.34 điểm, điểm có tiểu mục thấp nhất là lớp học có sinh viên hợp lý có điểm số thấp nhất là 2.41 điểm, tỉ lệ không hài lòng là 55,6%. kết quả này cũng phản ánh thực tế vì sinh viên của các lớp Y đa khoa có sĩ số lớp đông, khoảng 60 người 1 lớp dẫn tới việc giáo viên bao quát lớp, cũng như chỉnh sửa kỹ thuật cho sinh viên còn gặp nhiều khó khăn. Tiểu mục có điểm thấp tiếp theo là sân tập có điểm 2.67 điểm, với tỉ lệ sinh viên không hài lòng là 51,8%. Kết quả này cũng phản ánh thực tế điều kiện sân tập bóng chuyền của trường vì sân tập bóng chuyền của sinh viên là sân tập ngoài trời nên thời tiết mưa thì không thể tập luyện và thời tiết nắng thì lại rất nắng dẫn tới

việc học tập của sinh viên còn gặp nhiều bất cập. Tiểu mục về tài liệu học tập được 4,06 điểm, tiểu mục được sinh viên hài lòng là 88,4% đây cũng là lỗi lực của tập thể giảng viên bộ môn đã biên soạn giáo trình bóng chuyền dành riêng cho sinh viên của trường. Tiểu mục bóng tập luyện được 4,25 điểm tỷ lệ sinh viên hài lòng về bóng tập luyện của nhà trường được sinh viên đánh giá cao vì nhà trường đã trang bị cho bộ môn đủ về số lượng và đảm bảo về chất lượng

Về nội dung chương trình môn học bóng chuyền có điểm bình quân là 4.04 điểm, tiểu mục thấp nhất là chương trình được cập nhật thường xuyên là 3,81 điểm và tiểu mục cao nhất là nội dung chương trình phù hợp với sinh viên là 4,33 điểm. Về nội dung chương trình môn học thì bộ môn cũng đã biên soạn giáo trình môn học bóng chuyền dùng riêng cho sinh viên của trường và tài liệu cũng đã cập nhật trên thư viện của trường và bộ môn cũng đã thường xuyên tổ chức sinh hoạt chuyên môn để điều chỉnh nội dung giảng dạy sao cho phù hợp với đối tượng giảng dạy, trong năm học 2021 – 2022 thì bộ môn cũng đã điều chỉnh nội dung kỹ thuật đệm bóng giảm nhẹ cho sinh viên giúp sinh viên tập luyện dễ dàng hơn, ngoài ra thì bộ môn cũng điều chỉnh nội dung học tập của nữ giảm nhẹ hơn so với các năm trước, giúp sinh viên nữ đạt yêu cầu cao hơn. Tuy nhiên kết quả kiểm tra kết thúc môn thì tỷ lệ sinh viên nữ không đạt yêu cầu cao hơn nam, nữ không đạt yêu cầu 21.9%, nam 9.78%. Từ kết quả khảo sát sự hài lòng của sinh viên để bộ môn tiếp tục điều chỉnh nội dung giảng

dạy cũng như nội dung lượng giá để đảm bảo tỷ lệ sinh viên không đạt yêu cầu giảm xuống và tỷ lệ sinh viên nam và sinh viên nữ không đạt yêu cầu là tương đương nhau.

Qua bảng 3 ta thấy điểm trung bình đánh giá đội ngũ giảng viên giảng dạy bóng chuyền trung bình là 4.28 điểm. Ở cả 6 tiêu mục đều có điểm từ 4,23 điểm cho tới 4,40 điểm. Cả 4 tiêu mục này đều có số sinh viên hài lòng trên 90%. Kết quả này cũng phản ánh thực trạng của bộ môn, bộ môn Giáo dục thể chất có 10 giảng viên, các giảng viên đều có trình độ đạt chuẩn trở nên, và 100% các giảng viên có kinh nghiệm giảng dạy môn bóng chuyền từ 5 năm trở nên. Mặt khác lãnh đạo bộ môn cũng tổ chức sinh hoạt chuyên môn thường xuyên để các giảng viên thống nhất nội dung giảng dạy sao cho đồng nhất và các giảng viên bộ môn luôn nhiệt tình, tâm huyết với nghề.

Về nội dung lượng giá sinh viên, tiêu mục này cũng được sinh viên đánh giá cao. Điểm trung bình của tiêu mục này là 4.40 điểm, các tiêu mục đều đạt trên 4 điểm và sự hài lòng của sinh viên từ 88,4 đến 97,2%. Điều này cũng phản ánh sự nỗ lực của lãnh đạo và tập thể bộ môn đã mang lại kết quả, trong vài năm trở lại đây bộ môn không còn tình trạng thối nát, khiếu nại về điểm thi, để đạt được điều đó thì bộ môn đã tổ chức thi và đánh giá công bằng, chính xác và khách quan. Nội dung thi kiểm tra và yêu cầu đạt được được lãnh đạo bộ môn quán triệt các giảng viên phổ biến cho sinh viên ngay từ đầu các học phần, mặt khác các giảng viên cũng hướng dẫn cho sinh viên cách tự đánh giá thành tích của mình, kết quả lượng giá của bộ môn được công bố kịp thời và đúng quy định để sinh viên cập nhật được kết quả thi kiểm tra của mình một cách nhanh nhất.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên năm thứ nhất sau khi học xong môn bóng chuyền

Sự hài lòng của sinh viên với môn học bóng chuyền theo giới tính, theo kết quả thống kê ở bảng 5 thì cả 4 tiêu mục khi so sánh đều có $p > 0.05$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê hay nói cách khác là sự hài lòng về tiêu chí giới tính nam và nữ là tương đồng nhau.

Sự hài lòng về kết quả thi kết thúc học phần, theo kết quả thống kê ở bảng 6 cho thấy sự hài lòng của sinh viên theo kết quả học tập thì các tiêu chí về cơ sở vật chất và nội dung chương trình và đội ngũ giảng viên khi so sánh 2 nhóm đều có $p > 0.05$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tiêu chí về lượng giá sinh viên có $P < 0.05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác thì nhóm đạt yêu cầu đồng ý cao hơn nhóm không đạt yêu cầu.

Sự hài lòng về chuyên ngành đào tạo, theo kết quả thống kê ở bảng 7 cho thấy ta thấy ở tiêu chí cơ sở vật chất khi so sánh có $p < 0,001$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác thì sinh viên của các chuyên ngành còn lại hài lòng cao hơn hẳn sinh viên Y đa khoa. Các tiêu chí còn lại như nội dung chương trình, đội ngũ giảng viên và lượng giá sinh viên đều có $> 0,05$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tiêu chí về cơ sở vật chất của chuyên ngành đa khoa hài lòng thấp hơn cũng phản ánh điều kiện thực tiễn của trường vì các lớp sinh viên y đa khoa thường có sĩ số trên 60 người, sĩ số đông làm cho khả năng bao quát cũng như uốn nắn động tác cho sinh viên gặp nhiều khó khăn. Đây cũng là nguyên nhân sinh viên Y đa khoa hài lòng thấp hơn chuyên ngành còn lại.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả và bàn luận chúng tôi có một số kết luận sau đây:

5.1. Thực trạng sự hài lòng của sinh viên sau khi học xong môn bóng chuyền

Sinh viên chưa hài lòng về cơ sở vật, nội dung học tập, đội ngũ giảng viên, điểm và lượng giá sinh viên với điểm hài lòng lần lượt là 3.34 điểm, 4.04 điểm, 4.28 điểm và 4.40 điểm.

Các tiêu mục có tỷ lệ sinh viên không hài lòng cao là lớp học có sinh viên hợp lý 55.6% và sân tập luyện là 51.8%. Các tiêu mục còn lại đều có số sinh viên không hài lòng nhỏ hơn 20%.

5.2 Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên

Yếu tố liên quan với sự không hài lòng của sinh viên bao gồm giới tính, chuyên ngành đào tạo, và cơ sở vật chất.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả chúng tôi có khuyến nghị sau:

1. Nhà trường cần đầu tư cơ sở vật chất tập luyện như nhà thi đấu để đảm bảo cho sức khỏe người học.
2. Phòng đào tạo phối hợp cùng Khoa sắp xếp các lớp có sĩ số < 60 sinh viên để học tập môn bóng chuyền đạt kết quả tốt.

VII. 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.22.12.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ma Cẩm Tường Lan (2011)** “ Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của sinh viên đối với cơ sở vật chất, trang thiết bị tại trường Đại học Đà Lạt” , Luận văn thạc sỹ, Viện Đảm bảo chất lượng Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Trang (2010)** “ Xây dựng mô hình đánh giá mức độ hài lòng của sinh viên với chất lượng đào tạo tại trường Đại học Kinh tế - Đại học Đà Nẵng” Tuyển tập báo cáo hội nghị Sinh viên Nghiên cứu khoa học lần thứ 7, Đại học Đà Nẵng, tr.94 – 99.
3. **Vũ Thị Thanh Thảo (2013)** “ Đánh giá các yếu tố tác động đến mức độ hài lòng của sinh viên về các dịch vụ hỗ trợ sinh viên tại trường Đại học Sư phạm Kỹ thuật TP HCM”.
4. **Trần Xuân Kiên (2009)** “ Đánh giá sự hài lòng của sinh viên về chất lượng đào tạo tại trường đại học Kinh tế & Quản trị Kinh Doanh – Đại học Thái Nguyên”, Viện đảm bảo chất lượng , Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. **Trần Quang Tuấn, Trần Xuân Khoa, Nguyễn Thị Hương, Trần Bá Xuân (2017)** “Phân tích sự hài lòng của sinh viên cao đẳng được chính quy năm cuối tại trường cao đẳng được TW Hải Dương”

XÂY DỰNG DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI CẦN CHÚ Ý TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦY NGUYÊN HẢI PHÒNG NĂM 2021

Nguyễn Thị Hạnh¹, Trần Thị Ngân¹, Đồng Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này nhằm xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện qua 3 giai đoạn: (1) Xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý thông qua sự đồng thuận của các cơ sở dữ liệu từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện: Micromedex 2.0, tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và Quyết định số 5948/QĐ-BYT. (2) Rà soát tương tác từ đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú và lựa chọn các cặp tương tác có tần suất cao ($\geq 1\%$ tổng số đơn thuốc/bệnh án). (3) Xây dựng danh mục tương tác thuốc cuối cùng bằng việc tổng hợp danh mục tương tác thuốc thu được ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2. Kết quả: Xây dựng được danh mục tương tác gồm 45 cặp tương tác cần chú ý trong thực hành lâm sàng. Kết luận: Danh mục này có thể được phổ biến tại các khoa lâm sàng, đồng thời tích hợp vào phần mềm hỗ trợ kê đơn tại bệnh viện.

Từ khóa: Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, tương tác thuốc, Micromedex 2.0, tần suất cao

SUMMARY

DEVELOPING A LIST OF IMPORTANT DRUG- DRUG INTERACTIONS IN THE CLINICAL PRACTICE AT THUY NGUYEN GENERAL HOSPITAL IN 2021

This study was aimed to develop a list of important drug- drug interactions (DDIs) Thuy Nguyen general Hospital. Subjects and methods: This study was 3 phases: (1) The construction of the initiative list was based on consensus of the documentations from the list of drugs in Thuy Nguyen hospital: Micromedex 2.0, the patient leaflets and Drug Interaction Fact 2014. (2) The research group reviewed all the in-patient medical records in the General internal department and Cardiology department and sorted the high-frequency DDIs with prevalence higher than 1%. (3) After the DDIs of the first list and the second list were assessed by a group of doctors and pharmacists who the proposed a list of important DDIs at the internal department – Thuy Nguyen Hospital. Results: From the documentations, the research group constructed 27 DDIs of the list. Conclusion: This DDIs list can be disseminated in clinical departments and integrated into the prescribing software of Thuy Nguyen hospital.

Keywords: Thuy Nguyen hospital, DDIs, Micromedex 2.0, high-frequency

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hạnh

Email: nthanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương tác thuốc (TTT) bất lợi là một trong những nguyên nhân gây ra các biến cố bất lợi của thuốc, gây giảm hiệu quả điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, và thậm chí có thể gây tử vong cho bệnh nhân [1]. Hiện nay, các cơ sở dữ liệu tra cứu tương tác thuốc rất phong phú, đa dạng bao gồm cả sách chuyên khảo lẫn phần mềm duyệt tương tác trực tuyến. Tuy nhiên, do cơ sở dữ liệu sử dụng trong các phần mềm khác nhau nên kết quả duyệt tương tác có sự khác biệt về mức độ nghiêm trọng và khuyến cáo xử trí [4]. Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng là bệnh viện đa khoa hạng II, thuộc tuyến quận huyện thuộc thành phố Hải Phòng. Những năm gần đây, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ngày càng tăng, trong đó số bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm cũng tăng đáng kể. Số lượng thuốc sử dụng trên bệnh nhân ngày càng nhiều, cùng với đó tương tác thuốc bất lợi xuất hiện với tần suất ngày càng tăng. Vì vậy để tránh tối đa việc xảy ra các tương tác thuốc bất lợi trên bệnh nhân, cần thiết phải có một danh mục các cặp tương tác thuốc đáng chú ý trong thực hành lâm sàng áp dụng riêng cho danh mục thuốc của bệnh viện.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn 1: Xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

Đối tượng nghiên cứu: Danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên năm 2021

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** hoạt chất nằm trong danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên năm 2021.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** thuốc phối hợp vitamin và khoáng chất, dịch truyền NaCl, glucose, dung dịch thẩm phân, máu và chế phẩm từ máu, vi khuẩn đông khô, thuốc có nguồn gốc dược liệu, thuốc y học cổ truyền và thuốc dùng ngoài.

Giai đoạn 2: Xây dựng danh mục tương tác thuốc thực tế cần chú ý dựa trên đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú được lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú 6 tháng đầu năm 2021 tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên (từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 30 tháng 06 năm 2021) được thu thập từ phần mềm quản lý bệnh viện.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** đơn thuốc và bệnh án sử dụng nhỏ hơn 2 thuốc

Giai đoạn 3: Xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng bằng việc tổng hợp danh mục tương tác thuốc thu được ở giai đoạn 1 và 2

Đối tượng nghiên cứu: Hai danh mục tương tác xây dựng ở giai đoạn 1 và 2

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Giai đoạn 1: Xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

Các cơ sở dữ liệu (CSDL) tra cứu bao gồm: Phần mềm tra cứu tương tác Drug interactions- Micromedex 2.0 (MM), danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Ban hành kèm theo Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 [2], các tờ hướng dẫn sử dụng (HDSĐ).

Nhóm nghiên cứu tiến hành quy trình như sau:

+ Bước 1: Xây dựng danh mục hoạt chất để tra cứu tương tác trong CSDL

+ Bước 2: Tiến hành tra cứu trên các CSDL đã đề xuất

Tra cứu TT của tất cả các hoạt chất trong danh mục hoạt chất đã được xây dựng ở bước 1 bằng hai phương pháp:

Phương pháp 1: Sử dụng phần mềm MM và tờ HDSD thuốc.

Phương pháp 2: Sử dụng danh mục TTT chống chỉ định (CCĐ) trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30/12/2021.

+ Bước 3: Lọc ra các tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

Các tương tác được lựa chọn cần thỏa mãn các tiêu chuẩn và thực hiện như sau:

+ Những cặp TTT trong danh sách 1 có xuất hiện trong danh sách 2, sẽ ghi nhận cặp đó có mức độ “CCĐ”.

+ Những cặp còn lại trong danh sách 1 không có trong danh sách 2, ghi nhận có mức độ “nghiêm trọng” (“NT”).

+ Cặp CCĐ còn lại trong danh sách 2, không trùng với danh sách 1, ghi nhận mức độ “CCĐ”.

Do vậy, sau giai đoạn 1, từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu thu được danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên năm 2021 bao gồm 2 mức độ “chống chỉ định” và “nghiêm trọng”.

Giai đoạn 2: Xây dựng danh mục tương tác thuốc thực tế cần chú ý dựa trên bệnh án nội trú và đơn thuốc ngoại trú

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.

+ Bước 1: Xác định cỡ mẫu

$$n = Z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu (tổng bệnh án hoặc đơn thuốc 6 tháng đầu năm 2021)

+ Bước 2: Lấy mẫu

+ Bước 3: Khảo sát tương tác thuốc trong đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú

Tra cứu tương tác thuốc bằng trang tra cứu trực tuyến MM.

+ Bước 4: Xác định các cặp TTT cần chú ý từ đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú dựa trên tần suất từng cặp

Tính tần suất xuất hiện của từng cặp TT ở bước 3:

$$\text{Tần suất} = \frac{\text{Số đơn thuốc/bệnh án có tương tác}}{\text{Tổng số đơn thuốc/bệnh án lựa chọn khảo sát}} \times 100\%$$

Lấy cặp có tần suất xuất hiện $\geq 1\%$.

Giai đoạn 3: Xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng qua đồng thuận danh mục tương tác ở giai đoạn 1 và 2

Gộp các cặp TTT giữa một thuốc với các thuốc trong cùng một nhóm tác dụng dược lý mà mức độ nặng (gồm CCĐ, CCĐ có điều kiện và NT), cơ chế, hậu quả và biện pháp quản lý giống nhau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

Từ danh mục 440 thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng năm 2021, nhóm nghiên cứu lựa chọn được 177 hoạt chất đủ điều kiện đưa vào tra cứu. Từ hai danh sách TTT 44 cặp khi tra trên MM, tờ HDSD thuốc và 23 cặp khi tra trên QĐ của Bộ Y tế, tiến hành đồng thuận. Cuối cùng thu được danh mục 37 cặp TTT lý thuyết cần chú ý tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên năm 2021 (bảng 3.1).

Bảng 3.1: Danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

STT	Cặp tương tác		Mức độ nặng		Mức độ nặng đồng thuận
			MM và tờ HDSD	QĐ	
1	Alfuzosin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	CCĐ	CCĐ
2	Amiodaron	Clorpromazin		CCĐ	CCĐ
3	Amiodaron	Colchicin	CCĐ	CCĐ	CCĐ
4	Amiodaron	Fluconazol	CCĐ	CCĐ	CCĐ
5	Amiodaron	Lopinavir/ritonavir (ritonavir)	CCĐ	CCĐ	CCĐ
6	Calci clorid	Ceftriaxon	CCĐ	CCĐ	CCĐ
7	Clarithromycin	Fluconazol	CCĐ	CCĐ	CCĐ
8	Clarithromycin	Methylegometrin	CCĐ	CCĐ	CCĐ
9	Clarithromycin	Statins (lovastatin, simvastatin)	CCĐ	CCĐ	CCĐ
10	Colchicin	Clarithromycin	CCĐ	CCĐ	CCĐ
11	Colchicin	Itraconazol	CCĐ	CCĐ	CCĐ
12	Colchicin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	CCĐ	CCĐ
13	Iobitridol	Metformin	CCĐ	CCĐ	CCĐ
14	Itraconazol	Statins (simvastatin, lovastatin)	CCĐ	CCĐ	CCĐ
15	Itraconazol	Methylegometrin	CCĐ	CCĐ	CCĐ
16	Linezolid	Thuốc tác dụng trên hệ Adrenergic (methyldopa, phenylephrin)	CCĐ	CCĐ	CCĐ
17	Linezolid	Ephedrin		CCĐ	CCĐ
18	Linezolid	Thuốc tác dụng trên TKTU (venlafaxin, pethidin)	CCĐ	CCĐ	CCĐ
19	Linezolid	Fentanyl		CCĐ	CCĐ
20	Methylegometrin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	CCĐ	CCĐ
21	Metoclopramid	Pramipexol		CCĐ	CCĐ
22	Rifampin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	CCĐ	CCĐ
23	Statins (lovastatin, simvastatin)	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	CCĐ	CCĐ
24	Alfuzosin	Clarithromycin	CCĐ		NT
25	Alfuzosin	Thuốc chống nấm (fluconazol, itraconazol)	CCĐ		NT
26	Efavirenz	Lopinavir/ritonavir (ritonavir)	CCĐ		NT
27	Rifampin	Tenofovir	CCĐ		NT
28	Amlodipin	Clopidogrel	NT		NT
29	Ciprofloxacin	Theophyllin	NT		NT

30	Clarithromycin	Thuốc kháng Virus (lopinavir/ritonavir (ritonavir), efavirenz)	NT		NT
31	Clarithromycin	Thuốc tác dụng trên TKTU' (fentanyl, midazolam)	NT		NT
32	Clopidogrel	Esomeprazol	NT		NT
33	Efavirenz	Itraconazol	NT		NT
34	Isoniazid	Acetaminophen	NT		NT
35	Methylprednisolon	Lopinavir/Ritonavir	NT		NT
36	Rifampin	Dolutegravir	NT		NT
37	Statins (atorvastatin, pravastatin, rosuvastatin)	Lopinavir/Ritonavir	NT		NT

CCĐ: chống chỉ định, NT: nghiêm trọng, TKTU': thần kinh trung ương

3.2. Xây dựng danh mục tương tác cần chú ý dựa trên bệnh án
thuốc thực tế cần chú ý dựa trên bệnh án
nội trú và đơn thuốc ngoại trú

Qua kết hợp danh mục tương tác bất lợi cần chú ý dựa trên bệnh án nội trú và đơn thuốc ngoại trú, nhóm nghiên cứu thu được danh mục TTT có tần suất gặp cao, bao gồm 13 cặp TTT được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2: Danh mục 13 cặp TTT thực tế cần chú ý

STT	Cặp tương tác		Mức độ nặng	Bằng chứng
1	Amlodipin	Clopidogrel	NT	Rất tốt
2	Amlodipin	Simvastatin	NT	Tốt
3	Aspirin	Clopidogrel	NT	Khá
4	Aspirin	Thuốc lợi tiểu (furosemid, hydrochlorothiazid)	NT	Tốt
5	Aspirin	Meloxicam	NT	Khá
6	Aspirin	Metformin	NT	Khá
7	Bupivacain	Lidocain	NT	Khá
8	Bupivacain	Propofol	NT	Tốt
9	Ciprofloxacin	Thuốc điều trị đái tháo đường (insulin, metformin)	NT	Khá
10	Ciprofloxacin	Simvastatin	NT	Tốt
11	Diazepam	Thuốc tác dụng trên TKTU' (morphin, gabapentin)	NT	Khá
12	Fentanyl	Thuốc tác dụng trên TKTU' (midazolam, morphin, propofol, isofluran, metoclopramid, meperidin, diphenydramin, diazepam)	NT	Khá
13	Morphin	Thuốc tác dụng trên TKTU' (isofluran, midazolam, propofol)	NT	Khá

NT: nghiêm trọng, TKTU': thần kinh trung ương

3.3. Xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng qua khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn về danh mục tương tác ở giai đoạn 1 và 2

Nhóm nghiên cứu thu được danh mục 34 cặp TTT lý thuyết và danh mục 13 cặp TTT thực tế dựa trên bệnh án nội trú và đơn thuốc ngoại trú cần chú ý sau giai đoạn 1 và giai

đoạn 2. Tiến hành gộp hai danh mục này với nhau và gộp các cặp TTT giữa một thuốc với các thuốc trong cùng một nhóm tác dụng dược lý mà cơ chế, hậu quả và hướng xử trí giống nhau. Cuối cùng có được danh mục TTT bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng gồm 45 cặp TTT trình bày tại bảng 3.3.

Bảng 3.3. Danh mục 45 cặp tương tác bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên

STT	Thuốc 1	Thuốc 2	Mức độ	Xử trí
1	Alfuzosin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp.
2	Amiodaron	Clorpromazin	CCĐ có điều kiện	1. Chống chỉ định phối hợp ở các bệnh nhân có hội chứng QT kéo dài do di truyền hoặc mắc phải. 2. Các đối tượng bệnh nhân khác, nên tránh phối hợp. Trong trường hợp cần thiết phối hợp, đánh giá nguy cơ/lợi ích và lượng giá các yếu tố nguy cơ trên từng bệnh nhân, đặc biệt là rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ magie máu, hạ calci máu), nhịp tim chậm, nữ giới.
3	Amiodaron	Fluconazol		
4	Clarithromycin	Fluconazol		
5	Amiodaron	Lopinavir/ritonavir (ritonavir)	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp.
6	Calci clorid	Ceftriaxon	CCĐ có điều kiện	1. Chống chỉ định sử dụng đồng thời ở trẻ sơ sinh (< 28 ngày tuổi). 2. Ở các đối tượng khác, không trộn lẫn calci và ceftriaxon trong cùng 1 đường truyền, dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền tại 2 vị trí khác nhau hoặc dùng lần lượt từng thuốc sau đó khi tráng rửa đường truyền bằng dung môi tương hợp.
7	Methylergometrin	Clarithromycin	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp
8		Itraconazol		
9	Methylergometrin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ có điều kiện	Tốt nhất nên tránh phối hợp. Đối với trường hợp điều trị bằng huyết sau sinh, nếu không còn thuốc khác thay thế ở người bệnh đang sử dụng lopinavir/ritonavir sử dụng methylergometrin chỉ khi lợi ích vượt trội nguy cơ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất.
10	Clarithromycin	Statins (lovastatin, simvastatin)	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn: - Trường hợp bắt buộc sử dụng kháng sinh macrolid, thay clarithromycin bằng azithromycin HOẶC

				- Trường hợp bắt buộc sử dụng dẫn chất statin, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý liều pravastatin ≤ 40 mg/ngày, fluvastatin ≤ 20 mg/ngày, thận trọng khi phối hợp với atorvastatin).
11	Colchicin	Clarithromycin	CCĐ có điều kiện	1. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận.
12		Itraconazol		2. Ở bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường: nên tránh phối hợp. Nếu phối hợp: giảm liều colchicin.
13		Lopinavir/ritonavir		Dùng liều tiếp theo của colchicin sau 3 ngày. Theo dõi nguy cơ độc tính của colchicin.
14		Amiodaron		
15	Iobitridol	Metformin	CCĐ có điều kiện	1. Bệnh nhân có MLCT > 30 ml/phút/1,73m ² và không có bằng chứng tổn thương thận cấp, được chỉ định tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch hoặc động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp (ví dụ: bơm thuốc vào tim phải, động mạch phổi, động mạch cánh, động mạch dưới đòn, động mạch vành, động mạch mạc treo hay động mạch dưới động mạch thận): tiếp tục sử dụng metformin như bình thường. 2. Bệnh nhân (1) MLCT < 30 ml/phút/1,73m ² tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, động mạch tiếp xúc với thận thứ cấp, hoặc (2) Bệnh nhân tiêm thuốc cản quang đường động mạch tiếp xúc với thận đầu tiên (ví dụ: bơm thuốc vào tim trái, động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng trên động mạch thận hoặc động mạch thận) hoặc (3) Có tổn thương thận: Ngừng metformin trước hoặc tại thời điểm tiến hành thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và không được dùng lại cho đến ít nhất 48 giờ sau đó. Sau 48 giờ, chỉ sử dụng lại metformin sau khi chức năng thận được đánh giá lại và cho thấy ổn định.
16	Itraconazol	Dẫn chất statins (simvastatin, lovastatin)	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp. 1. Chỉ bắt đầu sử dụng simvastatin hoặc lovastatin sau khi ngừng itraconazol ít nhất 2 tuần HOẶC 2. Cần nhắc thay đổi sang các thuốc nhóm khác có cùng chỉ định và ít có nguy cơ tương tác hơn. - Trường hợp bắt buộc sử dụng statins: thay simvastatin/lovastatin bằng các dẫn chất statin khác (lưu ý về giới hạn về liều của các dẫn chất statin này khi phối hợp với các thuốc ức chế CYP3A4 mạnh). - Trường hợp bắt buộc sử dụng thuốc kháng nấm azol: thay itraconazol bằng fluconazol (nhưng tránh dùng liều cao, có tác dụng ức chế mạnh CYP3A4).
17	Linezolid	Thuốc tác dụng trên hệ Adrenergic (methyl dopa,	CCĐ	CCĐ phối hợp. Nếu phối hợp: 1. Chống chỉ định sử dụng ephedrin, phenylephrin sử dụng đường uống đồng thời hoặc trong vòng 14 ngày trước đó có sử dụng linezolid. 2. Đối với ephedrin và phenylephrin sử dụng

		ephedrin, phenylephrin)		đường tiêm, cần sử dụng rất thận trọng trên bệnh nhân đang dùng linezolid trong điều kiện giám sát huyết áp chặt chẽ.
18	Linezolid	Thuốc tác dụng trên TKTU' (venlafaxin, fentanyl, pethidin)	CCĐ có điều kiện	1. Cố gắng tránh sử dụng đồng thời. Tốt nhất nên sử dụng cách nhau 2 tuần. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng opioid, có thể đổi sang các opioid khác không có hoạt tính ức chế thu hồi serotonin (morphin, codein, oxycodon, buprenorphin). 2. Trường hợp không thể trì hoãn điều trị được 2 tuần, bắt buộc sử dụng dài ngày hoặc khẩn cấp bằng linezolid và không có thuốc khác thay thế, cân bằng lợi ích và nguy cơ xảy ra hội chứng serotonin. Nếu lợi ích vượt trội nguy cơ, vẫn có thể sử dụng đồng thời nhưng cần giám sát chặt chẽ bệnh nhân, đặc biệt trong tháng đầu tiên sử dụng đồng thời 2 thuốc.
19	Metoclopramid	Pramipexol	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp
20	Rifampin	Lopinavir/ritonavir	CCĐ có điều kiện	Tốt nhất nên tránh phối hợp. Nếu bắt buộc phối hợp, điều chỉnh liều lopinavir/ritonavir (lopinavir 800mg + ritonavir 200mg 2 lần/ngày hoặc lopinavir 400mg + ritonavir 400mg 2 lần/ngày). Theo dõi chặt triệu chứng nhiễm độc gan.
21	Statins (lovastatin, simvastatin)	Lopinavir/ritonavir	CCĐ	Chống chỉ định phối hợp. Trường hợp bắt buộc dùng statins, thay simvastatin bằng các dẫn chất statin khác (ngoại trừ lovastatin) dùng liều thấp nhất có hiệu quả, atorvastatin ≤ 20 mg/ngày, rosuvastatin ≤ 10 mg/ngày, pitavastatin và pravastatin không cần hiệu chỉnh liều khi phối hợp.
22	Alfuzosin	Clarithromycin	NT	Không nên sử dụng đồng thời. Tạm ngừng điều trị bằng alfuzosin nếu bắt đầu điều trị bằng clarithromycin.
23	Alfuzosin	Thuốc chống nấm (fluconazol, itraconazol)	NT	Tránh phối hợp. Tránh sử dụng trong quá trình điều trị và 2 tuần sau khi điều trị bằng thuốc chống nấm.
24	Amlodipin	Clopidogrel	NT	Bổ sung cilostazol có thể làm giảm tương tác có hại này. Thận trọng khi sử dụng đồng thời và theo dõi bệnh nhân nếu giảm hiệu quả của clopidogrel.
25	Amlodipin	Simvastatin	NT	Nếu phối hợp: Liều của simvastatin không nên vượt quá 20mg/ngày. Có thể thay thế bằng fluvastatin, pravastatin và rosuvastatin.
26	Aspirin	Clopidogrel	NT	Nếu phối hợp: Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu chảy máu và các xét nghiệm huyết học. Liều aspirin ≤ 100 mg/ngày.
27	Aspirin	Meloxicam	NT	Nếu phối hợp:

				Theo dõi chặt các dấu hiệu chảy máu. Có thể dùng kèm thuốc bảo vệ dạ dày. Có thể thay NSAIDs bằng paracetamol.
28	Aspirin	Metformin	NT	Theo dõi đường huyết nếu sử dụng đồng thời.
29	Aspirin	Thuốc lợi tiểu (furosemid, hydrochlorothiazid)	NT	Nếu sử dụng đồng thời, cần theo dõi chức năng thận, huyết áp tại thời điểm bắt đầu điều trị và đảm bảo hiệu quả lợi tiểu, điều trị tăng huyết áp.
30	Bupivacain	Thuốc tác dụng trên TKTU' (lidocain, propofol)	NT	Tránh sử dụng thuốc gây tê trong vòng 96 giờ sau khi sử dụng bupivacain. Nếu phải dùng cùng lúc, theo dõi các tác dụng thần kinh và tim mạch liên quan đến độc tính hệ thống gây tê cục bộ; Nếu bệnh nhân được tiêm bắp bupivacain (liều $\geq 0.5\text{mg/kg}$) trước khi gây mê bằng propofol cần giảm liều propofol.
31	Ciprofloxacin	Simvastatin	NT	Nếu cần dùng đồng thời, theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh cơ dưới màng cứng hoặc cơ bụng (đau cơ, đau hoặc yếu). Theo dõi mức độ CK và ngừng sử dụng nếu mức CK tăng, hoặc nếu bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân được chẩn đoán hoặc nghi ngờ. Có thể thay thế simvastatin bằng fluvastatin, pravastatin, rosuvastatin.
32	Ciprofloxacin	Theophyllin	NT	Nếu phối hợp: Giảm 30-50% liều theophyllin khi bắt đầu dùng ciprofloxacin. Theo dõi các dấu hiệu độc tính của theophyllin. Có thể xem xét thay ciprofloxacin bằng moxifloxacin.
33	Ciprofloxacin	Thuốc điều trị đái tháo đường (insulin, metformin)	NT	Nếu cần đồng sử dụng: theo dõi chặt chẽ mức đường huyết và điều chỉnh liều của thuốc trị đái tháo đường; Điều chỉnh liều có thể cần thiết sau ngừng fluoroquinolon.
34	Clarithromycin	Thuốc kháng Virus (lopinavir/ritonavir (ritonavir), efavirenz)	NT	Nếu cần sử dụng đồng thời: giảm 50% liều clarithromycin ở bệnh nhân suy thận vừa phải ($\text{CrCl} = 30\text{-}60\text{ml/phút}$) và 75% ở bệnh nhân suy thận nặng ($\text{CrCl} < 30\text{ml/phút}$). Người có chức năng thận bình thường không cần hiệu chỉnh. Theo dõi nồng độ huyết thanh. Có thể thay clarithromycin bằng azithromycin.
35	Clarithromycin	Thuốc tác dụng trên TKTU' (fentanyl, midazolam)	NT	Nếu bắt buộc phối hợp: Theo dõi thời gian an thần của bệnh nhân. Giảm 50-75% liều midazolam. Đặc biệt, truyền tĩnh mạch midazolam kéo dài, cần giảm 50% liều ban đầu. Có thể thay clarithromycin bằng azithromycin.
36	Clopidogrel	Esomeprazol	NT	Tránh phối hợp. Nếu bắt buộc: Dùng PPIs sau 4 giờ dùng clopidogrel, có thể chuyển sang dùng pantoprazol hoặc thay thế bằng thuốc ít chuyển hóa qua enzym CYP2P9 như ranitidin và cân nhắc sử dụng aspirin thay thế cho clopidogrel với tác dụng chống kết tập tiểu cầu.

37	Diazepam	Thuốc tác dụng trên TKTU' (morphin, gabapentin)	NT	Theo dõi các triệu chứng suy hô hấp và an thần, và xem xét sử dụng liều thấp nhất và thời gian ngắn nhất cần thiết để đạt được các mục tiêu điều trị. Giảm hoặc ngưng thuốc ức chế thần kinh.
38	Efavirenz	Itraconazol	NT	Tránh sử dụng đồng thời từ 2 tuần trước và trong khi điều trị với itraconazol. Xem xét thay thế itraconazol bằng fluconazol.
39	Efavirenz	Lopinavir/ritonavir (ritonavir)	NT	Nếu phối hợp: theo dõi enzym gan và dung phụ. Xem xét thay thế efavirenz ở bệnh nhân đã sử dụng thuốc kéo dài khoảng QT (VD: ritonavir), để tránh các tác dụng phụ trong khoảng QT. Nếu dùng đồng thời efavirenz liều 600mg/1 lần/ngày, liều lopinavir/ritonavir tăng lên từ 400/100mg thành 500/125mg/2 lần/ngày. Đối với bệnh nhi từ 6 tháng đến 18 tuổi, nên tăng liều lên 300 mg-75 mg/2 lần/ngày đối với dung dịch uống.
40	Fentanyl	Thuốc tác dụng trên TKTU' (midazolam, morphin, propofol, isofluran, metoclopramid, meperidin, diphenhydramin, diazepam)	NT	Nếu sử dụng đồng thời, sử dụng liều thấp nhất và thời gian ngắn nhất có thể để đạt được các mục tiêu điều trị. Theo dõi chặt chẽ tác dụng an thần, suy hô hấp. Giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc. Tương tác có thể ảnh hưởng đến sự tỉnh táo của bệnh nhân.
41	Isoniazid	Acetaminophen	NT	Nên tránh phối hợp, sử dụng thận trọng acetaminophen ở bệnh nhân dùng isoniazid. Nên ngừng cả 2 thuốc nếu thấy dấu hiệu về độc tính với gan. Có thể thay acetaminophen bằng aspirin hoặc các chất gây viêm không steroid.
42	Methylprednisolon	Lopinavir/ritonavir	NT	Thay methylprednisolon bằng beclomethason hoặc prednisolon (các chất ít bị ảnh hưởng bởi CYP3A) nên được xem xét, đặc biệt là sử dụng lâu dài.
43	Morphin	Thuốc tác dụng trên TKTU' (isofluran, midazolam, propofol)	NT	Đánh giá thời gian dùng và khả năng dung nạp thuốc ức chế TKTU' chọn lọc. Theo dõi các tình trạng hạ huyết áp, suy hô hấp, buồn ngủ. Bắt đầu morphin liều thấp nhất (30mg/ 24h hoặc 15mg/ mỗi 12h).
44	Rifampin	Thuốc kháng Virus (tenofovir, dolutegravir)	NT	Không nên kết hợp. Nếu cần sử dụng đồng thời dolutegravir và rifampin, tăng liều dolutegravir lên 50 mg/2 lần/ngày. Nếu cần sử dụng đồng thời ở bệnh nhân nhi, tăng liều theo cân nặng 2 lần/ngày. Bất cứ khi nào có thể, sử dụng các lựa chọn thay thế cho rifampin.

45	Statins (atorvastatin, pravastatin, rosuvastatin)	Lopinavir/ritonavir	NT	Thận trọng khi phối hợp, sử dụng liều statin thấp nhất có thể, liều uống pravastatin $\leq 40\text{mg/ngày}$, rosuvastatin $\leq 10\text{mg/lần}$, atorvastatin $\leq 20\text{ mg/ngày}$. Theo dõi bệnh nhân nếu có biểu hiện đau cơ, yếu cơ hoặc tiêu cơ vân, tạm thời ngừng atorvastatin hoặc chuyển sang dùng pravastatin hoặc fluvastatin.
----	--	---------------------	----	---

CCĐ: chống chỉ định, NT: nghiêm trọng,

TKTU: thần kinh trung ương, MLCT: mức lọc cầu thận

IV. BÀN LUẬN

4.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện

Nghiên cứu được thực hiện bằng việc tra cứu trên trang MM, tờ HDSD thuốc và Quyết định 5948/QĐ-BYT ngày 30/12/2021 về danh mục TTT CCĐ trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Phần mềm tra cứu MM 2.0 là một CSDL đáng tin cậy, được sử dụng rộng rãi với tính tiện dụng cao, cho phép nhập tất cả các thuốc trong danh mục thuốc để tra cứu và có nhiều ưu điểm khác như phân loại tương tác theo mức độ nặng, mức bằng chứng y văn ghi nhận và có các biện pháp xử trí tương tác. Tiếp theo, với các hoạt chất không tra được trên MM, sử dụng tờ HDSD thuốc làm CSDL tra cứu TT CCĐ, vì đây là những nguồn thông tin mang tính pháp lý, thường được các bác sĩ, dược sĩ và nhân viên y tế của bệnh viện tra cứu, tiện dụng và dễ dàng tiếp cận nhất. Thêm vào đó, sử dụng thêm danh mục TTT CCĐ được ban hành bởi Bộ Y Tế theo Quyết định 5948/QĐ-BYT làm cơ sở tra cứu tương tác CCĐ, vì đây là danh mục mới được ban hành vào cuối năm 2021 mang tính pháp lý và độ tin cậy cao phù hợp với thuốc sử dụng tại Việt Nam [2].

Đồng thuận các CSDL trên, cuối cùng sau khi thực hiện xong giai đoạn 1, thu được danh mục 37 cặp TT lý thuyết cần chú ý tại

bệnh viện năm 2021, trong đó có 23 cặp TT mức độ CCĐ và 14 cặp TT NT. Khi đồng thuận, có 4 cặp TTT CCĐ chỉ xuất hiện khi tra trên QĐ, vì vậy việc tra thêm trên QĐ là cần thiết để đảm bảo rằng tất cả những cặp CCĐ được đưa vào danh mục TTT lý thuyết.

4.2. Xây dựng danh mục tương tác thuốc thực tế cần chú ý dựa trên đơn thuốc ngoại trú và bệnh án nội trú

Tỷ lệ số bệnh án nội trú gặp tương tác khi tra trên MM và tờ HDSD thuốc trong nghiên cứu là 31,5% (162 bệnh án) thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh và cộng sự năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Kiến An, Hải Phòng khi tiến hành khảo sát 424 bệnh án nội trú tại khoa Nội thì có 203 bệnh án có TT chiếm 48% [5]. Có sự khác nhau giữa hai nghiên cứu có thể do số lượng mẫu nghiên cứu không tương đồng nhau, số lượng thuốc dùng trong một đơn,...

Số đơn thuốc ngoại trú gặp ít nhất một tương tác khi tra trên MM và tờ HDSD thuốc là 17,3% (69 đơn thuốc ngoại trú) trên tổng số 400 đơn ngoại trú. Cao hơn không quá nhiều so với nghiên cứu của Đàm Văn Nồng tại Trung Tâm Y tế Huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2019 có 10% đơn thuốc ghi nhận tương tác (66 đơn thuốc trên tổng số 659 đơn đưa vào khảo sát) [3]. Có tỷ lệ sai khác ở đây, có thể là do số lượng thuốc dùng 1 lần của mỗi đơn khác nhau.

Sau khi khảo sát tương tác bằng phần mềm MM và tờ HDSD thuốc, nhóm nghiên cứu tiến hành tính tần suất xuất hiện của 82 cặp TT của đơn nội trú và 16 cặp TT qua khảo sát đơn thuốc ngoại trú theo công thức, thu được các TT tần suất gặp cao ($\geq 1\%$ tổng số bệnh án hoặc đơn thuốc). Trong đó có 4 cặp TT có tần suất gặp cao qua khảo sát đơn thuốc ngoại trú và 23 cặp có tần suất gặp cao qua khảo sát đơn nội trú. Nghiên cứu năm 2016 do Ghulam Murtaza và cộng sự thực hiện trên đối tượng bệnh nhân tim mạch điều trị nội trú tại một bệnh viện ở Pakistan đã thiết lập danh mục chỉ có 10 cặp tương tác có tần suất gặp cao nhất [6], ít hơn khoảng một nửa so với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu của Ghulam Murtaza và cộng sự chỉ thực hiện trên bệnh nhân ở một khoa nội tim mạch, khác với nghiên cứu toàn viện như nhóm nghiên cứu đã thực hiện.

Khi khảo sát bệnh án nội trú, cặp tương tác chiếm tần suất xuất hiện nhiều nhất đến 7,5% với 30 lượt TT là fentanyl và morphin. Khi sử dụng đồng thời fentanyl và morphin có thể dẫn đến tình trạng an thần quá mức, suy hô hấp, hôn mê có thể dẫn đến tử vong. Hạn chế kết hợp hai hoạt chất này với nhau, nếu cần phối hợp xem xét giảm liều cả hai thuốc và theo dõi các dấu hiệu của suy giảm hô hấp và an thần của bệnh nhân [7].

Với đơn ngoại trú, cặp TT aspirin và metformin có tần suất xuất hiện nhiều nhất (30 lượt TT chiếm 7,5%). Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng có số lượng bệnh nhân ngoại trú sử dụng các thuốc điều trị đái tháo đường và tim mạch đến khám hàng tháng khá lớn. Hiệu quả của metformin

uống có thể được tăng lên khi sử dụng đồng thời với aspirin, có thể dẫn đến hạ đường huyết. Do vậy, cần theo dõi lượng đường trong máu cẩn thận nếu cần sử dụng đồng thời [7].

Cuối cùng khi tổng hợp lại cặp có tần suất gặp cao ở cả bệnh án và đơn thuốc, chúng tôi thu được danh mục 13 cặp tương tác thuốc thực tế cần chú ý. Tất cả đều ghi nhận cặp TT mức độ là NT (1 cặp mức bằng chứng rất tốt, 4 cặp mức bằng chứng tốt và 8 cặp có mức bằng chứng khá).

4.3. Xây dựng danh mục tương tác thuốc bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên từ danh mục tương tác thuốc ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2

Sau khi hoàn thành giai đoạn 1 và giai đoạn 2, thu được danh mục 37 cặp tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý và 13 cặp tương tác thực tế dựa trên bệnh án nội trú và đơn thuốc ngoại trú. Nhóm nghiên cứu tiến hành tổng hợp và gộp chung các cặp TT giữa một thuốc với các thuốc cùng nhóm dược lý mà cơ chế, hậu quả và hướng xử trí giống nhau. Thu được 45 cặp TTT bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng. Theo nghiên cứu của Đàm Văn Nông năm 2019 thực hiện tại Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh thu được danh mục 39 cặp TT cần chú ý trên lâm sàng [3], số lượng cặp TTT cần chú ý không chênh lệch quá nhiều, có sự tương đồng giữa hai nghiên cứu danh mục cuối cùng ở giai đoạn 3 được đồng thuận từ hai danh mục ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2, đều khảo sát trên đơn ngoại trú và nội trú.

Danh mục 45 cặp TTT bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng mà nhóm nghiên cứu đã xây dựng chuyên biệt riêng cho các

hoạt chất được sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng, ngắn gọn và dễ tiếp cận tới nhân viên y tế hơn, ngoài ra CSDL sử dụng đều rất uy tín, có độ tin cậy cao, QĐ 5948/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành trên các hoạt chất được lưu hành tại Việt Nam có tính pháp lý. Tuy nhiên, danh mục còn tương đối khá dài, do nhóm nghiên cứu chỉ mới khảo sát xây dựng danh mục dựa trên hoạt chất sử dụng tại bệnh viện và đơn thuốc nội trú, ngoại trú. Chưa có đủ thời gian, nhân lực và điều kiện để có thể xin ý kiến của các chuyên gia (bác sĩ, dược sĩ, giảng viên) với mục đích tăng độ tin cậy hơn nữa cho danh mục này. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tiến hành xác định tỷ lệ phản ứng có hại do các tương tác này thực tế có thể gây ra trên bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được 45 cặp tương tác (21 cặp chống chỉ định và 24 cặp nghiêm trọng) cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng cùng với những thông tin về cơ chế- hậu quả và biện pháp quản lý của các cặp tương tác này. Danh mục này có thể được phổ biến tại các khoa lâm sàng, đồng thời tích hợp vào phần mềm hỗ trợ kê đơn tại bệnh viện.

VI. 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.22.163.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2015, tr .10-30.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 5948/QĐ-BYT Về việc ban hành danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2021.
3. **Đàm Văn Nông.** Xây dựng danh mục tương tác thuốc bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh. Luận văn Dược sĩ Chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2019.
4. **Bailey D, Spence J, et al.** Interaction of citrus juices with felodipine and nifedipine. The Lancet. 1991;337(8736): 268 - 269.
5. **Hanh N, Thao V, et al.** Developing a list of important drug- drug interactions in the clinical practice in the internal department – Kien An Hospital, Hai Phong City. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences. 2019;35.
6. **Murtaza G, Khan MYG, et al.** Assessment of potential drug-drug interactions and its associated factors in the hospitalized cardiac patients. Saudi Pharm J. 2016;24(2): 220-225.
7. **Micromedex® Solutions,** <https://www.micromedexsolutions.com>, recieved on 08/06/2022.

NHẬN XÉT NHIỄM TRÙNG Ở BỆNH NHÂN LEUCEMIE CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2021-2022

Đoàn Thị Út¹, Vũ Mạnh Tân¹, Đỗ Thị Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của nhiễm trùng ở bệnh nhân Leucemie cấp điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân Leucemie cấp với 134 lượt điều trị. **Kết quả:** Trong 59 BN nghiên cứu, 59,3% bệnh nhân có tuổi > 60 tuổi; 37,5% bệnh nhân 30-59 tuổi; tuổi < 30 chỉ chiếm 3,4%. Tuổi trung bình là $61,4 \pm 18,4$ tuổi; tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 61%, nữ giới là 39% ($p > 0,05$). Số lượng bạch cầu trung bình trong nghiên cứu là $39,7 \pm 63,8$ G/L, số lượng bạch cầu trung tính là $8,1 \pm 21,8$ G/L. Có 55,2% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính dưới 1,5G/l và 38,8% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính dưới 0,5 G/L. Trong 134 lượt điều trị, tỷ lệ nhiễm trùng ở bệnh nhân trong nghiên cứu là 66,4% trong đó 52,2% bệnh nhân nhiễm trùng khi vào viện, 14,2% bệnh nhân nhiễm trùng sau vào viện. Có 63,4% có sốt trong đợt điều trị, 70,8% nhiễm trùng được tìm thấy vị trí, 5,6% có sốc nhiễm khuẩn. Nhiễm trùng có tỷ lệ cao nhất là viêm phổi 35,9%, nhiễm trùng miệng họng 17,9%,

nhiễm khuẩn huyết 12,4%. Tỷ lệ cấy mọc vi khuẩn là 17,9%, trong đó vi khuẩn thường gặp là *Burkholderia cepacia*, *Aeromonas hydrophila*, *Edwardsiella tarda*, *Klebsiella pneumonia*. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm trùng ở bệnh nhân nghiên cứu bao gồm tuổi, giảm nặng bạch cầu trung tính.

Từ khoá: nhiễm trùng và Leucemie cấp

SUMMARY

SITUATION OF INFECTION IN ACUTE LEUKEMIA PATIENTS TREATED AT CLINICAL HEMATOLOGY DEPARTMENT OF VIET TIEP HOSPITAL 2020-2021

Objectives: 1. Description of clinical and laboratory characteristics of infection in acute leukemia patients treated at Clinical Hematology Department of Viet Tiep Friendship Hospital in 2021-2022. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study on 59 patients with acute Leucemie with 134 treatments. **Results:** In 59 studied patients, 59,3% of patients were > 60 years old; 37,5% of patients were 30-59 years old; age < 30 accounted for only 3,4%. The mean age was $61,4 \pm 18,4$ years old; The youngest is 18 years old, the oldest is 90 years old. The proportion of men is 61%, of women is 39% ($p > 0,05$). The average white blood cell count in the study was $39,7 \pm 63,8$ G/L, the neutrophil count was $8,1 \pm 21,8$ G/L. There were 55,2% of patients with neutrophil count below 1.5G/l and 38,8% of patients with neutrophil count below 0,5 G/L. In 134 treatments, the rate of infection in

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Út

Email: dtut@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.5.2023

patients in the study The study was 66,4%, in which 52,2% of patients were infected on admission, 14,2% of patients with infection after admission. There were 63,4% with fever during treatment, 70.8% of infections were found at the site, 5,6% had shock. infection. Infections with the highest rate were pneumonia 35.9%, oropharyngeal infections 17,9%, bacteremia 12,4%. Bacterial culture growth rate was 17,9%, of which common bacteria were Burkholderia cepacia, Aeromonas hydrophila, Edwardsiella tarda, Klebsiella pneumonia. Some factors related to infection status in study patients include age, severe neutropenia.

Keywords: infection and acute Leukemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loxêmi cấp (LXM cấp) là một nhóm bệnh ác tính của hệ tạo máu. Đặc trưng chủ yếu là sự tăng sinh, tích lũy các tế bào non – ác tính của hệ tạo máu (tế bào blast) trong tủy xương và máu ngoại vi. Tế bào ác tính lấn át, ức chế quá trình sinh sản và biệt hoá của tế bào bình thường tại tủy xương. Nhiễm trùng là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân Leucemie cấp do rối loạn hệ miễn dịch của cơ thể, là nguyên nhân gây tử vong chính ở bệnh nhân Leucemie cấp. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng, có khoảng 80% bệnh nhân có số lượng bạch cầu hạt trung tính < 500 tế bào/mm³ sẽ có một giai đoạn sốt, khi số lượng bạch cầu hạt trung tính < 100 tế bào/mm³ sẽ có nhiễm trùng huyết hoặc tăng nguy cơ nhiễm trùng [4],[5]. Ngày nay, mặc dù có rất nhiều tiến bộ về hiểu biết bệnh sinh, các phương tiện về chẩn đoán, các phương tiện về hồi sức, kháng sinh thế hệ mới nhưng nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân tử vong chính ở bệnh nhân LXM cấp. Vì vậy việc dự phòng, phát hiện sớm và khống chế nhiễm trùng đóng vai trò cực kỳ quan trọng

trong chăm sóc hỗ trợ nhóm bệnh nhân này. Môi trường điều trị ở mỗi bệnh viện khác nhau, mô hình vi khuẩn ở mỗi giai đoạn cũng có sự khác nhau. Việc dự đoán đúng nguyên nhân nhiễm trùng giúp các bác sỹ điều trị đưa ra quyết định sớm liệu pháp điều trị kháng sinh cho bệnh nhân. Để có cơ sở chỉ định điều trị hợp lý chúng tôi thực hiện đề tài: “Nhận xét nhiễm trùng ở bệnh nhân Leucemie cấp điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2021-2022” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của nhiễm trùng ở bệnh nhân Leucemie cấp điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2021-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân nam giới được chẩn đoán Leucemie cấp điều trị nội trú tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp:

- Chẩn đoán Leucemie cấp theo WHO: xét nghiệm tủy đồ có tế bào Blast $\geq 20\%$ các tế bào có nhân trong tủy.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Leucemie cấp

- Các kết quả xét nghiệm của bệnh nhân không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu.

- **Chọn mẫu, cỡ mẫu:** n=59 bệnh nhân với 134 lượt điều trị.

- **Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng sốt, ho khạc đờm, tiêu buốt, dất, tổn thương da, ỉa lỏng...

+ Cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, đa nhân trung tính, CRP, Procalcitonin, Lactat, kết quả cấy máu, kháng sinh đồ.

- **Các tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán Leucemie cấp: WHO

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng các vị trí (theo CDC Definitions of Nosocomial Infections 1996)

Chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp

Chẩn đoán nhiễm trùng miệng họng

Chẩn đoán nhiễm trùng tiêu hóa

Chẩn đoán nhiễm trùng tiết niệu

Chẩn đoán nhiễm trùng da mô mềm

Chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Xử lý số liệu theo thống kê y học dựa trên chương trình phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
<30	2	3,4
30 - 59	22	37,5
>60	35	59,3
Tổng	59	100
X±SD	61,4 ± 18,4	

Nhận xét: Trong 59 BN nghiên cứu của chúng tôi, tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 59,3%, chỉ có 3,4% bệnh nhân có tuổi < 30. Tuổi trung bình là 61,4 ± 18,4 tuổi.

3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	n	%
Nam	36	61
Nữ	23	39
Tổng	59	100

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ nam và nữ (p= 0,091).

3.3. Số lượng bạch cầu lúc vào viện

Bảng 3: Số lượng bạch cầu của bệnh nhân lúc nhập viện

Số lượng bạch cầu (G/l)	n	%	Số lượng N (G/l)	n	%	X±SD
< 4	50	37,3	<0,5	52	38,8	39,7±63,8 8,1±21,8
4-10	17	12,7	0,5-1,5	22	16,4	
>10	67	50	>1,5	60	44,8	
Tổng	134	100		134	100	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu lúc vào viện trung bình là 39,7 ± 63,8 G/l. Có 38,8 % bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính < 0,5 G/l.

3.4. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng**Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm trùng**

Thời điểm	n	%
Lúc vào viện	70	52,2
Sau vào viện	19	14,2
Không nhiễm trùng	45	33,5
Tổng	134	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng khi vào viện 52,2%, sau vào viện 14,2%. Trong đó có 63,4% bệnh nhân có triệu chứng sốt.

3.5. Phân bố nhiễm trùng ở bệnh nhân Leucemie cấp**Bảng 5: Phân bố vị trí nhiễm trùng ở bệnh nhân Leucemie cấp**

Vị trí nhiễm trùng	n	%
Nhiễm trùng hô hấp	32	35,9
Nhiễm trùng miệng họng	16	17,9
Nhiễm trùng tiêu hóa	4	4,5
Nhiễm trùng tiết niệu	3	3,4
Nhiễm trùng da mô mềm	6	6,7
Nhiễm khuẩn huyết	11	12,4
Có sốc nhiễm trùng	5	5,6
Không xác định vị trí	26	29,2
Tổng	89	100

Nhận xét: Viêm phổi và nhiễm trùng miệng họng là vị trí nhiễm trùng hay gặp nhất. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết là 12,4%. Có 9 bệnh nhân có nhiễm trùng phối hợp.

3.6. Kết quả cấy**Bảng 6: Kết quả phân lập vi khuẩn từ các mẫu bệnh phẩm**

Tác nhân nhiễm trùng	n	%
Gram (-)		
Burkholderia cepacia	3	18,7
Aeromonas hydrophila	2	12,5
E. coli ESBL	1	6,2
Pseudomonas aeruginosa	1	6,2
Acinetobacter baumannii	1	6,2
Edwardsiella tarda	2	12,5
Klebsiella pneumonia	2	12,5
Salmonella group D	1	6,2
Gram (+)		
S. aureus MRSA	2	12,5
Tổng	15	100

Nhận xét: Vi khuẩn Gram (-) là tác nhân nhiễm trùng hay gặp nhất trong đó nhiễm khuẩn huyết do Burkholderia cepacia chiếm tỷ lệ cao nhất 18,7%.

3.7. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm trùng**Bảng 7.1: Liên quan giữa nhiễm trùng và giảm nặng bạch cầu trung tính**

Nhiễm trùng	N < 0.5 G/l	N > 0.5 G/l	Tổng	95%CI
Không	15	30	45	OR: 0,703 L: 0,332 H: 1,487
Có	37	52	89	
Tổng	52	82	134	

Bảng 7.2: Liên quan giữa nhiễm trùng và tuổi trên 60

Nhiễm trùng	Tuổi < 60	Tuổi > 60	Tổng	95%CI
Không	10	35	45	OR: 0,591 L: 0,258 H: 1,375
Có	29	60	89	
Tổng	39	95	134	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung tính trên 0,5 và tuổi trên 60 có nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn những bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính dưới 0,5 và tuổi dưới 60.

IV. BÀN LUẬN**Đặc lâm sàng và xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $61,4 \pm 18,4$ (tuổi), tuổi nhỏ nhất là 18, cao nhất là 90 tuổi. Tuổi > 60 chiếm 59,3%; tuổi < 30 chiếm 3,4%. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi Leucemie cấp gặp nhiều ở đối tượng cao tuổi. Đặc điểm này phù hợp với y văn nhưng khác biệt với các nghiên cứu khác Trong nghiên cứu của Hoàng Thị Thủy tại Viện huyết học truyền máu trung ương tỷ lệ nhóm tuổi 30- 59 chiếm 51,3%[1]. Điều này có thể giải thích do những bệnh nhân dưới 60 tuổi có chỉ định điều trị hóa chất thường được chuyển lên tuyến trên. Đối tượng Leucemie cấp của chúng tôi phần lớn là những bệnh nhân không được điều trị hoặc thất bại với điều trị hóa chất, chỉ điều trị triệu chứng.

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 61% không khác biệt với nữ giới ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác phân bố ở 2 giới tương đương nhau. Mặt khác có đến 91,5% bệnh nhân là Leucemie cấp dòng tủy. Ở thể này

không có sự khác biệt giữa nam và nữ, cũng là thể hay gặp ở người lớn.

Nhiễm trùng là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân Leucemie cấp. Có 66,4% số lần vào viện bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng trong đó 55,2% bệnh nhân có nhiễm trùng khi vào viện và 14,2% có nhiễm trùng sau khi nhập viện. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương (2010) nghiên cứu 41 bệnh nhân LXM cấp người lớn tuổi thấy tỷ lệ nhiễm trùng lúc vào viện là 68,3% [2] nhưng cao hơn tỷ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh (2006) nghiên cứu trên 407 bệnh nhân mới được chẩn đoán LXM cấp thì có 19,7% bệnh nhân vào viện vì nhiễm trùng [3], nghiên cứu của Hoàng Thị Thủy (2014) là 32,2% [1]. Có thể giải thích liên quan đến nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ cao những bệnh nhân lớn tuổi. Còn trên đối tượng Leucemie cấp mới được chẩn đoán có thể thời gian đầu tỷ lệ nhiễm trùng còn chưa cao. Thực tế điều trị và theo dõi các bệnh nhân Leucemie cấp cho thấy càng ở những lần điều trị sau tình trạng nhiễm trùng cũng như các biến chứng khác càng nặng.

Trong 134 lượt điều trị có 63,4% bệnh nhân có sốt. Vị trí nhiễm trùng được tìm thấy ở bệnh nhân Leucemie cấp bao gồm: nhiễm trùng hô hấp 35,9%, nhiễm trùng miệng họng 17,9%, nhiễm trùng tiêu hóa 4,5 %, nhiễm trùng tiết niệu 3,4%, nhiễm trùng da mô mềm 6,7%, nhiễm trùng huyết 12,4%. Triệu chứng sốt cao rét run đều gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết, có 5 bệnh nhân có biểu hiện của sốc nhiễm trùng. Các tác giả Nguyễn Văn Tránh, Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Thị Lan Hương cũng cùng chung nhận xét rằng vị trí nhiễm trùng miệng họng và nhiễm trùng hô hấp là những vị trí nhiễm trùng hay gặp nhất [4], [5]. Có lẽ đây là 2 vị trí phơi nhiễm tự nhiên với các tác nhân gây bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15/85 bệnh nhân có kết quả cấy (máu, đờm, nước tiểu, phân, mủ) dương tính. Như vậy tỷ lệ phân lập vi khuẩn là 17,9%. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh (2008) là 25% [5]. Điều này có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trước khi vào viện và kháng sinh dự phòng làm giảm tỷ lệ mọc vi khuẩn khi cấy bệnh phẩm.

Trong 15 bệnh nhân được cấy cho kết quả dương tính, có 11 bệnh nhân cấy máu dương tính trong tổng số 85 bệnh nhân được cấy máu, 3/17 bệnh nhân có cấy đờm mọc *Pseudomonas aeruginosa* và *Klebsiella pneumoniae*, 1 tác nhân được tìm thấy trong cấy nước tiểu là *E.coli* ESBL và trong cấy phân là *Salmonella* group D, cấy mủ trên da mọc *S. aureus* MRSA. Vi khuẩn Gram (-) là tác nhân chủ yếu gây nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi. Vi khuẩn Gram(+) chỉ gặp do tụ cầu với đường vào từ ổ nhiễm trùng da mô mềm. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của Hoàng Thị Thủy, Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Thị Thanh Dung tại viện huyết học truyền máu trung ương có tỷ lệ nhiễm khuẩn Gram (-) chiếm đa số.

Theo tác giả Reuben Ramphal (2004) nhận xét rằng nguyên nhân nhiễm khuẩn ở những bệnh nhân sốt do giảm bạch cầu hạt trung tính đã có sự dịch chuyển từ vi khuẩn Gram (+) sang vi khuẩn Gram (-). Năm 2013, tác giả Ahmadzadeh nghiên cứu tổng hợp hồi cứu nhiễm trùng ở những bệnh nhân giảm bạch cầu sau hóa trị liệu bệnh LXM cấp tại 4 trung tâm điều trị bệnh máu của Ấn Độ cho thấy rằng tác nhân gây nhiễm trùng chủ yếu là vi khuẩn Gram (-) chiếm 85,4% [6]. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do những bệnh nhân Leucemie cấp thường vào viện nhiều lần, một số trường hợp điều trị cả ở tuyến trên và việc dùng kháng sinh dự phòng cũng làm giảm tỷ lệ mắc vi khuẩn Gram (+) ở những đối tượng này. Do đó khuyến cáo và sử dụng kháng sinh ở những bệnh nhân sốt giảm bạch cầu hạt đều tác động trên vi khuẩn Gram (-).

Các tác nhân gây bệnh gặp trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm *Burkholderia cepacia*, *Aeromonas hydrophila*, *Edwardsiella tarda*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*... So sánh với kết quả nghiên cứu của tôi trên 89 bệnh nhân sốt giảm bạch cầu hạt điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Việt Tiệp năm 2019 có sự thay đổi. Ngoài các vi khuẩn vẫn gặp trước đây là *Klebsiella pneumoniae*, *Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E.coli* ESBL có sự xuất hiện của một số vi khuẩn khác như *Burkholderia cepacia*, *Edwardsiella tarda*, *Acinetobacter baumannii* và *Salmonella*. Các nghiên cứu qua các thời kỳ cũng cho thấy sự thay đổi của mô hình vi khuẩn ở hầu hết các cơ sở y tế.

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm trùng ở bệnh nhân LXM cấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính trên 0,5 G/l có ít nguy cơ nhiễm trùng hơn những bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính

dưới 0,5 G/l với OR= 0,703. Tuy nhiên với 95% CI thì kết quả này không đúng. Thực tế đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về nguy cơ giảm bạch cầu hạt với nhiễm trùng đều cho kết quả nguy cơ nhiễm trùng tăng lên ở những bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính giảm nặng. Với kết quả này có lẽ chúng tôi cần tiến hành nhiều hơn các nghiên cứu để đánh giá kết quả.

Cũng trong nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân trên 60 tuổi lại có nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn những bệnh nhân dưới 60 tuổi với OR =0,591. Nhưng với 95% CI lại không ủng hộ kết quả này. Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân Leucemie cấp trên 60 tuổi không được lựa chọn điều trị hóa chất, một số trường hợp chuyển từ các thể bệnh khác thành Leucemie cấp nên trong thời gian đầu nhiễm trùng không hay gặp. Còn những bệnh nhân dưới 60 tuổi có một phần được điều trị hóa chất từ tuyến trên nhưng thất bại, chuyển trở lại điều trị triệu chứng. Đây là nhóm hay gặp tình trạng nhiễm trùng đặc biệt nhiễm trùng nặng.

V. KẾT LUẬN

- Leucemie cấp gặp nhiều ở đối tượng cao tuổi, trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 59,3%, chỉ có 3,4% bệnh nhân có tuổi < 30. Tuổi trung bình là $61,4 \pm 18,4$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 18, cao nhất là 90 tuổi. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nam và nữ.

- Tỷ lệ bệnh nhân Leucemie cấp có nhiễm trùng cao trong đó nhiễm trùng khi vào viện 52,2%, sau vào viện 14,2%. Có 63,4% bệnh nhân có triệu chứng sốt.

- Viêm phổi và nhiễm trùng miệng họng là vị trí nhiễm trùng hay gặp nhất. Bệnh nhân Leucemie cấp gặp nhiễm trùng nặng và nhiễm trùng phối hợp với tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 12,4%.

- Vi khuẩn Gram (-) là tác nhân nhiễm trùng hay gặp nhất trong đó nhiễm khuẩn

huyết do *Burkholderia cepacia* chiếm tỷ lệ cao nhất 18,7%. Các tác nhân gây bệnh khác bao gồm *Aeromonas hydrophila*, *Edwardsiella tarda*, *Klebsiella pneumonia*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*...

- Số lượng bạch cầu trung tính trên 0,5 và tuổi trên 60 có nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn những bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính dưới 0,5 và tuổi dưới 60.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Thủy (2014)**, “Nghiên cứu đặc điểm nhiễm trùng ở bệnh nhân loxêmi cấp người lớn tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2014”, Luận văn thạc sỹ Y học.
2. **Nguyễn Thị Lan Hương (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị hóa chất tấn công AML ở bệnh nhân lớn tuổi, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đặng Hoàng Anh và Nguyễn Tấn Bình (2006)**, "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh bạch cầu cấp tại bệnh viện truyền máu thành phố Hồ Chí Minh", Công trình nghiên cứu khoa học Huyết học - Truyền máu, 545, tr. 155-160.
4. **Nguyễn Văn Tránh (2010)**, "Nghiên cứu biến chứng trong quá trình điều trị tấn công ở bệnh nhân LXM cấp dòng tủy người lớn tại bệnh viện TW Huế", Tạp chí Y học Việt Nam, 344, tr. 165-173
5. **Nguyễn Hà Thanh, Bạch Quốc Khánh và cs (2010)**, "Đặc điểm biến chứng nhiễm trùng sau hóa trị liệu điều trị Loxêmi cấp giai đoạn 2007-2008 tại Viện HH-TM Trung ương", Y học Việt Nam, 373, tr. 5 - 9.
6. **A. Ahmadzadeh, M. Varnasseri, M. H. Jalili và các cộng sự (2013)**, "Infection Pattern of Neutropenic Patients in Post-chemotherapy Phase of Acute Leukemia Treatment", Hematol Rep, 5(4), tr. e15.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2022

Đoàn Văn Thành¹, Đặng Việt Linh²,
Nguyễn Thị Thanh Loan², Đặng Văn Chúc¹, Võ Ngọc Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan với suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 406 cặp trẻ dưới 5 tuổi và bà mẹ. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ SDD thấp còi là 10,6%. Trên mô hình phân tích đa biến cuối cùng, một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thấp còi gồm: trẻ ở nhóm tuổi 12- <24 tháng, 36- <48 tháng, cân nặng khi sinh <2500g, bú mẹ trong 2 giờ sau sinh, không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thiếu máu, BMI trước sinh mẹ <18,5, nghề mẹ, tuổi mẹ < 25 tuổi và học vấn mẹ tiểu học. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với thấp còi gồm: thiếu sắt, giảm canxi, giảm magiê, giảm kẽm máu.

Từ khóa: Tỷ lệ, suy dinh dưỡng, yếu tố liên quan, trẻ dưới 5 tuổi

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATING TO STUNTING MALNUTRITION IN CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD AT THE NUTRITIONAL CLINIC OF HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022

Objective: The study was carried out to describe some risk factors relating to the stunting malnutrition in children less than 5 years old at the Nutritional Clinic of Haiphong Children's Hospital in 2022. **Subjects and Method:** Subjects included 406 pairs of children under 5 and their mother. The method was a descriptive and cross-sectional study. **Results and conclusions:** The incidence of stunting was 10.6%. On the final multivariate analysis, a numbers of factors associated with stunting were statistically significant including: 12- <24 and 36- <48 months old groups, weight at birth less than 2500g, breastfeeding within 2 hours after birth, not exclusively breastfed in the first 6 months, anemia, maternal BMI before delivery less than 18.5, maternal precession, and maternal education level of primary. Factors associated not statistically significant with stunting included: iron deficiency, decreased calcium, decreased magnesium, and decreased blood zinc.

Keywords: Incidence, malnutrition, risk factors, children less than 5 years old

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Thành, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chúc

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng do thiếu protein - năng lượng và các vi chất dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe cộng đồng, gặp ở nhiều nước trên thế giới với tỷ lệ mắc cao ở các nước đang và kém phát triển trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng (SDD) gặp nhiều ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện với các mức độ khác nhau bệnh không những ảnh hưởng đến phát triển thể chất, mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, trí tuệ của trẻ và để lại hậu quả nặng nề cho trẻ và xã hội, trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong.

Ước tính tỷ lệ thấp còi là ở trẻ dưới 5 tuổi là 22,9%. Từ năm 2000 đến 2016, tỷ lệ thấp còi giảm từ 33,7 xuống 22,9%, về số lượng giảm từ 198 triệu xuống 155 triệu trường hợp. Nghiên cứu năm 2017 ở 36 quốc gia có tỷ lệ bệnh cao cho thấy 1 trong 2 trường hợp thấp còi từ châu Á và 1 trong 3 trường hợp thấp còi ở châu Phi. Ở các nước đang phát triển khoảng 200 triệu trẻ dưới 5 tuổi bị thấp còi [1].

Mặc dù chiều cao của trẻ em Việt Nam đã có sự cải thiện đáng kể trong những năm gần đây nhưng nhìn chung vẫn thấp hơn so với chuẩn quốc tế. Nam thanh niên Việt Nam thấp hơn chuẩn quốc tế 13,1cm và nữ thấp hơn 10,7cm. Nhìn chung tỷ lệ SDD của trẻ em trong những thập kỷ qua đã có nhiều cải thiện nhưng tính đến năm 2020, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi ở nước ta vẫn ở mức 19,6% [2]. SDD thấp còi hiện nay được quan tâm nghiên cứu bởi một số lý do. SDD có tỷ lệ mắc cao nhất. SDD thấp còi làm cho trẻ sau này trở thành người thấp ảnh hưởng đến năng suất lao động chung, đặc biệt SDD thấp còi làm ảnh hưởng đến giống nòi, ảnh hưởng đến hình của một dân tộc.

Tại Thành phố Hải Phòng năm 2016 tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân 7,6%, thể thấp còi 18,8%, thể gầy còm 3,1% [3].

Tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và yếu tố nào liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám bệnh tại đây còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022*” nhằm mục tiêu sau:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2022 đến 30/09/2022.

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

Trẻ dưới 5 tuổi và mẹ hoặc bố đến khám bệnh, tư vấn dinh dưỡng tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

Chọn tất cả các trẻ em dưới 5 tuổi đến khám và được tư vấn dinh dưỡng tại Phòng khám dinh dưỡng năm 2022.

Bố/mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

Bố/mẹ hoặc người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có khả năng trả lời các câu hỏi.

Trẻ bị các bệnh do di truyền hoặc dị tật bẩm sinh tiêu hóa, tim mạch, thần kinh; trẻ bị gù; chấn thương cắt cụt chi; trẻ bị bó bột nhằm mục đích loại trừ các yếu tố gây nhiễu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: 01/01/2022 đến 30/09/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

Hàng ngày lấy đối tượng nghiên cứu từ 7:30 đến 11:30 buổi sáng và chiều từ 14:00 đến 16:00

2.2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Từ phía trẻ:

Tuổi, giới, địa đư, cân nặng khi sinh, bú mẹ trong vòng 24 giờ sau sinh, bú mẹ hoàn trong 6 tháng đầu, thiếu máu, thiếu kẽm, thiếu magiê, thiếu canxi, thiếu sắt.

Từ phía mẹ:

Nghề mẹ, tuổi, kinh tế hộ gia đình, học vấn, BMI mẹ, bú mẹ ngay sau đẻ 2 giờ, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thiếu máu, thiếu sắt ($<7 \mu\text{mol/l}$), Mg ($<0,8 \text{ mmol/l}$), Canxi ($<2,15 \text{ mmol/l}$), Zn ($<10 \mu\text{mol/l}$).

2.3. Thu thập thông tin**2.3.1. Thu thập các số đo nhân trắc**

Tính tuổi: tuổi của trẻ dưới 5 tuổi tính bằng tuổi tháng theo quy ước của WHO năm 1983 dựa vào ngày, tháng, năm sinh của trẻ và ngày điều tra để tính tháng tuổi. Thí dụ: từ khi mới sinh tới trước ngày tròn tháng (từ 1 - 29 ngày hay còn gọi là tháng thứ nhất) được coi là 1 tháng tuổi, (từ sơ sinh đến 11 tháng 29 ngày) gọi là dưới 1 tuổi.

Chiều cao của trẻ:

+ Đối với trẻ dưới 2 tuổi: Sử dụng thước đo nằm

Đề thước trên mặt phẳng nằm ngang, đặt trẻ nằm ngửa, một người giữ đầu để mắt trẻ nhìn lên trần nhà, mảnh gỗ chỉ số 0 của thước áp sát đỉnh đầu trẻ, một người khác giữ thẳng đầu, gối áp sát xuống mặt bàn và đưa mảnh gỗ thứ hai áp sát gót bàn chân của trẻ, (lưu ý gót chân sát mặt phẳng nằm ngang và bàn chân thẳng đứng), đọc kết quả ghi số centimet với 1 số lẻ, với độ chính xác đến 0,5 cm.

+ Đo chiều cao đứng: đối với trẻ từ trên 2 tuổi.

Sử dụng thước Mocrotoise với độ chính xác đến 0,1 cm, chỉnh thước cho đúng chiều dài và gắn thước vào tường vuông góc với mặt đất nằm ngang. Trẻ được đo bỏ giày dép, đi chân không, đứng áp sát đầu, vai, hông, gót chân vào tường (đảm bảo 4 điểm chạm), mắt nhìn thẳng, hai tay thẳng theo nếp quần kéo mảnh gỗ áp sát đỉnh đầu, kéo sát thước lên đỉnh đầu, đọc kết quả và ghi số centimet với 1 số lẻ, độ chính xác đến 0,1 cm.

Tác giả và các điều dưỡng của phòng khám trực tiếp cân, đo đối tượng nghiên cứu.

2.3.2. Phỏng vấn

Phòng vấn mẹ hoặc bố hay người trực tiếp chăm sóc trẻ theo bộ câu hỏi đã được thiết kế từ trước.

2.3.3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

a. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em trong nghiên cứu này: Chúng tôi áp dụng theo chuẩn phân loại mới của (WHO-2006). Sử dụng các số đo nhân trắc với SDD thể thấp còi chúng tôi dùng chỉ số chiều cao theo tuổi (CC/T). Chỉ số này sẽ được so sánh với quần thể tham khảo được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo áp dụng từ năm 2006.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em < 5 tuổi dựa vào Z-Score (WHO-2006) như sau:

- + Từ - 2SD Z-score trở lên: không SDD
- + Dưới - 2SD Z-score: suy dinh dưỡng

b. Thiếu máu

Trẻ thiếu máu khi nồng độ Hb < 110 g/L theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới [4].

c. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ

- + Theo chỉ số khối lượng cơ thể BMI
- + Theo công thức BMI = Cân nặng (kg) / (chiều cao)² (m)

Theo Tiểu ban công tác béo phì của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương và Hội đái tháo đường Châu Á, đề nghị thang phân loại như sau [5].

- + BMI 18,5- 22,9: bình thường
- + BMI < 18,5: thiếu cân (gầy)

- + BMI ≥ 23: thừa cân (béo)

d. Cách đánh giá về mức độ kinh tế hộ gia đình

Áp dụng tiêu chí xác định hộ nghèo, hộ cận nghèo dựa theo Quyết định số Thủ tướng chính phủ (2021) Nghị định 07/2021/NĐ-CP quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 – 2025 [6] như sau:

Tiêu chí hộ nghèo:

Khu vực nông thôn: Những hộ có mức thu nhập bình quân từ dưới 1,5 triệu đồng/người/tháng là hộ nghèo.

Khu vực thành thị: Những hộ có mức thu nhập bình quân từ dưới 2 triệu đồng/người/tháng là hộ nghèo.

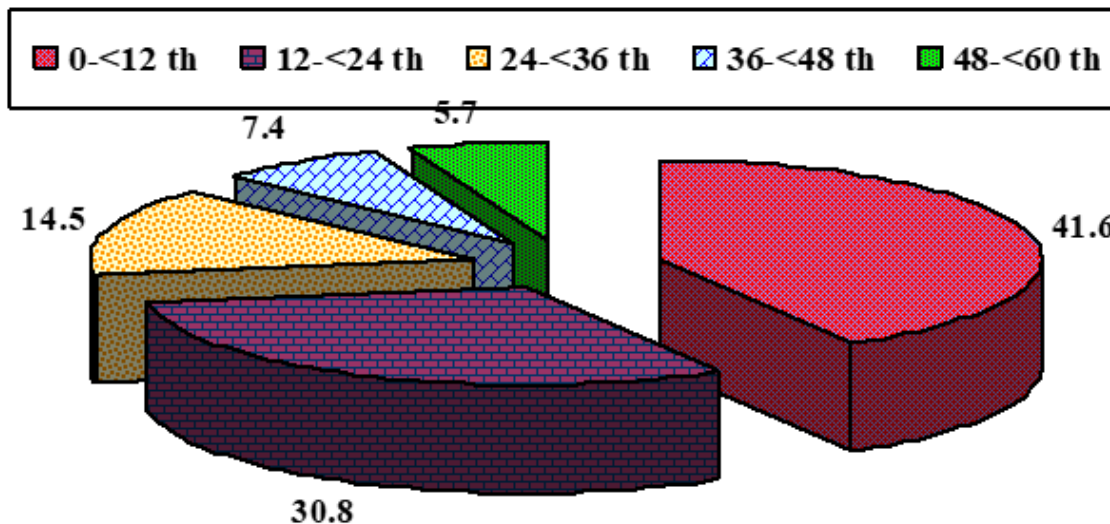
2.3.4. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu, nhập và phân tích số liệu nhờ phần mềm thống kê SPSS 22.0.

Tính OR, AOR, P để xác định yếu tố nguy cơ trong phân tích đơn và đa biến.

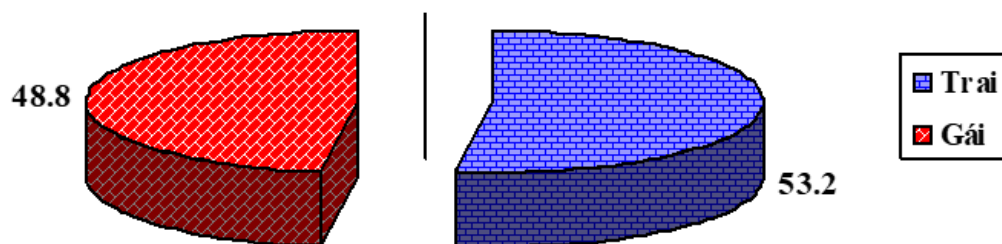
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu



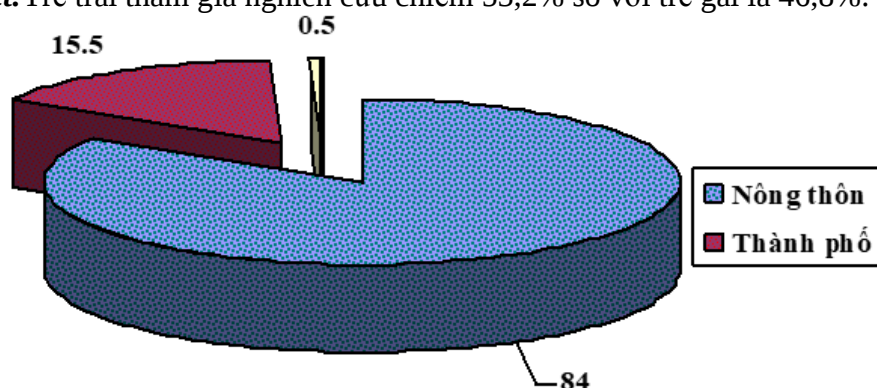
Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi (n=406)

Nhận xét: Lứa tuổi tham gia nghiên cứu đông nhất là lứa <12 tháng chiếm 41,6%, nhóm thấp nhất là nhóm 48-60 tháng chiếm 5,4%.



Hình 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n=406)

Nhận xét: Trẻ trai tham gia nghiên cứu chiếm 53,2% so với trẻ gái là 46,8%.



Hình 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư (n=406)

Nhận xét: Trẻ đến từ nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 84,0%, thấp nhất là trẻ đến từ địa phương khác chiếm 0,5%.

Bảng 3.1. Liên quan nhóm tuổi với thấp còi

Tuổi (tháng) SDD	Thấp còi				Tổng	OR 95%CI	p
	Có		Không				
	n	%	N	%			
0-<12	13	7,7	156	92,3	169	OR=1	
12-<24	19	15,2	106	84,8	125	2,15 (1.02-4,54)	0,041
24-<36	8	13,6	51	84,4	59	1,88 (0,74-4,79)	0,179
36-<48	9	30,0	21	70,0	30	5,14 (1,96-13,49)	0,0001
48-<60	2	8,7	21	91,3	23	1,14 (0,24-5,49)	0,866
Tổng	51	12,6	355	87,4	406		

Nhận xét: Chúng tôi lấy nhóm tuổi 0-<12 tháng là nhóm nền để phân tích với các nhóm tuổi khác để tìm ra mối liên quan giữa nhóm tuổi với thấp còi thì thấy nhóm 12-<24 tháng nguy cơ thấp còi tăng lên 2,15 lần so với nhóm 0-<12 tháng với 95%CI từ 1,02-

4,54 và $p < 0,05$. Nhóm 36-<48 tháng nguy cơ trẻ thấp còi tăng lên 5,14 lần so với nhóm 0-<12 tháng với 95%CI từ 1,96-13,49 và $p < 0,01$. Các nhóm tuổi khác không thấy có liên quan với thấp còi so với nhóm 0-<12 tháng.

Bảng 3.2. Kết quả phân tích đa biến các yếu tố liên quan với thấp còi

Yếu tố liên quan	Thấp còi	Không	OR 95%CI, p đơn biến	AOR, 95%CI, p đa biến
Cân khi sinh <2500g*	11	19	4,86	8,075
	40	366	(2,16-10,95) 0,001	(2,652-24,588) 0,0001
Bú ngay trong vòng 2 giờ sau sinh*	40	157	4,586	6,927
	11	198	(2,279-9,229) 0,0001	(2,765-17,353) 0,0001
Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu*	35	148	2,986	3,587
	19	202	(1,593-5,597) 0,0001	(1,575-8,170) 0,002
Thiếu máu*	27	81	3,806	4,017
	24	274	(2,082-6,956) 0,0001	(1,736-9,296) 0,001
Thiếu kẽm	12	37	2,664	1,712
	39	318	(1,273-5,494) 0,007	(0,455-6,448) 0,427
Canxi máu giảm	14	35	3,459	1,4
	37	320	(1,706-7,016) 0,0001	(0,431-4,54) 0,576
Thiếu sắt	35	162	2,606	1,24
	16	193	(1,392-4,88) 0,002	(0,522-2,808) 0,655
Thiếu magiê	15	38	3,476	2,162
	36	317	(1,744-6,929) 0,001	(0,728-6,422) 0,165
BMI mẹ*	18	37	4,688	6,657
	33	318	(2,405-9,14) 0,0001	(2,651-16,718) 0,0001
Nghề mẹ*	37	183	4,156	5,890
	14	217	(2,167-7,968) 0,0001	(2,515-13,795) 0,0001
Tuổi mẹ*	19	309	3,14	2,931
	32	167	(1,46-6,74) 0,002	(1,213-7,081) 0,017

Nhận xét: Ở mô hình cuối cùng khi phân tích đa biến 7 yếu tố còn lại liên quan với thấp còi gồm: Cân nặng khi sinh <2500g (AOR=8,075), bú mẹ trong 2 giờ sau sinh (AOR=6,927), không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (AOR=3,587), thiếu máu (AOR=4,017), BMI mẹ <18,5 (AOR=6,657), nghề mẹ (AOR=5,890), tuổi mẹ < 25 tuổi (AOR=2,931).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Hình 3.1-3 là thông tin về đối tượng nghiên cứu. Trong số 406 đối tượng tham gia nghiên cứu lứa tuổi 0-<12 tháng tham gia cao nhất 41,6% sau là nhóm 12-<24 tháng chiếm 30,8%, nhóm 24-<36 tháng chiếm 14,5%, nhóm 36-<48 tháng 7,4% và thấp nhất là nhóm 48-<60 tháng chỉ chiếm 5,7%. Trẻ trai tham gia nghiên cứu là 53,2%, 84% bệnh nhân đến từ nông thôn.

Về lứa tuổi chúng tôi nhận thấy lứa 0-<12 tháng và 12-<24 tháng chiếm chủ yếu. Đặc điểm này có thể là do lứa tuổi này trẻ hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn, ảnh hưởng đến sức ăn, cân nặng nên bà mẹ đưa đi khám bệnh. Trẻ trai tham gia nghiên cứu nhiều hơn trẻ gái có thể là do thực trạng mất cân bằng giới tính ở Việt Nam. Một điểm nữa về địa dư chúng tôi nhận thấy 84% đối tượng đến từ vùng nông thôn. Điều này có thể bệnh nhân tin vào chuyên môn của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, mặt khác là do ở nông thôn khi có vấn đề sức khỏe họ có ít lựa chọn như trẻ ở thành phố.

Kết quả của Trần Văn Điển [7] cho thấy trong số 1010 trẻ dưới 5 tuổi thì trẻ trai chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ gái (54,2% so với

45,8%) tương đương kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi không thể hiện rõ trong nghiên cứu này. Ở các độ tuổi số đối tượng nghiên cứu đều từ 18 -21%.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thể thấp còi

4.2.1. Yếu tố liên quan từ phía trẻ

Từ bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi 12-<24 tháng làm tăng nguy cơ SDD thấp còi lên 2,15% và nhóm tuổi 36-<48 tháng làm tăng nguy cơ lên 5,14 lần so với nhóm tuổi 0-<12 tháng, trẻ có cân nặng khi sinh <2500 g thì nguy cơ SDD thấp còi tăng lên 4,86 lần so với nhóm trẻ có cân nặng khi sinh ≥ 2500 g. Trẻ thiếu máu nguy cơ thấp còi tăng lên 4,017 lần so với trẻ không mắc thiếu máu.

Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Chi [8]: trẻ sinh nhẹ cân (<2500g) nguy cơ thấp còi tăng lên 5,4 lần so với trẻ sinh đủ cân và 95%CI từ 1,05-30,1 và $p<0,05$. Nghiên cứu cắt ngang của Sinead Boylan và CS [9] trên 396 trẻ 0-24 tháng tại Brunei thấy trẻ trai dễ SDD hơn trẻ gái. Chúng tôi thấy trẻ bị thiếu máu nguy cơ thấp còi tăng lên 4.017 lần so với trẻ không có thiếu máu. Thiếu máu làm cho trẻ không được cung cấp dinh dưỡng đầy đủ gây tình trạng thiếu dinh dưỡng mạn tính và để lại tình trạng SDD thấp còi. Nghiên cứu của Nicolai Petry và CS [10] trên 1354 trẻ 0-59 tháng thấy tỷ lệ thiếu thiếu máu, thiếu sắt, thiếu máu thiếu sắt, thiếu vitamin A lần lượt là 50,4%, 59%, 38,2%, 18%. Trong số trẻ thiếu vi chất này thì tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân, gầy còm và vòng đầu nhỏ lần lượt là 15,7%, 10,6%, 5,8% và 7,4%.

4.2.2. Yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ. Trẻ không được bú mẹ trong vòng 2 giờ

sau sinh nguy cơ trẻ thấp còi tăng lên 6,927 với 95%CI từ 2,765 tới 17,353 với $p < 0,001$. Con trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu nguy cơ thấp còi tăng lên 3,587 với 95%CI từ 1,575 tới 8,170 và $p < 0,05$.

Trẻ không được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu hay phải ăn sớm vì nhu cầu dinh dưỡng cao trong khi bộ máy tiêu hóa chưa phát triển hoàn thiện. Do đó trẻ dễ mắc tiêu chảy dẫn đến thiếu dinh dưỡng, thiếu máu, dễ mắc bệnh hô hấp và các bệnh nhiễm khuẩn khác. Khi mắc bệnh nhiễm khuẩn nhất là tiêu chảy làm trẻ càng thiếu dinh dưỡng và duy dinh dưỡng nhiều hơn. Đây là vòng xoắn bệnh lý mà trẻ mắc phải. Ở giai đoạn này trẻ hay bị thiếu máu mà có tác giả gọi là giai đoạn “thiếu máu sinh lý của trẻ”.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với của Nguyễn Thị Chi [8] nghiên cứu ở Vĩnh Bảo, trẻ ăn sớm, không được bú mẹ trong vòng 2 giờ sau sinh nguy cơ trẻ thấp còi tăng lên.

4.2.3. Yếu tố từ phía mẹ

Trên mô hình phân tích đa biến cuối cùng, chúng tôi nhận thấy BMI mẹ trước sinh, (OR =4,688 và AOR=6,657), nghề mẹ là công nhân (OR=4,156, AOR=5,890), tuổi mẹ <25 tuổi (OR=3,14 và AOR=2,931). Hai biến số BMI và nghề mẹ có OR tăng lên đáng kể, tuổi mẹ có OR giảm nhẹ (bảng 3.2).

Nghề nghiệp, tuổi, BMI trước sinh từ phía người mẹ liên quan rất mạnh với SDD các loại trong đó có SDD thấp còi vì đây là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe bệnh tật của trẻ. Mẹ trong hộ nghèo không có thu nhập cao do đó ảnh

hưởng đến chế độ dinh dưỡng của trẻ và gia đình. Nhận xét này cũng phù hợp với nhận xét của Nguyễn Thị Chi [8], Trần Văn Điền [7].

Chúng tôi thấy BMI của mẹ ngay trước sinh <18,5 làm tăng nguy cơ trẻ SDD thấp còi lên 6,657 lần. BMI mẹ trước sinh hay có tác giả sử dụng cân nặng mẹ tăng được khi mang thai để đánh giá sự phát triển của trẻ trong thời kỳ bào thai. Nếu mẹ tăng cân <12 kg khi có thai, BMI thấp <18,5 tức là tình trạng dinh dưỡng mẹ khi có thai kém, trẻ có nguy thiếu hụt dinh dưỡng ngay khi còn trong bụng mẹ, khi sinh ra thường là tình trạng nhẹ cân, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn làm tăng tiêu thụ năng lượng mà bị SDD.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD thấp còi là 10,6%.

Trên mô hình phân tích đa biến cuối cùng, một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thấp còi gồm:

Trẻ ở nhóm tuổi 12-<24 tháng, 36-<48 tháng, cân nặng khi sinh <2500g, bú mẹ trong 2 giờ sau sinh, không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thiếu máu, BMI trước sinh mẹ <18,5, nghề mẹ, tuổi mẹ < 25 tuổi và học vấn mẹ tiểu học.

Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với thấp còi gồm:

Thiếu sắt, giảm canxi, giảm magiê, giảm kẽm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sehrish Fatima et al, Stunting and

- associated factors in children of less than five years: A hospital-based study, Pak J Med Sci. (2020), 36(3): 581–585. doi: 10.12669/pjms.36.3.1370
2. **Bộ Y tế**, công bố kết quả tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020, https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbK5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020, truy cập 16h26 ngày 10/05/2023.
 3. **Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản thành phố Hải Phòng**, Tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thành phố Hải Phòng năm 2016, (2018), tr.1-2.
 4. **Bộ môn Nhi - trường đại học Y Hà Nội**, Hội chứng thiếu máu, Bài giảng Nhi khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, (2013), trang 88-92.
 5. **Bộ môn Dinh Dưỡng và an toàn thực phẩm Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, Thực hành dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm, Nhà xuất bản Y học, (2012), tr.5-9, 114-121, 203-252.
 6. **Thủ tướng chính phủ**, Nghị định 07/2021/NĐ-CP quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 - 2025. <http://www.molisa.gov.vn/Pages/tintuc/chitiet.aspx?tintucID=224791> (truy cập ngày 16/08/2021)
 7. **Trần Văn Điển (2014)**, Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, (2014), Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
 8. **Nguyễn Thị Chi**, Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi ở trẻ dưới 2 tuổi tại 2 xã huyện Vĩnh Bảo năm 2020, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, (2020), Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
 9. **Sinead Boylan et al**, Prevalence and risk of moderate stunting among a sample of children aged 0-24 months in Brunei, Matern Child Health J, (2017), 21(12)2256-2266.
 10. **Nicolai Petry et al**, Micronutrient deficiencies, nutritional status and the determinants of anemia in children 0-59 months of age and non pregnant women of reproductive age in the Gambia, Nutrients, (2019), 11(10): 2275. doi.10.3390/nu11102275.

KHẢO SÁT HÌNH ẢNH NHÂN TUYẾN GIÁP TRÊN SIÊU ÂM ĐỐI CHIẾU VỚI HÌNH THÁI TẾ BÀO HỌC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2022

Khổng Thị Vân Anh¹, Hoàng Đình Khánh¹, Trần Thị Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm của nhân tuyến giáp trên hình ảnh siêu âm đối chiếu với hình thái tế bào học. Xác định những đặc điểm hình ảnh siêu âm gợi ý ác tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 95 bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp khám và điều trị tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** 12/95 bệnh nhân có kết quả tế bào học và mô bệnh học ác tính chiếm 12,6%. Trong nhóm bệnh nhân ác tính, dấu hiệu nhân giảm âm và ranh giới nhân không rõ gặp 100%, vi vôi hóa trong nhân chiếm 75% và đường kính trước sau lớn hơn đường kính ngang chiếm 75%. Phối hợp các đặc điểm siêu âm và kết quả tế bào học: có 1 dấu hiệu nhân giảm âm 15,5% ác tính, có 2 dấu hiệu nhân giảm âm và ranh giới không rõ 52,2% ác tính, có từ 3 dấu hiệu nhân giảm âm, ranh giới không rõ và vi vôi hóa 100% ác tính. **Kết luận:** Kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm giúp lấy chính xác bệnh phẩm, từ đó giúp chẩn đoán đúng tính chất mô bệnh học của nhân giáp, giúp đưa ra được chiến lược điều trị phù hợp cho từng loại nhân giáp. Các dấu hiệu trên siêu âm có giá trị dự đoán ung thư tuyến

giáp là nhân giảm âm, ranh giới không rõ và vi vôi hóa trong nhân và đường kính trước – sau lớn hơn đường kính ngang.

Từ khóa: bướu nhân tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ.

SUMMARY

ULTRASOUND IMAGING OF THYROID NODULES IN COMPARISON WITH CYTOLOGY IN HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022

Objectives: To investigate ultrasound imaging of thyroid nodules in collation with cytology and specify several ultrasonic characteristics suggestive of malignancy. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 95 participants with diagnosis of thyroid nodule who were treated at Department of Oncology, Hai Phong Medical University Hospital, from February 2022 to October 2022. **Results:** 12 out of 95 participants had cytological and histopathological reports of malignancy, accounting for 12.6%. Among the patient group of malignancy, hypoechoic and poorly-marginated nodules were encountered in 100%, intranodular microcalcifications in 75%, and antero-posterior (AP) diameter greater than transverse diameter in 75%. The analyses demonstrated that the probability of malignancy for the nodules with one finding of hypoechoic lesion, two findings of hypoechoic and poorly-demarcated lesion, and three findings of

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Khổng Thị Vân Anh
Email: ktvanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 1.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023
Ngày duyệt bài: 20.5.2023

hypoechoic, poorly-demarcated nodule with microcalcification were 15,5%; 52,2% and 100%, respectively. **Conclusions:** Ultrasound-guided fine needle aspiration cytology (FNAC) assisted in accurately sampling the lesion, contributing to histopathological diagnosis and treatment strategy for each thyroid nodule type. The sonographic features favoring thyroid carcinoma included hypoechoic nodule, poorly-demarcated margin, and AP diameter greater than transverse diameter.

Keywords: thyroid nodule, thyroid ultrasound, fine needle aspiration cytology of thyroid gland.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là một bệnh lý rất phổ biến, thu hút sự quan tâm của các nhà lâm sàng và các nhà nghiên cứu. Đa số nhân tuyến giáp không gây triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ. Hầu hết các trường hợp bướu giáp nhân là lành tính, chỉ có khoảng 4 – 5% bướu nhân ác tính [1].

Xác định bản chất của bướu nhân tuyến giáp dựa vào triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết tức thì... Trong đó, siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán trước phẫu thuật đơn giản nhưng rất hiệu quả, giúp phát hiện sớm và đánh giá bản chất của nhân tuyến giáp.

Để đóng góp thêm hình ảnh siêu âm của bướu nhân tuyến giáp, đồng thời so sánh, phân tích giá trị của phương pháp siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn

đoán các tổn thương tại tuyến giáp, chúng tôi thực hiện đề tài với các mục tiêu sau:

1. *Khảo sát một số đặc điểm trên hình ảnh siêu âm của nhân tuyến giáp đối chiếu với hình thái tế bào học.*

2. *Xác định những đặc điểm hình ảnh siêu âm gợi ý lành tính và ác tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

95 bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp (BNTG), khám và điều trị tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN chưa được phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa, có chỉ định siêu âm và chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN chưa đủ 16 tuổi và BN có tiền sử bệnh lý liên quan đến tuyến giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

* Kết quả siêu âm tuyến giáp: đánh giá các thông số

- Hình dạng nhân (so sánh đường kính trước sau và đường kính ngang)

- Tính chất phản âm.

- Giới hạn nhân.

- Vi vôi hóa trong nhân.

* Chọc hút tế bào kim nhỏ dưới siêu âm: Theo tiêu chuẩn của phân loại Bethesda (2007).

2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tế bào học và mô bệnh học

Bảng 1. Phân loại tế bào học bướu giáp theo Bethesda

Kết quả tế bào học	n	Tỷ lệ %
Ác tính	10	10,5
Nghi ngờ ác tính	2	2,1
Lành tính	83	87,4
Tổng	95	100

Xét nghiệm mô bệnh học 10 bệnh nhân ác tính và 2 bệnh nhân nghi ngờ: Ung thư tuyến giáp thể nhũ.

Nhận xét: 12/95 bệnh nhân xét nghiệm tế bào học cho kết quả ác tính, chiếm tỷ lệ 12,6%.

3.2. Đặc điểm siêu âm

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm nhân tuyến giáp

Dấu hiệu	Đặc điểm	Nhóm ác tính (N = 12)		Nhóm lành tính (N = 83)		p
		n	%	n	%	
Hình dạng nhân	ĐK trước sau > ĐK ngang	9	75	10	12	< 0,05
	ĐK trước sau < ĐK ngang	3	25	73	88	
Tính chất phản âm của nhân	Nhân giảm âm	9	75	49	59	> 0,05
	Phản âm không giảm	3	25	34	41	
Giới hạn nhân	Rõ	0	0	72	86,7	< 0,05
	Không rõ	12	100	11	13,3	
Vi vôi hóa trong nhân	Vi vôi hóa	9	75	7	8,4	< 0,05
	Không vi vôi hóa	3	25	76	91,6	

Nhận xét:

- Về hình dạng nhân: nhóm ác tính có 75% số bệnh nhân có điểm nhân với ĐK trước sau > ĐK ngang, trong khi tỷ lệ này ở nhóm lành tính chỉ là 12%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tính chất phản âm của nhân: ở cả 2 nhóm đều có tỷ lệ nhân giảm âm lớn hơn so với phản âm không giảm.

- Giới hạn nhân: trong nhóm ác tính, 100% bệnh nhân hình ảnh có giới hạn nhân không rõ, trong khi ở nhóm lành tính chỉ là 13,3%.

- Vi vôi hoá trong nhân: tỷ lệ này cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, ở nhóm lành tính tỷ lệ này thấp (8,4%) trong khi ở nhóm ác tính tỷ lệ vi vôi hoá chiếm tới 75%.

3.3. Kết hợp các đặc điểm siêu âm và kết quả tế bào học

Bảng 3. Kết hợp các dấu hiệu trên siêu âm và kết quả tế bào học

Dấu hiệu siêu âm	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính	
	n	%	n	%
Nhân giảm âm (N = 58)	49	84,5	9	15,5
Nhân giảm âm, ranh giới không rõ (N = 33)	11	47,8	12	52,2
Nhân giảm âm, ranh giới không rõ, vi vôi hóa (N = 7)	0	0	7	100

Nhận xét: 15,5% bệnh nhân có nhân giảm âm nằm trong nhóm ác tính. 52,2% bệnh nhân có 2 dấu hiệu: nhân giảm âm và ranh giới nhân không rõ. Các bệnh nhân có 3 dấu hiệu trên siêu âm trở lên thì 100% là ác tính.

3.4. Kết hợp các yếu tố tiên đoán nhân ác tính và lành tính trên siêu âm

Bảng 4. Bảng kết hợp các yếu tố tiên đoán ung thư giáp dựa trên đặc điểm hình ảnh siêu âm

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương tính (%)	Giá trị tiên đoán âm tính (%)
Phản âm kém	75	40,9	13,4	91,2
Ranh giới không rõ	100	13,3	14,3	100
Vi vôi hóa	75	91,6	56,3	91,6
Đk trước sau > đk ngang	75	88	45,2	88

Nhận xét:

- Khi nhân giáp có phản âm kém thì nguy cơ ung thư giáp cao với độ nhạy là 75% và có giá trị tiên đoán âm tính là 91,2%.

- Khi nhân giáp có ranh giới không rõ có khả năng là ác tính với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 13,3% và giá trị tiên đoán âm tính 100%

- Khi nhân giáp có vi vôi hóa thì có giá trị tiên đoán với độ nhạy là 75% và giá trị tiên đoán âm tính 91,6%

- Khi nhân giáp có đk trước sau lớn hơn đk ngang thì độ đặc hiệu để chẩn đoán nhân ác tính là 88% và giá trị tiên đoán âm tính là 88%.

cứ gần đây, gần như hai phần ba (64%) số bệnh nhân có ung thư tuyến giáp có ít nhất một nhân đi kèm với nhân chính khám thấy trên siêu âm [2]. Vì thế người ta đề nghị sử dụng siêu âm để phát hiện thêm những tiềm ẩn khác ở những bệnh nhân đã phát hiện được nhân đơn độc trên lâm sàng.

Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm tuyến giáp và nhận định đặc điểm tổn thương kinh điển về cấu trúc phản âm, ranh giới, đường kính trước - sau, vi vôi hóa trong nhân.

Trong nhóm ác tính, các nhân giảm âm chiếm tỷ lệ 83,3%. Giới hạn không rõ chiếm tỷ lệ 100%; tỷ lệ này ở nhóm lành tính là 13,3%. Tỷ lệ vi vôi hóa trong các nhân ác tính là 75%; ở nhóm nhân lành tỷ lệ này là 8,4%. Xét về hình dạng nhân (ĐK trước - sau) ở Bảng 2 và 4 cho thấy các nhân có đk trước sau lớn hơn đk ngang có tỷ lệ ác tính cao chiếm 75% với độ đặc hiệu là 88%. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê. So sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy cũng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm siêu âm, tế bào học và mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 87,4% bệnh nhân có kết quả lành tính, 12,6% bệnh nhân có kết quả ác tính. Trong nghiên

cho kết quả tương tự [3],[4],[5],[6]. Theo nghiên cứu của các tác giả, các nhân ác tính hay gặp ở các bướu đơn nhân, trên siêu âm thường là các nhân đặc hay hỗn hợp, không gặp ở nhân lỏng. Như vậy, các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm là nhân giảm âm, giới hạn không rõ, đk trước sau lớn hơn đk ngang, có vi vôi hóa trong nhân. Dấu hiệu siêu âm trên kết hợp với dấu hiệu có hạch vùng rất có giá trị gợi ý ác tính, tuy nhiên trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp dấu hiệu hạch vùng ở tất cả 12 bệnh nhân ung thư tuyến giáp. Như vậy, các bệnh nhân này đều được phát hiện ở giai đoạn sớm.

4.2. Kết hợp các đặc điểm siêu âm và kết quả tế bào học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12 bệnh nhân có kết quả tế bào học ác tính và nghi ngờ ác tính. Các bệnh nhân này sau khi làm xét nghiệm mô bệnh học đều có kết quả là ung thư tuyến giáp thể nhú. Kết hợp các đặc điểm siêu âm với kết quả tế bào học, chúng tôi nhận thấy nếu xét riêng dấu hiệu nhân giảm âm trên siêu âm, thì theo kết quả tế bào học, tỷ lệ ác tính của nhóm nhân giảm âm là 15,5%. Nếu xét đồng thời cả 2 dấu hiệu trên siêu âm là nhân giảm âm và ranh giới không rõ, so sánh với kết quả tế bào học, tỷ lệ ác tính của nhóm này là 52,2%. Nếu xét cả 3 dấu hiệu nghi ngờ trên siêu âm là nhân giảm âm, ranh giới không rõ, vi vôi hóa trong nhân và so sánh với kết quả tế bào học, thấy tất cả 7 bệnh nhân có đủ 3 dấu hiệu trên đều có kết quả tế bào học ác tính. Có 5 bệnh nhân có thêm dấu hiệu đk trước sau lớn hơn đk ngang đều có kết quả tế bào học ác tính.

Nghiên cứu của Trịnh Thị Thu Hồng kết luận rằng dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên siêu âm là nhân giảm âm, tổn thương đơn độc, giới hạn không rõ, tăng sinh mạch trung tâm và kết luận độ nhạy và độ đặc hiệu của

nghiên cứu này lần lượt là 46,6% và 87% [3]. Nghiên cứu của Moon HG và Douglas cho thấy các ca ung thư tuyến giáp đều có đặc điểm siêu âm là hình ảnh tổn thương dạng đặc, giảm âm và có vi vôi hóa trong nhân [6], [7]. Douglas đã chọn những bệnh nhân có tiêu chuẩn siêu âm như trên và phát hiện được 87% trong số 102 bệnh nhân được chọc hút kim nhỏ có chẩn đoán là ác tính, 100% các bệnh nhân có đủ cả 3 dấu hiệu đều có chẩn đoán là ác tính [7]. Như vậy, nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước đã cho thấy rằng lợi ích của siêu âm là giúp phát hiện các tổn thương nghi ngờ ác tính và là phương tiện hướng dẫn chọc hút kim nhỏ.

4.3. Kết hợp các yếu tố tiên đoán nhân ác tính và lành tính trên siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các dấu hiệu gợi ý nhân ác tính là: Phản âm kém với độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 40,9%; ranh giới không rõ với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 13,3%; vi vôi hóa với độ nhạy là 75% và độ đặc hiệu 91,6% và đk trước sau lớn hơn đk ngang có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 88%. Theo kết quả nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Moon W-J [8] thì không có một dấu hiệu duy nhất nào gợi ý nhân ác tính hay ác tính có độ chính xác tổng thể vượt quá 75% . Tuy nhiên, tác giả này cũng đưa ra các dấu hiệu gợi ý nhân ác tính như: Phản âm kém (độ nhạy 41%; độ đặc hiệu 92%), ranh giới không rõ (độ nhạy 48%; độ đặc hiệu 92%), vi vôi hóa (độ nhạy 44%; độ đặc hiệu 91%) và đk trước sau lớn hơn đk ngang (độ nhạy 40%; độ đặc hiệu 91%). Kết quả của chúng tôi có khác với kết quả của tác giả trên có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, đội ngũ các bác sĩ thực hiện có kinh nghiệm không giống nhau và loại

máy siêu âm có chất lượng khác nhau đưa đến sự chưa tương đồng về kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 95 bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp, khám và điều trị tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Kết quả tế bào học và mô bệnh học cho biết đa số bướu nhân tuyến giáp lành tính: 87,4%; ác tính: 12,6%.

- Phối hợp các đặc điểm siêu âm và kết quả tế bào học: có 1 dấu hiệu nhân giảm âm tỷ lệ chẩn đoán ác tính là 15,5%, có 2 dấu hiệu nhân giảm âm và ranh giới không rõ tỷ lệ chẩn đoán ác tính là 52,2%, có từ 3 dấu hiệu nhân giảm âm, ranh giới không rõ và vi vôi hóa tỷ lệ chẩn đoán ác tính là 100%.

- Những đặc điểm hình ảnh gợi ý một nhân giáp là ác tính gồm: nhân có phản âm kém, ranh giới không rõ, có vi vôi hóa và có hình dạng chiều cao lớn hơn chiều rộng.

VI. 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.22.38.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Phạm Thu Hà, Đặng Bích Ngọc (2015). Vai trò của siêu âm

và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Tạp chí nghiên cứu y học, 115-122.

2. Kwak J.Y, Han K.H, Yoon J.H et al (2011). Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. Radiology, 260 (3), pp.892-899.
3. Trịnh Thị Thu Hồng, Vương Thừa Đức (2010). Hình ảnh của siêu âm trong dự đoán ung thư bướu giáp đa nhân. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), 55.
4. Bùi Thanh Thủy, Nguyễn Tiến Dũng & Cs (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí y dược học quân sự, 631-635.
5. Lee YH, Kim DW, In HS et al.(2011) Differentiation between benign and malignant solid thyroid nodules using an US classification system. Korean journal of Radiology, 12(5); 559-567
6. Moon HG (2007). Role of ultrasonography in predicting malignancy in patients with thyroid nodule. World J Surg, 31(7), 1410-1416.
7. Douglas S (2002). Non - palpable Thyroid Nodules – Managing an Epidemic. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87(5), 1983-1940.
8. Moon W-J, Jung SL, Lee JH et al.(2008). Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation – multicenter retrospective study. Radiology; 247(3): 762- 770

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẦM CẢM TRÊN BỆNH NHÂN SỬ DỤNG CÁC CHẤT DẠNG AMPHETAMIN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI PHÒNG

Lương Thị Mai Loan¹, Vương Thị Thủy¹, Trương Văn Tú²

TÓM TẮT

Nghiên cứu này sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang nhằm mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân sử dụng các chất dạng amphetamin điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng. Nghiên cứu được thực hiện trên 47 bệnh nhân sử dụng các chất dạng amphetamin có biểu hiện trầm cảm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% bệnh nhân là nam giới, gặp nhiều nhất trong độ tuổi từ 30-39 (chiếm 53,2%), thường sử dụng ATS hàng tuần. Trầm cảm được phát hiện chủ yếu vào tuần thứ 1 và thứ 2 sau nhập viện, phần lớn là trầm cảm mức độ nhẹ và vừa. Các triệu chứng chính của trầm cảm gặp ở phần lớn bệnh nhân, hay gặp nhất là khí sắc trầm chiếm 74,5%. Các triệu chứng phổ biến hay gặp là rối loạn giấc ngủ chiếm 66%, mất tự tin hoặc lòng tự trọng chiếm 59,6%, giảm tập trung chiếm 57,4%, rối loạn ăn uống chiếm 51,1%.

Từ khóa: trầm cảm, các chất dạng amphetamin.

SUMMARY

DEPRESSIVE SYMPTOMS CHARACTERISTICS OF INPATIENTS WITH AMPHETAMINE-TYPE STIMULANTS USE DISORDER AT HAI PHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL

This study used a cross-sectional descriptive design with the purpose of describing depression symptoms characteristics of inpatients with amphetamine-type stimulants use disorder at Hai Phong psychiatric hospital. The study was conducted on 47 patients with amphetamine-type stimulants use disorder with depressive symptoms. This study showed that all patients were male with the highest incidence in the age range of 30-39 years (accounting for 53.2%), used ATS on a weekly basis. Depression was mainly detected in the first and second weeks after hospitalization and was mostly mild to moderate. The main symptoms of depression found in the majority of patients are depressed mood (74,5%). The common symptoms were sleep disturbance (66%), lost of confidence or self-esteem (59.6%), decreased concentrate (57.4%) and eating disorder (51,1%).

Keywords: depression, amphetamine-type stimulants.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Mai Loan

Email: ltmloan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay lạm dụng ma túy đã trở thành một vấn đề xã hội ảnh hưởng lớn đến hàng triệu người cùng với sự phát triển của nền kinh tế. Cùng với sự xuất hiện của nhiều loại ma túy trên thị trường, các chất dạng amphetamin (bao gồm amphetamin, methamphetamin, MDMA,...) là một trong những loại ma túy được giới trẻ ưa chuộng. Việc sử dụng các chất dạng amphetamin (ATS) đem lại cảm giác hưng phấn, tăng sự tập trung chú ý, giảm cảm giác thèm ăn, giảm nhu cầu ngủ, và các có thể kèm theo các rối loạn tâm thần như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn cảm xúc, hành vi. Một trong những rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ATS là trầm cảm. Nghiên cứu của Luo D. (2022) cho thấy 76,7% những người sử dụng methamphetamin có biểu hiện trầm cảm [5]. Nghiên cứu Trần Thị Hồng Thu (2015) về trầm cảm những người sử dụng ATS tại Viện Sức khỏe Tâm thần cho thấy các biểu hiện giảm năng lượng và dễ mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất 94,73%; khí sắc trầm chiếm tỷ lệ 78,94% [3]. Trầm cảm là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ý tưởng và hành vi tự sát. Câu hỏi chúng tôi đặt ra là trầm cảm trên nhóm bệnh nhân sử dụng ATS có biểu hiện như thế nào? Hiểu rõ về những biểu hiện trầm cảm trên nhóm đối tượng này có ý nghĩa vô cùng quan trọng, giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân sử dụng chất dạng amphetamin điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 47 bệnh nhân sử dụng các chất dạng amphetamin có biểu hiện trầm cảm điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân sử dụng các chất dạng amphetamin được chẩn đoán xác định rối loạn tâm thần theo tiêu chuẩn phân loại bệnh quốc tế ICD 10 (mã bệnh F15, F16).

- Có biểu hiện trầm cảm trên lâm sàng và trắc nghiệm tâm lý Hamilton.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chấn thương sọ não, có bệnh thực tổn ở não, lạm dụng chất gây nghiện khác, mắc rối loạn tâm thần nội sinh. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, thời gian từ tháng 01/2022 đến 09/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Chọn mẫu thuận tiện
- Nhóm nghiên cứu lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 01/2022 đến 09/2022. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 47 bệnh nhân.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, tuổi bắt đầu sử dụng ATS, giới tính, học vấn, tần suất sử dụng ATS.

- Triệu chứng đặc trưng, triệu chứng phổ biến của trầm cảm, thời điểm phát hiện trầm cảm, mức độ trầm cảm.

2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Khi bệnh nhân vào viện, lấy thông tin chung, khám tâm thần, toàn trạng, xét nghiệm nước tiểu tìm ATS.

- Bước 2: Phát hiện các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân sử dụng ATS trên lâm sàng và trắc nghiệm tâm lý Hamilton.

+ Nếu bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm → lấy vào nghiên cứu.

+ Nếu bệnh nhân không có biểu hiện trầm cảm → đánh giá và phát hiện các triệu chứng vào tuần tiếp theo.

- Bước 3: Khi bệnh nhân ra viện, đánh giá lại các triệu chứng trầm cảm trên lâm sàng và trắc nghiệm Hamilton.

2.7. Xử lý số liệu:

Phần mềm SPSS 20.0: Sử dụng thống kê

mô tả Descriptive Statistics (Frequencies, Descriptives). Các biến định tính được thống kê mô tả với tần số và phần trăm. Các biến định lượng được thống kê mô tả với trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất.

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng. Bệnh nhân và người nhà đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới.

Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	n (47)	Tỷ lệ %
15 – 19	2	4,3
20 – 29	15	31,9
30 – 39	25	53,2
40 – 49	5	10,6
$\bar{X} \pm SD$	30,98±6,07	

Nhận xét: Nhóm tuổi 30-39 gặp chủ yếu chiếm tỷ lệ 53,2%, tiếp đó là nhóm tuổi 20-29. Ít gặp ở lứa tuổi 15-19 và 40-49. Tuổi trung bình là 30,98 ± 6,07.

Bảng 3.2. Tuổi bắt đầu sử dụng ATS

Tuổi bắt đầu sử dụng ATS	n (47)	Tỷ lệ %
15 – 19	4	8,5
20 – 29	37	78,7
30 – 39	6	12,8
$\bar{X} \pm SD$	25,49±4,39	

Nhận xét: Nhóm tuổi bắt đầu sử dụng gặp chủ yếu là 20-29 tuổi chiếm tỷ lệ 78,7%. Tuổi trung bình sử dụng ATS lần đầu là 25,49 ± 4,39.

Bảng 3.3. Trình độ học vấn

Học vấn	n (47)	Tỷ lệ %
Trung học cơ sở	7	14,9
Trung học phổ thông	32	68,1
Cao đẳng, đại học	8	17

Nhận xét: Nhóm có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất 68,1%. Trung học cơ sở và cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ thấp (14,9% và 17%).

Bảng 3.4. Tần suất sử dụng ATS

Tần suất sử dụng ATS	n (47)	Tỷ lệ %
Hàng ngày	13	27,7
Hàng tuần	25	53,2
Hàng tháng	9	19,1

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân sử dụng ATS hàng tuần chiếm 53,2%. Sử dụng hàng ngày và hàng tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.5. Thời điểm phát hiện trầm cảm

Thời điểm	n (47)	Tỷ lệ %
Lúc vào viện	8	17
Tuần 1	25	53,2
Tuần 2	14	29,8

Nhận xét: Triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân được phát hiện trên lâm sàng ngay khi vào viện chiếm tỷ lệ thấp 17%. Chủ yếu các triệu chứng này được phát hiện vào các tuần 1 và 2 sau vào viện.

Bảng 3.6. Triệu chứng đặc trưng của trầm cảm

Triệu chứng đặc trưng	n (47)	Tỷ lệ %
Khí sắc giảm	35	74,5
Mất quan tâm thích thú	34	72,3
Giảm năng lượng và tăng mệt mỏi	32	68,1

Nhận xét: Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm là khí sắc giảm chiếm tỷ lệ cao nhất (74,5%), tiếp đến mất quan tâm thích thú chiếm 72,3%, và giảm năng lượng chiếm 68,1%

Bảng 3.7. Triệu chứng phổ biến của trầm cảm

Triệu chứng phổ biến	n (47)	Tỷ lệ %
Giảm tập trung	27	57,4
Mất tự tin hoặc lòng tự trọng	28	59,6
Có ý tưởng bị tội và không xứng đáng	11	23,4
Nhìn tương lai ảm đạm, bi quan	25	53,2
Ý tưởng và hành vi tự sát	5	10,6
Rối loạn giấc ngủ	31	66,0
Rối loạn ăn uống	24	51,1

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến thường gặp là rối loạn giấc ngủ chiếm 66%, giảm tập trung chú ý chiếm 57,4%, giảm tính tự trọng và lòng tự tin chiếm 59,6%, nhìn tương lai ảm đạm, bi quan chiếm 53,2%. Bệnh nhân có những ý tưởng bị tội và không xứng đáng chiếm tỷ lệ thấp 23,4%. Có 10,6% bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát.

Bảng 3.8. Mức độ trầm cảm theo ICD –10 và thang điểm Hamilton khi phát hiện trầm cảm

Mức độ trầm cảm	Theo ICD 10		Theo thang điểm Hamilton	
	n (47)	Tỷ lệ %	n (47)	Tỷ lệ %
Trầm cảm nhẹ	14	28,9	13	27,7
Trầm cảm vừa	26	55,3	28	59,6
Trầm cảm nặng	7	14,9	6	12,7

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ trầm cảm trên lâm sàng và thang điểm Hamilton tương tự nhau, chủ yếu là trầm cảm nhẹ (theo ICD 10: 28,9%, theo test Hamilton: 27,7%) và trầm cảm vừa (theo ICD 10: 55,3%, test Hamilton: 59,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 30-39 gặp chủ yếu chiếm tỷ lệ 53,2%. Ít gặp ở lứa tuổi 15-19 và 40-49. Tuổi trung bình là $30,98 \pm 6,07$. Theo nghiên cứu của Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc (2013), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 25 - 34 chiếm tỷ lệ 54,5%, độ tuổi trung là $27,36 \pm 6,19$ [2]. Lứa tuổi sử dụng ATS trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm lao động chính trong xã hội, đây cũng là giai đoạn nhạy cảm của cuộc đời khi người bệnh chưa ổn định về kinh tế, chịu nhiều căng thẳng, áp lực trong cuộc sống. Nhóm tuổi bắt đầu sử dụng ATS gặp chủ yếu là 20-29 tuổi chiếm tỷ lệ 78,7%. Giai đoạn này đánh dấu sự trưởng thành về mặt thể chất, tâm thần và trí tuệ. Cũng là giai đoạn các thay đổi nhân cách diễn ra nhanh chóng, hoạt động tâm lý thường mang tính chất tự khẳng định mình. Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất 68,1%. Đa số có trình

độ học vấn ở mức trung bình thấp. Lứa tuổi học xong THCS, THPT là lứa tuổi trẻ, cần tiếp tục được học tập, lao động. Nếu không được giáo dục đúng đắn, dễ chơi bời, tụ tập, sử dụng chất. Trong kết quả nghiên cứu của Lawyer G. và cộng sự tại Nauy (2010) thì giáo dục trung học là 50%, trung học phổ thông là 45%, đại học 5% [6]. Về tần suất sử dụng ATS, chủ yếu bệnh nhân sử dụng hàng tuần chiếm 53,2%. Bệnh nhân không sử dụng ATS thường xuyên. Đây là một đặc điểm khác biệt so với nghiện các chất dạng thuốc phiện, bệnh nhân thường xuyên phải tìm kiếm và sử dụng chúng hàng ngày với tần suất sử dụng tăng dần, nhiều lần trong ngày mới đạt được hiệu quả mong muốn.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ lo âu, trầm cảm cao ở những bệnh nhân có tiền sử lạm dụng các chất dạng amphetamin [4], [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân được phát hiện trên lâm sàng ngay khi vào viện chiếm tỷ lệ thấp 17%. Chủ yếu các triệu chứng này được phát hiện vào các tuần sau vào viện. Các triệu chứng trầm cảm thường bị che lấp bởi các triệu chứng rối loạn tâm thần khác như hoang tưởng, ảo giác hay kích động. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng chúng ta cần khám và đánh giá

bệnh nhân sử dụng ATS một cách toàn diện nhất, tránh bỏ sót triệu chứng, đặc biệt là các triệu chứng trầm cảm.

Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm gặp phổ biến ở các bệnh nhân là khí sắc giảm chiếm 74,5%, mất quan tâm thích thú 72,3%, giảm năng lượng và tăng mệt mỏi chiếm 68,1%. Kết quả của chúng tôi cũng như kết quả của các tác giả khác đều cho thấy các triệu chứng giảm khí sắc, mất quan tâm thích thú, giảm năng lượng là triệu chứng chủ đạo của trầm cảm [1], [3]. Đây là những triệu chứng đặc trưng và là tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán trầm cảm. Khi sử dụng ATS thường xuyên gây tổn hại đến chất dẫn truyền thần kinh cũng như sự dẫn truyền các chất này trong não bộ. Khi lượng serotonin, dopamin, noradrenalin giảm gây nên khí sắc trầm, giảm quan tâm thích thú, tăng mệt mỏi, giảm năng lượng hoạt động.

Về các triệu chứng phổ biến của trầm cảm: giảm tập trung chú ý chiếm 57,4%, biểu hiện giảm tập trung chú ý có ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng học tập, lao động của bệnh nhân. Mất tự tin hoặc lòng tự trọng chiếm 59,6%, cho rằng mình là kẻ vô dụng, không làm được việc gì. Triệu chứng nhìn tương lai ảm đạm, bi quan chiếm 53,2%, rối loạn giấc ngủ 66,0%, rối loạn ăn uống chiếm 51,1%. Bệnh nhân có những ý tưởng bị tội và không xứng đáng chiếm 23,4%. Họ cho rằng mình là gánh nặng cho gia đình, cơ quan và xã hội, cảm thấy có tội lỗi, luôn nghĩ rằng mình không xứng đáng. Đây là nguyên nhân chính dẫn đến bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát. Có 5 bệnh nhân có ý tưởng và

hành vi tự sát chiếm 10,6%. Trong thực hành lâm sàng, khi chẩn đoán các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng ATS cần lưu ý tới các triệu chứng của trầm cảm, đặc biệt chú ý đến ý tưởng và hành vi tự sát.

Đánh giá mức độ trầm cảm qua lâm sàng và thang điểm Hamilton cho kết quả tương tự nhau, chủ yếu là trầm cảm mức độ vừa và nhẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt nhỏ so với nghiên cứu của Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc (2013), phần lớn là trầm cảm mức độ nhẹ và vừa chiếm 42,5%, trầm cảm mức độ nặng chiếm 24,2% (theo thang điểm Beck) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2017), cho thấy tỉ lệ nhóm bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ cao nhất 42,5%, trầm cảm mức độ nặng chiếm 18,3% [1].

V. KẾT LUẬN

100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới. Triệu chứng trầm cảm được phát hiện sau khi nhập viện. Các triệu chứng chính của trầm cảm khí sắc trầm, mất quan tâm thích thú, giảm năng lượng. Các triệu chứng phổ biến là rối loạn giấc ngủ, mất tự tin hoặc lòng tự trọng, giảm tập trung, rối loạn ăn uống. Mức độ trầm cảm trên lâm sàng và thang điểm Hamilton tương tự nhau.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có các nghiên cứu với quy mô rộng lớn và chuyên sâu hơn để đánh giá các triệu chứng trầm cảm nói chung và triệu chứng trầm cảm ở những bệnh nhân sử dụng các chất kích thích dạng amphetamin nhằm phát

hiện sớm và điều trị kịp thời rối loạn trầm cảm.

VII. 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.22.110.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Dũng**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hội chứng cai các chất dạng amphetamin. Tạp chí Y học Việt Nam, (2017), Tháng 7, số 1, tập 456: p. 66-71.
2. **Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hội chứng cai các chất dạng Amphetamin trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện sức khỏe tâm thần, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2013).
3. **Trần Thị Hồng Thu**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng các rối loạn tâm thần ở những người sử dụng chất dạng Amphetamin tại Viện sức khỏe tâm thần. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội (2015).
4. **Ghavidel, N., et al.**, Frontocingulate Dysfunction Is Associated with Depression and Decreased Serum PON1 in Methamphetamine-Dependent Patients. Neuropsychiatr Dis Treat, (2020), 16: p. 489-499.
5. **Luo D., et al.**, Characteristics of depression, anxiety, impulsivity, and aggression among various types of drug users and factors for developing severe depression: a cross-sectional study. BMC Psychiatry, (2022), 22 (1): p. 274.
6. **Lawyer G., et al.**, Amphetamine dependence and co-morbid alcohol abuse: associations to brain cortical thickness. BMC Pharmacology, (2010), 10.1186/1471-2210-10-5
7. **Zhang J., et al.**, Prevalence and correlates of depressive symptoms during early methamphetamine withdrawal in Han Chinese population. Drug Alcohol Depend, (2014), 142: p. 191-6.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VIÊN NANG CỨNG CHỨA CAO NỤ VỐI (*CLEISTOCALYX OPERCULATUS*, MYRTACEAE)

Vũ Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thúy¹,
Nguyễn Thanh Tâm¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Với mục tiêu bào chế dạng thuốc rắn chứa cao nụ vối (*Cleistocalyx operculatus*, Myrtaceae) để ứng dụng phát triển các sản phẩm bảo vệ sức khỏe, đề tài đã tiến hành chiết xuất nụ vối với quy mô 1kg được liệu thô/mẻ chiết và sử dụng cao chiết được liệu để bào chế viên nang cứng. Cao được liệu được chiết bằng phương pháp ngâm sử dụng dung môi ethanol 96%; tỉ lệ được liệu với dung môi chiết (kg/lit): 1/4 (lần 1); 1/3 (lần 2); 1/3 (lần 3); thời gian chiết: 3 ngày/lần. Hàm lượng flavonoid toàn phần: $82,167 \pm 1,34$ mg/g cao. Viên nang cứng chứa cao nụ vối được bào chế sử dụng máy đóng nang thủ công với các thành phần: 338,5 mg hỗn hợp cao được liệu:tinh bột mỳ (tỷ lệ 3:1 kl/kl); 9,49 mg tinh bột biến tính và 1,04 mg tá dược aerosil 200, vỏ nang cứng số 1. Viên nang đạt một số chỉ tiêu theo quy định thuốc nang trong Dược Điển Việt Nam V như độ đồng đều khối lượng, đồng đều hàm lượng flavonoid toàn phần; độ rã.

Từ khóa: nụ vối, *Cleistocalyx operculatus*, viên nang cứng

SUMMARY

PREPARATION OF HARD CAPSULES DOSAGE FORMS CONTAINING DRIED FLOWER BUDS OF *CLEISTOCALYX OPERCULATUS* EXTRACT

The aim of this study is to prepare a solid dosage form containing dried flower buds of *Cleistocalyx operculatus* extract for developing functional foods. Dried flower buds were extracted by the maceration method with extraction conditions: solvent ethanol 96%; raw materials/solvent ratio (kg/l): 1/4 (first time); 1/3 (second time); 1/3 (third time); extraction time: 3 days/time. The total flavonoid was $82,167 \pm 1,34$ mg/g extract. Hard capsules were prepared by semi-automatic capsule filling machine with the formulation containing: 338,5 mg mixture of dried flower buds extract and wheat starch (ratio 3:1 w/w); 9,49 mg sodium starch glycolate; 1,04 mg aerosil 200; hard capsule size no.1. Hard capsules containing extract meet some requirements according to Vietnamese pharmacopeia V, such as uniformity of mass test; uniformity of content (total flavonoid) test; disintegration test.

Keywords: flower buds, *Cleistocalyx operculatus*; hard capsules

¹Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quỳnh

Email: vtquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vối (*Cleistocalyx operculatus* (Roxb) Merr .et Perry thuộc họ Sim (Myrtaceae)) là một loài cây quen thuộc ở hầu khắp các làng quê Việt Nam, đặc biệt là ở các tỉnh Đồng bằng Bắc Bộ. Các bộ phận của cây vối đã được sử dụng rất rộng rãi trong y học cổ truyền. Lá, nụ, hoa dùng pha trà để uống, vừa có tác dụng thanh nhiệt, vừa có tác dụng tiêu thực kiện tỳ, giúp ăn ngon, tiêu hóa tốt. Lá, vỏ thân nấu nước chữa mụn nhọt, lở loét [1,2].

Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu về thành phần hóa học trong các bộ phận của cây như tinh dầu, triterpenoid, và flavonoid. Trong đó, nụ vối có thành phần hóa học chính là flavonoid mang lại nhiều tác dụng sinh học có lợi như hoạt tính chống oxy hóa, kháng khuẩn, hạ đường huyết...[6,7]. Do vậy, nụ vối là nguồn nguyên liệu tiềm năng cho phát triển các thực phẩm bảo vệ sức khỏe. Tuy nhiên, hiện nay dạng dùng của nụ vối chủ yếu là dược liệu thô dùng sắc hoặc trà để hãm. Để thuận tiện trong quá trình sản xuất quy mô lớn cũng như trong sử dụng, bảo quản, chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu bào chế viên nang cứng chứa cao nụ vối (*Cleistocalyx operculatus*, Myrtaceae)**”.

Đề tài thực hiện với các mục tiêu cụ thể:

- Chiết cao nụ vối với quy mô 1kg được liệu khô/mẻ chiết.
- Xây dựng công thức bào chế viên nang cứng chứa cao nụ vối.

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu

Nụ vối khô (Viện Dược Liệu Trung Ương, TC NSX), ethanol 96% và 70%, avicel, tinh bột mì, lactose, tinh bột biến tính,

aerosil 200, natri nitrit (NaNO_2), natri hydroxyd (NaOH), nhôm clorid (AlCl_3) và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị nghiên cứu

Máy thử độ rắn Copley DTG 2000; máy quang phổ UV-VIS Agilent Cary 60; máy cô quay chân không Yamato RE301A-W; máy đóng nang cứng bán tự động Shakti; máy đo hàm ẩm Precisa XM60; tủ sấy Froilabo và các dụng cụ, thiết bị khác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chiết cao nụ vối bằng phương pháp ngâm

- Chuẩn bị nguyên liệu: Nụ vối khô được nghiền nhỏ và sấy đạt hàm ẩm dưới 5%

- Quá trình chiết: Ngâm 1kg bột nụ vối với dung môi chiết ethanol ở điều kiện môi trường bình thường, số lần chiết 3 lần với tỷ lệ được liệu/dung môi lần lượt 1/4; 1/3 và 1/3 (kg/lit). Thời gian 3 ngày/lần. Lọc thu dịch chiết.

- Quá trình loại bỏ dung môi: Tiến hành loại bỏ dung môi bằng phương pháp bốc hơi áp suất giảm sử dụng máy cất quay chân không ở nhiệt độ 50°C đến khi thu được cao đặc. Bảo quản cao trong ngăn mát tủ lạnh.

Phương pháp định lượng hàm lượng flavonoid toàn phần trong cao nụ vối bằng phương pháp quang phổ hấp thụ UV-VIS

- Nguyên tắc: flavonoid toàn phần được định lượng theo phương pháp đo quang dựa trên phản ứng của flavonoid với AlCl_3 , sẽ tạo phức màu hồng đặc trưng.

- Quy trình: Định lượng flavonoid toàn phần trong cao nụ vối bằng phương pháp thêm chuẩn với mẫu thử là dung dịch đã hòa tan khoảng 0,1g cao nụ vối trong 10 ml methanol (dung dịch B), mẫu chuẩn là dung dịch quercetin $200\mu\text{g/ml}$.

Bảng 2.1. Thành phần thuốc thử

Bình định mức 10ml	Bình 1	Bình 2
Có chứa	4ml H ₂ O và 0,3ml NaNO ₂ 5%	
Bổ sung	1ml dung dịch B	1ml dung dịch B + 1 ml dung dịch quercetin 200µg/ml
Sau 5 phút	0,3 ml AlCl ₃	
Sau 6 phút	2ml NaOH 1M	
Bổ sung	MeOH đến vạch	

Mẫu trắng được thực hiện tương tự như trên nhưng không chứa dung dịch B và dung dịch quercetin.

Tiến hành đo quang phổ hấp thụ UV-VIS tại bước sóng 510 nm.

Nồng độ flavonoid toàn phần trong cao nụ vôi được tính theo công thức:

$$Cx = \frac{Ax \cdot Cc}{A'x - Ax}$$

Trong đó:

Cx: nồng độ flavonoid toàn phần trong dung dịch B (µg/ml)

Cc: nồng độ chất chuẩn quercetin (µg/ml)

Ax: độ hấp thụ quang đo được của bình 1

A'x: độ hấp thụ quang đo được của bình 2

+ Hàm lượng flavonoid toàn phần trong cao chiết được tính theo công thức:

$$HL = \frac{Cx}{m} \cdot 100$$

Trong đó:

HL: là hàm lượng flavonoid toàn phần trong cao được liệu (mg/g)

Cx: là nồng độ flavonoid toàn phần trong cao (µg/ml)

m: khối lượng cao đã cân để định lượng (g)

Phương pháp bào chế viên nang cứng chứa cao nụ vôi

Trộn cao nụ vôi với tá dược độn, sấy khô đến hàm ẩm 3-4%; trộn với tá dược rã và tá dược trơn và đóng bột thu được vào nang cứng có kích thước phù hợp bằng máy đóng nang bán tự động.

Phương pháp đánh giá một số chỉ tiêu của viên nang cứng chứa cao nụ vôi

Dựa trên phụ lục 1.13 Dược Điển Việt Nam V, viên nang cứng bào chế được được đánh giá một số tiêu chí: cảm quan, độ rã, độ đồng đều khối lượng, độ đồng đều hàm lượng (dựa trên thành phần flavonoid toàn phần trong viên).

Phương pháp xử lý số liệu

Mỗi thí nghiệm làm 3 lần và lấy kết quả trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (SD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chiết cao nụ vôi

Tiến hành chiết xuất nụ vôi bằng dung môi ethanol 96% và 70%. Kết quả thu được thể hiện ở và bảng 3.1

Bảng 3.1. Kết quả khảo sát quá trình chiết cao nụ vôi

Tiêu chí \ Dung môi	Ethanol 96%	Ethanol 70%
Quá trình bốc hơi dung môi	Dung môi bay hơi nhanh, thời gian bốc hơi dung môi ngắn.	Dung môi bay hơi chậm, thời gian bốc hơi dung môi kéo dài.
Hình thức	Cao có thể chất sánh, lỏng, đồng nhất	Cao đặc, kết dính, có nhiều cặn
Khối lượng (g)	180	107

Hàm ẩm (%)	28,92 ± 1,21	15,34 ± 0,75
Hàm lượng flavonoid toàn phần trong cao (mg/g)	82,167 ± 1,34	135,22 ± 3,91
Hàm lượng flavonoid toàn phần trong dược liệu thô (g/kg)	14,79 ± 0,241	14,47 ± 0,42

Nhận xét: Khi sử dụng dung môi chiết ethanol 96% quá trình bốc hơi dung môi thuận lợi hơn, đồng thời thu được cao có thể chất tốt hơn so với sử dụng dung môi ethanol 70%. Hàm lượng flavonoid toàn phần chiết được so với nguyên liệu thô chênh lệch không đáng kể (khoảng 14 g/kg dược liệu thô) khi sử dụng hai loại dung môi. Vì vậy lựa chọn dung môi ethanol 96% cho qua

trình chiết cao nư với.

Bào chế viên nang cứng chứa cao nư với

Lựa chọn tá dược độn

Tiến hành trộn cao dược liệu với tá dược độn (avicel, tinh bột mì, lactose, tinh bột biến tính) với tỉ lệ cao:tá dược là 1:1 (kl/kl), sau đó sấy trong 1giờ, kết quả được trình bày trong bảng 3.2:

Bảng 3.2. Đặc tính của hỗn hợp cao và tá dược độn

Tá dược	Tính chất	Hình thức	Hàm ẩm (%)
Avicel		Khối bột khô, tơi, dễ nghiền mịn	2,93 ± 0,04
Tinh bột mì		Khối bột khô, dễ nghiền mịn	3,77 ± 0,17
Lactose		Khối bột nhão, dính bột.	6,76 ± 0,21
Tinh bột biến tính		Khối bột nhão, dính bột.	7,90 ± 0,29

Nhận xét: Với cùng tỉ lệ cao dược liệu: tá dược độn và thời gian sấy, khi phối hợp cao với tá dược độn là avicel và tinh bột mì sẽ tạo thành hỗn hợp bột khô, dễ nghiền mịn hơn so với khi sử dụng lactose và tinh bột biến tính. Do đó, lựa chọn tá dược avicel và

tinh bột mì để khảo sát các thông số tiếp theo.

Lựa chọn tỉ lệ tá dược độn

Trộn cao dược liệu và các tá dược độn với các tỉ lệ khác nhau, sấy ở nhiệt độ 50°C đến hàm ẩm khoảng 4%, ghi lại thời gian sấy. Kết quả được trình bày trong bảng 3.3.

Bảng 3.3. Thời gian sấy (giờ) của hỗn hợp cao dược liệu và tá dược ở các tỉ lệ khác nhau

Tỉ lệ cao dược liệu : tá dược độn (kl/kl)	Avicel	Tinh bột mì
1:1	1,14 ± 0,10	1,2 ± 0,07
2:1	2,2 ± 0,04	2,31 ± 0,14
3:1	3,14 ± 0,10	3,37 ± 0,10
4:1	4,62 ± 0,13	4,75 ± 0,20

Nhận xét: Với tỷ lệ cao:tá dược độn thấp (1:1, 2:1 kl/kl) thời gian sấy ngắn hơn so với

khi tăng tỷ lệ trên. Để tiết kiệm chi phí về nguyên liệu, thời gian sấy và đạt hàm lượng

cao được liệu trong bột kép thu được cao hơn, lựa chọn tỉ lệ cao nư với: tinh bột mì là 3:1 (kl/kl).

Bột kép bào chế với cao nư với: tinh bột mì (tỉ lệ 3:1 kl/kl) có hàm lượng flavonoid toàn phần: $36,2 \pm 0,04$ mg/g; hàm ẩm: $4,03 \pm 0,10\%$; tỉ trọng biểu kiến: $0,729 \pm 0,035$ g/ml. Hiện nay, chưa có tài liệu khuyến cáo về liều dùng của cao nư với được công bố, liều dùng của nư với khô thường là 15-20g/ngày. Dựa trên điều kiện nghiên cứu hiện có, đề tài lựa chọn nang cứng số 1 và sử dụng máy đóng nang bán tự động. Dựa trên tỷ trọng biểu kiến của hỗn hợp bột kép cao nư với và tinh bột mì và thể tích của nang số 1 (0,48 ml) đóng khoảng 338,5mg hỗn hợp bột kép cao nư với và tinh bột mì vào nang và liều dùng đề xuất: 12 viên nang/ngày, chia 3 lần.

Lựa chọn tá được rã

Để cải thiện độ rã của viên nang, đề tài lựa chọn tá được rã là tinh bột biến tính. Bột kép trên có khối lượng đóng nang: 338,5mg; tỉ trọng biểu kiến: $0,729 \pm 0,035$ g/ml với nang số 1 (thể tích 0,48 ml) lượng tá được tinh bột biến tính sử dụng là 9,49 mg.

Viên nang cứng bào chế được đánh giá về độ rã: độ rã trung bình trong môi trường nước là 12 phút 30 giây ± 10 giây

Lựa chọn tá được trơn

Để khối bột đóng nang có độ trơn chảy tốt, đảm bảo sự đồng đều khối lượng khi đóng nang, công thức bào chế bổ sung thêm thành phần tá được trơn. Khảo sát ảnh hưởng của tỉ lệ tá được trơn aerosil 200 tới độ trơn chảy hỗn hợp bột kép và độ rã của viên nang. Độ trơn chảy của khối bột được đánh giá nhanh khi cho một lượng bột chảy qua phễu và đo góc nghỉ α tạo thành giữa cạnh khối bột sau khi chảy qua phễu và mặt phẳng nằm ngang. Kết quả thu được trong bảng 3.4 sau:

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của tỉ lệ tá được trơn tới độ trơn chảy của bột kép và thời gian rã của viên nang

Tỉ lệ tá được trơn (kl/kl)	Góc nghỉ α của bột	Thời gian rã
0%	$>55^0$	12 phút 30 giây
0,1%	$42^0 \pm 2,87^0$	12 phút 30 giây
0,2%	$35^0 \pm 3,55^0$	12 phút 50 giây
0,3%	$30^0 \pm 2,44^0$	13 phút 4 giây

Nhận xét: Khi không sử dụng tá được aerosil thì hỗn hợp bột kép rất bột dính, trơn chảy kém. Tăng dần tỉ lệ aerosil, góc nghỉ α của bột giảm dần, khả năng trơn chảy của bột tăng lên. Khi tỉ lệ aerosil tăng đến 0,3% thì góc nghỉ α đạt 30^0 (chảy tốt) và độ rã của viên nang khoảng 13 phút -đạt yêu cầu theo

tiêu chuẩn độ rã của viên nang cứng theo Dược điển Việt Nam V. Do đó, lựa chọn tỉ lệ tá được trơn aerosil là 0,3% (kl/kl) hoặc 1,04 mg trong công thức bào chế viên nang.

Từ các nghiên cứu khảo sát trên, đề tài lựa chọn các công thức bào chế viên nang chứa cao nư với cụ thể như sau:

Bảng 3.5. Công thức viên nang cứng chứa cao nụ vối

Thành phần	Tỷ lệ/Khối lượng
Tỷ lệ cao nụ vối: tinh bột mỳ	3:1 kl/kl
Bột kép cao nụ vối-tinh bột mỳ	338,5mg
Tinh bột biến tính	9,49 mg
Aerosil	1,04 mg
Vỏ nang cứng số 1	

Bảng 3.6. Kết quả đánh giá một số tiêu chí của viên nang cứng chứa cao nụ vối

Chỉ tiêu	Kết quả	Nhận xét
Cảm quan	Viên nang toàn vẹn, không móp méo	Đạt yêu cầu về cảm quan
Độ rã	Độ rã trung bình 13 phút 15 giây trong môi trường nước	Đạt tiêu chuẩn ĐDVN V
Độ đồng đều khối lượng	Khối lượng trung bình bột trong viên: 0,340g; Không có viên nào nằm ngoài khoảng giới hạn chênh lệch cho phép so với khối lượng trung bình ($\pm 7,5\%$).	Đạt tiêu chuẩn ĐDVN V
Độ đồng đều hàm lượng flavonoid toàn phần trong viên	Hàm lượng trung bình 25,74mg; Không có viên nào có hàm lượng flavonoid toàn phần nằm ngoài khoảng chênh lệch $\pm 15\%$ so với hàm lượng trung bình	Đạt tiêu chuẩn ĐDVN V

IV. BÀN LUẬN

Với mục đích bào chế các dạng thuốc thuận lợi quá trình sản xuất, bảo quản và sử dụng của nụ vối, đề tài đã nghiên cứu quá trình chiết xuất, cũng như xây dựng được công thức bào chế dạng thuốc viên nang cứng chứa cao nụ vối. Cao nụ vối được chiết bằng phương pháp ngâm ở điều kiện thường đạt hàm lượng flavonoid toàn phần $82,167 \pm 1,34$ mg/g cao dược liệu và sử dụng cho quá trình bào chế viên nang cứng. Tuy nhiên, quy trình chiết xuất còn một số nhược điểm như sử dụng ethanol nồng độ cao dễ gây cháy, nổ; quá trình chiết còn dài (9 ngày). Cần tiến hành nghiên cứu tối ưu hóa quá trình chiết cao nụ vối; đồng thời nâng cấp quy mô chiết để cung cấp nguyên liệu cho quá trình bào chế. Đề tài lựa chọn dạng bào chế viên nang cứng, đây là dạng thuốc rắn, dễ dàng vận chuyển, bảo quản và sử dụng. Do cao nụ vối có hàm ẩm cao (khoảng 29%) nên đề tài đã

lựa chọn sử dụng tá dược độn có khả năng hút ẩm như tinh bột mỳ để quá trình tạo bột kép giữa cao dược liệu và tá dược thuận lợi, dễ dàng sấy khô. Thành phần flavonoid trong cao nụ vối là thành phần quan trọng mang lại nhiều tác dụng sinh học, do vậy đề tài lựa chọn flavonoid toàn phần là thành phần để đánh giá độ đồng đều hàm lượng trong viên. Viên nang chứa cao nụ vối bước đầu được đánh giá một số chỉ tiêu theo chuyên luận chung của thuốc nang quy định trong Dược Điển Việt Nam V như độ rã, độ đồng đều hàm lượng flavonoid toàn phần, đồng đều về khối lượng đều đạt yêu cầu với thời gian rã trong môi trường nước là 13 phút 15 giây, hàm lượng flavonoid toàn phần trong viên là 25,74 mg. Dạng bào chế viên nang cứng làm phong phú thêm các sản phẩm có nguồn gốc từ nụ vối, định hướng tới sản xuất các thực phẩm bảo vệ sức khỏe con người.

V. KẾT LUẬN

Đề tài đã nghiên cứu quy trình chiết xuất cao nụ với quy mô 1kg dược liệu thô/mẻ chiết bằng phương pháp ngâm tại điều kiện môi trường bình thường; dung môi ethanol 96%; tỉ lệ dược liệu với dung môi (kg/lit): 1/4 (lần 1); 1/3 (lần 2); 1/3 (lần 3); Thời gian chiết: 3 ngày/lần. Hàm lượng flavonoid toàn phần: $82,167 \pm 1,34$ mg/g cao. Viên nang cứng chứa cao nụ với được bào chế sử dụng máy đóng nang bán tự động với các thành phần cho công thức bào chế: 338,5 mg hỗn hợp cao dược liệu: tinh bột mỳ (tỷ lệ 3:1 kl/kl); 9,49 mg tinh bột biến tính và 1,04 mg tá dược aerosil 200, vỏ nang cứng số 1. Viên nang đạt một số chỉ tiêu theo quy định thuốc nang trong Dược Điển Việt Nam V như độ đồng đều khối lượng, đồng đều hàm lượng flavonoid toàn phần; độ rã.

VI. KIẾN NGHỊ

Nâng cấp quy mô sản xuất viên nang cứng chứa cao nụ với

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cây thuốc Việt Nam và những bài thuốc

thường dùng: Nguyễn Viết Thân, NXB Y học; 2020, tr 463.

2. **Bách khoa những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam**: Tăng Bình, Ái Phương; NXB Hồng Đức, 2018, tr. 277
3. **Dược điển Việt Nam V**: Bộ Y Tế. NXB Y học, Hà Nội; 2017.
4. **Nguyễn Quốc Tuấn**, Xây dựng phương pháp định tính, định lượng flavonoid trong lá và nụ với. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên; 2012.
5. **Vũ Văn Huy**. Nghiên cứu tối ưu hóa một số ảnh hưởng đến quá trình chiết xuất cao giàu flavonoid từ nụ Với (*Cleistocalyx operculatus*, Myrtaceae). Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Y dược Hải Phòng; 2021
6. **Dung NT, Kim JM, et al.** Chemical composition, antimicrobial and antioxidant activities of the essential oil and the ethanol extract of *Cleistocalyx operculatus* (Roxb.) Merr and Perry buds. Food and chemical Toxicology. 2008;46(12), pp.3632-9.
7. **Min B-S, Van Thu C, et al.** Antioxidative flavonoids from *Cleistocalyx operculatus* buds. Chemical and Pharmaceutical Bulletin. 2008;56(12), pp. 1725-8.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI TẬP VỚI GÂY TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

Khúc Thị Song Hương¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Khánh Thế Anh²

TÓM TẮT

Viêm quanh khớp vai (VQKV) gây đau và hạn chế vận động khớp vai, ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt của người bệnh, việc điều trị giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VQKV tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2021 – 2022 và nhận xét kết quả điều trị của phương pháp điện châm kết hợp bài tập với gây trong điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước sau điều trị, 42 bệnh nhân được chẩn đoán VQKV. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm nhiều nhất (88,1%). Vị trí tổn thương vai phải chiếm đa số (81%). Hình ảnh siêu âm khớp vai gồm: dày bao khớp, tụ dịch dưới cơ denta, vôi hóa gân, tăng kích thước gân, tụ dịch bao gân, trong đó tổn thương ở cơ nhị đầu gặp nhiều nhất. Điểm VAS sau điều trị giảm, điểm cải thiện hoạt động khớp EFA và tầm vận động khớp vai theo tác giả Mc Gill – Mc ROM (dạng, xoay trong, xoay ngoài) sau điều trị tăng có ý nghĩa thống kê. Chưa có bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị. **Kết**

luận: Điện châm kết hợp bài tập gây có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp vai, là phương pháp an toàn và dễ thực hiện.

Từ khóa: Viêm quanh khớp vai, điện châm, bài tập gây.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF ELECTRICAL ACUPUNCTURE METHOD COMBINED CANE EXERCISES IN THE TREATMENT OF PERIARTHRITIS HUMEROSCAPULARIS

Periathritis humeroscapularis causes pain and limits movement of the shoulder joint, affecting the patient's daily function, it is essential to relieve pain and improve joint range of motion.

Objectives: Description of clinical and subclinical characteristics of patients with periathritis humeroscapularis at Hai Phong Traditional Medicine Hospital in 2021 – 2022, comment the effects of electrical acupuncture method combined cane exercises in the treatment of the study group of patients. **Subject and methods:** Clinical study, comparing before and after treatment, 42 patients were diagnosed with periathritis humeroscapularis. **Results:** The group of patients over 60 years old accounted for the most (88.1%). Problems in the right shoulder is the most common (81%). Ultrasound images the shoulder joint include: thickening of the joint capsule, fluid collection under the denta, tendon calcification, increased tendon size, tendon sheath fluid accumulation, in which damage to the biceps muscle is the most common. The VAS

¹Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Sinh viên K2 Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Khúc Thị Song Hương
Email: ktshuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

score after treatment decreased, the EFA joint activity improvement score and shoulder range of motion according to the author McGill - McROM (form, internal rotation, external rotation) after treatment increased statistically significantly. There is 0 patient had any unwanted effects during treatment. **Conclusion:** Electrical acupuncture method combined cane exercises reduces pain and improves shoulder range of motion, it's a safe and easy method.

Keywords: periarthritis humeroscapularis, electrical acupuncture, cane exercises.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (Periarthritis humeroscapularis) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai: Gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp...[1] Đây là một bệnh khá phổ biến ở Việt Nam, chiếm 2% dân số [1], gây đau và hạn chế vận động khớp vai, ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt. Châm cứu là phương pháp điều trị truyền thống được chứng minh có tác dụng tốt đối với các chứng đau của bệnh lý cơ xương khớp [2]. Bài tập với gậy có mục đích tăng biên độ tầm vận động khớp, về nguyên tắc sẽ phù hợp để điều trị chứng hạn chế vận động của viêm quanh khớp vai. Hai phương pháp điện châm và bài tập gậy nếu kết hợp với nhau sẽ mang lại hiệu quả như thế nào trong điều trị viêm quanh khớp vai? Để có được câu trả lời một cách khoa học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2021 – 2022.

2. Nhận xét kết quả điều trị của phương pháp điện châm kết hợp bài tập với gậy trong điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm quanh khớp vai theo hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ – xương – khớp ban hành năm 2014 [1]: Đau và hạn chế vận động khớp vai, hình ảnh Xquang khớp vai không có tổn thương xương, có thể thấy calci hóa tại gân hoặc đứt các gân mũ cơ quay hoặc khoang khớp bị thu hẹp, giảm cản quang khớp, các túi cùng màng hoạt dịch biến mất; siêu âm khớp vai thấy tổn thương ở gân, túi thanh dịch, bao khớp. Bệnh nhân được giới thiệu, giải thích về nội dung nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ điều trị theo hướng dẫn.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: VQKV do u phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim, u vú,... VQKV thể giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng Canxi, loãng xương nặng, phụ nữ có thai, bệnh nhân sử dụng các thuốc giảm đau trong quá trình điều trị, bệnh nhân không tự nguyện tham gia, mất thông tin hoặc bệnh nhân rời bỏ nghiên cứu.

2.3. Thời gian: từ tháng 12/2021 đến tháng 6/2022.

2.4. Địa điểm: Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng.

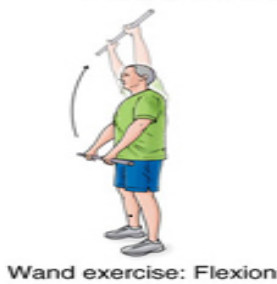
2.5. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước sau điều trị.

2.6. Cơ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, dự kiến tối thiểu 30 bệnh nhân, kết quả có 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

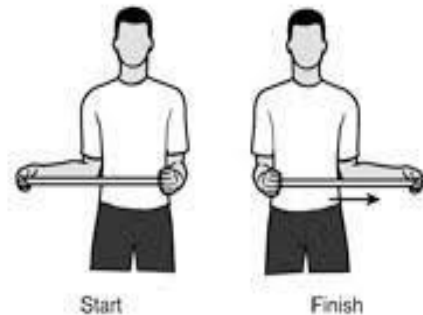
2.7. Phương pháp điều trị: Điện châm kết hợp bài tập gậy, 1 liệu trình 12 ngày.

Điện châm: sử dụng bộ huyết (Kiên trinh, Kiên tinh, Kiên ngưng, Thiên tông, Trung phủ, Vân môn, Tý nhu, Khúc trì, Hợp cốc, Á thị huyết), từ bộ huyết lựa chọn huyết điều trị dựa theo thể bệnh VQKV theo YHCT và lựa chọn kỹ thuật bổ - tả phù hợp, đúng quy trình

của Bộ Y tế [3]. Bài tập gây: gây tập được thiết kế đúng tiêu chuẩn (chất liệu gỗ, dài 1m, nặng khoảng 350-500gr), động tác gấp, xoay ngang, duỗi, dạng, xoay ngoài thụ động, xoay trong thụ động ngày 1 lần, 30 phút/ lần.



Hình 1: Động tác gấp



Hình 2: Động tác xoay ngang



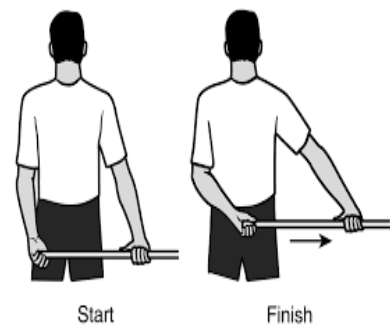
Hình 3: Động tác duỗi



Hình 4: Động tác dạng



Hình 5: Xoay ngoài thụ động



Hình 6: Xoay trong thụ động

2.8. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, vị trí vai tổn thương, hình ảnh siêu âm khớp vai. Điểm VAS, điểm cải thiện hoạt động khớp theo bảng điểm EFA, tầm vận động khớp vai theo tác giả Mc Gill – Mc ROM (dạng, xoay trong, xoay ngoài) trước điều trị (D0), sau điều trị 6 ngày (D6), 12 ngày (D12), tác dụng không mong muốn.

2.9. Phương pháp thu thập thông tin và xử lý số liệu: Bệnh nhân được thăm khám, đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin theo

mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm và biến định lượng được so sánh trước – sau điều trị bằng kiểm định so sánh ghép cặp giá trị trung bình trước – sau điều trị Paired t - test.

2.10. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được giới thiệu giải thích về nội dung và mục tiêu nghiên cứu, tự nguyện tham gia, tất cả các thông tin về bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

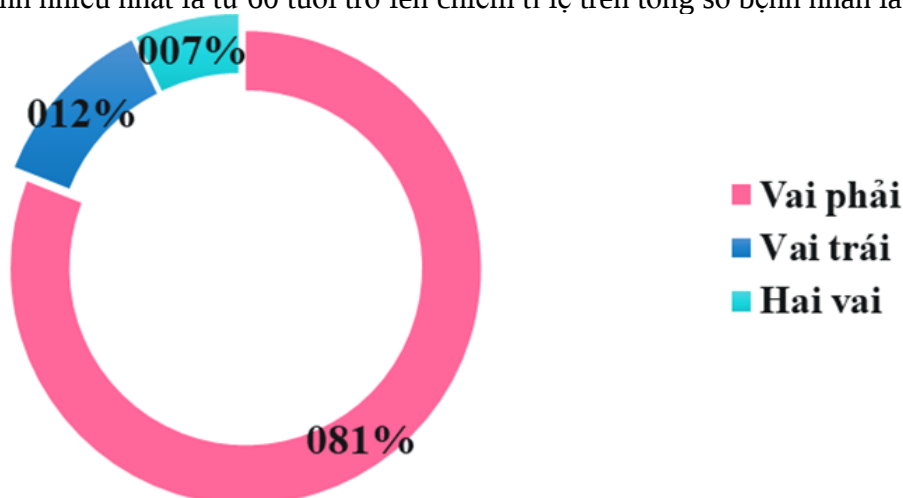
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi ($n = 42$)

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 49	1	2.38
50 – 59	4	9.52
≥ 60	37	88.10
Tổng	42	100
Trung bình	67.48 ± 8.64	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 67.48 ± 8.64 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ trên tổng số bệnh nhân là 88.10%.



Hình 7. Vị trí khớp vai tổn thương ($n=42$)

Số bệnh nhân bị đau và hạn chế vận động vai phải chiếm nhiều nhất (81%).

Bảng 2. Hình ảnh siêu âm khớp vai ($n=42$)

Hình ảnh tổn thương		Số lượng	Tỷ lệ %
Dày bao khớp		26	62
Tụ dịch dưới cơ delta		31	74
Vôi hóa gân	Gân cơ nhị đầu	22	52.38
	Gân cơ dưới gai	8	19.05
	Gân cơ dưới vai	5	11.90
Tăng kích thước gân	Gân cơ nhị đầu	29	69.05
	Gân cơ dưới gai	9	21.34
	Gân cơ dưới vai	4	9.52
Tụ dịch bao gân	Gân cơ nhị đầu	24	57.14
	Gân cơ dưới gai	10	23.81
	Gân cơ dưới vai	1	2.38

Hình ảnh tổn thương trên siêu âm thường gặp là dày bao khớp (62%), tụ dịch dưới cơ delta (74%), vôi hóa gân, tăng kích thước gân, tụ dịch bao gân chủ yếu gặp ở gân cơ nhị đầu.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS (n=42)

VAS	D0	D6	D12
($\bar{X} \pm SD$)	7.26 $\pm$ 1.19	5.93 $\pm$ 1.05	4.14 $\pm$ 1.09
Mức chênh 1 (D6-D0)	1.33 $\pm$ 0.59 ($p_1 < 0.05$)		
Mức chênh 2 (D12-D6)	1.79 $\pm$ 0.64 ($p_2 < 0.05$)		
Mức chênh 3 (D12-D0)	3.11 $\pm$ 0.62 ($p_3 < 0.05$)		

Bảng 4. Kết quả điểm hoạt động của khớp vai bằng bảng điểm EFA (n=42)

EFA	D0	D6	D12
($\bar{X} \pm SD$)	11.05 $\pm$ 1.71	12.24 $\pm$ 1.72	13.83 $\pm$ 1.72
Mức chênh 1 (D6-D0)	1.19 $\pm$ 0.67 ($p_1 < 0.05$)		
Mức chênh 2 (D12-D6)	1.59 $\pm$ 0.54 ($p_2 < 0.05$)		
Mức chênh 3 (D12-D0)	2.79 $\pm$ 0.93 ($p_3 < 0.05$)		

Bảng 5. Đánh giá tầm vận động động tác khớp vai theo MC Gill – MC ROM (n=42)

Động tác ($\bar{X} \pm SD$)	D0	D6	D12	p
Dạng khớp vai	110.00 $\pm$ 15.81	121.71 $\pm$ 13.44	131.90 $\pm$ 14.09	$p < 0.05$
Xoay trong khớp vai	52.31 $\pm$ 7.94	59.17 $\pm$ 6.38	65.83 $\pm$ 5.54	$p < 0.05$
Xoay ngoài khớp vai	55.74 $\pm$ 7.83	65.40 $\pm$ 7.11	73.93 $\pm$ 7.30	$p < 0.05$

Điểm VAS sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$. Điểm hoạt động khớp vai theo bảng điểm EFA, tầm vận động khớp vai theo MC Gill – MC ROM (dạng khớp vai, xoay trong, xoay ngoài) đều tăng lên có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Tác dụng không mong muốn	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau tăng	0	0
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Vùng châm	0	0
Gãy kim	0	0
Chấn thương	0	0
Tổng	0	0

Chưa có trường hợp trong 42 bệnh nhân tham gia gặp tác dụng không mong muốn trong quá trình tiến hành điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, số bệnh nhân mắc VQKV ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 88,1%, tương đồng với nghiên cứu tác giả Phan Huy Quyết (2019) (76,6% bệnh nhân trên 60 tuổi)

[4]. Theo Y học cổ truyền, người trên 60 tuổi chức năng tạng can thận hư. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, can thận hư dẫn đến xương gân cơ dây chằng thoái hóa nên dễ phát sinh các bệnh lý cơ xương khớp trong đó có viêm quanh khớp vai [5]. Vị trí tổn thương vai phải chiếm nhiều nhất 81%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dương Xuân Phát (2021) “Đánh giá tác dụng điều trị viêm

quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc “Thư cân thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu” (60% tổn thương vai phải) [6]. Điều này có thể được lý giải do tỷ lệ thuận tay phải trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng nhiều hơn tay trái, tuy hiện chưa có nghiên cứu cụ thể nào về mối liên quan giữa tay thuận và bệnh lý VQKV, tay thuận phải vận động thường xuyên hơn, thực hiện động tác cần nhiều lực hơn và cũng rất dễ bị tác động bởi chấn thương hơn tay không thuận lâu dài có thể dẫn đến thoái hoá ở khớp vai của bên tay thuận nhanh hơn. Trong các hình thái tổn thương trên siêu âm trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu gặp ở tổn thương ở gân cơ nhị đầu. Bởi vì vai tay bên tổn thương thường làm các động tác giang tay trên 90° việc thực hiện động tác này lâu dài trong quá trình lao động, sinh hoạt khi càng có tuổi thì tình trạng thoái hóa gân cơ nhị đầu sẽ tiến triển nhanh hơn và gây bệnh.

4.2. Tác dụng điều trị

Phương pháp điện châm kết hợp bài tập gây cải thiện được tình trạng đau cho bệnh nhân với điểm VAS trung bình sau 12 ngày điều trị giảm $3,11 \pm 0,62$ điểm so với điểm VAS trung bình đo được thời điểm trước điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng châm huyết Điều khẩu thấu Thừa sơn (2020), trong nghiên cứu đó với điểm VAS trung bình sau 12 ngày điều trị giảm $3,63 \pm 0,85$ điểm so với trước điều trị [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện điểm trung bình EFA sau 6 ngày và rõ ràng hơn sau 12 ngày điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tân và cộng sự (2018) – điểm EFA trung

bình trước điều trị là $8,43 \pm 2,02$ (điểm), sau 15 ngày điều trị bằng điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tỷ thang chỉ số EFA trung bình tăng lên $15,40 \pm 2,01$ (điểm), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi lựa chọn đánh giá tầm vận động khớp vai của bệnh nhân thông qua động tác dạng khớp vai, động tác xoay trong khớp vai, động tác xoay ngoài khớp vai theo phân độ của tác giả MC Gill- MC ROM. Sau liệu trình điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp với bài tập gây, kết quả cho thấy có cải thiện rõ rệt về tầm vận động khớp vai được đánh giá bằng bảng đánh giá hoạt động khớp của MC Gill- MC ROM. Điện châm vào huyết là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ [2]. Các động tác tập với gây gồm động tác gấp, xoay ngang, duỗi, dạng, xoay ngoài thụ động, xoay trong thụ động mô phỏng lại các động tác sinh lý của khớp vai, bệnh nhân tập các động tác này dần dần sẽ cải thiện được sự hạn chế trong vận động của khớp vai. Hai phương pháp này kết hợp với nhau mang lại tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp vai. Khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi theo dõi chặt chẽ các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra trên bệnh nhân như đau tăng, chảy máu tại vết châm, gãy kim, vùng châm (bệnh nhân chóng mặt, choáng, buồn nôn, vã mồ hôi, hồi hồi trống ngực hoặc ngất khi châm), nhiễm trùng vết châm, chấn thương do bài tập gây. Kết quả cho thấy chưa có trường hợp nào bị các tác dụng không mong muốn kể trên. Điều này là do nhóm tiến hành nghiên cứu đã được tập huấn và có kỹ năng thành thạo trong triển khai điều trị, gây tập theo đúng tiêu chuẩn không gây chấn thương cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp bài tập gây trong điều trị viêm quanh khớp vai cho 42 bệnh nhân, chúng tôi rút ra các kết luận như sau: Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 60 tuổi trở lên, tổn thương vai phải thường gặp nhất, trên siêu âm khớp vai gặp 5 hình thái tổn thương, trong đó hay gặp tổn thương gân cơ nhị đầu cánh tay. Phương pháp điện châm kết hợp bài tập gây có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp vai trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai. Chưa có tác dụng phụ xảy ra trong nghiên cứu. Đây là phương pháp dễ thực hiện, an toàn.

VI. KIẾN NGHỊ

Chúng tôi kiến nghị có thể áp dụng phương pháp điện châm kết hợp bài tập gây trong điều trị VQKV một cách rộng rãi ở các cơ sở y tế và hướng dẫn cho người bệnh tập tại nhà.

VII. 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.22.127.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp, Chẩn đoán và điều trị viêm quanh khớp vai, Nhà xuất bản Y học (2014): tr154.
2. **M. Liu**, Effects of massage and acupuncture on the range of motion and daily living ability of patients with frozen shoulder complicated with cervical spondylosis, Am J Transl Res (2021), 13(4): p2804-2812.
3. **Bộ Y tế**, Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu (2013).
4. **Phan Huy Quyết**, Đánh giá tác dụng của siêm âm trị liệu kết hợp phương pháp điện châm xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội (2019).
5. **Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội**, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học (2020).
6. **Dương Xuân Phát**, Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc "Thư cân thang" kết hợp điện châm và vận động trị liệu, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội (2021).
7. **Nguyễn Hồng Thái**, Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng châm huyệt điều khẩu thấu thừa sơn tại khoa Y học Cổ truyền Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, Tạp Chí Y Học Việt Nam (2020), 503: tr8- 14.
8. **Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lệ Viên và Nguyễn Văn Hưng**, Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang, Tạp Chí Y Dược Học - Trường Đại học Y dược Huế (2019), 9(2): tr54-59.

KẾT QUẢ XA TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM BÚP NGÓN TAY BẰNG VẬT V-Y TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Nguyễn Đức Tiến¹, Lê Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khuyết phần mềm búp ngón tay là tổn thương thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa. Vật tại chỗ là lựa chọn hàng đầu để tạo hình các khuyết phần mềm búp ngón trong đó vật V-Y được sử dụng nhiều nhất. Bên cạnh việc bảo tồn được chiều dài đầu ngón thì đảm bảo chức năng vận động, chức năng cảm giác và cả chức năng thẩm mỹ là những ưu điểm của vật V-Y. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét các kết quả xa trong điều trị các khuyết phần mềm búp ngón tay bằng vật V-Y tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 6/2021 đến 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 17 bệnh nhân có khuyết phần mềm búp ngón tay được tạo hình che phủ bằng vật V-Y tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 6/2021 đến 6/2022. **Kết quả:** Các bệnh nhân được mời đến khám lại sau phẫu thuật 3-6 tháng, kết quả: tất cả các búp ngón đều có hình dạng thon tròn đều, hầu hết là sẹo mềm mại (15/17 trường hợp chiếm 88%), có 3 trường hợp có biến chứng móng quặp đã được phẫu thuật tạo hình vật và giường móng để sửa chữa. Phục hồi chức năng vận động 100% đạt mức độ khá trở lên, trong đó 82 % đạt kết quả tốt. Chức năng

cảm giác với khả năng nhận biết 2 điểm ở trạng thái tĩnh ở mức ≤ 6 mm chiếm tỉ lệ 82%. 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Vật V-Y là lựa chọn lý tưởng cho các khuyết phần mềm búp ngón giúp phục hồi tốt cả về chức năng vận động, chức năng cảm giác và chức năng thẩm mỹ.

Từ khóa: Vật V-Y, khuyết phần mềm búp ngón, vật tại chỗ.

SUMMARY

EVALUATING THE LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT FOR FINGERTIP SOFT-TISSUE DEFECTS USING V-Y FLAP AT VIET TIEP HOSPITAL

Introduction: Soft tissue defects of the fingertips are common injury in emergency surgery. Local flaps are the preferred choice for reconstructing these defects, with the V-Y flap being the most commonly used. The advantages of the V-Y flap include preserving finger length, ensuring function of movement, sensation, and aesthetic function. **Objective:** To describe clinical features and evaluate the long-term results of treatment for soft tissue defects of the fingertips using the V-Y flap at Viet Tiep Hospital in Hai Phong from June 2021 to June 2022. **Materials and Methods:** This was a retrospective study of 17 patients who underwent fingertip reconstruction using the V-Y flap at the Department of Plastic Surgery and Aesthetic Surgery at Viet Tiep Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** Patients were followed up 3-

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Sơn

Email: ltson@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

6 months postoperatively. All fingertips had round and uniform shapes, and 15 of 17 cases (88%) had soft scars. Three cases developed complications of nail deformity and underwent further surgery to correct the defect using the flap. Functionality of movement was restored to 100% with good results in 82% of cases. Sensory function with the ability to perceive two points in a static state at ≤ 6 mm was achieved in 82% of cases. All patients were satisfied with the surgical outcomes. **Conclusion:** The V-Y flap is an ideal choice for reconstructing soft tissue defects of the fingertips, providing good recovery of movement, sensation, and aesthetics.

Keywords: V-Y flap, Soft tissue defects of the fingertips, local flaps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương búp ngón tay là tổn thương rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, có thể do nhiều nguyên nhân gây ra như tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt,... Tại Mỹ mỗi năm có khoảng 45000 khuyết hồng phần mềm búp ngón tay được phẫu thuật [1]. Vết thương khuyết phần mềm ngón tay đơn thuần ít nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân nhưng nếu điều trị không đúng sẽ gây ảnh hưởng đến chức năng của bàn tay, thậm chí dẫn đến tàn phế.

Vật tại chỗ dạng V-Y là lựa chọn hàng đầu để tạo hình các khuyết phần mềm búp ngón tay. Bên cạnh các ưu điểm như bảo tồn được chiều dài ngón tay, không làm tổn thương thêm các ngón lành, màu sắc cấu trúc vật tương đồng với xung quanh thì những kết quả lâu dài như phục hồi tốt về chức năng vận động, chức năng cảm giác và hình thái của bàn ngón tay cũng là những điểm ưu việt của vật V-Y [2]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Kết quả xa trong điều trị các khuyết phần mềm búp ngón tay bằng vật*

V-Y tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng” nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng khuyết phần mềm búp ngón tay được tạo hình bằng vật V-Y tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 6/2021 đến 6/2022.*

2. *Nhận xét kết quả xa trong điều trị các khuyết phần mềm búp ngón tay bằng vật V-Y của các bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 17 bệnh nhân có khuyết phần mềm búp ngón tay được tạo hình che phủ bằng vật V-Y tại khoa phẫu thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng, từ 6/2021 đến 6/2022.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bao gồm tất cả các bệnh nhân có tổn thương KHPM ngón tay sau chấn thương: lộ gân xương, khoảng cách yêu cầu vật di chuyển dưới 10 mm.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các tổn thương cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng BN cần phải ưu tiên can thiệp trước như: chấn thương sọ não, chấn thương, vết thương ngực...

- BN có hình thái khuyết toàn bộ ngón tay kiểu liệt găng, phần mềm xung quanh búp ngón dập nát hoàn toàn, khoảng cách yêu cầu vật di chuyển trên 10 mm.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.3. Các bước của quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Khám lâm sàng, làm các xét nghiệm chẩn đoán, giải thích bệnh nhân, hoàn thiện hồ sơ bệnh án.

- Bước 2: Thiết kế vạt che phủ tổn thương

- Bước 3: Phẫu thuật chuyển vạt che phủ khuyết phần mềm

- Bước 4: Đóng lại nơi cho vạt

- Bước 5: Kiểm tra theo dõi tuần hoàn nơi cho và nhận vạt

- Bước 6: Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Bước 7: Đánh giá kết quả sau mổ sau 3-6 tháng

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

❖ **Đánh giá vận động:** Theo tiêu chuẩn của hội phẫu thuật bàn tay của Mỹ (ASSH) [3]:

S0	Không có cảm giác trong vùng phân bố TK
S1	Phục hồi cảm giác đau sâu ở da trong vùng phân bố TK
S2	Xuất hiện cảm giác va chạm với loạn cảm
S2+	Phục hồi cảm giác va chạm và đau đớn, có loạn cảm
S3	Phục hồi cảm giác va chạm và đau đớn, loạn cảm biến mất, chức năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: > 15 mm, khi ở trạng thái động > 7 mm
S3+	Như S3 và phục hồi không hoàn toàn chức năng nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: 7-15 mm, khi ở trạng thái động 4-7 mm
S4	Phục hồi cảm giác đầy đủ nhận biết hai điểm phân biệt khi ở trạng thái tĩnh: 2-6 mm, ở trạng thái động 2-3 mm

- **Mức độ đánh giá:**

+ Tốt: Phục hồi chức năng vận động như bình thường.

+ Khá: Phục hồi trên 75 % biên độ vận động của khớp.

+ Trung bình: phục hồi từ 50 đến 75 % biên độ vận động của khớp.

+ Kém: phục hồi dưới 50% biên độ vận động bình thường của khớp.

+ Thất bại: khớp không vận động.

❖ **Đánh giá cảm giác:** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng cảm giác theo tiêu chuẩn đánh giá phục hồi cảm giác của Hiệp hội phục hồi chức năng Hoa Kỳ (ASHT 1992) [4]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân trong đó có: 10 bệnh nhân nam, và 7 bệnh nhân nữ.

- Tuổi trung bình là 36,35 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi.

- Tổn thương thường gặp ở bàn tay phải nhiều hơn ở bàn tay trái (64,7% so với 35,7%). Chủ yếu gặp ở ngón II (70,6%).

- Tổn thương chủ yếu ở vùng III theo phân độ của Allen chiếm 76,47%, tỉ lệ tổn thương ở vùng II là thấp nhất với 5,88%.

3.2. Đánh giá kết quả xa

3.2.1. Hình dạng búp ngón

- Sau mổ 3-6 tháng chúng tôi thấy rằng, tất cả các bệnh nhân đều có búp ngón thon tròn đều (chiếm 100%), không có trường hợp nào có búp ngón bị biến dạng gây hạn chế vận động.

3.2.2. Sẹo búp ngón

Bảng 3.1: Sẹo búp ngón

Sẹo búp ngón	N	Tỷ lệ (%)
Sẹo mềm mại	15	88,23
Sẹo lồi, sẹo dính	2	11,76
Tổng	17	100

Nhận xét: đa số là sẹo mềm mại (15 bệnh nhân chiếm 88,23%), chỉ có 2 bệnh nhân có sẹo lồi, chắc.

3.2.3. Biến chứng móng quặp

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp gặp biến chứng móng quặp chiếm 17,64%.

3.2.4. Phục hồi chức năng vận động

- Đánh giá mức độ phục hồi chức năng vận động theo tiêu chuẩn của hội phẫu thuật bàn tay của Mỹ (ASSH) [3] chúng tôi thấy rằng đa số bệnh nhân có thể phục hồi vận động ngón tay ở mức tốt 82,35%, mức độ khá là 17,65% không có bệnh nhân ở mức kém hay thất bại.

3.2.5. Phục hồi chức năng cảm giác

Bảng 3.2: Phục hồi chức năng cảm giác của ngón tay

Khả năng nhận biết 2 điểm (mm)		N	Tỷ lệ %
Trạng thái tĩnh	≤ 6	9	52,94
	7-15	7	41,17
	>15	1	5,88
Trạng thái động	≤ 3	6	35,3
	4-7	9	52,94
	>7	2	11,76
Tổng		17	100

Nhận xét: Khả năng nhận biết 2 điểm ở trạng thái tĩnh ở mức ≤ 6 mm chiếm 52,94%.

Bảng 3.3: Rối loạn cảm giác

Chức năng cảm giác	N	Tỷ lệ (%)
Bình thường	12	70,59
Rối loạn cảm giác nhẹ	5	29,41
Mất cảm giác	0	0
Tổng	17	100

Nhận xét: Có 5 bệnh nhân có rối loạn cảm giác nhẹ vùng búp ngón tay sau mổ chiếm 29,41%

3.3. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.4: Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	N	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	14	82,35
Hài lòng	3	17,64
Không hài lòng	0	0
Tổng	17	100

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 69 tuổi, tuổi trung bình là 36,19 tuổi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ Hoàng và Trần Thiết Sơn năm 2007 [5] có tuổi bệnh nhân từ 9 – 47 tuổi trung bình là 27,5 tuổi với 70/78 bệnh nhân có khuyết hồng ngón tay ở lứa tuổi lao động chiếm tỉ lệ 90%. Nghiên cứu của X. Gong và cộng sự năm 2018 [6]: nghiên cứu trên 161 bệnh nhân có độ tuổi trung bình từ 1 đến 83 tuổi đội tuổi trung bình là 38 tuổi.

Vùng tổn thương KHPM theo phân loại của Allen: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn khuyết búp ngón tay gặp nhiều nhất ở vùng III theo phân loại của Allen (13 bệnh nhân, chiếm 76,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả H. Venkatramani và S. Raja Sabapathy (2011) [6] khi tổn thương ở vùng III chiếm 88%. Hay theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Toàn- Ngô Văn Toàn (2008)[7]: tỷ lệ KHPM búp ngón tay vùng III là 66,7%.

4.2. Đánh giá kết quả

Hình dạng búp ngón: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, kết quả khám lại sau mổ 3-6 tháng 100% búp ngón có hình dạng thon tròn đều. Hầu hết các búp ngón sẽ gặp tình trạng vạt che phủ nổi gồ lên so với đường sẹo của vết rạch da như mặt kính đồng hồ nhưng về tổng thể vẫn giữ được hình dạng thon gọn của búp ngón tay. Điều này được giải thích là do vạt Atasoy là vạt đảo, khi phẫu tích tách toàn bộ vạt ra khỏi nơi cho vạt, thì vạt sẽ có xu hướng co nhỏ. Thêm nữa, khi di chuyển vạt và khâu cố định vào tổ chức xung quanh, tổ chức xơ sẹo hình

thành, phân tán lực co kéo theo mọi hướng sẽ kéo mép vạt lõm xuống, tạo sự bất tương xứng giữa phần trung tâm và ngoại vi của vạt, vì thế vạt sẽ lồi lên như mặt kính đồng hồ. Để cải thiện hình dạng búp ngón sau mổ, chúng tôi áp dụng biện pháp đeo băng chun ngón tay, với kích thước nhỏ dần. Băng chun sẽ giúp cho vạt phẳng, ngón tay được tròn đều, không bị nổi gồ lên, trong quá trình đeo băng chun bệnh nhân được thoe dõi kĩ sự cấp máu cho búp ngón tay, tuy nhiên rất ít bệnh nhân có thể duy trì được thời gian đeo băng chun. Trong nghiên cứu của tác giả Ouri Haehnel (2019) [9] tiến hành trên 32 bệnh nhân là trẻ em cho thấy: hình dạng búp ngón tròn đều quan sát thấy ở 13 bệnh nhân (chiếm 43%), có 12 bệnh nhân búp ngón bẹt, phẳng (chiếm 40%) và 50 bệnh nhân búp ngón nổi gồ lên (chiếm 17%).

Sẹo búp ngón: đa số các trường hợp có sẹo mềm mại, chỉ có 2 trường hợp sẹo lồi gây co kéo nhẹ nơi cho vạt khi duỗi tối đa. Không có trường hợp nào có sẹo quá phát hay loét tại sẹo tương tự như kết quả nghiên cứu của Aboulwafa Ahmed and Emara Sherif (2013)[10]: tất cả sẹo sau mổ đều mềm mại.

Hình dạng móng tay: Móng quặp ở đây là tình trạng móng tay mọc cong xuống phía mặt gan búp ngón, chọc vào tổ chức phần mềm búp ngón, gây đau, khó khăn trong sinh hoạt và gây mất thẩm mỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp gặp biến chứng móng quặp chiếm 17,64%. Các bệnh nhân này đã được phẫu thuật để tạo hình lại giường móng tạo thêm giá đỡ để tránh hiện tượng móng quặp. Biến chứng này thường gặp ở những tổn thương khuyết mặt gan lớn,

những tổn thương này thiếu mô, tổ chức nhiều, khi chuyển vật và khâu cố định vào giường móng thường căng và có xu hướng kéo giường móng cong về phía mặt gan ngón tay. Tỷ lệ móng quặp chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Đỗ Quang Hưng (2020) tỷ lệ móng quặp đối với KHPM vùng 3 là 6/7 BN, Theo Ouri Haehnel (2019) [9]: tác giả gặp hình thể móng quặp ở 15 bệnh nhân (chiếm 50%). Nghiên cứu của Annika Arsalan Werner (2019) [11] trên 29 ngón tay của 28 bệnh nhân, thì có 14 ngón tay có hình thể móng quặp (chiếm 48.2%).

Khả năng phục hồi chức năng vận động: Kết quả cho thấy khả năng phục hồi chức năng vận động của ngón tay sau 3-6 tháng sau mổ đạt mức độ tốt chiếm 82,35% còn lại là mức độ khá, không có trường hợp nào ở mức độ kém hay thất bại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Frank Yuan và cộng sự (2015) [12] kết quả phục hồi chức năng vận động $90 \pm 9\%$ ở mức bình thường. Theo kết quả nghiên cứu của Annika Arsalan-Werner và cộng sự (2019) [11] nhận thấy thời gian theo dõi vật càng dài khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân càng tốt.

Chức năng cảm giác: sau phẫu thuật khả năng nhận biết 2 điểm của búp ngón ở trạng thái tĩnh ở mức ≤ 6 mm chiếm 52,94%. Có 12 trong tổng số 17 bệnh nhân có chức năng cảm giác bình thường, 5 bệnh nhân có rối loạn cảm giác nhẹ vùng búp ngón tay sau mổ bao gồm cảm giác đau, tê bì, dị cảm, chiếm 29,41%. Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Ngô Bá Toàn, Ngô Văn Toàn (2009) [8] về vật đẩy V-Y: có 12/30 bệnh nhân (chiếm 40%) có tình trạng đau khi va chạm và tê

lạnh búp ngón, hay nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài như Ouri Haehnel, MD (2019) [9]: có 12 bệnh nhân (chiếm 40%) có tình trạng nhạy cảm với lạnh, 9 bệnh nhân (30%) có phản hồi là đau. Theo các mô tả kinh điển vật V-Y là vật có cảm giác, vì nó được phẫu tích bảo tồn bó mạch thần kinh bên ngón, tuy nhiên cảm giác tê bì, dị cảm, đau vẫn gặp ở tương đối nhiều bệnh nhân. Điều này có thể do trong quá trình phẫu tích vật, để di chuyển vật được dễ dàng và tối đa phẫu thuật viên đã cắt bỏ một số nhánh thần kinh đi vào vật. Để hạn chế biến chứng này tác giả Enrique J. Viciano (2018) đã đưa ra một khuyến cáo về việc tạo hình xương đốt xa thành một mặt hơi vát ở phía mặt gan búp ngón tay có thể giúp giảm biến chứng rối loạn cảm giác và biến chứng móng quặp [13].

Mức độ hài lòng của bệnh nhân: trong tổng số 17 bệnh nhân có 14 bệnh nhân rất hài lòng với kết quả phẫu thuật chiếm 82,35%, 3 bệnh nhân hài lòng chiếm 17,64%, không có bệnh nhân nào không hài lòng với kết quả phẫu thuật. Mặc dù vẫn có một tỷ lệ nhỏ xuất hiện các biến chứng về tê bì dị cảm và biến chứng móng quặp nhưng so với việc bảo tồn được chiều dài và hình thái ngón tay, chức năng vận động phục hồi gần như hoàn toàn thì đa số các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu: Cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ (17 bệnh nhân).

V. KẾT LUẬN

Vật V-Y là lựa chọn lý tưởng cho các khuyết phần mềm búp ngón giúp phục hồi tốt cả về chức năng vận động, chức năng cảm giác và chức năng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu (2007)**, "Mất da ngón tay", Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay, 136-166.
2. **Nguyễn Đức Tiến (2013)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả tạo hình che phủ vết thương khuyết phần mềm búp ngón tay bằng vật tại chỗ". Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Libberecht K, Lafaire C, Hee R V (2006)**. Evaluation and Functional Assessment of Flexor Tendon Repair in the Hand. Acta chir belg, 2006, 106, 560-565.
4. **Therapists, AASoH (1992)**. Clinical assessment recommendations.
5. **Nguyễn Vũ Hoàng và Trần Thiết Sơn (2007)**, "Tình hình phẫu thuật tạo hình vết thương bàn tay tại Bệnh viện Xanh Pôn", Tạp chí Y học Việt Nam, (2), 99 - 107.
6. **X. Gong, J. Cui, Z. Jiang và cộng sự (2018)**, "Risk factors for pedicled flap necrosis in hand soft tissue reconstruction: a multivariate logistic regression analysis", ANZ J Surg, (88), E127-e131.
7. **Venkatramani H, Sabapathy SR (2011)**. Fingertip replantation: Technical considerations and outcome analysis of 24 consecutive fingertip replantations. Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India, 237-245.
8. **Ngô Bá Toàn, Ngô Văn Toàn, và cs (2008)**, Đánh giá kỹ thuật dùng vật trượt V-Y tại chỗ trong điều trị tổn thương vùng búp ngón tay. Tạp chí y học Việt Nam, Nhà xuất bản Y Học.
9. **Haehnel O, Plancq MC, Deroussen F, Salon A, Gouron R, (2019)**. Long-Term Outcomes of Atasoy Flap in Children With Distal Finger Trauma. The Journal of hand surgery, 1091-1097.
10. **Aboulwafa A, Emara S (2013)**. Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for.
11. **Arsalan-Werner A, Brui N, et al. (2019)**. Long-term outcome of fingertip reconstruction with the homodigital neurovascular island flap. Arch Orthop Trauma Surg, 139(8), 1171-1178.
12. **Yuan F, McGlinn E P, Giladi, et al. (2015)**. A Systematic Review of Outcomes after Revision Amputation for Treatment of Traumatic Finger Amputation. Plast Reconstr Surg, 136(1), 99-113.

THỰC TRẠNG NHIỄM STREPTOCOCCI GROUP B TRÊN THAI PHỤ 3 THÁNG CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG 2020-2021

Phạm Thị Tâm¹, Trần Đức³, Lại Thị Quỳnh²,
Nguyễn Hùng Cường¹, Nguyễn Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Vi sinh Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021 nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và đánh giá tính nhạy cảm với một số kháng sinh của các chủng liên cầu khuẩn nhóm B (Group B Streptococcus - GBS) phân lập được. **Kết quả:** Có 5827 mẫu bệnh phẩm dịch âm đạo của các thai phụ giai đoạn tam cá nguyệt III (35 - 37 tuần). Tỷ lệ nhiễm GBS trên thai phụ trung bình là 12,34%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm GBS giữa các nhóm tuổi và số lần sinh của thai phụ. Các chủng GBS nhạy cảm 100% với kháng sinh ampicilin, penicilin, ceftriaxon, cefepime, vancomycin và linezolid. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh levofloxacin, erythromycin, clindamycin lần lượt là 77,3%, 19,6% và 15,9%.

Từ khóa: Group B Streptococcus, Streptococcus agalactiae, nhiễm khuẩn sơ sinh

SUMMARY

SITUATION OF GROUP B STREPTOCOCCI INFECTION IN PREGNANT WOMEN IN THE 3RD

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

³Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: ThS. Phạm Thị Tâm

Email: pttam@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

TRIMESTER AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL 2020-2021

The study was conducted at the Department of Microbiology of Hai Phong International Hospital from January 2020 to December 2021 to determine the infection rate and assess the susceptibility to some antibiotics of Group B Streptococcus strains (GBS) was isolated. **Results:** There are 5827 samples of vaginal discharge from pregnant women in the third trimester (35 - 37 weeks). The average rate of GBS infection in pregnant women was 12.34%. There was no difference in the prevalence of GBS infection between the age groups and the number of births of pregnant women. GBS strains are 100% sensitive to ampicillin, penicillin, ceftriaxone, cefepime, vancomycin and linezolid. The rate of sensitivity to antibiotics levofloxacin, erythromycin, clindamycin was 77.3%, 19.6% and 15.9%, respectively.

Keywords: Group B Streptococcus, Streptococcus agalactiae, neonatal infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu nhóm B (Group B Streptococcus - GBS) là vi khuẩn thường trú thuộc vi hệ đường tiêu hóa, sinh dục - tiết niệu ở nữ giới, có thể gây ra một số triệu chứng viêm sinh dục ở nữ giới hoặc không có các biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy GBS có thể gây ra các

nhiễm khuẩn sơ sinh nặng làm gia tăng tỷ lệ tử vong sơ sinh bởi sự lây truyền từ mẹ sang con. Với con, nhiễm GBS làm tăng nguy cơ viêm phổi, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết v.v., là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn sơ sinh và là nguyên nhân chủ yếu làm tử vong chu sinh. Với mẹ, nhiễm GBS làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ối, vỡ ối non, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, đẻ non, viêm niêm mạc tử cung sau đẻ... [1]

Hàng năm tỷ lệ tử vong sơ sinh ở Việt Nam khoảng 0,95% (chiếm 50 - 70% trong số những trẻ tử vong dưới 1 tuổi) bởi nhiều nguyên nhân, trong đó có nhiễm khuẩn sơ sinh do GBS [2]. Theo thống kê 2005, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm trùng khá cao trong đó nhiễm GBS là 49% [3]. Tại Hải Phòng chưa có nhiều nghiên cứu về GBS trên phụ nữ mang thai, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng nhiễm Streptococci Group B trên thai phụ 3 tháng cuối tại BV Đa khoa Quốc tế Hải Phòng 2020-2021” tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng với 2 mục tiêu:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ mẫu dương tính

Năm	Số lượng mẫu dương	Tổng số lượng mẫu	Tỷ lệ mẫu dương (%)
2020	120	1671	7,18
2021	599	4156	14,41
Tổng	719	5827	12,34

Năm 2020 xác định được số chủng GBS là 120/1671 mẫu, chiếm tỷ lệ 7,18%. Năm 2021 có 599/4156 mẫu, chiếm 14,41% và tỷ lệ nhiễm GBS chung là 12,34%.

Bảng 2: Tỷ lệ nhiễm GBS theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tổng mẫu cấy		Mẫu cấy dương		Giá trị p
	n	%	n	%	
< 20 (1)	32	0,55	2	6,25	(1;2;3;4) > 0,05
20 - 29 (2)	3186	54,68	398	12,49	
30 - 39 (3)	2444	41,94	302	12,36	
≥ 40 (4)	165	2,83	17	10,3	
Tổng	5827	100	719	12,34	

1. Mô tả thực trạng nhiễm Streptococci Group B phân lập được từ dịch âm đạo của thai phụ 3 tháng cuối trong 2 năm 2020-2021

2. Mô tả đặc điểm kháng KS của các chủng Streptococci Group B phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các mẫu bệnh phẩm được lấy từ dịch âm đạo của thai phụ tuần 35-37 thai kỳ đủ tiêu chuẩn chấp nhận nuôi cấy. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Vi sinh Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, tương ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: Ước tính tỷ lệ thai phụ bị nhiễm GBS theo Trần Quang Hạnh, tỷ lệ nhiễm GBS là 9,2% [4] ($p = 0,092$). ε : Mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chúng tôi chọn $\varepsilon = 0,081$. Cỡ mẫu tính toán là 5780.

Trong 5827 thai phụ chủ yếu trong độ tuổi từ 20 đến 39 tuổi. Số thai phụ trong độ tuổi từ 20 - 29 tuổi chiếm 54,68% và cũng là nhóm có tỷ lệ nhiễm GBS cao nhất với 12,49%, sau đó là độ tuổi từ 30 - 39 tuổi với

41,94% - 12,36%. Thai phụ < 20 tuổi và ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ nhỏ lần lượt là 0,55% và 2,83%. Số mẫu ở nhóm < 20 tuổi ít nhất và tỷ lệ nhiễm GBS thấp nhất là 6,25%.

Bảng 3: Tỷ lệ nhiễm GBS của thai phụ theo số lần sinh

Số lần sinh	Tổng mẫu cấy		Mẫu cấy dương		Giá trị p
	n	%	n	%	
Lần 1 (1)	1892	32,47	255	13,48	(1;2;3;4) > 0,05
Lần 2 (2)	2144	36,79	320	14,93	
Lần 3 (3)	1437	24,66	120	8,35	
≥ Lần 4 (4)	354	6,08	24	6,78	
Tổng	5827	100	719	12,34	

Nhóm thai phụ sinh con lần đầu và sinh con lần 2 là 32,47% và 36,79%, là 2 nhóm có tỷ lệ nhiễm GBS cao nhất tương ứng 13,48% và 14,93%. Tỷ lệ nhiễm ở nhóm sinh con lần 3 là 8,35%. Nhóm sinh con ≥ lần 4 thấp nhất về tỷ lệ số lượng thai phụ và tỷ lệ nhiễm GBS với 6,08% và 6,78%.

Bảng 4: So sánh kết quả của CAMP test so với ngưng kết KHT đặc hiệu

Kỹ thuật	Dương tính (n)	Âm tính (n)
TCSVHH (CAMP test)	711/719 (98,89%)	8/719 (1,11%)
Ngưng kết KHT	719/719 (100%)	0/719

Trong số 719 mẫu GBS dương tính được định danh bằng ngưng kết KHT đặc hiệu, có 711 mẫu CAMP test dương tính và 8 trường hợp CAMP test âm tính. Độ nhạy của CAMP test là 98,98% trong việc xác định GBS.

Bảng 5: Đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng GBS phân lập được.

Kháng sinh	S (%)	I (%)	R (%)
Cefepime (FEP)	100,0	0	0
Ceftriaxon (CRO)	100,0	0	0
Erythromycin (E)	19,6	1,5	78,9
Ampicilin (AMP)	100,0	0	0
Clindamycin (DA)	15,9	1,1	83,0
Levofloxacin (LEV)	77,3	1,1	21,6
Vancomycin (VA)	100,0	0	0
Linezolid (LZD)	100,0	0	0
Penicilin (P)	100,0	0	0

100% các chủng GSB phân lập được nhạy cảm với các KS nhóm beta - lactam, VA và LZD. Với kháng sinh LEV, E, DA thì độ nhạy cảm của GBS giảm đáng kể lần lượt

là 77,3%, 19,6% và 15,9%. Cả ba kháng sinh này đều xuất hiện các chủng GBS nhạy cảm ở mức độ trung gian: LEV (1,1%), E (1,5%), DA (1,1%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm GBS chung là 12,34% trong tổng số 5827 mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ nhiễm GBS có sự khác nhau giữa các nghiên cứu: Theo tác giả Trần Quang Hạnh, năm 2018 – 2019 tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trên 750 thai phụ xác định tỷ lệ nuôi cấy nhiễm GBS là 9,2% [4]. Nguyễn Thị Vĩnh Thành nghiên cứu năm 2017 trên 376 thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ, kết quả tỷ lệ nhiễm GBS âm đạo – trực tràng là 18,1% [5]. Nghiên cứu của Hồ Ngọc Sơn từ tháng 09/2015 đến tháng 03/2016 trên 230 thai phụ có tuổi thai từ 35 – 37 tuần tại Bệnh viện đa khoa Khu vực nam Bình Thuận có tỷ lệ nhiễm GBS âm đạo – trực tràng ở thai phụ là 17,8% [6]. Sự khác biệt này có thể do thời gian, địa điểm nghiên cứu khác nhau. Đặc biệt là cỡ mẫu và loại bệnh phẩm nghiên cứu (dịch âm đạo – trực tràng, dịch âm đạo...) ảnh hưởng nhiều đến kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, năm 2021 tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS tăng gấp đôi so với năm 2020 là do năm 2021 bệnh viện tích cực triển khai kế hoạch tư vấn và sàng lọc GBS cho thai phụ giai đoạn mang thai 3 tháng cuối. Lúc này, GBS được quan tâm nhiều hơn từ phía bệnh viện và các bác sĩ sản khoa cùng với thai phụ do đó đã có nhiều thai phụ tham gia sàng lọc GBS hơn. Phương pháp nuôi cấy dựa trên các đặc điểm sinh vật hoá học để xác định tác nhân gây bệnh đã và đang được áp dụng chủ yếu trong sàng lọc GBS. Mẫu bệnh phẩm được lấy từ dịch âm đạo của thai phụ sau đó gửi lên khoa Vi sinh để nuôi cấy sàng lọc, kết quả vi khuẩn trong nhuộm soi với các tính chất bao gồm cầu khuẩn (tròn, to), bắt màu Gram dương, xếp chuỗi; trên môi

trường thạch máu có hiện tượng tan máu hoàn toàn giúp hướng đến tác nhân là GBS. Bệnh phẩm dịch âm đạo về liên cầu ngoài GBS có thể bắt gặp Streptococcus group D và Streptococcus pyogenes (quan hệ tình dục bằng miệng). Vi khuẩn GBS khi quan sát trên kính hiển vi sẽ to hơn Streptococcus pyogenes và tròn hơn Streptococcus group D. Hơn nữa, chúng tôi đã sử dụng các môi trường tăng sinh chọn lọc THA và môi trường phân biệt STB để tăng khả năng phát hiện GBS là những khuẩn lạc màu tím hoa cà. Vì vậy khi phát hiện những tính chất trên kết hợp với CAMP test dương tính đủ để khẳng định mẫu nuôi cấy nhiễm GBS. Tính chất cộng hưởng các yếu tố tan máu của Streptococcus agalactiae (GBS) và tụ cầu vàng S. aureus được dùng để chẩn đoán vi khuẩn khi nuôi cấy (CAMP test) [7]. CAMP test đã được biết đến với độ nhạy và độ đặc hiệu không phải là tuyệt đối và độ chính xác không cao bằng kỹ thuật ngưng kết KHT đặc hiệu. Do vậy các trường hợp làm CAMP test vẫn phải được khẳng định bằng ngưng kết KHT đặc hiệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 8 trường hợp CAMP test âm tính nhưng ngưng kết KHT đặc hiệu lại dương tính. Từ đó chúng tôi đánh giá được độ nhạy của CAMP test là 98,98% trong việc xác định GBS. Kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp về tỷ lệ độ nhạy CAMP test được công bố bởi Bộ Y Tế năm 2017 trong việc xác định GBS với độ nhạy là 98% [9]. Kỹ thuật ngưng kết KHT với độ chính xác cao hơn khi được sử dụng để kiểm tra lại kết quả CAMP test sẽ góp phần đưa ra chẩn đoán chính xác. CAMP test với chi phí thấp hơn và độ nhạy khoảng 98% là một tỷ lệ tương đối cao, do

đó đây vẫn là thử nghiệm được sử dụng thường xuyên và đáng tin cậy trong xác định GBS. Nhóm mẫu thai phụ thuộc độ tuổi từ 20 - 29 tuổi là cao nhất (54,68%) và có tỷ lệ nhiễm GBS là 12,49%, tiếp theo là nhóm từ 30 - 39 tuổi (41,94%) tỷ lệ nhiễm GBS 12,36%. Thai phụ < 20 tuổi với tỷ lệ thấp nhất: 0,55% - 6,25% nhiễm GBS. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm GBS giữa nhóm thai phụ < 20 tuổi so với các nhóm thai phụ từ 20 - 29 tuổi, từ 30 - 39 tuổi và 40 tuổi (10,30%) trở lên với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 2 năm nhận thấy, số thai phụ trong nghiên cứu phân bố vào các nhóm theo số lần sinh là không đều nhau. Tỷ lệ số lượng thai phụ và nhiễm GBS tập trung chủ yếu vào nhóm thai phụ sinh lần đầu và sinh lần 2 lần lượt là 13,48% và 14,93%, thấp nhất trong nhóm thai phụ sinh ≥ 4 lần với 6,78%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm GBS giữa nhóm thai phụ có sinh lần 1 so với các nhóm sinh lần 2, nhóm sinh lần 3 (8,35%) với $p > 0,05$. Trên thực tế, số con theo mỗi hộ gia đình chủ yếu là 1 – 2 con và thai phụ sinh con lần đầu và lần 2 tới sàng lọc trước sinh cũng đông hơn nhiều do đó tỷ lệ trên là phù hợp.

Với các chủng GBS phân lập được, chúng tôi đã tiến hành làm kháng sinh đồ theo chỉ định lâm sàng cho 464 chủng. Các kháng sinh được đặt và phiên giải kết quả hướng dẫn của M100 performance Standards for Antimicrobial Susceptibility testing – CLSI (29th Edition): Kết quả cho thấy 100% nhạy cảm với kháng sinh AMP, P, CRO, FEP, VA, LZD. Tuy nhiên, kháng sinh LEV, E, DA độ nhạy cảm của GBS chỉ đạt 77,3%,

19,6% và 15,9%. Cả ba kháng sinh này đều xuất hiện các chủng GBS ở mức độ trung gian: LEV (1,1%), E (1,5%), DA (1,1%). Trong hội nghị trực tuyến toàn quốc về hướng dẫn và chẩn đoán điều trị GBS cho thai phụ đã đưa ra các kháng sinh sử dụng điều trị hiệu quả GBS trong đó ampicilin được cho là “lựa chọn đầu tay” với khả năng điều trị GBS đạt hiệu quả cao, CDC khuyến cáo nhóm cephalosporin có thể được sử dụng thay thế khi vi khuẩn GBS kháng penicilin..[1]. Vancomycin và linezolid trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các mẫu GBS đều nhạy cảm 100%, không xuất hiện trường hợp nào kháng thuốc hay trung gian. Vancomycin là kháng sinh được khuyến cáo sử dụng thay thế khi thai phụ nhiễm GBS nhưng dị ứng với nhóm beta – lactam nặng. Đây là loại kháng sinh có tác dụng diệt vi khuẩn bằng cách ức chế quá trình sinh tổng hợp vách tế bào vi khuẩn ở giai đoạn sớm hơn nhóm beta – lactam.

Các kháng sinh erythromycin, clindamycin, levofloxacin có mức nhạy cảm thấp hơn và xuất hiện mức nhạy cảm trung gian, do đó 3 kháng sinh này thường không được khuyến cáo chỉ định đầu tay cho phụ nữ mang thai để dự phòng cũng như điều trị nhiễm GBS.

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021 có 5827 mẫu bệnh phẩm dịch âm đạo của các thai phụ 35 - 37 tuần thai kỳ được chỉ định nuôi cấy tầm soát GBS gửi về khoa Vi sinh Bệnh Viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ nhiễm GBS trên các thai phụ trung bình là 12,34%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm GBS

giữa các nhóm tuổi và số lần sinh của thai phụ. 100% các chủng GBS nhạy cảm với các kháng sinh ampicilin, penicilin, ceftriaxon, cefepime, vancomycin và linezolid. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh levofloxacin, erythromycin, clindamycin lần lượt là 77,3%, 19,6% và 15,9%.

VI. 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.22.169.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Control, C.f.D. and Prevention**, Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR, 1996. 45: p. 1-24.
2. **Hồ Ngọc Sơn and V.T. Nhung**, Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo - trực tràng ở phụ nữ mang thai 35-37 tuần và một số yếu tố liên quan. Thời sự y học, 2017. 1(17): p. 9-13.
3. **Emaneini, M., et al.**, Prevalence of Group B Streptococcus in Pregnant Women in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Pediatr Infect Dis J, 2018. 37(2): p. 186-190.
4. **Trần Quang Hanh**, Nghiên cứu thực trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai và hiệu quả điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong chuyển dạ phòng lây truyền sang con tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (2018 - 2019). Viện sốt rét - ký sinh trùng - côn trùng Trung Ương, 2020.
5. **Nguyễn Thị Vĩnh Thành and N.T.K. Phụng**, Tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2019: p. 82-86.
6. **Hồ Ngọc Sơn and V.T. Nhung**, Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo - trực tràng ở phụ nữ mang thai 35-37 tuần tại Bệnh viện đa khoa khu vực nam Bình Thuận. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2017. 1(21): p. 86-91.
7. **Guo, D., et al.**, Is a positive Christie-Atkinson-Munch-Peterson (CAMP) test sensitive enough for the identification of Streptococcus agalactiae? 2019. 19(1): p. 7.

KẾT QUẢ CAN THIỆP THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC TRÊN ĐỐI TƯỢNG MẮC HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA CÓ NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hồng Liên^{1,2}, Phạm Văn Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả can thiệp thông khí áp lực dương liên tục (CPAP) trên các đối tượng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có đồng mắc hội chứng chuyển hóa điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không xâm lấn có đối chứng. Đối tượng có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức vừa và mức nặng được phân ngẫu nhiên vào nhóm nghiên cứu và nhóm chứng dựa trên sự dung nạp và tuân thủ CPAP. **Kết quả:** trên 61 đối tượng mắc hội chứng chuyển hóa có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức trung bình đến nặng, có 30 trường hợp điều trị CPAP và 31 người tham gia nhóm chứng. Sau 6 tháng, điều trị CPAP làm giảm có ý nghĩa huyết áp tâm thu (5,95 mmHg; 95%CI: 4,47 - 7,43, $p < 0,0001$), huyết áp tâm trương (3,71 mmHg; 95%CI: 2,68 - 4,75, $p < 0,0001$), cholesterol toàn phần (0,54 mmol/L; 95%CI: 0,35 - 0,73, $p < 0,0001$), LDL-C (0,22 mmol/L; 95%CI: 0,17 - 0,87, $p < 0,0001$), triglycerides (0,66 mmol/L; 95%CI: 0,35 - 0,73, $p < 0,0001$) và tăng HDL-C (0,1 mmol/L; 95%CI: 0,05 - 0,15, $p < 0,0001$). Tỷ lệ người mắc hội chứng chuyển hóa giảm 20% ở nhóm điều trị CPAP (6/30 người). **Kết luận:** Ở những

trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa bị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ từ trung bình đến nặng, liệu pháp CPAP trong 6 tháng làm giảm huyết áp và đảo ngược một phần những rối loạn thành phần của hội chứng chuyển hóa.

Từ khoá: Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, thở áp lực dương liên tục (CPAP)

SUMMARY

EFFECT OF CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE ON PATIENTS WITH COMORBID OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AND METABOLIC SYNDROME IN HAI PHONG UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To study the effectiveness of continuous positive airway pressure (CPAP) on patients with comorbid obstructive sleep apnea (OSA) and metabolic syndrome (MetS) hospitalized in Hai Phong University Hospital. **Methods:** Controlled before-after design. The study and control groups are randomly constituted based on CPAP tolerance and adherence. **Results:** A total of 61 subjects with concomitant metabolic syndrome and moderate-to-severe obstructive sleep apnea, 30 of whom underwent 6 months of therapeutic CPAP (study group) and 31 participated in otherwise similar control group. CPAP treatment was associated with significant mean decreases in systolic blood pressure (5,95 mmHg; 95%CI: 4,47 to 7,43, $p < 0,0001$), diastolic blood pressure (3,71 mmHg; 95%CI: 2,68 to 4,75, $p < 0,0001$), serum total cholesterol (0,54 mmol/L; 95%CI: 0,35 to 0,73, p

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Liên

Email: nthlien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 2.6.2023

< 0,0001), low-density lipoprotein cholesterol (0,22 mmol/L; 95%CI: 0,17 to 0,87, $p < 0,0001$), triglycerides (0,66 mmol/L; 95%CI: 0,35 to 0,73, $p < 0,0001$) and significant mean increases in high-density lipoprotein cholesterol (0,1 mmol/L; 95%CI: 0,05 to 0,15, $p < 0,0001$). The metabolic syndrome was reversed in 6 of 30 patients (20%). **Conclusions:** In patients with comorbid moderate-to-severe obstructive sleep apnea and metabolic syndrome, a 6-month CPAP therapy course lowers blood pressure and partially reverses metabolic abnormalities.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea, Metabolic Syndrome, CPAP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (NTTNKN) là một rối loạn hô hấp rất hay gặp trong khi ngủ, với tỷ lệ mắc khá cao trong cộng đồng, nhưng thường được chẩn đoán dưới mức ngay cả ở các nước có nền y học phát triển. Nghiên cứu thuần tập Wisconsin về giấc ngủ cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng này ở nam là 24% và ở nữ là 9%. Một phần bảy dân số trưởng thành trên thế giới, tương đương khoảng một tỷ người, được ước tính mắc OSA [1]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu đa trung tâm đã được thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh và tại Lâm Đồng (nghiên cứu EPSASIE) cho thấy tỷ lệ mắc NTTNKN ở người lớn trên 25 tuổi là 8,5% [2]. Hội chứng chuyển hóa gồm loạt các rối loạn thành phần (huyết áp tăng, đường huyết tăng, rối loạn mỡ máu, chu vi bụng tăng) là yếu tố nguy cơ cao cho các bệnh lý tim mạch, đã được chứng minh liên quan với NTTNKN. Hội chứng chuyển hóa gặp 74 - 85% các trường hợp NTTNKN. NTTNKN liên quan chặt chẽ với thừa cân, béo phì và là yếu tố nguy cơ độc lập của tăng huyết áp và đề kháng insulin. Cho tới hiện tại, mặc dù có

nhiều lựa chọn điều trị song hỗ trợ thông khí áp lực dương (CPAP) vẫn được xem là điều trị chuẩn mang lại hiệu quả tốt nhất đặc biệt đối với các trường hợp người bệnh có tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ từ mức vừa cho tới mức nặng. Với những liên quan mật thiết nói trên giữa NTTNKN với hội chứng chuyển hóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *kết quả can thiệp thở áp lực dương liên tục (CPAP) trên các đối tượng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mắc hội chứng chuyển hóa điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu về đáp ứng với CPAP trên người bệnh đồng mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và hội chứng chuyển hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước-sau và so sánh đối chiếu với nhóm chứng. Cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu can thiệp:

$$n = \frac{(z_{(1-\alpha/2)} + z_{(1-\beta)})^2 \times 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Chọn kết cục chính là cải thiện huyết áp tâm trương, theo nghiên cứu của Sharma SK và cộng sự [3], $\sigma=6,07$; $\mu_1-\mu_2 = 2,81$ (với μ_1 là huyết áp tâm trương trung bình của nhóm trước khi can thiệp và μ_2 là huyết áp tâm trương trung bình của nhóm sau khi can thiệp; chọn $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$ và $r = 0,6$ thì cỡ mẫu tính được $n = 29,28 \approx 30$ bệnh nhân.

Nghiên cứu lựa chọn các trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa tại Khoa khám bệnh và Khoa hô hấp tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng (từ tháng 10/2018 đến 10/2022). Theo Tổ chức y tế thế giới áp dụng chẩn đoán HCCH khi người bệnh có từ 3 yếu tố trở lên trong các yếu tố sau: Nam có vòng

bụng ≥ 90 cm, nữ có vòng bụng ≥ 80 cm; Triglycerid máu ≥ 150 mg/dl (1,69 mmol/L); HDL-C < 40 mg/dl (nam) và < 50 mg/dl (nữ); Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg; Tăng glucose máu khi đói ≥ 100 mg/dl (5,5 mmol/L). Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, giới, HA tâm thu/tâm trương, BMI, chu vi vòng bụng, tình trạng buồn ngủ quá mức ban ngày (đánh giá theo thang điểm Epworth gồm 8 câu hỏi, tổng điểm cao nhất là 24, người bệnh có buồn ngủ quá mức ban ngày khi tổng điểm > 10), xét nghiệm Glucose máu lúc đói, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C. Đo đa ký hô hấp được ghi bằng máy đa ký Alice Nightone của hãng Philips Respironics (Pháp) với phần mềm SleepwareG3. Chúng tôi lấy vào nghiên cứu chỉ số ngưng thở/giảm thở trong 1 giờ (AHI - Apnea Hypopnea Index), SpO2 thấp nhất trong đêm và tỷ lệ thời gian SpO2 giảm dưới 90% khi ngủ. Người bình thường có AHI < 5 , bệnh nhân có NTTNKN mức nhẹ khi $5 \leq \text{AHI} < 15$, mức vừa khi $15 \leq \text{AHI} < 30$ và mức nặng khi $\text{AHI} \geq 30$. Các trường hợp NTTNKN mức trung bình trở lên ($\text{AHI} \geq 15$) được tư vấn, giải thích về hiệu quả của thở máy áp lực dương liên tục CPAP. Bệnh nhân đồng ý thở

CPAP (máy Redmed AirSense 10, Redmed AirStart) và tuân thủ điều trị được đánh giá lại các chỉ tiêu nghiên cứu sau 6 tháng. Đề tài được Hội đồng khoa học trường ĐHYDHP thông qua và được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức - Bệnh viện ĐHYHP. Số liệu thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, thông tin của người bệnh được giữ bí mật.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu lựa chọn 126 trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa từ 2018 – 10/2022, xác định được 102 trường hợp mắc NTTNKN. Trong đó có 72 trường hợp mắc NTTNKN mức trung bình trở lên, 34 trường hợp đồng ý thở CPAP điều trị và 4 trường hợp bỏ theo dõi, còn lại 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong số 36 trường hợp không đồng ý thở CPAP, có 31 trường hợp khám và xét nghiệm lại sau 6 tháng, được đưa vào nhóm chứng.

Sau 6 tháng theo dõi, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc trưng các nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm thở CPAP (n=30)	Nhóm chứng (n=31)	p
Tuổi (năm)	51,50 $\pm$ 9,25	52,10 $\pm$ 8,15	0,79
Giới nam (n,%)	16 (53,3)	17 (54,8)	0,56
BMI (kg/m ²)	26,52 $\pm$ 2,04	25,74 $\pm$ 1,79	0,97
Chu vi vòng bụng (cm)	99,25 $\pm$ 8,38	98,14 $\pm$ 4,13	0,51
HA tâm thu (mmHg)	134,83 $\pm$ 12,76	135,45 $\pm$ 10,31	0,84
HA tâm trương (mmHg)	87,70 $\pm$ 7,28	87,74 $\pm$ 6,66	0,98
Glucose đói (mmol/L)	6,28 $\pm$ 1,05	6,27 $\pm$ 0,89	0,85
Cholesterol (mmol/L)	6,01 $\pm$ 0,87	6,03 $\pm$ 0,92	0,69
Triglyceride (mmol/L)	3,11 $\pm$ 1,52	3,16 $\pm$ 1,09	0,87
LDL-C (mmol/L)	3,31 $\pm$ 0,89	3,29 $\pm$ 0,89	0,90
HDL-C (mmol/L)	1,28 $\pm$ 0,24	1,29 $\pm$ 0,25	0,90

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số nhân trắc học và huyết áp, glucose máu và mỡ máu giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp CPAP ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Bảng 3.2. Điểm Epworth và kết quả đa ký hô hấp ở hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm thở CPAP (n=30)	Nhóm chứng (n=31)	p
Điểm Epworth	15,03 ± 3,06	14,81 ± 3,08	0,77
AHI (lần/giờ)	39,22 ± 14,45	37,95 ± 10,11	0,75
SpO2 min (%)	82,5 ± 8,89	83,81 ± 4,13	0,46
Thời gian SpO2 < 90% (%)	22,43 ± 4,86	21,94 ± 4,86	0,69

Nhận xét: Ở hai nhóm nghiên cứu, điểm trung bình Epworth đều lớn hơn 11, chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ở mức nặng (AHI > 30 lần/giờ), độ bão hòa oxy SpO2 thấp nhất khi ngủ xuống đến 82,5-83,8% và thời gian SpO2 < 90% chiếm đến 21,94-22,43% thời gian ngủ của người bệnh. Các chỉ số không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3.3. So sánh các chỉ số thành phần của hội chứng chuyển hóa sau 6 tháng ở hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm thở CPAP (n=30)	Nhóm chứng (n=31)	p
Chu vi vòng bụng (cm)	98,35 ± 8,50	97,63 ± 4,21	0,67
BMI (kg/m ²)	26,31 ± 2,03	25,97 ± 1,83	0,50
HA tâm thu (mmHg)	130,27 ± 10,78	136,84 ± 10,14	0,017
HA tâm trương (mmHg)	84,57 ± 6,37	88,32 ± 6,39	0,025
Glucose đói (mmol/L)	6,31 ± 0,83	6,21 ± 0,97	0,63
Cholesterol (mmol/L)	5,64 ± 0,65	6,20 ± 0,71	0,002
Triglyceride (mmol/L)	2,67 ± 1,36	3,38 ± 1,01	0,024
LDL-C (mmol/L)	3,06 ± 0,68	3,39 ± 0,67	0,044
HDL-C (mmol/L)	1,37 ± 0,20	1,27 ± 0,24	0,095
Không còn hội chứng chuyển hóa (n)	06 (20%)	0	

Nhận xét: Sau 6 tháng can thiệp thở CPAP ở các trường hợp NTTNKN mức trung bình trở lên, các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, cholesterol, triglyceride và LDL-C của người bệnh đều giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (với p < 0,05 hoặc p < 0,01). Sau 6 tháng, có 6 trường hợp trong nhóm thở CPAP không còn chẩn đoán mắc hội chứng chuyển hóa.

Bảng 3.4. Hiệu quả của CPAP sau 6 tháng điều trị trên các chỉ số thành phần của hội chứng chuyển hóa và triệu chứng buồn ngủ quá mức ban ngày

Các chỉ số sau 6 tháng	Nhóm thở CPAP (n=30)	Nhóm chứng (n=31)	Chênh lệch hiệu số (95% CI)	p
Chu vi bụng (cm)	-0,89 ± 1,24	-0,51 ± 0,55	-0,38 (-0,19 – -0,88)	0,12
BMI	-0,22 ± 0,42	0,24 ± 0,37	-0,46 (-0,18 – 0,66)	< 0,0001
HA tâm thu (mmHg)	-4,56 ± 3,76	1,39 ± 1,65	-5,95 (-4,47, – 7,43)	< 0,0001
HA tâm trương (mmHg)	-3,13 ± 2,28	0,58 ± 1,73	-3,71 (-2,68 – 4,75)	< 0,0001

Glucose đói (mmol/L)	-0,09 ± 0,26	0,04 ± 0,26	-0,13 (-0,01 – 0,26)	0,07
Cholesterol (mmol/L)	-0,36 ± 0,30	0,18 ± 0,43	-0,54 (-0,35 – 0,73)	< 0,0001
Triglyceride (mmol/L)	-0,44 ± 0,37	0,22 ± 0,30	-0,66 (-0,48 – 0,83)	< 0,0001
LDL-C (mmol/L)	-0,35 ± 0,97	-0,13 ± 0,95	-0,22 (-0,17 – 0,87)	0,38
HDL-C (mmol/L)	0,08 ± 0,13	-0,02 ± 0,04	0,1 (0,05 – 0,15)	< 0,0001
Epworth	-10,17 ± 2,74	0,38 ± 1,20	-10,55(-9,45 – -11,65)	< 0,0001

Nhận xét: Sau 6 tháng theo dõi, các chỉ số thành phần của hội chứng chuyển hóa và BMI, nồng độ cholesterol máu của nhóm thở CPAP đều có xu hướng giảm so với nhóm chứng. Trong đó, huyết áp tâm thu giảm 5,95 mmHg, huyết áp tâm trương giảm 3,71 mmHg, cholesterol máu giảm 0,54 mmol/L, triglyceride máu giảm 0,66 mmol/L, LDL-C giảm 0,22 mmol/L và HDL-C tăng 0,1 mmol/L (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các $p < 0,0001$). Biểu hiện buồn ngủ ban ngày quá mức đánh giá thông qua thang điểm Epworth cũng cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê của giá trị này (giảm trung bình 10,55 điểm).

IV. BÀN LUẬN

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và hội chứng chuyển hóa đều là những yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng và chúng có thể có tác động hiệp đồng gây ra các bệnh lý hay biến cố tim mạch. Thở áp lực dương liên tục CPAP đến nay là lựa chọn điều trị ưu tiên cho các trường hợp NTTNKN từ mức độ trung bình trở lên (ngoài các tư vấn giảm cân, tăng cường hoạt động thể lực hay trị liệu tư thế,...) và có thể hữu ích đối với người mắc hội chứng chuyển hóa hoặc hữu ích đối với các bất thường chuyển hóa liên quan đến NTTNKN [3].

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn những trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa, có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ từ mức độ trung bình trở lên (có chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ≥ 15 lần/giờ ngủ). Đây là những trường hợp có nguy cơ cao đột tử trong khi ngủ hoặc gặp các hậu quả liên quan bệnh lý tim mạch chuyển hóa. Nghiên cứu có 126 trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa từ 2018 – 10/2022, xác định được 72 trường hợp mắc NTTNKN mức trung bình trở lên. Trong đó 34 trường hợp đồng ý điều trị CPAP, 4 trường hợp bỏ theo dõi sau đó, còn lại 30 bệnh nhân được đánh giá sau 6 tháng. Trong số 36 trường hợp không đồng ý thở CPAP, có 31 trường hợp khám và xét nghiệm lại sau 6 tháng, được đưa vào nhóm chứng. Kết quả ở bảng 3.1 và bảng 3.2 cho thấy, các chỉ số nhân trắc học và huyết áp, glucose máu và mỡ máu giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp CPAP ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu tương đồng với nhau. Điểm trung bình Epworth ở hai nhóm đều lớn hơn 11 cho thấy hầu hết các trường hợp tham gia nghiên cứu đều có biểu hiện buồn ngủ ban ngày quá mức. Độ bão hòa oxy SpO2 thấp nhất khi ngủ của hai nhóm giảm thấp xuống đến 82,5 - 83,8%, trong đó có trường hợp có thời điểm SpO2 còn 54%. Thời gian SpO2 giảm dưới 90% chiếm đến 21,94 - 22,43% thời gian ngủ của người bệnh. Độ bão hòa oxy tụt thấp, ngắt quãng và lặp đi lặp lại

nhiều lần, kéo dài trong khi ngủ là nguồn gốc của tình trạng stress oxy hóa, tăng hoạt động giao cảm và viêm hệ thống, là nguy cơ gây ra đột tử ban đêm và các bệnh lý tim mạch chuyển hóa.

Bảng 3.3 cho thấy sau 6 tháng can thiệp thở CPAP ở các trường hợp NTTNKN mức trung bình trở lên, các chỉ số thành phần của hội chứng chuyển hóa gồm huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, cholesterol và triglyceride của người bệnh đều giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (với $p < 0,05$ hoặc $p < 0,01$). Tuy nhiên sự thay đổi về chu vi vòng bụng, glucose máu lúc đói, LDL-C và HDL-C không có ý nghĩa thống kê. Trong 30 trường hợp NTTNKN can thiệp, có 6 trường hợp (20%) không còn chẩn đoán mắc hội chứng chuyển hóa sau 6 tháng thở CPAP. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy điều trị CPAP làm giảm có ý nghĩa hội chứng chuyển hóa sau 3 đến 6 tháng [3],[4]. Kết quả bảng 3.4 cho thấy sau 6 tháng thở CPAP, huyết áp tâm thu giảm 5,95 mmHg, huyết áp tâm trương giảm 3,71 mmHg. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng có kết quả tương tự về lợi ích của thở CPAP đối với việc làm hạ huyết áp [3],[4],[5]. Tình trạng tăng huyết áp hay gặp ở người NTTNKN có thể liên quan đến sự phân mảnh giấc ngủ và giảm độ bão hòa oxy máu trong đêm dẫn đến hoạt hóa hệ giao cảm. Giả thuyết này càng được củng cố thêm với bằng chứng từ sự giảm đáng kể các trị số huyết áp ở người tuân thủ điều trị CPAP, trong khi không thấy rõ sự cải thiện huyết áp ở người thiếu tuân thủ CPAP [6]. Nghiên cứu của

chúng tôi cũng thấy thở CPAP sau 6 tháng ở người NTTNKN có hội chứng chuyển hóa làm giảm có ý nghĩa nồng độ cholesterol máu 0,54 mmol/L, giảm triglyceride máu 0,66 mmol/L, giảm LDL-C 0,22 mmol/L và HDL-C tăng có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa lâm sàng của nghiên cứu này có thể được ngoại suy từ các thử nghiệm cho thấy nguy cơ mắc bệnh mạch vành và đột quỵ giảm tương ứng là 15% và 42% với mỗi lần giảm huyết áp 5 mmHg [7] và nguy cơ mắc cả bệnh mạch vành và đột quỵ giảm 20% với mỗi lần giảm cholesterol máu 1 mmol/L (40 mg/dl) [8]. BMI giảm đáng kể sau 6 tháng điều trị cũng là kết quả đáng ghi nhận. Một số tác giả cho rằng BMI giảm là hiệu quả gián tiếp do CPAP giúp cải thiện rõ rệt buồn ngủ quá mức ban ngày, do đó có thể giúp tăng các hoạt động thể lực hôm sau do người đó tỉnh táo và sáng khoái hơn [3]. Mặc dù tác động trực tiếp của CPAP đối với sự giảm mỡ còn nhiều tranh cãi, nhưng có thể suy đoán rằng CPAP có ảnh hưởng thuận lợi lên nồng độ leptin (đã được chứng minh là tăng ở người mắc NTTNKN và trở về bình thường với liệu pháp CPAP).

V. KẾT LUẬN

Với 6 tháng điều trị CPAP ở những trường hợp NTTNKN mức trung bình trở lên có hội chứng chuyển hóa giúp cải thiện cả huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mỡ máu (giảm cholesterol, triglyceride, LDL-C và tăng HDL-C) và BMI. Trong đó có 20% (6/30) trường hợp đảo ngược được tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyons MM. et al.**, Global burden of sleep-disordered breathing and its implications (2020), *Respirology*. 25(7), pp. 690-702.
2. **Duong Quy Sy et al.**, Study about the prevalence of the obstructive sleep apnoea syndrome in Vietnam (2018), *Rev Mal Respir*. 35(1), pp. 14-24.
3. **Sharma SK. et al.**, CPAP for the metabolic syndrome in patients with obstructive sleep apnea (2011), *N Engl J Med*. 365(24), pp. 2277-86.
4. **Mota P. C. et al.**, APAP impact on metabolic syndrome in obstructive sleep apnea patients (2011), *Sleep Breath*. 15(4), pp. 665-72.
5. **Lozano L. et al.**, Continuous positive airway pressure treatment in sleep apnea patients with resistant hypertension: a randomized, controlled trial (2010), *J Hypertens*. 28(10), pp. 2161-8.
6. **Robinson GV. et al.**, Continuous positive airway pressure does not reduce blood pressure in nonsleepy hypertensive OSA patients (2006), *Eur Respir J*. 27(6), pp. 1229-35.
7. **Collins R. et al.**, Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context (1990), *Lancet*. 335(8693), pp. 827-38.
8. **Baigent C. et al.**, Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins (2005), *Lancet*. 366(9493), pp. 1267-78.

TÍNH LINH HOẠT CỦA VẬT MẠCH XUYÊN GIAN CỐT MU TAY TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT NGÓN TAY

Nguyễn Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vật da nhánh xuyên gian cốt mu tay là vật rất linh hoạt có thể áp dụng để che phủ tại tất cả các vị trí khuyết ngón tay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật da nhánh xuyên gian cốt mu tay tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 25 bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm ngón tay được điều trị phẫu thuật tạo hình bằng vật da nhánh xuyên gian cốt mu tay tại Khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ từ 01/2020 – 12/2022. **Kết quả:** Diện tích trung bình của khuyết là $3,0 \pm 6,4 \text{ cm}^2$ và diện tích trung bình của vật là $3,9 \pm 10,8 \text{ cm}^2$; Tỷ lệ sống của vật da hoàn toàn là 22/25 vật. **Kết luận:** Vật da nhánh xuyên gian cốt mu tay là chất liệu tạo hình đáng tin cậy để sử dụng che phủ khuyết hồng phần mềm ngón tay.

Từ khóa: Nhánh xuyên động mạch, khuyết hồng phần mềm, ngón tay, vật.

SUMMARY

FEASIBILITY OF THE PERFORATOR FLAP FOR SOFT TISSUE FINGER DEFECT RECONSTRUCTION

Introduction: The perforator flap is a highly flexible flap that can be applied to cover soft tissue defects in all finger regions. **Objective:** This study aims to describe the clinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of soft tissue finger defects reconstructed with the perforator flap at Viet Tiep Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 25 patients with soft tissue finger defects who underwent surgical reconstruction using the perforator flap at the Department of Plastic Surgery from January 2020 to December 2022. **Results:** The average defect size was $3.0 \pm 6.4 \text{ cm}^2$ and the flap size was $3.9 \pm 10.8 \text{ cm}^2$. The flap survival rate was 22/25. **Conclusion:** The perforator flap is a reliable reconstructive option for soft tissue finger defects.

Keywords: Perforator flap, soft tissue defect, finger, reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật động mạch xuyên gian cốt mu tay (GCMT) là vật được sử dụng thường xuyên để tạo hình các khuyết phần mềm (KPM) bàn ngón tay. Khả năng di chuyển của vật GCMT rất linh hoạt có thể che phủ mọi vị trí của KPM ngón tay. Vật được phẫu tích từ vùng mu bàn tay là tiểu đơn vị có kích thước lớn nhất và da có khả năng đàn hồi tốt nhất vùng bàn ngón tay. Hơn nữa động mạch vùng mu bàn tay có nhiều vòng nối: nhánh mu cổ tay động mạch quay, nhánh mu cổ tay động mạch trụ, các nhánh xuyên động mạch gian cốt mu tay nối từ gan tay lên mu tay và

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến
Email: ndtien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023
Ngày duyệt bài: 2.6.2023

vòng nối giữa nhánh mu đốt 1 của động mạch gan ngón tay riêng với động mạch GCMT. Vì vậy có rất nhiều vật gian cốt mu tay và các biến thể được sử dụng để tạo hình các KPM ngón tay. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật da nhánh xuyên gian cốt mu tay tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 01/2020 đến 12/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 25 BN có vết thương KPM ngón tay được tạo hình bằng vật nhánh xuyên động mạch gian cốt mu tay tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 01/2020 đến 12/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn: có vết thương KPM NT có kích thước khuyết hồng trên 2 cm² và khoảng cách yêu cầu vật di chuyển trên 2 cm; BN đồng ý tham gia NC.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các khuyết hồng toàn bộ ngón tay kiểu lột găng, khuyết hồng

chu vi đốt, khuyết hồng từ hai đốt ngón trên cùng một mặt; Tổn thương nơi cho vật hoặc bệnh nhân bị tổn thương mất một bên động mạch gan ngón tay riêng; BN mắc các bệnh viêm tắc DM hay bệnh lý mạch máu ngoại biên, rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: Đặc điểm tổn thương: Ngón tay bị tổn thương, vị trí tổn thương đốt ngón tay, hình dạng tổn thương, vị trí mặt đốt tổn thương, tình trạng VT ngay khi nhập viện, tổn thương kèm theo, kích thước và diện tích tổn thương ngón tay. Đặc điểm vật tạo hình: Vị trí cho vật, kích thước và diện tích vật da.

+ Đánh giá tình trạng ứ máu tại vật

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Các số liệu NC được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và các phép toán thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Vị trí tổn thương:

Bảng 3.1. Vị trí tổn thương

Đốt \ Ngón tay	1	2	3	4	5	Tổng
1	4	1	0	0	0	5
2	4	0	1	0	1	6
3	0	5	2	4	5	14
Tổng	8	6	5	4	2	25

Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất ở đốt 3 chiếm 14/25 bệnh nhân, ngón hay tổn thương nhất là ngón 1 chiếm 8/25 bệnh nhân.

Kích thước và diện tích tổn thương: Chiều dài tổn thương TB là: $2,5 \pm 3,6$ cm

ngắn nhất là 1,5 cm và dài nhất là 4,0 cm. Chiều rộng tổn thương TB là $1,5 \pm 2,0$ cm, ngắn nhất là 1,2 cm và dài nhất là 2,5 cm, diện tích tổn thương trung bình là $3,0 \pm 6,4$ cm²

Kích thước vật: Kích thước và diện tích vật da: Chiều dài vật da TB là $2,7 \pm 5,0$ cm, ngắn nhất là 2,0 cm và dài nhất là 5,0 cm. Chiều rộng vật da TB là $1,7 \pm 2,4$ cm, ngắn nhất là 1,5 cm và dài nhất là 2,5 cm, và diện tích của vật là và $3,9 \pm 10,8$ cm².

3.2. Kết quả

Kết quả sau mổ:

Trong số 25 vật có 22 vật sống hoàn toàn, có 3 vật hoại tử một phần dưới 1/3 diện tích vật các vật bị hoại tử đều có thời gian ứ máu trên 7 ngày. Thời gian ứ máu tại vật hết sau 8 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 14/25 vật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Kích thước và diện tích tổn thương:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi diện tích tổn thương trung bình là $3,0 \pm 6,4$ cm². Theo Chao Chen và CS (2014)¹ kích thước KHPM ngón tay trung bình là $2,2 \times 1,9$ cm² (nhỏ nhất: $1,7 \times 1,6$, lớn nhất: $2,7 \times 2,1$ cm²). Theo Ali Rıza Yıldırım (2018)² kích thước KHPM trung bình là $2,3$ cm² (từ $1,5$ - $3,2$ cm²). Theo Soumen Das De 2020³ KHPM nhỏ là KHPM nằm trên một tiểu đơn vị ngón tay và vật tại chỗ được ưu tiên chỉ định cho các KHPM loại này.

Đặc điểm vật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi và diện tích của vật là và $3,9 \pm 10,8$ cm². Theo Haoliang H (2019)⁴ cho rằng khi thiết kế có thể kéo dài vật GCMT, do có sự thông nối giữa các nhánh xuyên tại ngón tay, nên tỉ lệ chiều dài/chiều rộng có thể lên đến 3:1. Theo Sandeep J. Sebastin 2011⁵, vật gian cốt mu tay có kích thước nhỏ nhất là $2 \times 1,5$ cm², lớn nhất là 6×4 cm², kích thước trung bình của vật là $4,6 \times 2,3$ cm². Vật nhánh xuyên thứ nhất của ĐM GNTR theo X. Zhang và CS⁶: nhánh thứ nhất được chia cách khớp liên đốt

bàn ngón khoảng 14 - 19 mm, trung bình là 16mm, đường kính mạch khoảng 0.3 mm, kích thước vật lấy từ mặt mu đốt 1 dao động từ $1,5 \times 1,7$ cm² đến $2,4 \times 2,7$ (trung bình $2,0 \times 2,4$ cm²). Chiều dài trung bình cuống là 1,1 cm (khoảng 0,8-1,4 cm). Nhánh thứ hai theo nghiên cứu của Bahar Bassiri Gharb năm 2010⁷ được tách ra tại vị trí ngang mức điểm bám của gân gấp chung nông cấp máu cho da mặt mu đốt 2 và 3. Vật da hình đảo mặt mu ngón tay có thể sử dụng linh hoạt ở cả hai dạng xuôi chiều và ngược chiều. Vật thiết kế vùng mu đốt giữa các ngón tay dài, cuống mạch là ĐM gan ngón tay. Vật thường sử dụng che phủ tổn thương khuyết da vùng gan ngón kế cận hoặc vùng khớp liên đốt ngón tay, khuyết da sau khi lấy vật được ghép da tự do. Theo Haluk Özcanli và CS (2014)⁸: vật mạch xuyên búp ngón 3 có kích thước trung bình từ 1×1 đến 2×1 cm².

4.2. Kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 3.1 cho thấy: thông thường vật bị ứ máu chỉ bị tím nhẹ trong khoảng 5 - 7 ngày, dài nhất là 15 ngày. Sau giai đoạn ứ máu phần lớn các vật xuất hiện tái lập tuần hoàn mà không có bất cứ tổn thương gì (bệnh án minh họa số 3: vật phục hồi hoàn toàn sau giai đoạn ứ máu vật). Có 3 vật bị hoại tử mép vật sau giai đoạn ứ máu là những vật có thời gian bị ứ máu kéo dài trên 7 ngày. Tất cả các trường hợp hoại tử mép và hoại tử dưới 30% diện tích vật đều được chúng tôi chăm sóc liền thương tự nhiên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả như: theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và CS (2014)⁸ tỉ lệ ứ máu tại vật mạch xuyên của tác giả gặp 12/15 bệnh nhân, tình trạng này thường sẽ giảm dần sau 7 ngày, trung bình từ 6 - 12 ngày.

Nguyên nhân của hiện tượng ứ máu tại vật

Theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và CS (2014) 8: tỉ lệ ứ máu tại vật mạch xuyên của tác giả gặp 12/15 bệnh nhân, tình trạng này thường sẽ giảm dần sau 7 ngày, trung bình từ 6 - 12 ngày. Tất cả 12 trường hợp này, tác giả phẫu tích bóc lộ nâng vật lên hoàn toàn và chỉ giữ lại các nhánh mạch xuyên của cung búp ngón.

Hạn chế của nghiên cứu: Cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm chứng, không phân tích mối liên quan

V. KẾT LUẬN

Khuyết hồng phần mềm ngón tay là tổn thương thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động. Vật nhánh xuyên động mạch gian cốt mu tay là chất liệu đáng tin cậy để tạo hình các khuyết phần mềm ngón tay. Vật có kích thước lớn, sức sống của vật cao 22/25 vật sống hoàn toàn không có trường hợp nào hoại tử trên 1/3 diện tích vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen C, Zhang W, Tang P.** Direct and reversed dorsal digito-metacarpal flaps: A review of 24 cases. *Care Injured*. 2014. 45:805-812.
2. **Yıldırım AR, İğde M, Tapan M, Öztür MO, Yaşar B, Ünlü RE.** **Little Flap:** A reliable option in soft tissue defects of different fingers. *Cumhuriyet Medical Journal, original research*. 2018. 38(4):332-339. doi:10.7197/cmj.v38i4.5000180330.
3. **De SD, Sandeep J. Sebastin M.** Soft tissue coverage of the digits and hand. *Hand Clin*. 2020. 36(1):97-105.
4. **H H, C H, H J.** Propeller perforator flaps from the dorsal digital artery perforator chain for repairing soft tissue defects of the finger. *BMC Surgery* 2019. 19(188):1-11.
5. **Sebastin SJ, Mendoza RT, Chong AK, et al.** Application of the dorsal metacarpal artery perforator flap for resurfacing soft-tissue defects proximal to the fingertip. *Plast Reconstr Surg*. Sep 2011. 128(3):166e-178e. doi:10.1097/PRS.0b013e318221ddfa.
6. **Zhang X, Shao X, M. Zhu RJ, Feng Y, Ren C.** Repair of a palmar soft tissue defect of the proximal interphalangeal joint with a transposition flap from the dorsum of the proximal phalanx. *The Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2011. 38E(4) 378–385:378-385. doi:10.1177/1753193411432676.
7. **Gharb BB, Rampazzo A, Bryan S. Armijo b, et al.** Tranquilli-Leali or Atasoy flap: an anatomical cadaveric study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2010) 63, pp 681-685. 2010.
8. **Özcanli H, Bektas G, Cavit A, Duymaz A, Coskunfirat OK.** Reconstruction of fingertip defects with digital artery perforator flap. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2015. 49(1):18-22.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KỸ THUẬT SỬ DỤNG THUỐC DẠNG HÍT CỦA NGƯỜI BỆNH COPD TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2022

Lương Thị Thu Giang¹, Hoàng Thị Oanh¹,
Đỗ Thị Ninh¹, Phùng Duy Thành¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít và một số yếu tố liên quan trên 147 người bệnh COPD từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022 tại phòng khám hô hấp, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng. Mức độ thực hành sử dụng thuốc ở người bệnh COPD thấp với tỷ lệ đạt trong bình xịt định liều (MDI) là 42,7% và ở ống hít bột khô (DPI) là 46,9%. Trong đó tỷ lệ sai sót hay gặp nhất là bước nín thở đối với MDI (50%) tiếp đến là bước thở ra hết sức chiếm 47,2%; ở thực hành sử dụng DPI thì bước thở ra hết sức có tỷ lệ sai sót cao nhất với 47,7%. Nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn và thời gian sử dụng thuốc với thực hành sử dụng thuốc MDI ($p < 0,05$). Vì vậy, ở nhóm người cao tuổi, trình độ học vấn thấp và mới thực hành sử dụng thuốc, điều dưỡng cần có kế hoạch hướng dẫn sử dụng thuốc để người bệnh thực hành tốt.

Từ khóa: COPD, kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít, MDI, DPI

SUMMARY

THE USING TECHNIQUE OF INHALED MEDICATION AMONG COPD PATIENTS IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG, 2022

A cross-sectional descriptive study was to describe the practice of using inhaled medication on 147 patients with COPD and some related factors from April 2022 to October 2022 at the respiratory clinic, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong. The level of medication practice in patients with COPD was low with correctly rate in the metered dose inhaler (MDI) at 42.7% and the dry powder inhaler (DPI) rate at 46.9%. In which, the most common error steps were holding breath for MDI (50%); followed by the maximal exhalation step accounted for 47.2%. In practicing of DPI, the maximum exhalation step had the highest error rate with 47.7%. This study showed that there were relationship between age group, education level and duration of drug to using inhaled medication (MDI) ($p < 0.05$). Therefore, nurses should be pay more attention in the group of elderly people, low education level and the first time of using medication to design a nursing plan

Keywords: COPD, inhaler technique, MDI, DPI

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thu Giang

Email: lttgiang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 2.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) được xác định là một trong những vấn đề lớn về sức khỏe toàn cầu. Nó không chỉ ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của người bệnh mà còn ảnh hưởng đáng kể đến các nguồn lực chăm sóc và là một gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội [8]. Ở Việt Nam, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba và thứ sáu về gánh nặng bệnh tật ở người cao tuổi. Tỷ lệ COPD ở Việt Nam là cao nhất so với các nước trong khu vực chiếm tới 6,7% dân số nói chung, và là nguyên nhân chính để tái nhập viện và liên quan đến tỷ lệ tử vong cao ở độ tuổi trên 60 [2].

Thuốc hít đóng một vai trò quan trọng trong điều trị COPD. Đây là phương pháp đưa thuốc trực tiếp vào đường thở, giảm nguy cơ tác dụng phụ toàn thân do thuốc gây ra. Do vậy, một kỹ thuật hít đúng sẽ có hiệu quả cao trong việc điều trị, phòng ngừa đợt cấp của COPD. Các dụng cụ hít đang được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng hiện nay là: bình xịt định liều (MDI), ống hít bột khô (DPI) và máy phun khí dung. MDI và DPI là hai dụng cụ hít thường được sử dụng với đối tượng người bệnh ngoại trú. Mỗi thuốc dạng hít đều có quy trình sử dụng riêng qua nhiều bước đòi hỏi người bệnh cần có kỹ thuật sử dụng đúng để có hiệu quả tối đa [5]. Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh mắc sai sót khi sử dụng các dạng thuốc hít hiện nay rất phổ biến. Một nghiên cứu đã chỉ ra có 69,2% người bệnh có kỹ thuật kém và 1,7% không biết cách sử dụng thuốc dạng xịt MDI và 50% người bệnh có kỹ thuật kém; 3,1% người bệnh không biết cách sử dụng thuốc dạng xịt DPI [5]. Sai sót này ảnh hưởng nghiêm trọng tới hiệu quả điều trị của phác đồ thuốc dạng hít [4]. Vì vậy, cần thiết tìm

hiều thực hành về sử dụng thuốc hít và một số yếu tố liên quan ở người bệnh COPD để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và phòng ngừa đợt cấp COPD

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh COPD đang được điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 4 – 10/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán COPD, đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Việt Tiệp

- Được bác sỹ chỉ định dùng các loại thuốc dạng hít ít nhất 1 tháng

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu

- Không đủ năng lực sử dụng các loại thuốc dạng hít

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại phòng khám ngoại trú hô hấp, bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu cuối cùng là 147

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất

2.6 Biến số nghiên cứu

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, nơi ở, thời gian mắc bệnh, thời gian sử dụng các thuốc dạng hít, trình độ học vấn, chi phí điều trị, tham gia câu lạc bộ COPD; hướng dẫn sử dụng thuốc.

+ Phân loại mức độ thành thục trong sử dụng dụng cụ hít

- Kỹ thuật tối ưu: thực hiện đúng tất cả các bước.

- Kỹ thuật vừa đủ: thực hiện đúng những bước quan trọng.

- Kỹ thuật kém: thực hiện sai ít nhất một bước quan trọng.

- Không biết cách sử dụng: trả lời không biết sử dụng.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Người bệnh COPD thực hành sử dụng thuốc dạng hít như đã được chỉ định trước đó dưới sự quan sát và đánh giá của người nghiên cứu bằng bảng kiểm. Có 2 bảng kiểm được xây dựng theo các bước kỹ thuật được hướng dẫn bởi Bộ Y tế [1][2]. Bảng kiểm kỹ thuật sử dụng MDI gồm 8 bước trong đó có

5 bước quan trọng. Bảng kiểm Kỹ thuật sử dụng PDI gồm 8 bước trong đó có 6 bước quan trọng

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng kiểm định t-test độc lập, anova một chiều để tìm mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thời gian sử dụng thuốc và tham gia câu lạc bộ đến thực hành sử dụng thuốc hít, xịt ở người bệnh COPD.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng số 138 theo quyết định số 722/QĐ-YDHP ngày 18 tháng 04 năm 2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n =147)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		N	%
Tuổi	Mean = 69,6 ± 10,31; Min = 40; Max = 90		
	< 60 tuổi	23	15,6
	Từ 60 - 79 tuổi	100	68
	≥ 80 tuổi	24	16,3
Địa chỉ	Nội thành	97	66
	Nông thôn	50	47
Giới tính	Nam	100	68
	Nữ	47	32
Trình độ học vấn	Dưới THPT	61	41,5
	Từ THPT trở lên	86	58,5
Thời gian dùng thuốc	Mean = 7,18 ± 5,58; Min = 0,3; Max = 25		
	Dưới 1 năm	13	8,8
	Từ 1- 5 năm	53	36,1
	> 5 năm	81	55,1
Tham gia câu lạc bộ COPD	Chưa bao giờ, hiếm khi	119	81
	Thường xuyên hơn	28	19
Hướng dẫn sử dụng thuốc	Dược sỹ	8	5,4
	Bác sỹ/điều dưỡng	128	87,1
	Tự tìm hiểu	11	7,5

Trong nghiên cứu này đối tượng là 147 người bệnh COPD đang được quản lý ngoại trú tại phòng khám hô hấp, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp với độ tuổi trung bình là 69,6; trong đó hầu hết người bệnh thuộc nhóm người cao tuổi (84,4%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống ở nội thành (66%) và là

nam giới (68%), có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Có tới 55,1% đối tượng nghiên cứu có thời gian sử dụng thuốc từ 5 năm trở lên và hầu hết được bác sỹ và điều dưỡng hướng dẫn sử dụng thuốc. Tuy nhiên, chỉ có 19 % đối tượng nghiên cứu thường xuyên tham gia câu lạc bộ COPD.

Bảng 2. Đặc điểm của thuốc sử dụng trong điều trị COPD

Dạng thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
MDI	101	68,7
DPI	5	3,4
Cả 2	41	28,3

Đa số đối tượng nghiên cứu được kê đơn chỉ dùng thuốc dạng xịt MDI (68,7%), 3,4% chỉ sử dụng thuốc dạng hít và 28,6% được sử dụng kết hợp cả 2 dạng trong quản lý bệnh COPD.

Bảng 3. Thực hành sử dụng MDI

Trình tự thực hiện	Có	Không
Bước 1. Mở nắp hộp thuốc*	142 (100%)	0 (0%)
Bước 2: Lắc hộp thuốc*	132 (93%)	10 (7 %)
Bước 3: Giữ hộp thuốc thẳng đứng	118 (83,1%)	24 (16,9%)
Bước 4: Thở ra hết sức*	74 (52,8%)	68 (47,2%)
Bước 5: Ngậm kín ống thuốc	139 (81,5)	3 (2,11%)
Bước 6: Xịt đồng thời hít chậm, sâu bằng miệng*	111 (78,2)	31 (21,8)
Bước 7: Nín thở*	71 (50%)	71 (50%)
Bước 8: Lấy ống thuốc ra khỏi miệng, thở ra từ từ	141 (98,6%)	1 (1,4%)

* các bước quan trọng

Trong thực hành sử dụng thuốc dạng xịt MDI, đối tượng nghiên cứu thường mắc sai sót ở các bước 2, 3, 4, 6, 7. Trong đó, tỷ lệ người bệnh mắc sai sót ở bước 7 (nín thở) chiếm 50%, tiếp đó là bước 4 (thở ra hết sức) chiếm 47,2% và bước 6 (xịt đồng thời hít chậm, sâu bằng miệng) chiếm 21,8%.

Bảng 4. Thực hành sử dụng DPI

Trình tự thực hiện	Có	Không
Bước 1. Vặn mở nắp hộp thuốc*	46 (100%)	0 (0%)
Bước 2: Giữ turbuhaler ở vị trí thẳng đứng*	42 (91,3%)	4 (8,7%)
Bước 3: Nạp thuốc*	37 (80,4%)	9 (19,4%)
Bước 4: Thở ra hết sức*	24 (52,3%)	22 (47,7%)
Bước 5: Ngậm kín ống thuốc	42 (91,3%)	4 (8,7%)
Bước 6: Hít vào bằng miệng*	33 (71,7%)	13 (28,3%)
Bước 7: Nín thở*	27 (58,7%)	19 (41,3%)
Bước 8: Lấy ống thuốc ra khỏi miệng, thở ra từ từ	46	0

* các bước quan trọng

Ở thực hành sử dụng DPI người bệnh thường mắc sai sót ở các bước 3, 4, 6, 7. Trong đó tỷ lệ sai sót với bước thở ra hết sức là cao nhất với 47,7%. Tiếp đến là bước 6- xịt thuốc đồng thời hít vào qua miệng. Bước 5 là bước đơn giản nhưng vẫn có tỷ lệ mắc sai sót.

Bảng 5. Mức độ thực hành kỹ thuật sử dụng thuốc

Mức độ		MDI (n=142)		DPI (n=42)	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Chưa đạt	Không biết cách sử dụng	0	0	0	0
	Kỹ thuật kém	92	59,9	26	56,5
Đạt	Kỹ thuật vừa đủ	0	0	0	0
	Kỹ thuật tối ưu	57	40,1	20	43,5

Trong thực hành sử dụng thuốc dạng hít, đa số đối tượng nghiên cứu thực hành ở mức độ chưa đạt với kết quả lần lượt là 59,9% trong MDI và 56,5% trong DPI.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kỹ thuật sử dụng MDI

Biến số		Chưa đạt (Kỹ thuật kém)	Đạt (Kỹ thuật tối ưu)	P
Giới tính	Nam giới	60 (58,2)	35 (36,8)	0,58
	Nữ giới	27 (28,8)	20 (18,2)	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	54 (40,4)	12 (25,6)	0,001
	Từ THPT trở lên	33 (46,6)	43 (29,4)	
Nhóm tuổi	< 60	7 (12,9)	14 (8,1)	0,006
	Từ 60-79	61 (59,4)	36 (37,6)	
	≥ 80 tuổi	19 (14,7)	5 (9,3)	
Nhóm thời gian sử dụng thuốc	Dưới 1 năm	13 (8,0)	0 (5,0)	0,003
	Từ 1-5 năm	26 (32,5)	27 (20,5)	
	6- 10 năm	48 (26,6)	28 (29,4)	
Tham gia câu lạc bộ	Chưa bao giờ/hiếm khi	76 (70,5)	39 (44,5)	0,03
	Thường xuyên hơn	11 (16,5)	16 (10,5)	

Kết quả bảng 6 cho thấy, có mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, thời gian sử dụng thuốc và tham gia câu lạc bộ bệnh phổi mạn tính với thực hành sử dụng thuốc dạng hít MDI ($p < 0,05$). Với $p > 0,05$, không có mối liên quan giữa giới tính với thực hành sử dụng thuốc dạng hít ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 147 người bệnh COPD, hầu hết người bệnh được sử dụng thuốc dạng xịt MDI (96,6%) trong quản lý bệnh, có 3,4% người bệnh chỉ sử dụng thuốc dạng hít DPI. Trong đó tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mắc sai sót nhiều nhất ở bước nín thở đối với

MDI (50%), bước thở ra hết sức trong MDI (47,2%) và 47,7% trong sử dụng DPI. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương và cộng sự năm 2021 với tỷ lệ sai sót ở bước thở ra hết sức lần lượt là 41,3% trong MDI và 39,0% trong DPI và nghiên cứu của Annika và cộng sự năm 2019 với tỷ lệ sai sót cao nhất ở bước thở ra hết sức là 22%; nhưng thấp hơn trong nghiên cứu của Võ Thị Kim Tương và cộng sự năm 2020 với tỷ lệ sai sót lần lượt ở bước thở ra hết sức là 62,5% và 65,6%. Về mức độ thực hành kỹ thuật sử dụng thuốc, tỷ lệ thực hành sử dụng MDI đạt là 40,1% và 43,5% ở DPI. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Kim Tương và cộng sự năm 2020 và nghiên cứu Nguyễn Đình Phương và cộng sự năm 2021 với tỷ lệ thực hành đạt thuốc MDI là 42,7% và thuốc DPI là 46,9% [3][5]. Kết quả trên có thể được giải thích là do đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có thời gian sử dụng thuốc từ 4 tháng trở lên, trong đó chỉ có 8,8% có thời gian sử dụng thuốc dưới 1 năm, và hầu hết thuộc nhóm người cao tuổi (74,3%), vì vậy ảnh hưởng đến mức độ thực hành sử dụng thuốc.

Về mối liên quan đến thực hành sử dụng thuốc cho thấy, nhóm tuổi có mối liên quan đến thực hành sử dụng thuốc dạng hít ở người bệnh COPD. Trong đó, tuổi càng cao có xu hướng thực hành sử dụng thuốc kém hơn. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Kim Tương và cộng sự năm 2020 và nghiên cứu của Rau năm 2006 [5][7]. Thực vậy, ở độ tuổi càng cao thì người bệnh có sự suy giảm các hoạt động chức năng, nhận thức và thể chất. Điều này

ảnh hưởng nhiều đến khả năng phối hợp trong việc sử dụng các loại thuốc gồm nhiều bước phức tạp như MDI và DPI.

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra có mối liên quan giữa trình độ học vấn với thực hành sử dụng thuốc với $p = 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Kim Tương và cộng sự năm 2020, Chaicharn và cộng sự năm 2015 và nghiên cứu của Piyush và cộng sự năm 2014 [5][6]. Khi người bệnh có trình độ học vấn cao thì họ sẽ có khả năng tiếp thu kiến thức và thực hành đúng theo hướng dẫn của những loại thuốc phức tạp, cần có sự phối hợp nhiều bước, ngược lại ở những đối tượng có trình độ học vấn thấp hơn thì họ sẽ gặp khó khăn để hiểu và thực hiện các bước đầy đủ trong quy trình sử dụng thuốc dạng hít và xịt để quản lý bệnh.

Mặt khác, với $p = 0,003$, nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa thời gian sử dụng thuốc và thực hành sử dụng thuốc. Trong nghiên cứu này đa số đối tượng nghiên cứu đều có thời gian sử dụng thuốc > 1 năm. Do vậy, họ sẽ có cơ hội được thực hành nhiều và được hướng dẫn từ những chuyên gia y tế, đồng thời họ được rút kinh nghiệm từ lỗi sai trong thực hành qua những buổi khám bệnh định kỳ từ đó góp phần hoàn thiện hơn trong kỹ năng sử dụng thuốc giúp quản lý bệnh được tốt hơn. Bên cạnh đó, tần suất tham gia câu lạc bộ COPD được chỉ ra có mối liên quan đến thực hành sử dụng thuốc ($p = 0,03$)

Tuy nhiên nghiên cứu cũng chỉ ra không có mối liên quan giữa giới tính và thực hành sử dụng thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Chaicharn và cộng sự năm 2015 [6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Mức độ thực hành sử dụng thuốc ở người bệnh COPD thấp với tỷ lệ đạt trong sử dụng MDI là 42,7% và trong DPI là 46,9% . Trong đó tỷ lệ sai sót hay gặp nhất là bước nín thở đối với MDI (50%) tiếp đến là bước thở ra hết sức chiếm 47,2%; ở thực hành sử dụng DPI thì bước thở ra hết sức có tỷ lệ sai sót cao nhất với 47,7%.

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn và thời gian sử dụng thuốc với thực sử dụng thuốc MDI. Vì vậy, ở nhóm người cao tuổi, trình độ học vấn thấp và mới thực hành sử dụng thuốc, điều dưỡng cần có kế hoạch hướng dẫn sử dụng thuốc để người bệnh thực hành tốt.

VI. 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.22.138.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2018.
2. **Lan, L. T. T.** (2011). Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam: The actuality of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Vietnam. Journal of French-Vietnamese Association of Pulmonology, 2(4), 1-3
3. **Nguyễn Đình Phương, Ngô Nguyễn Hải Thanh, Trịnh Thị Hoàng Oanh.** 2021. Tuân thủ điều trị thuốc hít và thực hành sử dụng dụng cụ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện phạm ngọc thạch, thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 25(2), 15-21.
4. **Nguyễn Hoài Thu** (2016), Đánh giá tuân thủ điều trị và kỹ thuật sử dụng các dạng thuốc hít trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội
5. **Võ Thị Kim Tương, Vũ Văn Kiều, Nguyễn Thị Thu Trang.** (2020). Thực trạng sử dụng bình hít và các yếu tố liên quan đến kỹ thuật sử dụng của bệnh nhân điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện hữu nghị, Hà Nội, năm 2018-2019. Tạp chí y học dự phòng, 30(6), 177-183.
6. **Chaicharn Pouthirat, et al.** 2015. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. International Journal of COPD, 10:1291-1298.
7. **Rau JL.** (2006). Practical problems with aerosol therapy in COPD. Respir Care. 51(2):158-72. PMID: 16441960.
8. **World Health Organization.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Viet Nam. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/chronic-obstructive-pulmonarydisease-copd>, recieved on 1 August 2019. 2

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ KHÁM PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2022

Hoàng Thị Oanh¹, Lương Thị Thu Giang¹, Đỗ Thị Ninh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng kiến thức, thực hành liên quan đến phòng bệnh ung thư CTC và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ khám phụ khoa tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 380 phụ nữ đến khám phụ khoa. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi có cấu trúc. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về bệnh ung thư cổ tử cung chiếm 52,6%. Tỉ lệ có kiến thức đạt ở các nội dung là không không đều, kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây UTCTC (45,3%), dấu hiệu nghi ngờ UTCTC (66,6%), cách phát hiện sớm UTCTC (23,7%), biện pháp phòng ngừa UTCTC (35,5%), khả năng phòng và điều trị UTCTC (14,5%). Có mối liên quan giữa nơi sống, trình độ học vấn, sự tiếp cận thông tin với kiến thức về bệnh UTCTC. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành khám sàng lọc phát hiện ung thư cổ tử cung và tiêm phòng HPV ($p < 0,005$). Vì vậy, cần tăng cường truyền thông kiến thức trong cộng đồng về bệnh ung thư cổ tử cung, đặc biệt những phụ nữ ở khu vực nông thôn, trình độ học vấn thấp.

Từ khóa: ung thư cổ tử cung, kiến thức, thực hành

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF CERVICAL CANCER PREVENTION AND SOME RELATED FACTORS AMONG WOMEN UNDERGOING GYNECOLOGICAL EXAMINATION AT HAIPHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2022

Objective of the study was to describe knowledge and practice related to cervical cancer prevention and some related factors among women undergoing gynecological examination at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. A descriptive cross-sectional study was conducted on 380 women. Data were collected by face-to-face interviews using structured questionnaires. Data were analyzed using SPSS software version 20.0. The results showed that the percentage of mothers with adequate knowledge about cervical cancer accounted for 52.6%. The rate of having knowledge about the contents is uneven, in which knowledge about risk factors for cervical cancer (45.3%), suspicious signs of cervical cancer (66.6%), how to detect cervical cancer early (45.3%) 23.7%, cervical cancer prevention measures (35.5%), ability to prevent and treat cervical cancer (14.5%). There is a relationship between living place, education level, access to information and knowledge about cervical cancer. There is a relationship between knowledge and practice of cervical cancer screening and HPV vaccination ($p < 0,05$). Therefore, it is necessary to strengthen the communication of knowledge in

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Oanh
Email: htoanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023
Ngày duyệt bài: 2.6.2023

the community about cervical cancer, especially women in rural areas with low education levels.

Keywords: cervical cancer, knowledge, practice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư phổ biến thứ hai và là nguyên nhân thứ ba gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Gần 83% các trường hợp mắc mới trên thế giới và 85% các trường hợp tử vong liên quan đến ung thư cổ tử cung xảy ra ở các nước đang phát triển (WHO, 2006). Ung thư cổ tử cung tạo ra các gánh nặng bệnh tật lớn cho người bệnh, gia đình, hệ thống y tế và toàn xã hội.

Ở Việt Nam, theo ghi nhận ung thư năm 2018 có khoảng gần 4200 ca mắc mới và 2400 ca tử vong [5]. Phần lớn người bệnh đến khám và được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Do đó UTCTC là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được ưu tiên can thiệp dự phòng và sàng lọc sớm. Đặc biệt Bộ Y tế đã ban hành kế hoạch hành động riêng cho lĩnh vực này đó là “Kế hoạch hành động quốc gia dự phòng và kiểm soát UTCTC giai đoạn 2016-2025” bao gồm tăng cường nhận thức của các cấp chính quyền và nâng cao sự hiểu biết của cộng đồng, bao gồm cả các nhân viên y tế về ung thư cổ tử cung và các biện pháp dự phòng, kiểm soát UTCTC [1]. Để xây dựng chương trình can thiệp dự phòng phù hợp cần đánh giá mức độ hiểu biết và thực hành của phụ nữ về phòng bệnh UTCTC. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức, thực hành liên quan đến phòng bệnh ung thư CTC và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ khám phụ khoa tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ 01/05/2022 đến 01/09/2022, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Nghiên cứu thực hiện từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Nghiên cứu được tiến hành với công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có; Z = 1,96 (hệ số tin cậy với độ tin cậy 95% và $\alpha = 0,05$); p = 55,6% (tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đúng về ung thư cổ tử cung theo nghiên cứu của Huỳnh Thị Thu Thủy nghiên cứu tại Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2011 [2]); d = 0,05 (khoảng sai lệch cho phép). Thay vào công thức tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 379, thực tế nghiên cứu 380 phụ nữ.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn

2.6. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: địa dư, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân.

Kiến thức, thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung: bộ câu hỏi đánh giá về kiến thức, thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung được sử dụng của tác giả Nguyễn Thị Như Tú [3].

Một số yếu tố liên quan: Dựa vào các nghiên cứu trước, chúng tôi chọn các yếu tố

nơi sống, trình độ học vấn, sự tiếp cận thông tin về ung thư CTC.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi có cấu trúc gồm các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, kiến thức, thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung. Bộ câu hỏi kiến thức gồm các nội dung kiến thức về yếu tố nguy cơ gây bệnh, dấu hiệu nghi ngờ, cách phát hiện sớm UTCTC, biện pháp phòng UTCTC, khả năng điều trị UTCTC. Tổng điểm tối đa 40 điểm, điểm ≥ 20 (50%) được coi là có kiến thức đạt về bệnh ung thư cổ tử cung.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được tính tỉ lệ %. Khảo sát liên quan giữa các thông số bằng tỉ số nguy cơ OR (odds ratio) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo quyết định số 463/QĐ-YDHP ngày 07 tháng 03 năm 2022. Nghiên cứu được sự đồng ý của đối tượng tham gia và nơi triển khai nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 380)

Đặc điểm	n	%
Địa bàn cư trú		
Thành thị	193	50,8
Nông thôn	187	49,2
Đặc điểm nhóm tuổi		
< 20 tuổi	11	2,9
20 – 29 tuổi	133	35
30 – 49 tuổi	223	58,7
> 50 tuổi	13	3,4
Trình độ học vấn		
Tiểu học	18	4,7
THCS	28	7,4
THPT	148	38,9
Trung cấp, cao đẳng trở lên	186	48,9
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	371	97,6
Ly hôn/Ly thân/ Góa phụ	5	1,3
Mẹ đơn thân	2	0,5
Độc thân	2	0,5
Nghề nghiệp		
Nông dân	9	2,4
Công nhân	146	38,4
Cán bộ, công chức	63	16,6

Nội trợ	63	16,6
Lao động tự do	99	26,1
Tiếp cận thông tin về bệnh UTCTC		
Có	149	39,2
Không	231	60,8

Bảng 1 cho thấy phụ nữ sống ở khu vực thành thị là 50,8% và sống ở khu vực nông thôn là 49,3%. Độ tuổi trung bình của phụ nữ là 30,8; hầu hết nằm trong nhóm tuổi 20 - 49 (93,7%); tỉ lệ phụ nữ >50 tuổi là 3,4 %; có 2,9 % phụ nữ ở độ tuổi dưới 20. Trình độ học vấn của các phụ nữ ở nhóm trung cấp, cao đẳng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%), nhóm có trình độ THPT chiếm 38,9%, có 12,1 % số phụ nữ tham gia nghiên

cứu có trình độ tiểu học và THCS. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung ở nhóm công nhân (38,4%), tiếp theo là nhóm lao động tự do chiếm 26,1%; cán bộ công chức (16,6%); công việc nội trợ (6,6%) và nông dân (2,4%). Đa số phụ nữ đã kết hôn (97,6%). Tỉ lệ phụ nữ có nhận được thông tin về bệnh ung thư CTC trong 1 năm trở lại đây chiếm 60,8%.

Bảng 2. Kiến thức của phụ nữ về bệnh ung thư cổ tử cung

Nội dung	Đạt		Không đạt	
	n	%	N	%
Các yếu tố nguy cơ gây UTCTC	208	54,7	172	45,3
Dấu hiệu nghi ngờ UTCTC	127	33,4	253	66,6
Cách phát hiện sớm UTCTC	290	76,3	90	23,7
Biện pháp phòng ngừa UTCTC	245	64,5	135	35,5
Khả năng phòng và điều trị UTCTC	325	85,5	55	14,5
Kiến thức chung	200	52,6	180	47,4

Kết quả bảng 2 cho thấy 52,6% phụ nữ có kiến thức đạt về bệnh UTCTC (52,6%). Tỉ lệ có kiến thức không đạt là 47,4%. Trong đó, số phụ nữ có kiến thức về dấu hiệu nghi ngờ UTCTC chiếm tỉ lệ cao nhất (66,6%).

Tiếp theo là kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây UTCTC (45,3%). Kiến thức về cách phát hiện sớm và khả năng phòng và điều trị rất thấp (lần lượt là 23,7% và 14,5%).

Bảng 3. Thực hành của phụ nữ về phòng bệnh ung thư cổ tử cung

Thực hành phòng bệnh UTCTC	n	%
Khám sàng lọc ung thư CTC		
Không	207	54,5
Có	173	45,5
Tiêm phòng HPV		
Có	40	12,7
Không	275	87,3

Tỉ lệ phụ nữ khám sàng lọc UTCTC chỉ chiếm 45,5%. Có tới 54,5% chưa từng khám sàng lọc ung thư CTC bao giờ. Trong số 315 phụ nữ đã từng nghe đến tiêm phòng HPV, chỉ có 12,7% đã tiêm phòng HPV.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng bệnh ung thư cổ tử cung

Biến số		Kiến thức về bệnh UTCTC		OR, CI (95%)	P
		Không đạt	Đạt		
Địa dư	Nông thôn	97	82	OR = 1,7, CI = 1,1-2,5	p <0,05
	Thành thị	83	118		
TĐHV	Tiểu học	18	0		p <0,05
	THCS	19	9		
	THPT	84	64		
	Cao đẳng, đại học	59	127		
Tiếp cận thông tin về UTCTC	Không	100	49	OR = 3,8 CI = 2,4 – 5,9	p <0,05
	Có	80	151		

Kết quả cho thấy những phụ nữ sinh sống tại khu vực thành phố có kiến thức đạt cao hơn 1,7 lần so với phụ nữ ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức của phụ nữ về bệnh ung thư cổ tử cung

($p < 0,05$). Kết quả cũng cho thấy những phụ nữ trong 1 năm gần đây có tiếp cận thông tin về UTCTC có kiến thức đạt cao hơn 3,8 lần so với phụ nữ không tiếp cận thông tin về bệnh UTCTC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành khám sàng lọc UTCTC

Kiến thức chung về UTCTC	Khám sàng lọc UTCTC	
	Không	Có
Không đạt	125	55
Đạt	82	118
OR = 3,3, CI (95%) = 2,1-5,0, $p < 0,05$		

Những phụ nữ có kiến thức đạt có đi khám sàng lọc UTCTC cao gấp 3,3 lần so với phụ nữ có kiến thức không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6: Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành tiêm phòng HPV

Kiến thức chung về UTCTC	Tiêm phòng HPV	
	Chưa tiêm	Đã tiêm
Không đạt	115	9
Đạt	160	31
OR = 2,5, CI (95%) = 1,1 – 5,4, $p < 0,05$		

Kết quả nghiên cứu bảng 6 cho thấy, trong số 315 phụ nữ đã từng nghe đến tiêm phòng ung thư cổ tử cung, phụ nữ có kiến thức đạt thì tỉ lệ tiêm phòng HPV cao gấp 3,3 lần so với phụ nữ có kiến thức không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phụ nữ có kiến thức chung về bệnh UTCTC xếp loại mức độ đạt là 52,6%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả của tác giả Huỳnh

Thị Thu Thủy nghiên cứu tại Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2011, với tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đạt là 55,6% [3]. Tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Tú (tỷ lệ có kiến thức đạt là 1,8%). Sự chênh lệch này có thể giải thích là do: (1) đối tượng trong 2 nghiên cứu khác nhau, (2) địa điểm nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của tác giả Như Tú thực hiện tại 2 xã nông thôn của tỉnh Bình Định, điều kiện kinh tế xã hội thấp có thể ảnh hưởng đến sự tiếp cận phương tiện thông tin đại chúng và nhận thức của phụ nữ về bệnh UTCTC [4].

Nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa nơi sống và kiến thức về UTCTC, cụ thể phụ nữ ở khu vực nông thôn có kiến thức đạt thấp hơn 1,7 lần so với phụ nữ ở thành phố ($OR = 1,7$; $CI = 1,1-2,5$; $p < 0,05$). Điều này có thể do phụ nữ khu vực nông thôn ít được tiếp cận với các nguồn thông tin hơn so với phụ nữ ở thành phố. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trình độ văn hóa và kiến thức về UTCTC, phụ nữ có trình độ học vấn thấp có nguy cơ kiến thức không đạt cao hơn những nhóm khác ($p < 0,05$). Phát hiện này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà thực hiện trên 225 phụ nữ tại Quỳnh Phụ, Thái Bình [2].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa sự tiếp cận thông tin với kiến thức về bệnh UTCTC ($OR = 3,8$; $CI = 2,4 - 5,9$; $p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà và nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Tú chỉ ra có mối liên quan giữa nguồn thông tin được tiếp cận với kiến thức của phụ nữ về

UTCTC, cụ thể phụ nữ có tiếp cận internet, cán bộ y tế xã, bác sĩ, tờ rơi, loa phát thanh xã, đài truyền hình có kiến thức đầy đủ hơn so với các phụ nữ khác lần lượt là: 11,1 lần; 5,1 lần; 4,9 lần; 4,4 lần; 4,3 lần và 3 lần [4].

Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành khám sàng lọc phát hiện ung thư cổ tử cung và tiêm phòng HPV. Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu Hà [2]. Kiến thức tốt sẽ ảnh hưởng đến thái độ và từ đó thay đổi hành vi. Đây cũng là cơ sở để xây dựng chương trình truyền thông nhằm thay đổi kiến thức và hành vi phòng ung thư cổ tử cung ở phụ nữ trên địa bàn nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là phụ nữ đến khám phụ khoa đa số là trên 20 tuổi và đã có quan hệ tình dục nên chưa đánh giá được toàn diện kiến thức, thực hành phòng bệnh ở lứa tuổi trẻ hơn. Trong đó, lứa tuổi học sinh, sinh viên cũng rất cần được cung cấp kiến thức để có thể thực hành các hành vi phòng bệnh như tiêm phòng HPV. Tuy nhiên, phụ nữ đến khám phụ khoa là những đối tượng dễ tiếp cận và rất cần được cung cấp đầy đủ kiến thức để phòng bệnh UTCTC.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về bệnh ung thư cổ tử cung chiếm 52,6%. Trong đó, kiến thức đạt về dấu hiệu nghi ngờ UTCTC chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%). Tiếp theo là kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây UTCTC (45,3%). Kiến thức khả năng phòng và điều trị UTCTC thấp nhất là 14,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các biến số nơi sống, trình độ học vấn,

sự tiếp cận thông tin với kiến thức về bệnh UTCTC. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành khám sàng lọc phát hiện ung thư cổ tử cung và tiêm phòng HPV ($p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra kiến nghị cần tăng cường truyền thông kiến thức trong cộng đồng về bệnh ung thư cổ tử cung, đặc biệt những phụ nữ ở khu vực nông thôn, trình độ học vấn thấp.

VII. 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.22.141.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế.** Kế hoạch hành động Quốc gia dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016 – 2025.
2. **Bùi Thị Thu Hà và cộng sự,** Kiến thức, thực hành phòng ngừa ung thư cổ tử cung và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ đã có chồng từ 35-60 tuổi tại thị trấn An Bài, Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, Tạp chí Y học Dự Phòng, Tập số 6 – 2013, tr. 104 – 108
3. **Huỳnh Thị Thu Thủy và Nguyễn Điền,** Hiệu quả tư vấn về phòng ngừa nhiễm Human Papilloma Virus và dự phòng ung thư cổ tử cung tại bệnh viện Từ Dũ", Tạp chí nghiên cứu y học, Tập 130 - số 6 - 2011 , tr. 171-176.
4. **Nguyễn Thị Như Tú và cộng sự,** Thực trạng và mối liên quan giữa kiến thức toàn diện về ung thư cổ tử cung và tiếp cận với truyền thông của phụ nữ (15-49) tại tỉnh Bình Định năm 2017, Tạp chí Y học dự phòng, Tập 29 – số 13 – 2019.
5. **World Health Organization (WHO).** Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. Geneva: WHO; 2006.
6. **World Health Organization – Cervical Cancer Country Profile,** 2021. cervical-cancer-vnm-2021-country-profile-en.pdf (who.int)

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH QUẢN LÝ ĐAU CHO NGƯỜI BỆNH CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG, NĂM 2022

Phạm Thị Tuyết¹, Nguyễn Thanh Xuân¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 138 sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3, năm 4 của Đại học Y Dược Hải Phòng đang thực tập tại các khoa lâm sàng bệnh viện Việt Tiệp từ tháng 2 đến hết tháng 4 năm 2022 bằng phiếu tự điền. Kết quả nghiên cứu thu được như sau: Có 48,7% sinh viên ĐẠT kiến thức về quản lý đau cho người bệnh với điểm trung bình là $5,46 \pm 1,42$, tỷ lệ sinh viên ĐẠT về thực hành đánh giá đau là 39,9% với điểm trung bình là $1,10 \pm 0,83$. Không có sự khác biệt về điểm trung bình kiến thức và thực hành quản lý đau giữa hai giới. Sinh viên năm 4 có điểm trung bình kiến thức ($5,94 \pm 1,66$), điểm trung bình thực hành ($1,44 \pm 0,74$) cao hơn sinh viên năm 3 ($5,15 \pm 1,15$), ($0,88 \pm 0,81$), $p < 0,05$. Sinh viên thường xuyên sử dụng công cụ đánh giá đau khác quan có điểm trung bình thực hành ($1,28 \pm 0,81$) cao hơn nhóm sinh viên ít khi sử dụng ($0,82 \pm 0,28$), $p < 0,05$. **Kết luận:** sinh viên điều dưỡng chính quy có kiến thức trung bình, thực hành yếu về quản lý đau cho người bệnh.

Từ khoá: quản lý đau, sinh viên điều dưỡng, kiến thức của sinh viên điều dưỡng.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON PAIN MANAGEMENT OF PATIENT OF REGULAR NURSING STUDENT OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2022

A cross-sectional descriptive study was designed on 138 nursing students in the third year and the fourth year of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy by principles assessment test. They are practicing at the clinical departments of Viet Tiep Hospital from February to the end of April 2022 by interviewing. The research results are as follows: 47.8% of nursing students passed the knowledge test, students had average score of 5.46 ± 1.42 in knowledge of pain management; 39.9% of nursing students passed the practice, students had average score of 1.10 ± 0.83 in practice of pain management. There was no difference in the mean scores of pain management knowledge and practices between the sexes. 4th year students have the average score of knowledge (5.94 ± 1.66), average score of practice (1.44 ± 0.74) higher than 3rd year students (5.15 ± 1.15), (0.88 ± 0.81), $p < 0.05$. Students who regularly use the pain assessment tool have a higher average practice score (1.28 ± 0.81) than the group of students who rarely use it (0.82 ± 0.28), $p < 0.05$. **Conclusion:** Regular nursing students have average knowledge, weak practice on pain management for patients.

Keywords: pain management, nursing students, nursing students' knowledge.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết
Email: pttuyet@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023
Ngày duyệt bài: 2.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một cảm giác khó chịu, xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương của các mô, tế bào. Đau là kinh nghiệm được lượng giá bởi nhận thức chủ quan tùy theo từng người, từng cảm giác về mỗi loại đau, là dấu hiệu của bệnh tật và phải tìm ra nguyên nhân để chữa [1]. Đau là một vấn đề lớn trên toàn cầu. Ước tính rằng 20% người trưởng thành chịu hậu quả của đau và 10% được chẩn đoán bị đau mạn tính mỗi năm. Đau được quản lý kém là một vấn đề ảnh hưởng đến các cá nhân, toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe và xã hội trên toàn thế giới [0]. Đau đớn làm ảnh hưởng tiêu cực đến sự phục hồi của người bệnh, gây nên sự khó chịu, mất ngủ, làm tăng thời gian nằm viện, tăng nguy cơ tái nhập viện và tăng chi phí điều trị. Ngoài ra, đau là một trong những nguyên nhân gây rối loạn thần kinh dẫn đến kích động, suy giảm nhận thức, lo lắng và trầm cảm [0].

Hiệp hội đau Hoa Kỳ đã tuyên bố rằng đau là ngoài ý muốn của người bệnh nhưng khi một người bệnh biểu hiện đau thì quản lý đau là trách nhiệm của điều dưỡng [0]. Là những cán bộ y tế tương lai, để chăm sóc người bệnh toàn diện, sinh viên điều dưỡng phải có được kiến thức toàn diện về đau và quản lý đau cho người bệnh. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích đánh giá kiến thức về quản lý đau của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Dược Hải Phòng với mục tiêu sau: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về quản lý đau cho người bệnh của sinh viên điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3, 4 đang học tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022.

- Tiêu chuẩn loại trừ: sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu từ tháng 2 đến hết tháng 4 năm 2022, tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu toàn bộ

- Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

- Biến số nghiên cứu: Thông tin chung: tuổi (dương lịch), năm học, giới, dân tộc, tần suất sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan. Kiến thức về quản lý đau: Đường sử dụng thuốc giảm đau mạn tính, cấp tính, loại thuốc giảm đau có tác dụng kéo dài, thời điểm dùng thuốc giảm đau sau mổ, nguyên nhân tăng liều thuốc giảm đau, người hiểu về đau của người bệnh, thời gian tác dụng đạt nồng độ tối đa của Paracetamol, biểu hiện của phụ thuộc opioid khi ngưng thuốc, biểu hiện của ngộ độc paracetamol trong 24 giờ đầu... Thực hành đánh giá đau dựa trên 02 tình huống lâm sàng. Mối liên quan: giới, năm học với kiến thức quản lý đau; giới, năm học, tần suất sử dụng công cụ đánh giá đau, kiến thức với thực hành đánh giá đau.

- Phương pháp thu thập thông tin: Bộ công cụ quản lý đau của sinh viên điều dưỡng PMPAT (Pain Management Principles Assessment Test) được viết bởi tác giả McMillan và cộng sự năm 2000. Bộ công cụ này đã được tác giả Nguyễn Thị Hồng Hạnh và cộng sự nghiên cứu tại Đại học Duy Tân (2021) [0]. Bộ câu hỏi gồm 3 phần: Thông tin chung: 06 câu; kiến thức về quản lý đau 10 câu; thực hành đánh giá đau 02 câu. Điểm tối đa của phần câu hỏi kiến thức

là 10 điểm, tối thiểu là 0 điểm. SV được đánh giá là ĐẠT về kiến thức khi trả lời đúng từ 60% số câu hỏi tức là trả lời được từ 6 điểm trở lên. Với thực hành đánh giá đau cho người bệnh: sinh viên dùng thang điểm đau để đánh giá mức độ đau của 2 tình huống người bệnh. Tổng điểm thực hành tối đa 2 điểm, tối thiểu 0 điểm. Sinh viên được đánh giá là ĐẠT thực hành khi đúng 100% (2/2) tình huống, tức là được 2 điểm [0].

- Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm

SPSS 20.0. Trong nghiên cứu sử dụng tỉ lệ %, giá trị trung bình để biểu thị các biến, xác định các mối liên quan bằng kiểm định T (test) và Anova (test).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được sự đồng ý của Ban giám hiệu, Hội đồng nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và đối tượng nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, đảm bảo bí mật danh tính và thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng kiến thức, thực hành quản lý đau của sinh viên điều dưỡng chính quy

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi TB (mean + SD)	21,5 + 0,59	138	
Giới tính	Nam	8	5,8
	Nữ	130	94,2
Dân tộc	Kinh	134	97,1
	Khác (Tày, Nùng, Thái)	4	2,9
Sinh viên năm mấy	Sv năm 3	84	60,9
	Sv năm 4	54	39,1
Tần suất sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan	Không bao giờ	9	6,5
	Ít khi	50	36,2
	Thường xuyên	79	57,2

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 21,5 + 0,59. Sinh viên nữ (94,2%) và là người dân tộc Kinh (97,1%) chiếm đa số. Sinh viên năm thứ 3 chiếm 60,9%. Sinh viên thường xuyên sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2%.

Bảng 3.2. Điểm kiến thức và thực hành của sinh viên về quản lý đau

Nội dung	Điểm đạt		
	Thấp nhất (Min)	Cao nhất (Max)	mean + SD
Kiến thức về quản lý đau	3	8	5,15 + 1,42
Thực hành đánh giá đau	0	2	1,10 + 0,83

Nhận xét: Điểm trung bình của sinh viên điều dưỡng chính quy về kiến thức và thực hành quản lý đau lần lượt là 5,46 + 1,42 và 1,10 + 0,83.

Bảng 3.3. Đánh giá mức độ kiến thức, thực hành của sinh viên trong quản lý đau

Đánh giá	Không đạt		Đạt	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Kiến thức	72	52,2	66	47,8
Thực hành	83	60,1	55	39,9

Nhận xét: Có 47,8% sinh viên ĐẠT kiến thức, tỷ lệ sinh viên KHÔNG ĐẠT là 52,2%. Tỷ lệ sinh viên thực hành ĐẠT, KHÔNG ĐẠT lần lượt là: 39,9% và 60,1%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ sinh viên ĐẠT về kiến thức, thực hành theo từng nội dung quản lý đau

Nội dung	n	Sinh viên ĐẠT	
		n	(%)
Kiến thức			
Đường dùng thuốc giảm đau mạn tính	138	21	15,2
Đường dùng thuốc giảm đau cấp tính	138	79	57,2
Thuốc giảm đau có tác dụng kéo dài	138	38	27,5
Thời điểm dùng thuốc giảm đau ban đầu cho người bệnh đau sau mổ	138	29	21,0
Lý do tăng liều thuốc giảm đau	138	128	92,8
Đánh giá đau dựa trên cảm giác của người bệnh	138	100	72,5
Thời gian đạt nồng độ tối đa trong máu sau khi uống paracetamol	138	9	6,5
Triệu chứng phụ thuộc opiod khi ngưng thuốc	138	123	89,1
triệu chứng ngộ độc paracetamol trong 24 giờ đầu	138	119	86,2
Thông tin nhận định đau để dùng thuốc cho người bệnh	138	108	78,3
Thực hành			
Thực hành đánh giá đau: Ca bệnh A	138	55	39,9
Thực hành đánh giá đau: Ca bệnh B	138	97	70,3

Nhận xét: Sinh viên trả lời đúng “Lý do phổ biến nhất khiến người bệnh yêu cầu tăng liều thuốc giảm đau” là 92,8% chiếm tỷ lệ cao nhất. Sinh viên trả lời đúng “Thời gian để paracetamol dùng theo đường uống đạt nồng độ tối đa trong máu” là 6,5% chiếm tỷ lệ thấp nhất. Có 70,3% sinh viên đánh giá

đúng mức độ đau của ca bệnh B, Tỷ lệ sinh viên đánh giá đúng mức độ đau của ca bệnh A là 39,9%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ của sinh viên về quản lý đau

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa giới tính với kiến thức, thực hành của sinh viên về quản lý đau cho người bệnh

Nội dung	Giới tính	Số lượng (n)	mean + SD	p
Điểm kiến thức	Nam	8	5,88 + 0,99	0,4
	Nữ	130	5,44 + 1,44	
Điểm thực hành	Nam	8	1,25 + 0,89	0,6
	Nữ	130	1,09 + 0,83	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm trung bình kiến thức, điểm trung bình thực hành trong quản lý đau ở sinh viên nam và sinh viên nữ.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa năm học với kiến thức, thực hành của sinh viên về quản lý đau cho người bệnh

Nội dung	Sinh viên năm mấy	Số lượng (n)	mean + SD	p
Điểm kiến thức	Năm 3	84	5,15 + 1,15	0,001
	Năm 4	54	5,94 + 1,66	
Điểm thực hành	Năm 3	84	0,88 + 0,81	0,001
	Năm 4	54	1,44 + 0,74	

Nhận xét: Sinh viên năm 4 có điểm trung bình cao hơn sinh viên năm 3.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa tần suất sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan với thực hành quản lý đau cho người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Nội dung	Số lượng (n)	mean + SD	p
Tần suất sử dụng công cụ đánh giá đau	Không bao giờ ¹	9	1,11 + 0,60
	Ít khi ²	50	0,82 + 0,28
	Thường xuyên ³	79	1,28 + 0,81

Nhận xét: Có sự khác biệt về điểm trung bình thực hành giữa nhóm sinh viên **ít khi** sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan với nhóm sinh viên **thường xuyên** sử dụng công cụ đánh giá đau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức, thực hành quản lý đau cho người bệnh của sinh viên điều dưỡng chính quy

Nghiên cứu điều tra 138 sinh viên điều dưỡng có tuổi trung bình là 21,5 + 0,59; với 94,2% sinh viên là nữ và là người dân tộc Kinh chiếm 97,1%; 60,9% là sinh viên năm 3; (Bảng 1). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hạnh và cộng sự năm 2021 [Error! Reference source not found. Error! Reference source not found.0]. Từ kết quả bảng 1 cho thấy: tỷ lệ sinh viên "thường xuyên" sử dụng công cụ đánh giá đau chiếm 57,2%; "ít khi" chiếm 36,2%, không sử dụng chiếm 6,5%. Với yêu cầu "ít khi" là sử dụng từ 1-5 lần /năm, "thường xuyên" là sử dụng từ 5 lần/năm. Điểm trung bình kiến thức của sinh viên là 5,46 + 1,42, điểm trung bình thực hành là 1,10 + 0,83 (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu

này thấp hơn nghiên cứu của Dhuha Y. Wazqur nghiên cứu trên 135 sinh viên điều dưỡng tại Ả rập xê út [0]. Sự khác nhau có thể do sự khác biệt về chương trình đào tạo giữa 2 nước nên cần có sự đối sánh về chương trình đào tạo điều dưỡng để bổ sung, điều chỉnh cho chương trình đào tạo hiện nay của trường Đại học Y dược Hải Phòng. Tỷ lệ sinh viên điều dưỡng có kiến thức về quản lý đau ĐẠT chiếm 47,8%, thực hành quản lý đau ĐẠT chiếm 39,9% (Bảng 3.3). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Alnajjar MK (2019) trên 135 điều dưỡng chăm sóc người bệnh ung thư tại Jordan với tỷ lệ đạt kiến thức là 51,5% [0] và nghiên cứu của Jessica Latchman trên sinh viên điều dưỡng tại Hoa Kỳ năm 2014 [0]. Sự chênh lệch này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nhiều kết quả mà tác giả Nguyễn Thị Hồng Hạnh và cộng sự đã nghiên cứu trên 174 sinh viên điều dưỡng tại Đại học Duy Tân năm 2021 [0], chỉ có 1,7% sinh viên đạt kiến thức quản lý đau. Sự chênh lệch này phải chăng do chương trình đào tạo điều dưỡng giữa trường Đại học công lập và tư thục có sự khác nhau và chương trình đào tạo điều dưỡng của Đại

học Y Dược Hải Phòng đang tiệm cận với nhiều nước trên Thế giới. Trong 138 sinh viên được khảo sát không có sinh viên nào đúng hoàn toàn 10/10 câu kiến thức (bảng 3.4). Sinh viên hiểu biết rất ít về dược lý của thuốc giảm đau như: Thời gian để paracetamol dùng theo đường uống đạt nồng độ tối đa trong máu, đường dùng thuốc giảm đau mạn tính, thuốc giảm đau có tác dụng kéo dài, thời điểm dùng thuốc giảm đau ban đầu cho người bệnh đau sau mổ sinh viên đều chỉ trả lời đúng dưới 50%. Kết quả này tương đồng với tác giả Alnajar MK tại Jordan [0]. Tỷ lệ sinh viên điều dưỡng có thực hành đánh giá đau ĐAT chiếm 39,9% (bảng 3.3). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu E. Karaman (2019): Tỷ lệ đúng về đánh giá độ đau dao động từ 26,6 - 87% [4].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành quản lý đau cho người bệnh của sinh viên điều dưỡng chính quy.

Nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt về điểm trung bình kiến thức, điểm trung bình thực hành giữa hai giới (Bảng 3.5). Nguyên nhân có thể do số lượng sinh viên nam học ngành điều dưỡng không nhiều (8 sinh viên) nên cỡ mẫu chưa đủ đại diện. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Đại học Duy Tân của Nguyễn Thị Hồng Hạnh (2021) [5]. Bảng 3.6 cho thấy: sinh viên năm 4 có điểm trung bình kiến thức ($5,94 \pm 1,66$) cao hơn sinh viên năm 3 ($5,15 \pm 1,15$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của E. Karaman trên 190 sinh viên điều dưỡng tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy các sinh viên sắp tốt nghiệp có điểm trung bình cao hơn các sinh viên đang học [0]. Thực tế cho thấy, thời gian thực hành lâm sàng của sinh viên năm 4 nhiều hơn sinh viên năm 3. Cùng với đó, sinh viên năm 4 đã

học qua nhiều môn, tiếp xúc với nhiều mặt bệnh, nhiều kiểu đau, đa dạng các tình huống lâm sàng nên kỹ năng nhận định đau tốt hơn. Bằng kiểm định Anova một chiều, nghiên cứu điểm trung bình thực hành đánh giá đau của nhóm sinh viên "thường xuyên" sử dụng công cụ đánh giá đau khách quan ($1,28 \pm 0,81$) cao hơn nhóm sinh viên "ít khi" sử dụng ($0,82 \pm 0,28$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3.7). Trong bảng kiểm lượng giá thực hành tay nghề cho sinh viên điều dưỡng có các mức: "không làm, làm chưa thành thạo và làm thành thạo". Theo đó, để thành thạo một kỹ năng sinh viên phải thực hành nhiều lần. Cũng như vậy, khi thường xuyên dùng công cụ đánh giá đau khách quan để nhận định đau sinh viên sẽ đạt được mức thành thạo trong thực hành. Hay nói cách khác, sinh viên thường xuyên dùng công cụ đánh giá đau sẽ nhận định đau cho người bệnh chính xác hơn, tốt hơn [1]. Theo nghiên cứu của J. Hroch và cộng sự (2019) trên 336 sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Canada [7]: sinh viên có kinh nghiệm sử dụng công cụ đánh giá đau có điểm trung bình cao hơn nhóm sinh viên chưa có kinh nghiệm. Theo kết luận trong nghiên cứu của A. F. Santos (2018): sinh viên điều dưỡng có kiến thức về quản lý đau, biết về thang đánh giá đau khách quan nhưng họ không có khả năng thực hiện chúng [1].

V. KẾT LUẬN

Sinh viên điều dưỡng chính quy có kiến thức trung bình, thực hành yếu về quản lý đau cho người bệnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Kết quả này cho thấy sự cần thiết phải phát triển các chiến lược cụ thể để giảng dạy

hiệu quả cho sinh viên điều dưỡng về quản lý cơn đau.

VII. 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.22.150.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. F. Santos** (2018). Nursing students' knowledge about pain assessment. *Brazinllian Journal of pain*, December 2018, 1(4), 48-56.
2. **Alnajar MK, Darawad MW, Alshahwan SS, Samarkandi OA** (2019). Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units. *Journal Cancer Education*. 2019 Feb;34(1):186-193.
3. **Dhuha Y. Wazqua** (2019). Evaluating Saudi Nursing Students' Knowledge and Attitudes toward Cancer Pain Management: Implications for Nursing Education. *Journal of King Abdulaziz University- Medical Sciences*, 26(2), 61- 69.
4. **E. KARAMAN** (2019). Knowledge and attitudes of nursing students about pain management. *Turkish Society of Algology, Agri*. 2019 Apr;31(2):70-78.
5. **Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Dương Thị Hoài Thương** (2021). Kiến thức và thái độ về quản lý đau của sinh viên điều dưỡng năm 3 và 4 của trường Đại học Duy Tân". *Tạp chí Khoa học & Công nghệ Đại học Duy Tân* (2021), 5(48): p 126-134.
6. **Jessica Latchman** (2014). Improving Pain Management at the Nursing Education Level: Evaluating Knowledge and Attitudes. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 5(1), 10–16.
7. **J. Hroch, E. G. VanDenKerkhof, M. Sawhney và cộng sự** (2019). Knowledge and Attitudes about Pain Management among Canadian Nursing Students. *Pain Manag Nurs*, Volume 20, Issue 4, August 2019, Pages 382-389.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG CỦA BIẾN CHỨNG VIÊM NÃO Ở TRẺ MẮC TAY CHÂN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2012-2018

Đinh Văn Thức^{1,2}, Nguyễn Minh Thư¹, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh với mục tiêu sau: mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng của biến chứng viêm não trong bệnh tay chân miệng (TCM) do enterovirus EV71 tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2012 - 2018. Kết quả nghiên cứu 37 ca bệnh cho thấy biến chứng viêm não trong TCM thường gặp ở nhóm trẻ dưới 36 tháng tuổi, tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,17/1. Bệnh thường gặp vào mùa hè – thu. Các triệu chứng như: sốt, giật mình, mạch nhanh, phát ban dạng phỏng nước ở lòng bàn tay, chân và miệng gặp ở hầu hết các ca bệnh, trong khi đó các triệu chứng của viêm não như co giật, nôn, rối loạn trương lực cơ, rối loạn ý thức và thất điều chỉ được phát hiện ở một tỉ lệ thấp hơn. Có 59,4% số ca bệnh có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, đa số các ca bệnh không tăng CRP, xét nghiệm dịch não tủy (DNT) gợi ý bệnh cảnh của viêm não do virus: tăng bạch cầu đơn nhân trong DNT, protein và glucose DNT trong giới hạn bình thường. Do vậy, cần theo dõi sát triệu chứng của bệnh nhân mắc TCM để có thể đưa ra chỉ định phân tích DNT ở thời điểm thích hợp, chẩn đoán kịp thời các ca bệnh có biến chứng viêm não.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 2.6.2023

Từ khóa: tay chân miệng, viêm não, enterovirus EV71

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS OF ENCEPHALITIS COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2012-2018

A retrospective descriptive study of a series of cases with the following objective: to describe the clinical epidemiological characteristics of encephalitis complications in hand, foot and mouth disease (HFMD) caused by enterovirus EV71 at Hai Phong Children's Hospital in 2012 - 2018. The results of a study of 37 cases showed that encephalitis complications in HFMD were common in children under 36 months of age, the male/female ratio was 1.17/1. The disease was common in summer-autumn. Symptoms such as fever, startle, tachycardia, rash on palms, feet, and mouth were common in most cases, while symptoms of encephalitis such as convulsions, vomiting, dystonia, impaired consciousness and ataxia were detected only at a lower rate. There were 59.4% of cases with an increase in the number of white blood cells in the peripheral blood, most of the cases did not show increased CRP, the cerebrospinal fluid (CSF) test suggested a viral encephalitis: elevated monocytes in CSF, CSF protein and glucose were within normal limits. Therefore, it is necessary to closely monitor the symptoms of

patients with HFMD so that an indication for CSF analysis can be given at an appropriate time giving a timely diagnosis of cases with complications of encephalitis.

Keywords: hand-foot-mouth disease, encephalitis, enterovirus EV71

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ thành dịch chủ yếu do virus đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Cocksackie virus A16 và Enterovirus 71. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, nhất là ở trẻ dưới 5 tuổi [1]. Việc phát hiện, chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời có ý nghĩa quan trọng trong việc hạn chế các biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm cơ tim, phù phổi cấp,... Trong số đó, viêm não là một biến chứng nặng nề có thể đưa đến tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề cho trẻ bị TCM [2].

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng là một trung tâm chăm sóc y tế chuyên ngành Nhi chuyên sâu tại thành phố Hải Phòng, thường xuyên tiếp nhận và điều trị các trường hợp trẻ mắc tay chân miệng chuyển nặng có biến chứng. Viêm não là một trong những biến chứng nặng ở các bệnh nhân TCM, trong thực tế có không ít trường hợp các ca bệnh gặp khó trong chẩn đoán và điều trị. Vậy trên thực tế, các đặc điểm cần được nhận biết của biến chứng viêm não ở các trẻ mắc TCM là như thế nào? Để góp phần rút kinh nghiệm trong công tác chẩn đoán kịp thời và điều trị tốt biến chứng viêm não của bệnh TCM cho các bác sĩ lâm sàng, chúng tôi tiến hành đề tài này với những mục tiêu: mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng của biến chứng viêm não trong bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2012 - 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trường hợp bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán mắc bệnh tay chân miệng, có biến chứng viêm não và đã được điều trị tại Đơn nguyên Bệnh truyền nhiễm, khoa Hồi sức - Cấp cứu – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2012 đến ngày 31/12/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của trẻ nhập viện và được chẩn đoán mắc bệnh tay-chân-miệng do enterovirus EV71 có biến chứng viêm não dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam với các triệu chứng sau [3]:

+ Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

+ Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không. Kèm theo trẻ có thể có các triệu chứng của viêm não như: sốt, đau nhức đầu, quấy khóc, kích thích, buồn nôn, nôn, rối loạn tri giác từ nhẹ đến nặng (ngủ gà, li bì, lơ mơ đến hôn mê), co giật. Trẻ có thể có các dấu hiệu thần kinh khác: dấu hiệu màng não, các dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt nửa người hoặc tứ chi), tăng hoặc giảm trương lực cơ... Có thể có suy hô hấp, phù phổi cấp, suy tim hoặc sốc.

+ Chọc dò dịch não tủy cho xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, chủ yếu là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.

+ PCR enterovirus EV71 dương tính.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không bao gồm dữ liệu đầy đủ để đánh giá ca bệnh.

Các bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh lý thần kinh, rối loạn di truyền và chuyển hóa, dị dạng não bẩm sinh, chấn thương sọ não, dị dạng mạch não bẩm sinh và các bệnh lý ảnh hưởng tới sự phát triển của não bộ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu toàn bộ bao gồm toàn bộ số hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu: thu thập các số liệu liên quan tới một số yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, địa dư), triệu chứng lâm sàng (cơ năng và thực thể), triệu chứng cận lâm sàng

(kết quả xét nghiệm máu ngoại vi và kết quả phân tích dịch não tủy).

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

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (theo quyết định số 63.722/QĐ-YDHP ngày 18/4/2022) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

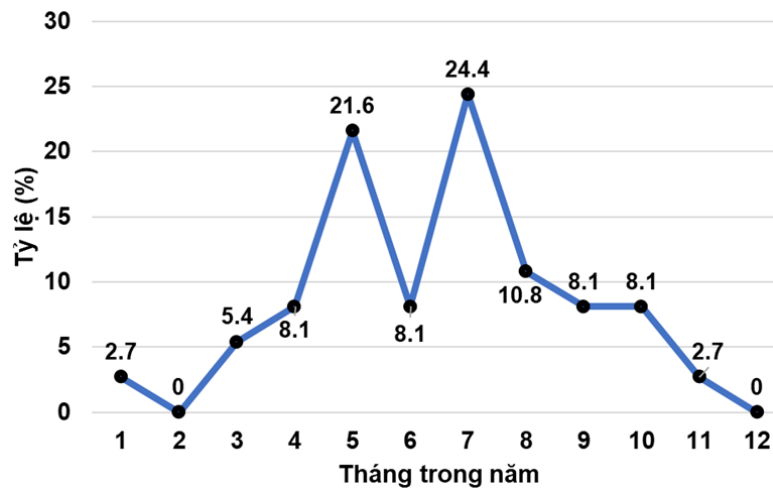
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 37 ca bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não tại khoa Hồi sức – Cấp cứu – BVTEHP trong các năm 2012 - 2018, chúng tôi ghi nhận một số kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của viêm não trong bệnh tay chân miệng (n=37)

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$: 20 $\pm$ 12 tháng, min: 5 tháng, max: 60 tháng)	2 tháng - < 12 tháng	7	18,9
	12 tháng - < 36 tháng	27	73
	36 tháng – 60 tháng	3	8,1
Giới	Nam	20	54,1
	Nữ	17	45,9
Tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân tay chân miệng	Có	9	24,3
	Không	28	75,7
Lí do vào viện	Co giật	3	8,1
	Giật mình	2	5,4
	Loét miệng	7	18,9
	Nốt dạng phỏng nước	12	32,4
	Sốt cao	10	27,1
	Thất điều	3	8,1

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân ở độ tuổi dưới 36 tháng, trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, thường không có tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân TCM. Lí do vào viện thường gặp nhất là trẻ có nốt dạng phỏng nước, bị sốt cao và loét miệng.



Hình 1. Thời điểm nhập viện của trẻ mắc tay chân miệng có biến chứng viêm não

Nhận xét: số ca bệnh nhập viện chủ yếu trong mùa hè - thu, cao nhất vào tháng 5 và tháng 7.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của viêm não trong bệnh tay chân miệng (n=37)

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Phân độ tay chân miệng	Độ IIb nhóm 2	34	91,9
	Độ III	3	8,1
Dấu hiệu khởi phát của bệnh	Sốt	32	86,4
	Mệt mỏi	30	81,1
	Phát ban dạng phỏng nước	27	72,9
	Nôn	7	18,9
	Tiêu chảy	4	10,8
	Vết loét miệng	29	78,4
Mức độ sốt	Sốt cao	21	56,7
	Sốt vừa và nhẹ	16	43,3
Số ngày có sốt (Trung bình: 4,5 ± 1,6 ngày, min: 2 ngày, max: 9 ngày)	≤ 2 ngày	2	5,4
	3 – 6 ngày	32	86,5
	≥ 7 ngày	3	8,1
Vị trí phát ban	Lòng bàn tay	33	89,2
	Lòng bàn chân	29	78
	Gối	1	2,7
	Mông	5	13,5
Triệu chứng lâm sàng	Sốt	37	100
	Nốt dạng phỏng nước	32	86,5
	Giật mình	35	94,6
	Mạch nhanh	33	89,2

	Loét miệng	25	67,5
	Co giật	6	16,2
	Nôn	7	18,9
	Rối loạn trương lực cơ	4	10,8
	Suy hô hấp	2	5,4
	Rối loạn ý thức	4	10,8
	Thất điều	9	24,3
	Huyết áp tăng	6	16,2

Nhận xét: Triệu chứng khởi phát của các bệnh nhân thường gặp nhất là sốt, mệt mỏi và có vết loét miệng và nốt dạng phỏng nước. Trong đó, đa số trẻ bị sốt cao và sốt kéo dài từ 3 – 6 ngày. Vị trí phát ban chủ yếu là ở lòng bàn tay và lòng bàn chân. Các triệu chứng lâm sàng khi vào viện thường gặp nhất là trẻ có sốt, giật mình, mạch nhanh, nốt dạng phỏng nước.

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng của viêm não trong bệnh tay chân miệng (n=37)

Đặc điểm			Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm máu ngoại vi	Số lượng bạch cầu	Tăng	22	59,4
		Bình thường	15	40,6
	CRP định lượng	≤ 6 mg/l	21	56,7
		> 6 mg/l	16	43,3
Xét nghiệm dịch não tủy	Số lượng tế bào (TB ± SD: 118 ± 115 tế bào, min: 5 tế bào, max: 443 tế bào)	6-100 bạch cầu/mm ³	23	62,2
		>100 bạch cầu/mm ³	14	37,8
	Protein (TB ± SD: 0,46 ± 0,2 g/l, min: 0,17 g/l, max: 0,93 g/l)	<0,5 g/l	26	70,3
		0,5-1g/l	11	29,7
		>1g/l	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng và giá trị CRP định lượng ≤ 6 mg/l. Xét nghiệm dịch não tủy (DNT) cho thấy tất cả các trẻ đều có biểu hiện của bệnh của nhiễm viêm não siêu vi (tăng bạch cầu trong DNT, Protein và Glucose DNT trong giới hạn bình thường).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình là 20 ± 5 tháng tuổi, thấp nhất là 5 tháng tuổi, cao nhất là 60 tháng tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là trẻ dưới 36 tháng (chiếm 91,9%). Kết quả này có sự tương đồng với một nghiên cứu tại

Trung Quốc cũng cho thấy trẻ mắc TCM có biến chứng viêm não thường ở độ tuổi < 3 tuổi với độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 21 tháng tuổi [4]. Đây là độ tuổi trẻ được gửi đi nhà trẻ và có nhiều nguy cơ tiếp xúc với nguồn bệnh. Tuy nhiên, có một thực tế là tiền sử tiếp xúc với ca bệnh TCM khai thác được từ người chăm sóc trẻ chỉ chiếm số ít (24,3%). Điều này có thể là do người chăm sóc trẻ không nắm được đầy đủ thông tin về các ca bệnh TCM tại môi trường nhà trẻ, hoặc cũng có thể do trẻ tiếp xúc với những người lớn trong gia đình có

mang virus gây bệnh TCM nhưng không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,17/1, khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Fang Y. và cộng sự trên nhóm 46 bệnh nhân TCM có viêm não cho thấy tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,3/1 [5]. Khảo sát thời điểm nhập viện, chúng tôi nhận thấy các trường hợp trẻ mắc TCM có viêm não thường xảy ra trong mùa hè – thu, với hai mức đỉnh rơi vào tháng 5 và tháng 7. Kết quả này có sự tương đồng với một nghiên cứu tại Nhật Bản trong các năm 2012 đến 2019 cho thấy đỉnh dịch TCM rơi vào tháng 7 hàng năm [6]. Đây có thể là thời gian mà nhiệt độ và thời tiết phù hợp cho sự phát triển của virus. Một số nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy sự liên quan giữa thời tiết và đỉnh của dịch, khi thời tiết ấm lên thì số lượng bệnh nhân cũng tăng lên [7].

Triệu chứng khởi phát của các bệnh nhân thường gặp nhất là sốt, mệt mỏi và có vết loét miệng và nốt dạng phỏng nước. Trong đó, đa số trẻ bị sốt cao và sốt kéo dài từ 3 – 6 ngày. Vị trí phát ban chủ yếu là ở lòng bàn tay và lòng bàn chân. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trương Thị Chiết Ngự cho thấy tỉ lệ khởi phát bằng triệu chứng sốt là 66,4% [8].

Các triệu chứng lâm sàng khi vào viện thường gặp nhất là trẻ có sốt, giật mình, mạch nhanh, phát ban dạng phỏng nước. Nghiên cứu của Wang M.G. và cộng sự trên 59 ca bệnh TCM có biến chứng viêm não cho thấy tỉ lệ bệnh nhân phát ban dạng phỏng nước trên lòng bàn tay, chân và miệng chiếm 62,71%. Bên cạnh đó, tác giả này cũng cho

thấy toàn bộ 59 ca bệnh đều có sốt, trong đó, sốt cao chiếm 62,71%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4]. Các triệu chứng của viêm não như co giật, nôn, rối loạn trương lực cơ, rối loạn ý thức, thất điều chỉ được phát hiện ở một tỉ lệ nhỏ của các ca bệnh. Kết quả này có điểm tương đồng với nghiên cứu của Wang M.G. và cộng sự cho thấy các biểu hiện lâm sàng của viêm não không điển hình trên các ca bệnh TCM này, đồng thời khuyến cáo vai trò của việc theo dõi sát diễn biến trên lâm sàng và các bất thường về cận lâm sàng [4]. Một nghiên cứu khác tại Nhật Bản cũng cho thấy một tỉ lệ nhỏ các trường hợp TCM xuất hiện biến chứng viêm não với biểu hiện của các triệu chứng lâm sàng nói trên [6].

Xét nghiệm DNT của 37 trẻ trong nghiên cứu này cho thấy tất cả các ca bệnh đều có biểu hiện bệnh cảnh của viêm não do virus, với số lượng tế bào DNT biến đổi đa dạng từ 5 – 443 tế bào bạch cầu/mm³ và định lượng Protein và Glucose DNT trong giới hạn bình thường. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Fang Y. và cộng sự [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 59,4% bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi (trung bình: $12,1 \pm 3,6$ G/l), tương đồng với kết quả của một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I cho thấy số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi trung bình là 12,6 G/l [8].

V. KẾT LUẬN

Biến chứng viêm não trong TCM do enterovirus EV71 thường gặp ở trẻ dưới 36 tháng tuổi, ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Đặc điểm khởi phát của các ca bệnh này có nhiều

triệu chứng tương đồng với bệnh cảnh của TCM nói chung, tuy nhiên các triệu chứng chỉ điểm cho tình trạng biến chứng viêm não chỉ gặp với tỉ lệ thấp hơn. Xét nghiệm dịch não tủy của toàn bộ các ca bệnh đều gợi ý tới bệnh cảnh của viêm não do virus với sự tăng số lượng bạch cầu đơn nhân trong DNT, protein và glucose DNT trong giới hạn bình thường. Do vậy, cần theo dõi sát triệu chứng của bệnh nhân mắc TCM để có thể đưa ra chỉ định phân tích DNT ở thời điểm thích hợp, chẩn đoán kịp thời các ca bệnh có biến chứng viêm não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leung, A.K.C., et al.**, Hand, Foot, and Mouth Disease: A Narrative Review. *Recent Adv Inflamm Allergy Drug Discov*, 2022. **16**(2): p. 77-95.
2. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 7/8/2015 của Bộ Y tế. 2015.
3. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng. Ban hành kèm theo quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30/3/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2012.
4. **Wang, M.G., et al.**, Clinical analysis of 59 children with hand foot and mouth diseases due to enterovirus EV71 and concomitant viral encephalitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2017. **21**(4 Suppl): p. 43-49.
5. **Fang, Y., et al.**, Analysis of Clinical Related Factors of Neonatal Hand-Foot-Mouth Disease Complicated With Encephalitis. *Front Neurol*, 2020. **11**: p. 543013.
6. **Gonzalez, G., et al.**, Enterovirus-Associated Hand-Foot and Mouth Disease and Neurological Complications in Japan and the Rest of the World. 2019. **20**(20).
7. **Dong, W., et al.**, The Effects of Weather Factors on Hand, Foot and Mouth Disease in Beijing. *Sci Rep*, 2016. **6**: p. 19247.
8. **Trương Thị Chiết Ngự, Đ.T.N.D., Trương Hữu Khanh**, , Đặc điểm bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Nhi đồng I năm 2007. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2009. **13**(1): p. 219-223.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ DO SHIGELLA TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2021

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Nguyễn Đức Thuận¹, Đinh Văn Thúc^{1,3}

TÓM TẮT

Bệnh lý trực khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do trực khuẩn *Shigella* xảy ra ở đường tiêu hóa, thường gây tổn thương khu trú tại niêm mạc đại tràng, có thể tiến triển nặng và gây tử vong. Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu được tiến hành với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý do *Shigella* tại khoa Tiêu hóa - bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2021 và nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân này. Qua nghiên cứu 40 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý do *Shigella*, chúng tôi nhận thấy bệnh chủ yếu gây ra bởi các chủng vi khuẩn *S. flexneri* và *S. sonnei* với triệu chứng thường gặp nhất là ỉa phân nhày máu. Mót rặn và nôn chỉ gặp ở một tỉ lệ nhỏ. Bệnh chủ yếu xảy ra ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi sống tại vùng ngoại thành. Đa số bệnh nhân không có sốt, tuy nhiên vẫn có một số trường hợp trẻ mắc bệnh này bị co giật do sốt cao. Các chủng *Shigella* đã phân lập được cho thấy đã đề kháng lại nhiều loại kháng sinh trong khuyến cáo của Bộ Y tế ban hành với tỉ lệ cao hơn so với kết quả nghiên cứu trước đây.

Từ khóa: phân máu; sốt; trẻ em; *Shigella*

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF SHIGELLOSIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019 - 2021

Bacillary dysentery is an acute bacterial infection caused by *Shigella* bacillus occurring in the gastrointestinal tract, often causing localized lesions in the colonic mucosa, which can be severe and fatal. A descriptive study of a series of cases using retrospective data was conducted with the aim: to describe the clinical and subclinical characteristics of *Shigella* dysentery at the Department of Gastroenterology - Hai Phong Children's Hospital. Room in the years 2019-2021 and comment on the treatment results of these patients. Through the study of 40 medical records of patients diagnosed with *Shigella* dysentery, we found that the disease was mainly caused by the strains *S. flexneri* and *S. sonnei* with the most common symptom as diarrhea. Bloody stools, straining and vomiting occurred only in a small percentage. The disease mainly occurred in children under 5 years old living in suburban areas. Most patients did not have a fever, but some children with this disease had convulsions due to high fever. The isolated strains of *Shigella* were shown to be resistant to many antibiotics listed in the recommendations of the Ministry of Health issued with a higher rate than previous research results.

Keywords: bloody stools; fever; children; *Shigella*

¹Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Bệnh viện trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Thúc

Email: dvthuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 2.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lỵ trực khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính xảy ra ở đường tiêu hóa, thường gây tổn thương khu trú tại niêm mạc đại tràng. Thể điển hình cấp tính có các triệu chứng như sốt, có cơn đau quặn bụng, mót rặn khi đại tiện và đặc biệt là tiêu chảy phân có nhày máu. Nguyên nhân gây bệnh là trực khuẩn Shigella. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, cả nam và nữ nhưng thường hay gặp hơn ở trẻ em, đặc biệt là trẻ em trong lứa tuổi mẫu giáo, nhà trẻ. Bệnh lỵ do Shigella lây lan nhanh theo đường tiêu hóa trong các bệnh tiêu chảy nhiễm khuẩn, có thể gây bùng phát các ổ dịch nhỏ. Trên thế giới, tỷ lệ mắc lỵ trực khuẩn ước tính là 164,7 triệu trường hợp mỗi năm, trong đó 163,2 triệu trường hợp ở các nước đang phát triển với 1,1 triệu trường hợp tử vong [1]. Tỷ lệ mắc bệnh ở các nước đang phát triển có thể lớn hơn 20 lần so với các nước phát triển. Ở Việt Nam, hàng năm vẫn có khoảng 40 nghìn trường hợp mắc lỵ trực khuẩn phải nhập viện và vẫn có trường hợp tử vong xảy ra. Do đó, bệnh lỵ trực khuẩn cho đến hiện tại vẫn là một vấn đề sức khỏe quan trọng cần được lưu ý [2].

Bệnh lỵ trực khuẩn cần được chẩn đoán nhanh, chính xác và điều trị bằng kháng sinh phù hợp do tính chất diễn biến cấp tính của bệnh. Việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do bệnh có triệu chứng lâm sàng phong phú, dễ nhầm lẫn với các nguyên nhân khác gây tiêu chảy phân nhày máu giống bệnh lỵ. Cây phân mọc Shigella là bằng chứng chắc chắn nhất để chẩn đoán xác định nhưng thời gian đợi kết quả muộn và tỷ lệ thành công không cao, gây ảnh hưởng đến sự điều trị kịp thời. Sự nhạy cảm với kháng sinh của Shigella thay đổi liên tục [3]. Để góp phần rút kinh nghiệm, nâng cao hiệu quả cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh lỵ trực khuẩn Shigella,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lỵ do Shigella tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2021.
- Nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trường hợp bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán mắc hội chứng lỵ do trực khuẩn Shigella và đã được điều trị tại khoa Tiêu hóa – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/12/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các trẻ nhập viện và được chẩn đoán là hội chứng lỵ do trực khuẩn Shigella theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam với các triệu chứng của hội chứng lỵ và có kết quả nuôi cấy mẫu phân mọc vi khuẩn Shigella [4].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không bao gồm đủ liệu đầy đủ để đánh giá ca bệnh.
- Hồ sơ bệnh án của trẻ có các nguyên nhân khác của ỉa máu: polyp trực tràng, nứt kẽ hậu môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu toàn bộ gồm tất cả số hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ

tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.4. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

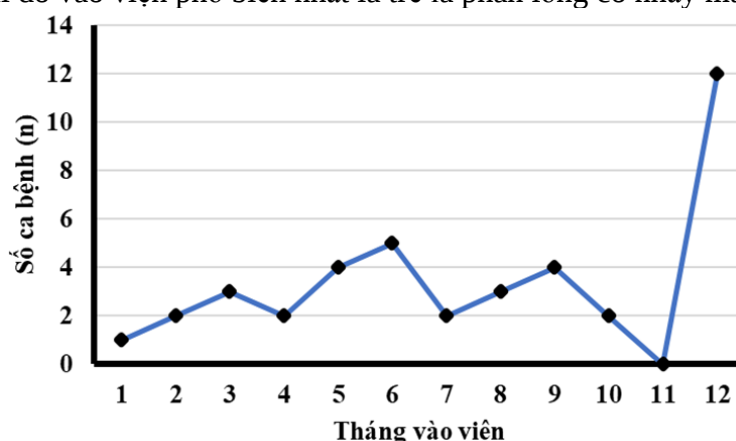
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 40 ca bệnh lý trực khuẩn tại khoa Tiêu hóa – BVTEHP, chúng tôi thu được một số kết quả nghiên cứu sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh lý trực khuẩn Shigella (n=40)

Tiêu chí		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi ($X \pm SD$: $2,31 \pm 1,57$ tuổi)	<6 tháng	8	20
	6 tháng – <3 tuổi	21	52,5
	3 tuổi – 5 tuổi	7	17,5
	>5 tuổi	4	10
Địa dư	Ngoại thành	32	80
	Nội thành	8	20
Giới	Nam	21	52,5
	Nữ	19	47,5
Lí do vào viện	Phân lỏng có nhầy, máu	30	75
	Sốt	5	12,5
	Co giật	2	5
	Đau bụng	2	5
	Nôn	1	2,5

Nhận xét: Bệnh lý trực khuẩn Shigella chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, hầu hết đến từ vùng ngoại thành, với lí do vào viện phổ biến nhất là trẻ ỉa phân lỏng có nhầy máu hoặc có sốt.



Hình 1. Phân bố số ca bệnh theo thời điểm nhập viện bệnh lý trực khuẩn Shigella

Nhận xét: số ca bệnh cao nhất vào các tháng 5, 6 và tháng 12 trong năm.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh lý trực khuẩn Shigella

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Phân lỏng có nhầy máu		35	87,5
Mót rặn		6	15
Nôn		5	12,5
Co giật		2	5
Sốt	Không sốt (<37,5°C)	21	52,5
	Sốt nhẹ (37,5°C - 38°C)	7	17,5
	Sốt vừa (>38°C - <39°C)	5	12,5
	Sốt cao (>39°C)	7	17,5
Mất nước	Không mất nước	33	82,5
	Có mất nước	6	15
	Mất nước nặng	1	2,5

Nhận xét: triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là trẻ ỉa phân lỏng có nhầy máu. Sốt xảy ra ở 47,4% số ca bệnh, trong đó sốt cao chiếm 7/40 ca bệnh và có 2 trẻ bị co giật. Mất nước chỉ xảy ra ở 17,5% số ca bệnh. Trong đó, 100% các trường hợp nhiễm *S. dysenteriae* có mất nước.

Bảng 0. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh lý trực khuẩn Shigella

Chỉ số		Số ca bệnh	Tỷ lệ %
CRP	Tăng	16	40
	Không tăng	24	60
Bạch cầu	Tăng	23	57,5
	Bình thường	16	40
	Giảm	1	2,5
Bạch cầu hạt trung tính	Tăng	30	75
	Bình thường	3	7,5
	Giảm	7	17,5
Kết quả phân lập vi khuẩn	<i>S. flexneri</i>	18	45
	<i>S. sonnei</i>	18	45
	<i>S. dysenteriae</i>	3	7,5
	<i>S. boydii</i>	1	2,5

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng cao chỉ gặp tổng 57,5% ca bệnh, nhưng tỉ lệ tăng bạch cầu hạt trung tính chiếm tới 75% số bệnh nhân. CRP tăng cao ở 40% trường hợp. Cả 4 chủng vi khuẩn Shigella đều được phát hiện trong các mẫu phân của bệnh nhân, trong đó thường gặp nhất là *S. flexneri* và *S. sonnei* (cùng chiếm 45%).

Bảng 4. Tính nhạy cảm của vi khuẩn *Shigella* theo kháng sinh đồ

Tên kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ceftriaxone	7	43,75	1	6,25	8	50	16	100
Cefotaxime	5	31,25	3	18,75	8	50	16	100
Cefuroxime	0	0	0	0	1	100	1	100
Ampicillin	3	18,75	0	0	13	81,25	16	100
Chloramphenicol	13	86,67	1	6,67	1	6,67	15	100
Gentamycin	0	0	0	0	1	100	1	100
Ciprofloxacin	9	60	0	0	6	40	15	100
Acid nalidixic	2	14,29	1	7,14	11	78,57	14	100
Ceftazidime	10	66,67	1	6,67	4	26,67	15	100
Co-trimoxazol	1	6,25	0	0	15	93,75	16	100

Nhận xét: vi khuẩn *Shigella* đã cho thấy chỉ còn nhạy cảm với chloramphenicol ở một tỉ lệ cao và với ceftazidime hoặc ciprofloxacin ở một tỉ lệ tương đối thấp. Hầu hết các chủng vi khuẩn đã phân lập cho thấy tính kháng cao đối với co-trimoxazol, acid nalidixic và ampicillin.

Bảng 5. Số ngày điều trị của bệnh nhân theo chủng vi khuẩn gây bệnh (n=40)

Chủng vi khuẩn \ Ngày điều trị	Dưới 3 ngày n (%)	3-5 ngày n (%)	Trên 5 ngày n (%)
<i>S. dysenteriae</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	2 (5%)
<i>S. flexneri</i>	1 (2,5%)	11 (27,5%)	6 (15%)
<i>S. boydii</i>	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,5%)
<i>S. sonnei</i>	1 (2,5%)	16 (40%)	1 (2,5%)
Tổng (Trung bình số ngày điều trị: 4,23 ngày $\pm$ 1,67 ngày)	2 (5%)	28 (70%)	10 (25%)

Nhận xét: đa số các ca ly trực khuẩn *Shigella* có thời gian điều trị nội trú là 3 – 5 ngày. Tỷ lệ khỏi bệnh trong nghiên cứu này là 100%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trên 6 tháng tuổi (chiếm 80%); có 90% số bệnh nhân dưới 5 tuổi; nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 6 tháng – 3 tuổi (chiếm 52,5%). Kết quả này có sự tương đồng với kết quả

của Lưu Thị Hồng Quyên với nhóm tuổi dưới 6 tuổi chiếm chủ yếu (96,81%) [5]. Tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi mắc bệnh không cao (chiếm 20% so với tỷ lệ trẻ mắc bệnh trên 6 tháng là 80%), có thể do trẻ được nuôi dưỡng chủ yếu bằng sữa mẹ và qua đó nhận được các kháng thể từ mẹ, vì vậy trẻ mắc bệnh ít

hơn. Tỷ lệ trẻ nam/nữ trong nghiên cứu này là 1,1/1. So sánh với các kết quả nghiên cứu của Lưu Thị Hồng Quyên (nam/nữ: 1,5/1); có thể thấy tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu này ít chênh lệch hơn so với các nghiên cứu trên, mặc dù số trẻ nam vẫn nhiều hơn. Kết quả này phù hợp với một khảo sát gần đây cho thấy trong bệnh lý trực khuẩn *Shigella* ở trẻ em có xu hướng gặp nhiều ở trẻ nam hơn ở trẻ nữ [5]. Nghiên cứu này cũng cho thấy đa số trẻ mắc bệnh ở vùng nông thôn, chiếm 80% tổng số bệnh nhân. Kết quả này cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Lưu Thị Hồng Quyên (63,9%) [5]. Kết quả này phù hợp về mặt lý thuyết do bệnh thường gặp ở những địa phương có điều kiện vệ sinh chưa tốt, điều kiện kinh tế chưa cao.

Khảo sát số ca mắc theo thời điểm nhập viện trong năm, chúng tôi nhận thấy số ca bệnh tăng cao vào các tháng 5, 6 và đặc biệt cao vào tháng 12. Kết quả này cho thấy có sự khá tương đồng với kết quả của một nghiên cứu gần đây nhằm đánh giá về đặc điểm dịch tễ học bệnh lý do *Shigella* và các yếu tố khí hậu liên quan ở Đài Loan trên 1926 ca bệnh, theo đó, sự xuất hiện của bệnh lý này có liên quan đáng kể với thời tiết mùa nóng và độ ẩm tương đối ở mức 70–74% [6].

Tỷ lệ bệnh nhân có sốt là 47,5% cho thấy sốt là triệu chứng hay gặp nhưng vẫn thấp hơn so với các trường hợp không có sốt. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên với 90,47% bệnh nhân có sốt. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chỉ có 5% số bệnh nhân xuất hiện triệu chứng co giật, đều do sốt cao. Kết quả này thấp hơn

kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên với 20,63% bệnh nhân co giật do sốt [5]. Những khác biệt nói trên có thể là kết quả của việc người chăm sóc trẻ có kỹ năng xử trí và theo dõi trẻ bị sốt tốt hơn, hoặc cũng có thể do việc sử dụng kháng sinh sớm trên trẻ bệnh.

Chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân vào viện trong tình trạng không mất nước, chiếm 82,5%; bệnh nhân có mất nước chiếm 15%; có 1 bệnh nhân mất nước nặng chiếm 2,5%. Trong đó, 100% các trường hợp nhiễm *S. dysenteriae* có mất nước. Tỷ lệ bệnh nhân không mất nước trên phù hợp với nghiên cứu của Lưu Thị Hồng Quyên với 87,31% bệnh nhân không mất nước [5]. Tỷ lệ gây mất nước của *S. dysenteriae* cao phù hợp về mặt lý thuyết do đây là chủng có khả năng gây bệnh mạnh, đặc biệt là typ 1 (*S. shiga*) nhờ có ngoại độc tố. Nôn là triệu chứng không thường gặp trong lý trực khuẩn. Tỷ lệ bệnh nhân có phân nhầy máu là 87,5%, chỉ có 5/40 bệnh nhân không có triệu chứng này. Kết quả này cao hơn kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên với tỷ lệ 73% [5]. Có thể thấy triệu chứng phân nhầy máu phổ biến trong lý trực khuẩn, tuy nhiên không loại trừ bệnh đối với những bệnh nhân không có triệu chứng này do bệnh ở thể không điển hình. Chỉ có 15% bệnh nhân có triệu chứng mót rặn, trong đó chủ yếu là nhiễm *S. sonnei*, chỉ có 1 trường hợp mót rặn nhiễm *S. flexneri* (chiếm tỷ lệ 1/18 bệnh nhân nhiễm *S. flexneri*). Kết quả này có sự khác biệt nhỏ so với kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên với 23,81% bệnh nhân có mót rặn [5].

Nghiên cứu này cho thấy đa số mọc *S. flexneri* và *S. sonnei* với tỷ lệ ngang nhau là 45%, có 3 trường hợp nhiễm *S. dysenteriae* (chiếm 7,5%) và 1 trường hợp nhiễm *S. sonnei* (chiếm 2,5%). Kết quả này khác với kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên với 58,72% nhiễm *S. sonnei*, 1 trường hợp nhiễm *S. dysenteriae*, còn lại là *S. flexneri* [6]; nghiên cứu của Nguyễn Hồng Tư với 87,1% nhiễm *S. sonnei*, 11,8% nhiễm *S. flexneri*, 1,1% nhiễm *S. dysenteriae*. Kết quả trên có lẽ do sự thay đổi về không gian về thời gian dẫn đến thay đổi tác nhân gây bệnh. Tuy nhiên, về cơ bản những chủng gây bệnh chính là *S. flexneri* và *S. sonnei* với tỷ lệ thay đổi tùy theo khu vực và thời gian. Tỷ lệ nhiễm *S. dysenteriae* không nhiều và rất ít trường hợp nhiễm *S. boydii* [7].

Trong số các loại kháng sinh được làm kháng sinh đồ thì có nhiều loại bị kháng với tỷ lệ khá cao như: ceftriaxone kháng 50%, cefotaxime kháng 50%, ampicillin kháng 81,25%, acid nalidixic kháng 78,57%. Tỷ lệ này không thay đổi nhiều so với kết quả nghiên cứu cũ được thực hiện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng [5]. Tuy nhiên, những loại thuốc này đã gia tăng tỷ lệ kháng lại nhiều loại thuốc hiện nằm trong khuyến cáo được dùng để điều trị lý trực khuẩn [4], có thể thấy Co-trimoxazol gần như không có hiệu quả điều trị (tỷ lệ kháng trên 90%), các loại Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftriaxone, Cefotaxime) đã có sự kháng thuốc mạnh. Ciprofloxacin là kháng sinh đầu tay trong điều trị lý trực khuẩn, tuy nhiên kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ nhạy cảm của

kháng sinh là 60%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lưu Thị Hồng Quyên với tỷ lệ nhạy là 79,37% [5]. Một nghiên cứu trước đây cũng đã lột tả rõ sự biến động trong đặc tính kháng kháng sinh của trực khuẩn Shigella tại Việt Nam [3], củng cố tầm quan trọng của việc nghiên cứu giám sát vấn đề này để có những cập nhật kịp thời trong thực hành điều trị bệnh.

Trong nghiên cứu này, có thể thấy chỉ số viêm như CRP, số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng lên ở một lượng bệnh nhân đáng kể (40% tăng CRP; 57,5% tăng số lượng bạch cầu; 75% tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính). Kết quả này vẫn phù hợp về mặt lý thuyết do tình trạng nhiễm khuẩn nên cơ thể sẽ có phản ứng làm tăng bạch cầu và CRP.

Số ngày điều trị của phần lớn bệnh nhân là trong khoảng thời gian từ 3-5 ngày (chiếm 70%), tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *S. flexneri* điều trị dưới 5 ngày chiếm 66,67% và tỷ lệ này ở nhóm nhiễm *S. sonnei* là 94,44%. Trung bình số ngày điều trị này là $4,23 \pm 1,672$ ngày; kết quả này tương đồng với kết quả của Lưu Thị Hồng Quyên ($4,63 \pm 1,63$ ngày) [5]. Kết quả điều trị này cũng phù hợp với phác đồ điều trị của Bộ Y tế khuyến cáo thời gian điều trị theo phác đồ là 5 ngày [4].

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý trực khuẩn chủ yếu gây ra bởi các chủng vi khuẩn *S. flexneri* và *S. sonnei* với triệu chứng thường gặp nhất là ỉa phân nhày máu. Mót rặn và nôn chỉ gặp ở một tỉ lệ nhỏ. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi

sống tại vùng ngoại thành. Đa số bệnh nhân không có sốt, tuy nhiên vẫn có một số trường hợp trẻ mắc bệnh này bị co giật do sốt cao. Các chủng *Shigella* đã phân lập được cho thấy đã đề kháng lại nhiều loại kháng sinh trong khuyến cáo của Bộ Y tế ban hành năm 2016 với tỉ lệ cao hơn so với kết quả nghiên cứu trước đây tại Hải Phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muzembo, B.A., et al.**, Shigellosis in Southeast Asia: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*, 2023. **52**: p. 102554.
2. **Thompson, C.N., et al.**, A cohort study to define the age-specific incidence and risk factors of *Shigella* diarrhoeal infections in Vietnamese children: a study protocol. *BMC Public Health*, 2014. **14**: p. 1289.
3. **Vinh, H., et al.**, A changing picture of shigellosis in southern Vietnam: shifting species dominance, antimicrobial susceptibility and clinical presentation. *BMC Infectious Diseases*, 2009. **9**(1): p. 204.
4. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2016: Nhà xuất bản Y học.
5. **Luu Thị Hồng Nguyên**, Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lý do *Shigella* tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 2013.
6. **Chen, C.C., C.Y. Lin, and K.T. Chen**, Epidemiologic features of shigellosis and associated climatic factors in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*, 2019. **98**(34): p. e16928.
7. **Nguyễn Hồng Tư**, Đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý do *Shigella* tại Khoa Nhi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba Đồng Hới năm 2019. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa*, 2020. **4**(5).

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG COLISTIN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG NĂM 2021

Lê Thị Thùy Linh¹, Hà Quang Tuấn¹,
Trần Thị Ngân¹, Hoàng Bảo Ngọc¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng colistin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Kiến An năm 2021 từ đó tối ưu việc sử dụng thuốc. Kết quả cho thấy trong năm 2021, có 25 bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực được chỉ định colistin. Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều được làm xét nghiệm vi sinh, tương ứng với 65 bệnh phẩm. Có 40 bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn, trong đó *Acinetobacter* spp (chiếm 25,0%) và *Klebsiella* spp (17,5%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Không có bệnh phẩm nào được làm kháng sinh đồ với colistin. Tất cả các bệnh nhân đều sử dụng colistin là phác đồ thay thế, có 6/25 bệnh nhân sử dụng liều nạp chưa phù hợp và 6/27 trường hợp sử dụng liều duy trì chưa phù hợp với khuyến cáo của FDA và EMA. Đã có 7 trường hợp gặp độc tính trên thận, trong đó có 5 trường hợp mức R, 1 trường hợp mức I và 1 trường hợp mức F theo phân loại của RIFLE. Từ đó cho thấy cần tăng cường phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng với vi sinh và dược sĩ lâm sàng để tối ưu hoá hiệu quả và an toàn của kháng sinh này.

Từ khóa: colistin, Hồi sức tích cực, bệnh viện Kiến An

SUMMARY

THE SITUATION OF COLISTIN USE AT KIENAN HOSPITAL'S ICU IN 2021

This retrospective study aims to describe the colistin use at Kienan Hospital's ICU in 2021, thereby optimizing drug use in the hospital. In 2021, there were 25 patients at the ICU receiving colistin treatment. All patients were implemented microbiological tests, corresponding to 65 samples. *Acinetobacter* spp (25,0%) and *Klebsiella* spp (17,5%) were the most common causes. None of samples was conducted antimicrobial susceptibility testing for colistin. All patients were treated with colistin as alternative regimens, 6/25 cases used inappropriate loading doses and 6/27 maintenance doses being improperly with FDA and EMA recommendations. There were 7 cases of nephrotoxicity (according to the RIFLE classification: 5 cases R, 1 case I and 1 case F). It is necessary to improve the collaboration between physicians, microbiologists and clinical pharmacists to optimize effect and safety of this antibiotic.

Keywords: colistin, Kienan hospital, ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù là kháng sinh cứu cánh, lựa chọn điều trị cuối cùng đối với những vi khuẩn đa kháng gây tỉ lệ tử vong cao như *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *K. pneumoniae* nhưng tình trạng đề kháng colistin đã xuất hiện và được ghi nhận ở nhiều vùng tại châu Âu, Bắc Mỹ, Nam Phi và một số nước châu

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh
Email: lttinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023
Ngày duyệt bài: 2.6.2023

Á [1]. Bên cạnh đó, colistin cũng là kháng sinh có nguy cơ gây độc cho thận, tỷ lệ gặp độc tính trên thận ghi nhận từ các nghiên cứu trên thế giới dao động từ 20-76% [2]. Vì vậy, tối ưu hóa cách dùng để đảm bảo hiệu quả điều trị và giảm thiểu độc tính cũng như đề kháng với kháng sinh này là rất cần thiết. Xuất phát từ lý do đó trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu sau: khảo sát thực trạng sử dụng colistin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Kiến An năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC), bệnh viện Kiến An có chỉ định sử dụng colistin và ngày vào viện từ 1/1 - 31/12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.
- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện
- Một số quy ước trong nghiên cứu: Chức năng thận trước khi sử dụng colistin được tính theo công thức Cockcroft and Gault; chế độ liều được đánh giá theo tiêu chuẩn của FDA và EMA [3]; mức độ tổn thương thận cấp được đánh giá dựa trên tiêu chuẩn RIFLE [4].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã ghi nhận được 25 trường hợp được chỉ định colistin tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Kiến An trong năm 2021.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được mô tả dưới bảng sau:

Bảng 1: Thông tin chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%) N=25
Tuổi	Trên 60 tuổi	18	72,0
	Dưới 60 tuổi	7	28,0
Tiền sử suy thận	Chưa có chẩn đoán suy thận	22	88,0
	Suy thận chưa lọc máu	2	8,0
	Suy thận có lọc máu	1	4,0
Độ thanh thải creatinin (Clcr)	≥ 60 ml/phút	11	44,0
	< 60 ml/phút	11	44,0
	Không đủ thông tin	3	12,0

Chủ yếu bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là người cao tuổi với 72,0% bệnh nhân trên 60 tuổi. Đa số bệnh nhân chưa có chẩn đoán suy thận lúc vào viện (chiếm 88,0%), có 2 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn chưa lọc máu và 1 bệnh nhân suy thận có lọc máu. Có 2 bệnh nhân không ghi nhận được cân nặng, 1 bệnh nhân không ghi nhận

nồng độ creatinin huyết trước khi dùng colistin, do đó không ước tính được Clcr.

3.2. Đặc điểm vi sinh

Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có chỉ định làm xét nghiệm vi sinh tương ứng với 65 bệnh phẩm. Trong đó, có 40 bệnh phẩm (chiếm 61,5%) phân lập được vi khuẩn. Vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm bao gồm:

Bảng 2. Thông tin vi khuẩn phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm

Vi khuẩn		Số lượng	Tỷ lệ (%) N = 40
Gram âm	Acinetobacter spp	10	25,0
	Klebsiella spp	7	17,5
	Enterobacter spp	4	10,0
	Escherichia coli	3	7,5
	Citrobacter spp	3	7,5
	Pseudomonas spp	2	5,0
Gram dương	Streptococcus spp	5	11,9
	Staphylococcus spp	3	7,2

Vi khuẩn gram âm chiếm đa số, trong đó phổ biến nhất là Acinetobacter spp (25,0%), tiếp đến là Klebsiella spp (17,5%). Những trường hợp bệnh nhân phân lập ra vi khuẩn gram dương đều phân lập được cả gram âm. Thông tin về độ nhạy cảm theo kháng sinh đồ với 2 vi khuẩn này được mô tả dưới đây:

Bảng 3. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn hay gặp

Số bệnh phẩm nhạy cảm/số bệnh phẩm làm kháng sinh đồ		
Kháng sinh	Acinetobacter spp	Klebsiella spp
Cefuroxim	0/2	1/1
Cefotaxim	0/7	1/6
Ceftriaxon	0/9	1/7
Cefoperazon	0/3	0/4
Cefepim	0/8	2/7
Ampicillin/Sulbactam	0/3	
Cefoperazon/Sulbactam	4/4	4/7
Ticarcilin/Clavulanic	0/9	2/7
Piperacillin/Tazobactam	0/9	2/7
Meropenem	0/10	2/7
Amikacin	0/7	2/7
Levofloxacin	0/9	1/6

Với Acinetobacter: vi khuẩn này không còn nhạy cảm với hầu hết kháng sinh (ngoại trừ cefoperazon/ sulbactam).

Với Klebsiella: có 4/7 mẫu nhạy cảm với cefoperazon/sulbactam, 2/7 mẫu nhạy cảm với piperacillin/tazobactam, meropenem, ticarcilin/clavulanic, cefepim và amikacin;

chỉ có 1 mẫu nhạy cảm với cefuroxim, ceftriaxon và levofloxacin.

3.3. Đặc điểm sử dụng colistin trên mẫu nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định colistin trong các phác đồ thay thế với các chẩn đoán sau:

Bảng 4. Thông tin về bệnh nhiễm khuẩn được chẩn đoán

Lý do chỉ định colistin	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%) N= 25
Viêm phổi bệnh viện	20	80,0
Nhiễm khuẩn huyết	6	24,0
Viêm phổi cộng đồng	4	16,0

Với mục đích mở rộng phổ tác dụng, giảm kháng thuốc, colistin trong phác đồ điều trị đã được phối hợp cùng các kháng sinh khác, cụ thể được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 5. Thông tin về kháng sinh phối hợp cùng colistin

Kháng sinh phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ (%) N=25
Meropenem	22	88,0
Imipenem/cilastatin	2	8,0
Linezolid	2	8,0

Chỉ có 1 bệnh nhân sử dụng kháng sinh colistin đơn độc. Trong 24 bệnh nhân còn lại, kháng sinh phối hợp chủ yếu là carbapenem, trong đó đa số là meropenem (88,0% bệnh nhân) và 2 bệnh nhân phối hợp cùng imipenem/cilastatin (8%).

3.4. Chế độ liều của colistin

Liều nạp: Nghiên cứu ghi nhận tất cả các bệnh nhân (25/25) đều sử dụng liều nạp. Kết quả đánh giá tính phù hợp dựa theo khuyến cáo của EMA được trình bày dưới bảng sau:

Bảng 6. Thông tin liều nạp của colistin

Liều sử dụng so với khuyến cáo	Số lượng	Tỷ lệ (%) N =25
Thấp hơn (< 300mg)	5	20,0
Bằng (300mg)	19	76,0
Cao hơn (> 300mg)	1	4,0

Có 6 bệnh nhân sử dụng liều nạp không phù hợp theo khuyến cáo của EMA, trong đó có 5 bệnh nhân sử dụng liều thấp hơn, 1 bệnh nhân sử dụng liều cao hơn khuyến cáo.

Liều duy trì: có 23/25 bệnh nhân dùng 1 mức liều duy trì, có 10/23 bệnh nhân thay đổi sang liều duy trì 2 trong quá trình điều trị. Trong đó có 3/10 bệnh nhân đổi sang liều

duy trì 2 ghi nhận chỉ số Clcr giảm, có nguy cơ độc tính cấp trên thận (R).

Nghiên cứu so sánh chế độ liều duy trì dựa vào độ thanh thải Clcr theo khuyến cáo của FDA và EMA. Trong mẫu nghiên cứu, ở liều duy trì 1 chỉ có 21/23 bệnh nhân tính được Clcr, ở liều duy trì 2 chỉ có 6/10 bệnh nhân tính được Clcr. Kết quả thu được như sau:

Bảng 7. Thông tin về liều duy trì của colistin

Liều sử dụng so với khuyến cáo	FDA		EMA	
	Số lượng	Tỷ lệ (%) N=27	Số lượng	Tỷ lệ (%) N=27
Thấp hơn 10%	0	0	12	44,4
Bằng	10	37,0	12	44,4
Cao hơn 10%	17	63,0	3	11,2

Theo khuyến cáo của FDA: có 63,0% bệnh nhân sử dụng liều cao hơn khuyến cáo 10%, chỉ có 37,0% bệnh nhân sử dụng liều phù hợp.

Theo khuyến cáo của EMA: có 44,4% bệnh nhân sử dụng liều phù hợp và 55,6% bệnh nhân sử dụng liều không phù hợp cụ

thể: 44,4% sử dụng liều thấp hơn khuyến cáo 10%, 11,2% sử dụng liều cao hơn khuyến cáo 10%. Trong tổng số 27 liều duy trì sử dụng cho bệnh nhân có 6/27 lượt liều không phù hợp cả hai khuyến cáo của FDA và EMA. Cụ thể như sau:

Bảng 8. Các trường hợp sử dụng liều duy trì chưa phù hợp theo khuyến cáo

STT	Mức lọc cầu thận (ml/phút)	Cân nặng	Liều khuyến cáo (mg)		Liều chỉ định (mg)
			FDA	EMA	
1	34	45	56,25	91,67-125	150
2	43,56	48	60	91,67-125	150
3	8,97	52		58,33	75
4	42,73	45	56,2	91,67-125	75
5	8,68	52		116,67	100
6	22,97	50	25	75-91,67	66,67

Trong tổng số 6 bệnh nhân: có 3 bệnh nhân sử dụng liều cao hơn 10% liều khuyến cáo (số thứ tự 1;2;3), có 1 bệnh nhân sử dụng liều thấp hơn 10% so với liều khuyến cáo (số thứ tự 5). Có 2 bệnh nhân sử dụng liều không phù hợp nhưng đối lập nhau giữa hai khuyến cáo (số thứ tự 4; 6) cụ thể cao hơn khuyến cáo FDA nhưng thấp hơn khuyến cáo EMA.

Đa số chế độ liều dùng colistin là 2 lần/ngày với khoảng cách đưa liều là 12h chiếm 93,9%. Chỉ 6,1% dùng colistin với chế độ liều là 1 lần/ngày.

3.5. Đặc điểm độc tính trên thận ở bệnh nhân dùng colistin

Xác định độc tính cấp trên thận dựa trên nồng độ creatinin huyết thanh theo tiêu chuẩn RIFLE trên 19 bệnh nhân có đo nồng độ creatinin huyết sau khi sử dụng colistin, kết quả như sau:

Bảng 9. Tỷ lệ gặp độc tính trên thận dựa trên tiêu chuẩn RIFLE

Phân mức độ RIFLE	Số lượng	Tỷ lệ (%) N=19
Bình thường	12	63,1
R – risk (nguy cơ)	5	26,3
I – injury (tổn thương)	1	5,3
F – failure (suy thận)	1	5,3

Phần lớn bệnh nhân chưa gặp độc tính cấp trên thận (63,1%). Tuy nhiên vẫn có 36,9% bệnh nhân gặp độc tính trên thận, cụ thể: có 5 bệnh nhân mức R (nguy cơ), 1 bệnh nhân mức I (tổn thương) và 1 bệnh nhân mức F (suy thận). Trong 7 trường hợp này có 5/7 bệnh nhân có Clcr trước khi sử dụng colistin dưới 50 ml/phút (ghi nhận 2 trường hợp có tiền sử suy thận mạn). Tất cả các trường hợp này đều là người cao tuổi, sử dụng colistin đồng thời với furosemid và sử dụng liều không phù hợp hoặc chỉ phù hợp theo một khuyến cáo là EMA.

Trong số 25 bệnh nhân, ghi nhận 2 loại thuốc sử dụng đồng thời gây độc tính trên thận là furosemid và corticoid. Có 15 bệnh nhân sử dụng furosemid (bao gồm cả 7 bệnh nhân có tổn thương thận theo phân loại RIFLE), 1 bệnh nhân sử dụng corticoid và 1 bệnh nhân sử dụng đồng thời cả 2 loại thuốc trên.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả hồi cứu 21 HSBA có chỉ định colistin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Kiến An năm 2021 cho thấy trong số các vi khuẩn phân lập được, *Acinetobacter* và *Klebsiella* là những vi khuẩn phân lập được nhiều nhất tương ứng 25,0% và 17,5% mẫu bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn. Kết quả kháng sinh đồ với hai căn nguyên này cho thấy thực trạng đáng lo ngại với tình hình đề kháng với những vi khuẩn này. Tuy nhiên, không có trường hợp nào được làm kháng sinh đồ với colistin. Như vậy, việc thực hiện các nghiên cứu vi sinh hàng năm tại bệnh

viện và những khoa nhiều bệnh lý nặng và phức tạp như Hồi sức tích cực cần được đẩy mạnh để làm căn cứ cho việc sử dụng kháng sinh hợp lý.

Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 72,0% và số lượng bệnh nhân là nam giới chiếm đa số (72,0%). Giới tính nam và tuổi từ 60 trở lên là các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi gây độc tính trên thận của colistin [5]. Đặc điểm chức năng thận của bệnh nhân lúc vào viện là cơ sở cho việc xác định liều duy trì để giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, trong 25 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân không đủ thông tin để đánh giá được Clcr.

Colistin được chỉ sử dụng khi không dùng được những kháng sinh khác trong điều trị nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn gram âm như nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, nhiễm khuẩn đường niệu - sinh dục, nhiễm khuẩn đường hô hấp [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% phác đồ có colistin được chỉ định là phác đồ thay thế. Trong khuôn khổ của nghiên cứu, colistin chủ yếu được sử dụng để điều trị nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn huyết, trong đó phổ biến nhất là viêm phổi bệnh viện (80,0% bệnh nhân)

Colistin thường được phối hợp với các kháng sinh khác để tăng hoạt tính trên vi khuẩn và giảm tính kháng thuốc. Trong nghiên cứu, nhóm kháng sinh phối hợp cùng colistin chủ yếu là carbapenem, cụ thể là meropenem. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Thu Hà tại khoa Hồi sức tích cực - bệnh viện Bạch Mai năm 2013 [7]. Đây đều là những phối hợp có lợi vì kết

quả nuôi cấy vi khuẩn phần lớn là các gram âm đa kháng, trong khi imipenem và meropenem đều có phổ tác dụng trên các vi khuẩn này và cũng là những kháng sinh mạnh nhất thuộc nhóm lựa chọn cuối cùng để điều trị.

Đối với bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng cần một liều nạp để nhanh chóng đạt nồng độ điều trị. Các bệnh nhân nguy kịch với nhiễm khuẩn huyết nặng có hiện tượng rò rỉ mao mạch sẽ làm tăng thể tích phân bố của colistin gấp 4 đến 15 lần. Liều nạp ở những bệnh nhân nguy kịch này vì thế mà cao hơn ở những bệnh nhân khác [8]. Mặt khác, theo khuyến cáo của các nhà sản xuất Châu Âu – EMA, cần thêm liều nạp 9 MU cho những bệnh nhân nguy kịch [9]. Nghiên cứu đã ghi nhận tất cả bệnh nhân đều sử dụng liều nạp, tuy nhiên có 5/25 bệnh nhân sử dụng liều thấp hơn khuyến cáo. Việc sử dụng liều nạp thấp hơn khuyến cáo có thể khiến bệnh nhân chậm đạt nồng độ đỉnh điều trị trong máu, từ đó có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị và gây nguy cơ kháng colistin.

Tiến hành khảo sát chế độ liều duy trì dựa vào độ thanh thải Cl_{cr} và có thể kết hợp với cân nặng. Kết quả nghiên cứu đối chiếu với khuyến cáo của FDA và EMA thấy có 6/27 lượt liều không phù hợp với cả hai khuyến cáo. Trong đó có 3 bệnh nhân sử dụng liều cao hơn 10% liều khuyến cáo, 1 bệnh nhân sử dụng liều thấp hơn 10% so với liều khuyến cáo, 2 bệnh nhân sử dụng liều không phù hợp nhưng đối lập nhau giữa hai khuyến cáo cụ thể cao hơn khuyến cáo FDA nhưng thấp hơn khuyến cáo EMA. Có thể

thấy sự bất đồng giữa các khuyến cáo dẫn đến khó khăn trong việc chọn liều phù hợp. Bệnh viện nên đưa ra một khuyến cáo chung thống nhất để bác sĩ có thể tự tin khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân.

Nghiên cứu cũng nhận thấy đa số bệnh nhân được dùng thuốc với tần suất 2 lần/ngày (93,9%) tương ứng khoảng cách đưa liều là 12 giờ. Ngoài ra có ghi nhận 6,1% dùng colistin với chế độ liều là 1 lần/ngày tương ứng với khoảng cách đưa liều là 24 giờ. Trường hợp sử dụng chế độ liều 1 lần/ngày này là bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu được chẩn đoán tai biến do chạy thận nhân tạo. Những khoảng cách đưa thuốc này tương đồng với hầu hết các khuyến cáo hiện nay.

Độc tính trên thận là tác dụng phụ thường gặp nhất khi sử dụng colistin. Kết quả thu được có 36,9% bệnh nhân gặp độc tính trên thận, cụ thể: ở mức R (nguy cơ) chiếm 26,3%, ở mức I (tổn thương) chiếm 5,3%, ở mức F (suy thận) chiếm 5,3%. So sánh với nghiên cứu của Dương Thanh Hải, tỷ lệ gặp độc tính trên thận thấp hơn chỉ có 22,9% nhưng ghi nhận sự tương đồng về mức độ R (tổn thương) là nhiều nhất [9]. Tất cả các trường hợp trên đều sử dụng colistin đồng thời với furosemid – là thuốc có thể gây độc tính trên thận. Cũng ghi nhận 5/7 trường hợp này được đánh giá là có tổn thương thận trước khi sử dụng colistin. Với các yếu tố được ghi nhận bao gồm bệnh nhân có tổn thương thận trước khi dùng colistin, có sử dụng furosemid đồng thời. Đây là những lưu ý cần phải quan tâm khi sử dụng colistin trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã đưa ra cái nhìn toàn cảnh về thực trạng sử dụng colistin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Kiến An năm 2021. Từ đó cho thấy cần tăng cường phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng với vi sinh và dược sĩ lâm sàng để tối ưu hoá chỉ định, cách dùng và theo dõi an toàn với kháng sinh này. Bệnh viện nên xây dựng hướng dẫn sử dụng với một số kháng sinh dự trữ để bác sĩ có thể thuận tiện trong quá trình sử dụng và đảm bảo tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lim LM, et al.** Resurgence of colistin: a review of resistance, toxicity, pharmacodynamics, and dosing. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2010;30(12):1279-91.
2. **Spapen H, et al.** Renal and neurological side effects of colistin in critically ill patients. *Annals of intensive care*. 2011;1(1):1-7.
3. **Nation R. L. et al.** Updated US and European Dose Recommendations for Intravenous Colistin: How Do They Perform? *Clin Infect Dis*. 2016;62(5): 552-8
4. **Lopes JA, Jorge S.** The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. *Clinical kidney journal*. 2013;6(1):8-14.
5. **Nation RL, et al.** Polymyxin acute kidney injury: dosing and other strategies to reduce toxicity. *Antibiotics*. 2019;8(1):24.
6. **Bộ Y Tế.** Dược Thư Quốc Gia Việt Nam. NXB Y Học, Hà Nội. 2015:462-3.
7. **Nguyễn Thị Thu Hà.** Đánh giá tình hình sử dụng colistin tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU), Bệnh viện Bạch Mai. 2013;Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội.
8. **Visser Kift E, et al.** Systematic review of the evidence for rational dosing of colistin. *South African Medical Journal*. 2014;104(3):183-6.
9. **Dương Thanh Hải.** Nghiên cứu độc tính trên thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai. 2016;Luận văn thạc sĩ dược học.

NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CÁC TRƯỜNG HỢP TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Vũ Đỗ¹, Vũ Khắc Đại¹, Trần Quang Phục², Phạm Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhóm người bệnh có tràn dịch màng phổi (TDMP) được nội soi lồng ngực (NSLN) xác định giá trị, sự dung nạp và an toàn của kỹ thuật này khi được chỉ định trong tiếp cận chẩn đoán hay kết hợp (chẩn đoán và điều trị) các trường hợp TDMP tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên người bệnh có TDMP đã hoặc chưa có định hướng hay chẩn đoán nguyên nhân, là một phần của nghiên cứu đánh giá tổng thể về NSLN trong chẩn đoán và điều trị TDMP. Cỡ mẫu được chọn cho phép có đủ số tối thiểu người bệnh được xác định là TDMP lao có biến chứng hay di chứng trên đó nội soi lồng ngực được tiến hành với mục đích can thiệp điều trị hay kết hợp (ở giai đoạn sau). **Kết quả:** Trên tổng số 163 bệnh nhân TDMP, NSLN giúp định hướng và xác định chẩn đoán TDMP lao trong 122/163 trường hợp (74,8%), TDMP ác tính trong 20/163 trường hợp (12,3%), và định hướng nguyên nhân viêm trong 21/163 trường hợp (12,9%). Các mô tả qua nội soi lồng ngực và sinh thiết định hướng xác định chẩn đoán TDMP lao trên toàn bộ số người bệnh và cao hơn đáng kể so với các kỹ thuật thăm dò qua da khác và nội soi phế quản (74,9% so với 49,1% và 1,2%). Nội soi lồng ngực ghi nhận các hình ảnh đặc trưng của TDMP lao. Giá trị của các bệnh phẩm sinh thiết qua NSLN tương đương các bệnh phẩm lấy qua

da khác và cao hơn đáng kể so với các bệnh phẩm lấy qua nội soi phế quản trong chẩn đoán TDMP ác tính. Không có tai biến hay các biến chứng nặng xảy ra trong quá trình tiến hành nội soi lồng ngực cho mục đích chẩn đoán hay kết hợp. **Kết luận:** Nội soi lồng ngực là kỹ thuật có giá trị cao, an toàn và dung nạp tốt khi được chỉ định cho các trường hợp TDMP với mục đích chẩn đoán nguyên nhân hay kết hợp.

Từ khóa: Nội soi lồng ngực, tràn dịch màng phổi, mục tiêu chẩn đoán hay kết hợp

SUMMARY

THORACOSCOPY USED AS ETIOLOGIC DIAGNOSTIC OR COMBINED TOOL IN CASES OF PLEURAL EFFUSION

Objectives: To describe the group of patients with pleural effusion (PE) undergoing thoracoscopy and to determine the value, tolerability and safety of this technique when indicated in etiologic diagnostic or combined approaches at Central Lung Hospital. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study on patients with PE with or without presumed or definitive etiologic diagnoses. The sample size was determined to allow the collection of sufficient number of patients identified as tuberculous pleural effusion (TPE) with complications or sequelae on which thoracoscopy was indicated and performed for therapeutic or combined purposes. **Results:** Of total 163 patients with PE, thoracoscopy helped orient or confirm TPE in 122 cases (74.8%), malignant PE in 20 (12.3%), inflammatory causes in 21 (12.9%). Thoracoscopy yielded diagnosis of TPE in all cases and had significantly higher

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh
Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

diagnostic rate than those given by other percutaneous pleural or bronchoscopic specimens (74.8% vs 49.1% and 1.2% respectively). Especially, thoracoscopy gave pathognomonic images of TPE. The value of thoracoscopic biopsy samples was comparable to that of percutaneous pleural specimens and significantly higher than that of those taken via bronchoscopy in the diagnosis of malignant pleural effusion (MPE). No serious adverse events or major complications occurred during thoracoscopic procedure done in diagnostic or combined purposes. **Conclusion:** Thoracoscopy is a safe, well-tolerated, and of high yield technique when indicated for cases of PE in (etiologic) diagnostic or combined purposes.

Keywords: Thoracoscopy, tuberculous pleural effusion (TPE), malignant pleural effusion (MPE) diagnostic and combined purposes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng phổi - lồng ngực là tình trạng bệnh lý khá thường gặp trong nội khoa, ngoại khoa và ở các chuyên khoa khác. Trên phạm vi toàn thế giới, bệnh màng phổi ước tính ảnh hưởng đến hơn 300 trên 100.000 cá nhân mỗi năm. Ước tính tại Mỹ có khoảng 1,5 triệu ca tràn dịch màng phổi được chẩn đoán hàng năm [1]. Chẩn đoán các bệnh màng phổi thường không khó, nhưng chẩn đoán nguyên nhân và điều trị trong một số trường hợp còn gặp nhiều khó khăn. Theo Durgeswar và CS (2022), với các phương pháp kinh điển sử dụng trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi như chọc hút dịch màng phổi kết hợp với các xét nghiệm vi sinh, sinh hóa, tế bào dịch màng phổi cho định hướng chẩn đoán nguyên nhân trong 60-80%. Như vậy, sau các phân tích dịch màng phổi trong tiếp cận chẩn đoán nội khoa, vẫn còn 20-40% trường hợp tràn dịch

màng phổi chưa có được định hướng chẩn đoán nguyên đặt ra yêu cầu tiến hành các thăm dò xâm lấn hơn trong tiếp cận chẩn đoán hay kết hợp (chẩn đoán và điều trị). Sinh thiết dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp cho kết quả chẩn đoán đạt đến 87% trong tràn dịch màng phổi ác tính (47% đối với sinh thiết màng phổi mù). Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nội soi lồng ngực cho kết quả vượt trội với độ nhạy trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính đạt từ 91% đến 94%. Độ nhạy trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao từ các mô tả và phân tích các bệnh phẩm lấy qua NSLN cũng được ghi nhận ở mức đặc biệt cao (93-100% [2].

Từ khi được áp dụng lần đầu tiên năm 1985 tại Việt Nam đến nay, nội soi lồng ngực ngày càng được sử dụng phổ biến hơn, nội soi lồng ngực giờ đây được áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán đến điều trị. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nội soi lồng ngực có nhiều ưu điểm như góc quan sát rộng cho phép quan sát nhiều khu vực trong khoang màng phổi, giúp sinh thiết chính xác và an toàn, cho phép lấy được những mảnh bệnh phẩm lớn, phá bỏ các cấu trúc xơ dính, vách ngăn, ổ cận [3][4].

Mặt khác, bên cạnh các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính mà trong quá trình điều trị đặt ra yêu cầu can thiệp điều trị tiến hành qua nội soi lồng ngực, kỹ thuật này cũng được tiến hành với mục đích chẩn đoán hay kết hợp cũng được đặt ra và được khuyến cáo nên tiến hành sớm trong một số trường hợp TDMP do lao hay do viêm đặc biệt trong trường hợp NSLN được chỉ định cho kết hợp 2 mục đích trên [2].

Để có thông tin rõ hơn về khả năng triển khai ứng dụng rộng rãi hơn kỹ thuật nội soi lồng ngực (các kỹ thuật xâm lấn thấp còn được gọi là nội soi lồng ngực nội khoa hay

nội soi màng phổi) trong tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với hai mục tiêu (1) mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi, có chỉ định nội soi lồng ngực trong tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân và điều trị; và (2) xác định giá trị, sự dung nạp và an toàn của nội soi lồng ngực được chỉ định trong tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân và điều trị các trường hợp tràn dịch màng phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi đã hoặc chưa có định hướng hay chẩn đoán xác định nguyên nhân được tiến hành nội soi lồng ngực chẩn đoán hay kết hợp (chẩn đoán và điều trị) tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2020 đến năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Với thiết kế mô tả tiến cứu, nghiên cứu này được tiến hành đồng thời và tiếp nối bằng bằng một hợp phần đi sâu mô tả các kết quả của nội soi lồng ngực ở khía cạnh can thiệp trên các trường hợp có di chứng của tràn dịch màng phổi do lao. Cỡ mẫu được chọn cho phép có đủ số người bệnh tối thiểu được định hướng hay xác định tràn dịch màng phổi do lao, được tiến hành nội soi với mục đích can thiệp điều trị hay kết hợp.

Với mục tiêu xác định giá trị của nội soi lồng ngực, nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện tuyến cuối về chuyên môn chuyên ngành trên nhóm đối tượng người bệnh mà một phần lớn đã được định hướng hay xác định nguyên nhân bằng các kết quả phân tích trên các bệnh phẩm sinh thiết lấy qua các kỹ

thuật thăm dò chẩn đoán khác (chọc hút dịch màng phổi, soi phế quản, sinh thiết màng phổi). Với lợi điểm về mặt kỹ thuật, kết quả phân tích trên các bệnh phẩm sinh thiết lấy qua nội soi lồng ngực được xem là “chuẩn mực” khi xem xét các kết quả mang lại từ các kỹ thuật thăm dò chẩn đoán khác.

Trong một số trường hợp, NSLN, các kỹ thuật thăm dò màng phổi qua da khác và nội soi phế quản được chỉ định dù đã có các thăm dò chẩn đoán được tiến hành trước đó song chưa có định hướng xác định nguyên nhân. Trong một số trường hợp khác nguyên nhân của TDMP được xác định qua NSLN tiến hành với mục đích thăm dò khả năng can thiệp được ghi nhận hay cập nhật cho các phân tích.

Cho việc mô tả các biến định tính và định lượng với mức chính xác tuyệt đối lựa chọn là 0,1 cỡ mẫu tối thiểu của hợp phần 2 của nghiên cứu được xác định là 97 người bệnh, từ công thức tính cỡ mẫu dưới đây:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Mẫu nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên liên tục (theo trình tự thời gian) các trường hợp người bệnh từ hoạt động chuyên môn thường quy được thiết lập trong thực hành lâm sàng. Tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Có 163 bệnh nhân được đưa vào phân tích cuối cùng, đưa tới xác định đủ 97 người bệnh trong hợp phần nghiên cứu thứ cấp mô tả ở trên.

Bệnh nhân trong nghiên cứu được hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng trước, theo dõi trong và sau điều trị. Tất cả người bệnh được nội soi lồng ngực cho mục tiêu chẩn đoán hay kết

hợp. Các thông tin sau được ghi nhận một cách hệ thống gồm:

Mức độ và đặc điểm tràn dịch lồng ngực chia ra các mức độ ít, trung bình và nhiều theo tiêu chuẩn của José Manual Porcel năm 2003: [5][6].

Các tổn thương quan sát được trong quá trình nội soi lồng ngực: tình trạng và tính chất dịch màng phổi, tổn thương quan sát được trong khoang màng phổi.

Thời gian thực hiện: từ khi bắt đầu thủ thuật đến khi kết thúc (tính bằng phút).

Biến chứng trong và sau quá trình nội soi.

Chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dựa vào các thông tin lâm sàng và xét nghiệm chung, mô tả qua thăm dò NSLN, kết quả mô bệnh học, xét nghiệm vi sinh của bệnh phẩm sinh thiết.

Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình thống kê SPSS 16.0. Phân tích thống kê mô tả (tần suất và tỉ lệ % đối với biến định

tính, tính toán giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng).

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và được cho phép thực hiện bởi Ban Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả, quan sát không can thiệp vào quy trình điều trị thường quy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Kết quả trên 163 trường hợp TDMP được nội soi lồng ngực với mục đích chẩn đoán nguyên nhân hay kết hợp tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2022-2022 cho thấy:

Phân bố giới: Nam/Nữ là 2,6/1 (118/45).

Tuổi trung bình là 51,2±19,2, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 92 tuổi.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp gồm hội chứng 3 giảm (92,6%), đau ngực (93,9%), khó thở (69,9%), ho khan (45,4%). Các đặc điểm khác được trình bày trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm tràn dịch màng phổi trên nhóm đối tượng

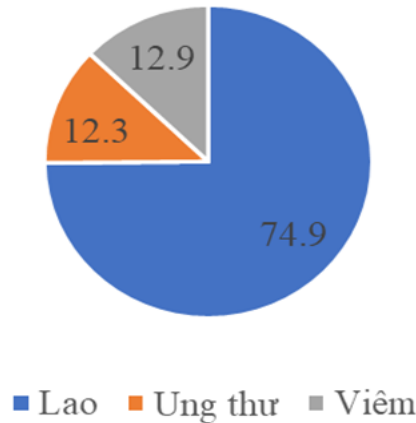
Cận lâm sàng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí tràn dịch	Bên phải	80	49.1
	Bên trái	65	39.9
	Hai bên	18	11.0
Mức độ tràn dịch	Nhiều	56	34.4
	Trung bình	63	38.7
	Ít	44	27.0
Màu sắc dịch	Đỏ máu	8	4.9
	Đục	10	6.1
	Hồng	17	10.4
	Vàng chanh	82	50.3

Nhận xét: Trên nhóm đối tượng nghiên cứu, TDMP một bên chiếm phần lớn với

145 bệnh nhân (89%) trong đó TDMP bên phải có 80 bệnh nhân (49,1%), TDMP bên

trái có 65 bệnh nhân (39,9%). Về mức độ tràn dịch gặp chủ yếu là mức độ trung bình: 63/163 (38,7%). Màu sắc dịch chủ yếu là dịch màu vàng chanh: 82/163 (50,3%).

3.2. Giá trị, sự dung nạp và an toàn nội soi lồng ngực



Biểu đồ 3.1. Kết quả sinh thiết màng phổi lấy qua nội soi lồng ngực

Các mô tả và phân tích từ các bệnh phẩm sinh thiết lấy qua nội soi lồng ngực định hướng và xác định nguyên nhân do lao trong 122 trường hợp (chiếm tỉ lệ 74,8%), tổn thương ung thư trong 20 trường hợp (12,3%), tổn thương viêm mạn tính trong 21 trường hợp (12,9%)

Bảng 3.2. Hình ảnh tổn thương màng phổi qua nội soi

Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=22)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tổn thương							
Nốt/hạt lao trên màng phổi (MP) thành/hoành	19	15.6	0	0.0	0	0.0	0.013
Vách xơ	34	27.9	4	20.0	7	31.8	0.685
MP dày dính	52	42.6	2	10.0	8	36.4	0.099
Tổn thương nhu mô	26	21.3	5	25.0	6	27.3	0.048
Sần sùi MP thành	7	5.7	13	65.0	3	13.6	<0.001
Sần sùi MP tạng	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-
Nốt, cục MP thành	41	33.6	10	50.0	11	50.0	1.000
Nốt, cục MP tạng	6	4.9	2	10.0	1	4.6	0.165
Thâm nhiễm MP thành	26	21.3	3	15.0	4	18.2	0.198
Thâm nhiễm MP tạng	37	30.3	11	55.0	8	36.4	0.425
MP thành nhăn	0	0.0	0	0.0	1	4.6	0.356
MP tạng nhăn	7	5.7	1	5.0	0	0.0	0.540
Nốt nhỏ rải rác MP thành	58	47.5	7	35.0	10	45.5	<0.001
Nốt rải rác MP tạng	3	2.5	0	0.0	0	0.0	1.000

Nhận xét: Mô tả đồng thời các nguyên nhân được xác định từ các phân tích trên các bệnh phẩm lấy qua NSLN rất có ý nghĩa trong định hướng các nguyên nhân của tràn dịch màng phổi. Một số hình ảnh có độ đặc hiệu cao với tổn thương lao như tổn thương “Nốt/hạt lao trên màng phổi thành/hoành” xuất hiện đặc trưng ở những bệnh nhân mắc lao màng phổi với tỷ lệ 15.6% (tổn thương này hoàn toàn không xuất hiện ở những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung

thư hay viêm mạn tính). Tổn thương “sân sùi MP thành” phổ biến nhất ở nhóm có chẩn đoán xác định cuối cùng là Ung thư với tỷ lệ là 65%. “Nốt rải rác MP tạng” dù có mức biểu hiện thấp hơn cũng là thể hiện “đặc hiệu” trên nhóm có chẩn đoán cuối cùng là tràn dịch màng phổi lao khác với tổn thương “nốt nhỏ rải rác MP thành”, “nốt, cục MP thành”, “thâm nhiễm MP tạng” là các biểu hiện thường gặp ở cả 3 nguyên nhân.

Bảng 3.3. Nguyên nhân tràn dịch màng phổi xác định qua các kỹ thuật thăm dò

Nguyên nhân TDMP	Nội soi lồng ngực		Các kỹ thuật thăm dò màng phổi qua da khác		Nội soi phế quản	
	n	%	n	%	n	%
TDMP lao	122	74.8	80	49.1	2	1.2
TDMP ác tính	20	12.3	20	12.3	1	0.6
TDMP do viêm	21	12.9	32	19.6	93	57.1
Không xác định			31	19.0	67	41.1
Tổng	163	100	163	100	163	100

Nhận xét: Bảng 3.3 trình bày kết quả so sánh giá trị của nội soi lồng ngực với các kỹ thuật thăm dò chẩn đoán khác qua các kết quả phân tích từ các bệnh phẩm được thực hiện trên 163 bệnh nhân tràn dịch màng phổi với mục tiêu chẩn đoán và kết hợp. Kết quả cho thấy nội soi màng phổi có tỉ lệ đưa tới định hướng hay xác định chẩn đoán TDMP

lao cao hơn đáng kể so với các kỹ thuật thăm dò màng phổi qua da khác và nội soi phế quản (74,8% so với 49,1% và 1,2%). Chẩn đoán TDMP ác tính từ các bệnh phẩm lấy qua NSLN tương đương với các bệnh phẩm lấy qua lấy qua các kỹ thuật thăm dò qua da khác và cao hơn nhiều so với các bệnh phẩm lấy qua nội soi phế quản.

Bảng 3.4. Kết quả phân tích các bệnh phẩm lấy qua NSLN trong chẩn đoán TDMP lao

Xét nghiệm chẩn đoán	Chẩn đoán TDMP lao (n=122)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm AFB trực tiếp	8	6.6
Nuôi cấy BACTEC	37	30.3
Mô bệnh học	122	100

Nhận xét: Các xét nghiệm AFB trực tiếp, nuôi cấy BACTEC, mô bệnh học trên

các bệnh phẩm lấy qua nội soi lồng ngực mang tới định hướng hay xác định TDMP

lao tương ứng trong 6,6%, 30,3% và 100%.

Không có biến chứng quan trọng nào được ghi nhận. Có 94 trường hợp (57,7 %) người bệnh có biểu hiện đau tại nơi làm thủ thuật. Không có tai biến, không có trường hợp tử vong liên quan tới nội soi lồng ngực.

IV. BÀN LUẬN

Trên 163 bệnh nhân nghiên cứu, phân bố theo giới, độ tuổi của nhóm đối tượng cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng (2022) về độ tuổi trung bình 51 ± 19 (20-82 tuổi) và phân bố các nhóm tuổi. Tỷ số người bệnh theo giới nam/nữ trên nhóm người bệnh của nghiên cứu này ở mức cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng (1,6/1) [7]

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm hội chứng 3 giảm (92,6%), đau ngực (93,9%), khó thở (69,9%), ho khan (45,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả kết quả của tác giả Vũ Khắc Đại (2016) với các triệu chứng lâm sàng thường gặp được xác định là hội chứng 3 giảm (100%), khó thở (94,6%), đau tức ngực (72,3%), ho khan (71,5%) [8]

Mức độ tràn dịch màng phổi trên phim chụp x-quang phổi thẳng cho thấy gặp chủ yếu mức độ tràn dịch trung bình (63/163; 38,7%), TDMP bên phải (49,1%) nhiều hơn TDMP bên trái (39,9%) và TDMP hai bên (11,0%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Khắc Đại (2016) ghi nhận TDMP bên phải gặp nhiều nhất (chiếm 48,5%), TDMP bên trái (với 45,4%), TDMP hai bên (chiếm 6,1%).

Trong nghiên cứu ngày ghi nhận màu sắc dịch màng phổi chủ yếu là dịch màu vàng chanh (82/163; 50,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Villena và cộng sự khi nghiên cứu trên 715 bệnh nhân nhận thấy dịch màu vàng chanh gặp chủ yếu (chiếm 53%), dịch màu hồng (27%) và dịch màu đỏ máu (8%) [9]

Trong nhóm tràn dịch màng phổi ác tính hình ảnh tổn thương hay gặp là các niêm mạc sần sùi (65%), niêm mạc có các nốt/cục trên màng phổi thành (50%), thâm nhiễm lan tỏa trên bề mặt màng phổi tạng (55%). Trong nhóm bệnh nhân được chẩn đoán TDMP lao, một số tổn thương điển hình đặc trưng đã được ghi nhận với tỷ lệ phổ biến cao. Đặc biệt, hình ảnh nốt/hạt lao quan sát thấy trên màng phổi thành và hoành là dấu hiệu đặc trưng với 15,6% bệnh nhân mắc phải, và không xuất hiện ở các nhóm TDMP ác tính hay nhóm chỉ xác định tình trạng viêm mạn tính. Tổn thương nốt nhỏ rải rác ở màng phổi thành cũng rất phổ biến trong TDMP lao (47,5%). Với bác sĩ nội soi có kinh nghiệm, tổn thương màng phổi đặc trưng này cho phép chẩn đoán ở mức gần như chắc chắn TDMP lao. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác khác [7][8].

Nghiên cứu trên 163 trường hợp TDMP đã hoặc chưa rõ nguyên nhân được tiến hành nội soi lồng ngực với mục đích chẩn đoán hay kết hợp trong nghiên cứu này cho thấy kết quả các xét nghiệm trên các bệnh phẩm sinh thiết tổn thương lấy qua soi lồng ngực mang lại định hướng và chẩn đoán nguyên nhân cho tất cả (100%) các trường hợp, xác định TDMP lao với tỉ lệ cao nhất (74,9%) cũng như các trường hợp TDMP ác tính

(12,3%) và các trường hợp TDMP liên quan tới tổn thương viêm. So sánh với các kỹ thuật thăm dò chẩn đoán khác như sinh thiết màng phổi qua da (với định vị bằng siêu âm hay chụp cắt lớp) hay sinh thiết qua nội soi phế quản, nội soi lồng ngực mang về chẩn đoán TDMP lao trên tất cả các trường hợp và ở mức cao hơn đáng kể (gấp rưỡi so với kỹ thuật lấy bệnh phẩm sinh thiết qua da) trong khi mang lại chẩn đoán TDMP ác tính ở mức tương đương so với phương pháp chọc dò và sinh thiết màng phổi qua da (trên tất cả các trường hợp). Phân bố tỷ lệ các nguyên nhân được định hướng xác định với các kết quả phân tích từ các bệnh phẩm lấy qua nội soi lồng ngực của nghiên cứu này khác với nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng năm 2022 (7/45 trường hợp TDMP ác tính; 15,5%; 28/45 trường hợp TDMP lao; 62,2%) [7] hay nghiên cứu của Vũ Khắc Đại năm 2016 (83/130 trường hợp TDMP ác tính; 63,8%; 35/130 trường hợp TDMP lao; 26,9%) [8]. Sự khác nhau này có thể được giải thích liên quan tới lựa chọn đối tượng người bệnh ở đầu vào các nghiên cứu không giống nhau.

Trên tất cả các trường hợp được tiến hành nội soi lồng ngực với mục đích chẩn đoán hay kết hợp, không có các tác dụng phụ hay biến chứng quan trọng liên quan tới vô cảm và quá trình thực hiện cuộc soi. Có 68 trường hợp (57,6 %) người bệnh có biểu hiện đau tại vị trí tiếp cận nội soi, được quản lý tốt với điều trị giảm đau bổ sung. Không xảy ra các trường hợp tai biến, không có các trường hợp tử vong liên quan tới nội soi lồng ngực. Kết quả này cũng tương tự của các tác giả khác [7][8]. Kết quả trên phần nào cho thấy sự dung nạp kỹ thuật cũng như sự an

toàn của nội soi lồng ngực tiến hành với mục đích chẩn đoán hay kết hợp. Với xu hướng chuyển dịch và cải tiến kỹ thuật hướng tới tiến hành các kỹ thuật thăm dò chẩn đoán hay kết hợp thăm dò chẩn đoán và can thiệp điều trị ít xâm lấn, sự tăng cường triển khai kỹ thuật nội soi lồng ngực nội khoa (medical thoracoscopy) hay nội soi màng phổi hứa hẹn mang lại sự cải thiện hơn nữa về sự dung nạp và tính an toàn của kỹ thuật này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 163 trường hợp tràn dịch màng phổi được tiến hành nội soi lồng ngực với mục đích chẩn đoán nguyên nhân hay kết hợp tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian từ 2020-2022 cho thấy nội soi lồng ngực là một kỹ thuật thăm dò chẩn đoán có giá trị cao cho mục đích định hướng và xác định chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp tràn dịch màng phổi. Nội soi lồng ngực nên được triển khai rộng hơn tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện về năng lực kỹ thuật trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị các trường hợp tràn dịch màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali, M.S., R.W. Light, F. Maldonado** (2019), Pleuroscopy or video-assisted thoracoscopic surgery for exudative pleural effusion: a comparative overview, *J Thorac Dis*, 11(7), pp. 3207-3216.
2. **Durgeshwar, G., P.R. Mohapatra, S.K. Bal, et al.** (2022), Comparison of Diagnostic Yield and Complications in Ultrasound-Guided Closed Pleural Biopsy Versus Thoracoscopic Pleural Biopsy in

- Undiagnosed Exudative Pleural Effusion, Cureus, 14(4), pp. e23809.
3. **Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Duy Gia, Đoàn Quốc Hưng và cộng sự** (2022), Phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch tiết khoang màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 159(11), tr. 220-228.
 4. **Pyng Lee, P. Astoul** (2016). Medical thoracoscopy. In: Textbook of Pleural Diseases, 3rd Editons, ISBN: 9781482222500.
 5. **Phạm Ngọc Hoa, L.V. Phước** (2009). Hội chứng X quang. X Quang ngực, M. Hà, Editor, Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, 47-76.
 6. **Trần Hoàng Thành** (2007). Tràn dịch màng phổi do lao. Bệnh lý màng phổi, Nhà xuất bản y học 2007, 43-113.
 7. **Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Duy Gia, Đoàn Quốc Hưng** (2022), Phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch tiết khoang màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 159(11), pp. 220-228.
 8. **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, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐA KÝ HÔ HẤP Ở NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA CHƯA XÁC ĐỊNH CÓ NGUNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hồng Liên¹, Dương Quý Sỹ², Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đa ký hô hấp ở người bệnh có hội chứng chuyển hóa (HCCH) chưa xác định có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ NTTNKN tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên người bệnh được chẩn đoán HCCH. Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định là cỡ mẫu cho phép xác định một số đối tượng tối thiểu có đồng mắc HCCH và NTTNKN mức vừa tới nặng. **Kết quả:** Trên 146 trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa được chọn vào nghiên cứu, 121 bệnh nhân được xác định mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (82,9%) trong đó 24 được xác định có NTTNKN ở mức nhẹ, 48 có NTTNKN mức vừa (32,9%) và 49 có NTTNKN mức nặng (33,6%). Các triệu chứng ngủ ngáy, tiểu đêm nhiều lần được xác định có tỷ lệ cao. Các triệu chứng ngộp thở khi ngủ, đau đầu buổi sáng, khô miệng, cơn ngưng thở được chứng kiến cũng là các biểu hiện thường gặp. Điểm Epworth, điểm Pichot, huyết áp tâm thu và tâm trương, AHI, SpO₂ thấp nhất và SpO₂ trung bình khi ngủ ở nhóm đối tượng mắc NTTNKN cao hơn có ý

nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không mắc NTTNKN. Không có sự khác biệt về nồng độ glucose đói, cholesterol, triglyceride, HDL-C và LDL-C giữa hai nhóm. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ rất cao. Cần tầm soát chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở các trường hợp được chẩn đoán hội chứng chuyển hóa để có hướng điều trị thích hợp.

Keywords: Hội chứng chuyển hóa, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, đa ký hô hấp

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, LABORATORY AND POLYGRAPHIC RESULTS IN IDENTIFYING COMORBID OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA ON PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME DIAGNOSED AND FOLLOWED UP AT HAI PHONG UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical, laboratory characteristics and polygraphic results of performed in subjects with metabolic syndrome diagnosed and followed up at Hai Phong University Hospital. **Subject and methods:** Cross-sectional descriptive study carried out on patients diagnosed of metabolic syndrome (MetS). Minimal sample size determined was number of patients with MetS that gives 97 patients with comorbid MetS and moderate-to-severe OSA. **Results:** 146 subjects

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Cao đẳng Y tế Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

with MetS had been enrolled, studied with (respiratory) polygraphy during sleep. Of total 121 patients identified with OSA (82,9%), 24 had mild (16,4%), 48 had moderate (32,9%) and 49 had severe OSA (33,6%). The prevalences of snoring at night, frequent nocturia and also suffocation while sleeping, matinal headache, dry mouth, witnessed apnea in subjects with OSA are high. Epworth score, Pichot scale, systolic and diastolic blood pressure, AHI, average and minimum SpO₂ in subjects with OSA was significantly higher than that of subjects without OSA. There was no significant difference in the level of fasting glucose, cholesterolemia, triglyceridemia, HDL-C and LDL-C between two groups. **Conclusions:** The prevalence of OSA in subjects with MetS is high. Early diagnosis of OSA in patients with MetS to have appropriate treatment is compulsory.

Keywords: Metabolic syndrome, obstructive sleep apnea, respiratory polygraphy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (NTTNKN) mới được biết đến trong vòng bốn thập kỷ qua. Triệu chứng đặc trưng nhất của NTTNKN là ngủ ngáy. Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là rối loạn đặc trưng bởi sự ngừng thở hoàn toàn hay không hoàn toàn trong khi ngủ dẫn tới tình trạng thiếu ôxy máu. Khi ôxy trong máu giảm đột ngột gây tăng huyết áp và tạo ra gánh nặng cho hệ tim mạch. NTTNKN là một bệnh lý thường gặp, gây nhiều biến chứng nguy hiểm và bệnh rất khó được tự phát hiện vì dấu hiệu ngừng thở chỉ xảy ra khi ngủ. Các nghiên cứu gần đây cho thấy một số trường hợp tử vong đột ngột vào ban đêm trong lúc ngủ có liên quan với NTTNKN [1]. Trước đây, NTTNKN và

những bệnh lý liên quan tới giấc ngủ khác ít được quan tâm. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và những tiến bộ của Y học, hội chứng này ngày càng được quan tâm hơn và đã đạt được nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Khoảng một nửa số người bị NTTNKN sẽ mắc bệnh cao huyết áp, và có nguy cơ xuất hiện biến chứng đột quỵ (tai biến mạch máu não), suy tim và các bệnh về tim mạch khác. Tần suất mắc bệnh chung khoảng 4,1-7,5% ở nam giới và 2,1 – 3,2% ở nữ giới, tần số này tăng lên theo tuổi và theo chỉ số BMI của cơ thể. Tỷ lệ này có thể chiếm tới 40-70% ở những bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa hay tăng huyết áp, đái tháo đường typ II, thừa cân béo phì hay mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [2][3][4][5][6][7]. Đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu *mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đa ký hô hấp trên nhóm người bệnh có hội chứng chuyển hóa điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các trường hợp được xác định có hội chứng chuyển hóa (HCCH) điều trị tại Khoa khám bệnh và Khoa hô hấp tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng (từ tháng 02/2019 đến 12/2022).

Nghiên cứu mô tả trên hướng trước tiên tới ước tính tỷ lệ người bệnh có hội chứng chuyển hóa có đồng mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Một số nghiên cứu trong y văn ghi nhận tỷ lệ này nằm trong khoảng từ

30 tới 70% [2][3]. Ngoài các triệu chứng đặc trưng, gặp với tỷ lệ cao (trên 70%) trên người bệnh có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ như ngáy to, tiểu đêm nhiều lần, các nghiên cứu trong y văn ghi nhận các triệu chứng lâm sàng thường gặp khác của ngưng thở khi ngủ trên đối tượng có hội chứng chuyển hoá như ngưng thở được chứng kiến, ngộp thở khi ngủ, đau đầu buổi sáng, khô miệng khi thức dậy gặp với tỷ lệ từ 30 tới 70% [3][4][5]

Cỡ mẫu ước tính cho ước tính các tỷ lệ được tính theo công thức:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Với mức chính xác kỳ vọng là 0,1, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 97 trường hợp.

Người bệnh được xác định có hội chứng chuyển hoá được ghi đa ký hô hấp xác định sự tồn tại và mức độ từ nhẹ tới nặng của tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Khi ghi nhận đủ 97 người bệnh có đồng mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở mức từ vừa tới nặng thì ngừng việc lấy mẫu.

Hội chứng chuyển hoá được xác định dựa trên tiêu chuẩn hợp nhất năm 2009 (căn bản dựa trên tiêu chuẩn NCEP-ATPIII điều chỉnh năm 2005, với vòng eo áp dụng cho người Châu Á) khi có 3 trong 5 yếu tố gồm: Béo bụng (vòng eo ≥ 90 cm với nam và ≥ 80 cm đối với nữ); Huyết áp tối đa ≥ 130 mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 85 mmHg; Triglycerid: $\geq 1,7$ mmol/L; HDL-C: < 1 mmol/L với nam và $< 1,3$ mmol/L với nữ; Glucose máu lúc đói: $\geq 5,6$ mmol/L) hoặc dùng thuốc đặc trị [8]. Các chỉ tiêu nghiên

cứu về lâm sàng gồm tuổi, giới, HA tâm thu/tâm trương, BMI, chu vi vòng bụng, vòng cổ, tình trạng đau đầu buổi sáng, ngủ ngáy, tiểu đêm từ 2 lần trở lên. Bệnh nhân trả lời câu hỏi đánh giá mức độ buồn ngủ theo thang điểm Epworth (gồm 8 câu hỏi, tổng điểm là 24), và câu hỏi đánh giá mức độ mệt mỏi theo thang điểm Pichot (gồm 8 câu hỏi, tổng điểm là 32). Các chỉ tiêu nghiên cứu về cận lâm sàng gồm Glucose máu lúc đói, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C. Đo đa ký hô hấp được ghi bằng máy Alice NightOne của hãng Philips Respironics (Mỹ) với phần mềm phân tích Sleepware G3. Chúng tôi lấy vào nghiên cứu chỉ số ngưng thở/giảm thở trong 1 giờ (AHI - Apnea Hypopnea Index) và SpO2 thấp nhất trong đêm. Người bình thường có AHI < 5 , bệnh nhân có NTTNKN mức nhẹ khi $5 \leq \text{AHI} < 15$, mức vừa khi $15 \leq \text{AHI} < 30$ và mức nặng khi AHI ≥ 30 .

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, kiểm tra, nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 sử dụng các test thống kê phù hợp. Ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$.

Đối tượng người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua tại hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 146 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả trình bày trong các bảng.

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân trắc học và lâm sàng của NTTNKN ở người mắc HCCH

Đặc điểm	Cả hai nhóm (n = 146)	NTTNKN (n1 = 121)	Không NTTNKN (n2 = 25)	p
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC)	55,4 $\pm$ 10,7	56,7 $\pm$ 10,7	49,3 $\pm$ 8,5	<0,001 (1)
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ ĐLC	23,9 $\pm$ 1,7	24,3 $\pm$ 1,6	22,2 $\pm$ 0,6	<0,001 (1)
Chu vi vòng cổ (cm), trung bình $\pm$ ĐLC	42,4 $\pm$ 2,4	42,9 $\pm$ 2,3	40,0 $\pm$ 1,6	<0,001 (1)
Chu vi vòng bụng (cm), trung bình $\pm$ ĐLC	90,1 $\pm$ 6,7	90,8 $\pm$ 6,8	86,5 $\pm$ 5,3	0,004 (1)
HA tâm thu (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	141,2 $\pm$ 11,8	143,6 $\pm$ 10,9	129,8 $\pm$ 9,6	<0,001 (1)
HA tâm trương (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	86,1 $\pm$ 7,4	86,9 $\pm$ 7,2	83,5 $\pm$ 7,6	<0,001 (1)
Ngáy to				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần, (tần số,%)	117 (80,1)	110 (90,9)	7 (28,0)	<0,001 (2)
Không hoặc < 3 đêm một tuần, (tần số,%)	29 (19,9)	11 (9,1)	18 (72,0)	
Ngưng thở được chứng kiến				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần, (tần số,%)	49 (33,6)	48 (39,7)	1 (4,0)	0,001 (2)
Không hoặc < 3 đêm một tuần, (tần số,%)	97 (66,4)	73 (60,3)	24 (96,0)	
Tiểu đêm nhiều lần				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần, (tần số,%)	111 (76,0)	97 (80,2)	14 (56,0)	0,01 (2)
Không hoặc < 3 đêm một tuần	35 (24,0)	24 (19,8)	11 (44,0)	
Ngộp thở khi ngủ				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần, (tần số,%)	86 (58,9)	80 (66,1)	6 (24,0)	<0,001 (2)
Không hoặc < 3 đêm một tuần, (tần số,%)	60 (41,1)	41 (33,9)	19 (76,0)	
Đau đầu buổi sáng				
Có $\geq$ 3 ngày một tuần, (tần số,%)	67 (45,9)	64 (52,9)	3 (12,0)	<0,001 (2)
Không hoặc < 3 ngày một tuần, (tần số,%)	79 (51,1)	57 (47,1)	22 (88,0)	
Khô miệng khi thức dậy				
Có $\geq$ 3 ngày một tuần, (tần số,%)	58 (39,7)	51 (42,1)	7 (28,0)	0,19 (2)
Không hoặc < 3 ngày một tuần, (tần số,%)	88 (60,3)	70 (57,9)	18 (72,0)	
Điểm Epworth, trung bình $\pm$ ĐLC	12,9 $\pm$ 3,2	14,2 $\pm$ 1,8	7,0 $\pm$ 1,1	<0,001 (1)
Điểm Pichot, trung bình $\pm$ ĐLC	22,3 $\pm$ 3,3	23,2 $\pm$ 2,9	18,2 $\pm$ 1,9	<0,001 (1)

(1): p được xác định dựa vào phép kiểm t test

(2): p được xác định dựa vào phép kiểm chi bình phương

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh Hội chứng chuyển hoá có đồng mắc NTTNKN là 82,9%. Trên nhóm đồng mắc HCCH và NTTNKN, tỷ lệ NTTNKN mức vừa và nặng chiếm 80,2%.

Nhóm mắc NTTNKN có chỉ số khối cơ thể, chu vi vòng cổ và vòng bụng trung bình lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc NTTNKN ($p < 0,001$ và $p = 0,004$).

Huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình ở nhóm mắc NTTNKN cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc NTTNKN ($p < 0,001$).

Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng ngáy to, ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm nhiều

lần, ngộp thở khi ngủ và đau đầu buổi sáng ở nhóm mắc NTTNKN cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc NTTNKN. Tỷ lệ xuất hiện khô miệng khi thức dậy không khác nhau giữa nhóm mắc NTTNKN và nhóm không mắc NTTNKN.

Điểm buồn ngủ ban ngày trung bình theo thang đo Epworth của nhóm nghiên cứu tương đối cao (12,9 điểm) và cao hơn có ý nghĩa ở nhóm mắc NTTNKN so với nhóm không mắc NTTNKN ($p < 0,001$). Điểm trung bình đánh giá mệt mỏi theo thang đo Pichot của nhóm nghiên cứu khá cao (22,3 điểm) và cao hơn có ý nghĩa ở nhóm mắc NTTNKN so với nhóm không mắc NTTNKN ($p < 0,001$).

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và đa ký hô hấp của NTTNKN ở người mắc HCCH

Đặc điểm	Cả hai nhóm (n = 146)	NTTNKN (n1 = 121)	Không NTTNKN (n2 = 25)	p
Glucose máu (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	6,93 $\pm$ 1,67	6,89 $\pm$ 1,72	7,17 $\pm$ 1,37	0,16 (3)
Cholesterol máu (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	5,49 $\pm$ 1,41	5,48 $\pm$ 1,46	5,58 $\pm$ 1,15	0,73 (1)
Triglyceride (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	2,67 $\pm$ 1,55	2,69 $\pm$ 1,48	2,56 $\pm$ 1,87	0,38 (3)
LDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	3,04 $\pm$ 1,21	3,01 $\pm$ 1,25	3,16 $\pm$ 0,99	0,58 (1)
HDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	1,24 $\pm$ 0,27	1,23 $\pm$ 0,27	1,28 $\pm$ 0,25	0,7 (1)
AHI (lần/giờ), trung bình $\pm$ ĐLC	27,1 $\pm$ 14,8	30,9 $\pm$ 13,2	8,4 $\pm$ 1,7	< 0,001(1)
SpO2 trung bình (%), trung bình $\pm$ ĐLC	93,3 $\pm$ 1,6	92,8 $\pm$ 1,2	95,7 $\pm$ 0,6	< 0,001(1)
SpO2 thấp nhất (%), trung bình $\pm$ ĐLC	85,9 $\pm$ 5,7	84,5 $\pm$ 5,2	92,7 $\pm$ 1,1	< 0,001(1)

(1): p được xác định dựa vào phép kiểm t test

(2): p được xác định dựa vào phép kiểm Mann Whiney U

Nhận xét:

Glucose máu, cholesterol, triglyceride, LDL-C và HDL-C máu lúc đói trung bình của nhóm NTTNKN và nhóm không

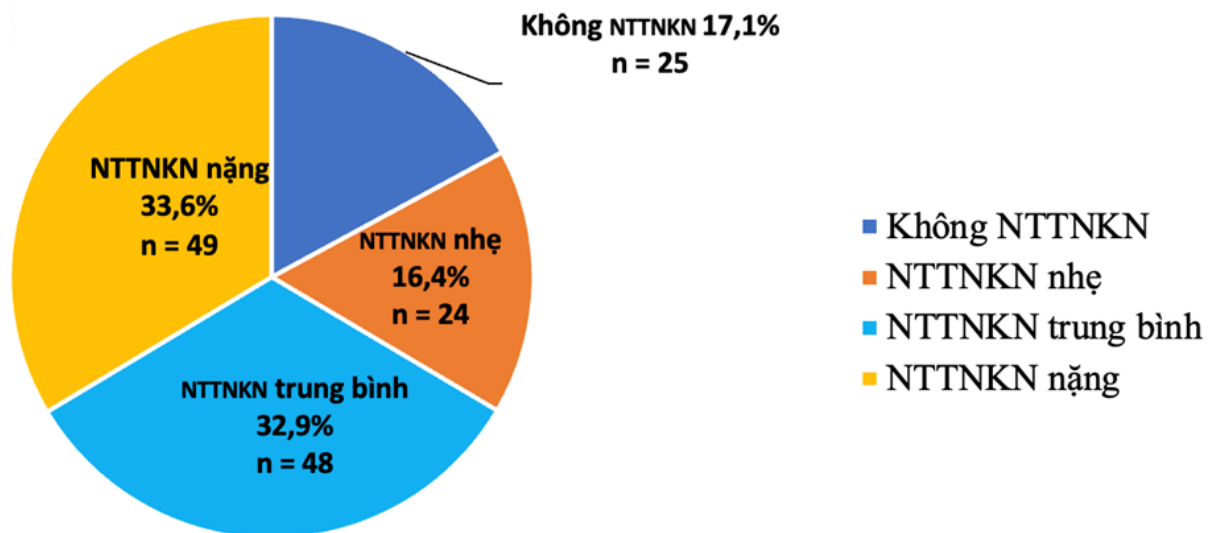
NTTNKN không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số AHI trung bình của nhóm NTTNKN (30,9 lần/giờ) cao hơn nhiều so với AHI trung bình (8,4 lần/giờ) của nhóm

không NTTNKN.

Độ bão hòa oxy máu trung bình khi ngủ ở nhóm NTTNKN thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không NTTNKN ($p < 0,001$).

Độ bão hòa oxy máu thấp nhất khi ngủ ở nhóm OSA nhỏ hơn 90% và nhỏ hơn đáng kể so với nhóm không NTTNKN ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.1. Tần suất NTTNKN ở các đối tượng mắc HCCH

Nhận xét: Tần suất mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở các đối tượng mắc HCCH trong nghiên cứu này là 82,9 %. Trong đó, tần suất mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 16,4%; 32,9% và 33,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 146 trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa thấy có 121 trường hợp có NTTNKN (chỉ số ngưng thở-giảm thở $AHI \geq 5$), chiếm 82,9% tổng số trường hợp, trong đó 16,4% trường hợp có NTTNKN mức nhẹ ($5 \leq AHI < 15$), 32,9% trường hợp có NTTNKN mức trung bình ($15 \leq AHI < 30$) và 33,6% trường hợp có NTTNKN mức nặng ($AHI \geq 30$). Bệnh nhân có $AHI \geq 15$ kèm các bệnh đồng mắc về tim mạch hay rối

loạn chuyển hóa, đái tháo đường hoặc có tình trạng buồn ngủ ban ngày/ảnh hưởng đến vận hành máy móc, tàu xe; hoặc bệnh nhân có $AHI \geq 30$ có chỉ định bắt buộc hỗ trợ thở áp lực dương liên tục (CPAP) trong đêm. Tỷ lệ cao NTTNKN gặp trên các trường hợp hội chứng chuyển hóa gợi ý có mối liên quan nhân-quả giữa hai bệnh lý này. Cơ chế gây ra hội chứng chuyển hóa ở người mắc NTTNKN được cho là có liên quan với tình trạng giảm oxy máu liên tiếp trong đêm. Hiện nay, NTTNKN còn được nhiều tác giả xem như là một rối loạn thành phần của hội chứng chuyển hóa.

Các biểu hiện lâm sàng chính gợi ý đến NTTNKN gồm ngủ ngáy, đi tiểu nhiều lần trong đêm, ngưng thở được chứng kiến, ngộp thở khi ngủ, đau đầu buổi sáng và tình trạng

buồn ngủ quá mức ban ngày - được đánh giá dựa vào thang điểm Epworth. Điểm Epworth ≥ 11 gợi ý cần đo đa ký giấc ngủ hay đa ký hô hấp để xác định NTTNKN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng ngáy to, ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm nhiều lần, ngộp thở khi ngủ và đau đầu buổi sáng ở nhóm mắc NTTNKN đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc NTTNKN. Điểm Epworth trung bình ở nhóm mắc NTTNKN là 14,2 và cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc NTTNKN ($p < 0,001$). Do đó có thể áp dụng thang điểm này trên các trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa để tầm soát nguy cơ mắc NTTNKN. Điểm mệt mỏi trung bình của nhóm NTTNKN là 23,2 (Pichot từ 22 trở lên gợi ý bệnh nhân có tình trạng mệt mỏi quá mức, có thể liên quan đến tình trạng ngủ không ngon giấc).

Bảng 3.1 cũng cho thấy các giá trị trung bình về huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương chu vi vòng bụng, chu vi vòng cổ và chỉ số khối cơ thể BMI ở nhóm NTTNKN đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không NTTNKN ($p < 0,001$ hoặc $p = 0,004$). Các nghiên cứu về ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ cho thấy có mối liên quan thuận chiều giữa chu vi vòng bụng hay giá trị BMI với hội chứng này do liên quan đến hội chứng chuyển hóa, chu vi vòng cổ lớn hay cổ ngắn cũng là yếu tố thuận lợi làm gia tăng khả năng mắc chứng ngưng thở khi ngủ. NTTNKN đã được chứng minh là một nguyên nhân dẫn đến tăng huyết áp do gây ra tình trạng thiếu oxy ngắt quãng trong đêm, kích thích hệ thần kinh giao cảm và rối loạn nội mạc mạch máu.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy nồng độ glucose, cholesterol, triglyceride, HDL-C, LDL-C lúc đói ở các trường hợp mắc NTTNKN không khác biệt so với nhóm không mắc NTTNKN.

Bảng 3.2 cho thấy chỉ số AHI trung bình của nhóm NTTNKN là 30,9 lần/giờ, cao hơn nhiều so với AHI trung bình (8,4 lần/giờ) của nhóm không NTTNKN (với $p < 0,001$). Độ bão hòa oxy máu trung bình khi ngủ và độ bão hòa oxy máu thấp nhất khi ngủ ở nhóm NTTNKN đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không NTTNKN ($p < 0,001$). Sự sụt giảm SpO₂ đánh dấu tình trạng thiếu oxy máu, gây rối loạn chuyển hóa do yếm khí và nếu tình trạng này kéo dài sau các cơn ngừng thở/giảm thở dài có thể là nguyên nhân dẫn đến đột tử trong đêm.

V. KẾT LUẬN

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ rất hay gặp trên người bệnh có hội chứng chuyển hoá và phần lớn các trường hợp có mức độ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức vừa và nặng. Các triệu chứng đặc trưng, gặp với tỷ lệ cao (trên 70%) trên nhóm người bệnh có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ gồm ngáy to, tiểu đêm nhiều lần. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp (gặp từ 30% tới 60%) khác của nhóm đối tượng có hội chứng chuyển hoá gồm ngộp thở khi ngủ, đau đầu buổi sáng, khô miệng khi thức dậy, ngưng thở được chứng kiến. Nên tầm soát hội chứng ngưng thở khi ngủ ở các bệnh nhân được xác định có hội chứng chuyển hóa để có hướng điều trị thích hợp. Có thể hướng tới nghiên cứu khảo sát sự kết hợp của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với các tổ hợp rối loạn hay các thành phần của hội chứng chuyển hoá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Young T, Finn L, Peppard PE, Szklo-Coxe M, Austin D, Nieto FJ, Stubbs R, Hla KM.** Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep* 2013 ;1; 31(8): 1071-8.
2. **Soin D, Kumar PA, Chahal J, Chawla SP, Kaur S, Garg R, et al** (2019). Evaluation of obstructive sleep apnea in metabolic syndrome. *J Family Med Prim Care*, 8:1580-6
3. **Suryakumari V, Vulli V, Rao GS, Anusha A, Kumar VS** (2018). Study of prevalence of obstructive sleep apnea in patients with metabolic syndrome. *IOSR J Dent Med Sci*,17:51-5.
4. **Castenada A, Jauregui-Maldonado, Ratnani I, Varon J, Surani S** (2018). Correlation between metabolic syndrome and sleep apnea. *World J Diabetes*, 9:66-71.
5. **Kong DL, Qin Z, Wang W, Pan Y, Kang J, Pang J** (2016). Association between obstructive sleep apnea and metabolic syndrome: A meta-analysis. *Clin Invest Med*, 38:161-72.
6. **Choi, E.-K.** Cardiovascular research using the Korean National Health Information Database. *Korean Circ. J.* 50, 754–772 (2020).
7. **Kim, D.H., Kim, B., Han, K. et al** (2021). The relationship between metabolic syndrome and obstructive sleep apnea syndrome: A nationwide population-based study. *Sci Rep* 11, 8751.
8. **K.G. Alberti, R.H. Eckel, S.M. Grundy, et al.** (2009). "Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and prevention; national Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; international Atherosclerosis society; and international association for the study of obesity", *Circulation*, 120 (16), pp. 1640-1645

TỶ LỆ MẮC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở NGƯỜI DÂN TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI ĐẢO CÁT BÀ NĂM 2022

Trần Quang Phục¹, Phạm Trung Kiên², Nguyễn Đức Thọ¹

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) có tỉ lệ mắc và tử vong hàng đầu trên thế giới, gánh nặng của bệnh ngày càng tăng do sự già đi của dân số và gia tăng các yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả tỉ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến BPTNMT ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại đảo Cát Bà, Hải Phòng năm 2022. Nghiên cứu phỏng vấn, khám sàng lọc và đo chức năng hô hấp cho 2.845 người dân từ 40 tuổi trở lên tại đảo Cát Bà. Kết quả cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 1,2%. Tất cả đều bệnh nhân đều là nam giới, bệnh nhân từ 60 đến 69 tuổi chiếm 2,1%. Tỉ lệ mắc trong số người hút thuốc chiếm 3,6% (95%CI: 2,82- 12,13), tiền sử mắc bệnh phổi khác chiếm 3,3% (95%CI: 2,33 - 9,48). Kết luận: tỉ lệ mắc BPTNMT ở đảo Cát Bà thấp. Yếu tố liên quan chính tới BPTNMT là hút thuốc và tiền sử mắc các bệnh đường hô hấp.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Cát Bà, Hải Phòng.

SUMMARY

PREVALENCE AND SOME FACTORS RELATED TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY

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: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

DISEASE AMONG PEOPLE AGED 40 YEARS AND OLDER IN CAT BA ISLAND IN 2022

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a leading cause of morbidity and mortality in worldwide. The burden of COPD has been increased because of increasing the risk factors and aging of the population. This cross-sectional study aims to describe the prevalence and some factors related to chronic obstructive pulmonary disease among people aged 40 years and older in Cat Ba Island, Hai Phong in 2022. The study used spirometry screen COPD and interviewed 2,845 people aged 40 years and older at Cat Ba island. The results show that the prevalence of COPD is 1.2%. All patients are male, patients from 60 to 69 years old accounting for 2.1%. The proportion of COPD among smokers account for 3.6% (95% CI: 2.82-12.13), history of other lung diseases account for 3.3% (95%CI: 2.33 – 9.48). Conclusion: the prevalence of COPD in Cat Ba island is low. The main related factors to COPD are smoking and a history of respiratory diseases.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Cat Ba, Hai Phong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là tình trạng phổi không đồng nhất đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính do bất thường của đường thở gây nên tắc nghẽn luồng khí thở diễn biến dai dẳng, thường tiến triển. BPTNMT thường gặp ở người từ 40

tuổi trở lên, nguyên nhân chủ yếu là phổi nhiễm khói thuốc, ô nhiễm không khí, bất thường hoặc sự lão hóa của phổi, di truyền... [1]. Năm 2019 trên toàn cầu tỉ lệ mắc BPTNMT của người 30-79 tuổi khoảng 10,3%; khoảng 391,9 triệu người ở độ tuổi này mắc bệnh [2]. Theo một số nghiên cứu trước đây, tỷ lệ mắc BPTNMT ở người 40 tuổi trở lên tại Việt Nam là 4,2% [3], Hải Phòng là 5,65% [4] 5,9% [5].

Đảo Cát Bà là đảo lớn nhất thuộc huyện đảo Cát Hải, thành phố Hải Phòng có dân số khoảng 35.000 người. Với đặc thù là địa điểm du lịch và là Khu Dự trữ sinh quyển Thế giới nên chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *mô tả tỉ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến BPTNMT ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại đảo Cát Bà, Hải Phòng năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng là người dân từ 40 tuổi trở lên sinh sống tại đảo Cát Bà, Hải Phòng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu từ 1/2022 đến 12/2022.

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 : áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ của một quần thể giới hạn:

$$n = \frac{N * Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 * p * (1 - p)}{E^2 * (N - 1) + Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 * p * (1 - p)}$$

Trong đó:

N = 23.870 là dân số trên 40 tuổi ước tính của đảo Cát Bà

p = 0,042 là tỷ lệ mắc BPTNMT ước tính cho người 40 tuổi trở lên tại Việt Nam [3].

E = 0,01 là độ chính xác - $z(1-\alpha/2) = 1,96$ với $\alpha=0,05$.

Tính toán cỡ mẫu cần thiết là 1.452 người, dự trừ thêm 10%, vậy nghiên cứu cần thu thập thông tin trên cỡ mẫu 1.597 người. Thực tế khi tiến hành có 2.845 người dân sống tại đảo tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Khung chọn mẫu được xây dựng dựa trên danh sách dân số tại các xã được cung cấp từ Ủy ban nhân dân của huyện, sau đó, sử dụng phương pháp lựa chọn ngẫu nhiên đơn, nghiên cứu liên hệ và mời người được chọn tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Thu thập số liệu

Phỏng vấn người dân theo bộ câu hỏi điều tra dịch tễ tham khảo bộ câu hỏi của Cộng đồng Châu Âu (European Community for Coal and Steel-ECSC) [6]. Thu thập các thông tin như tuổi, giới, tiền sử có các triệu chứng hô hấp và bệnh hô hấp mạn tính, tiền sử hút thuốc. Đo chức năng hô hấp cho toàn bộ đối tượng nghiên cứu.

2.3. Các tiêu chí đánh giá

Phỏng vấn người dân, khám và đo chức năng hô hấp bằng máy Chest HI 801 của Nhật Bản tại các Trạm Y tế Xã. Chẩn đoán xác định BPTNMT khi chỉ số FEV1/FVC < 0,70 sau test phục hồi phế quản âm tính.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán sử dụng là tính tỉ lệ %, tính trị số trung bình bằng T-test, so sánh 2 tỉ lệ bằng test χ^2 , tính OR (95%CI), mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, sự đồng thuận của chính quyền, y tế và người dân địa phương. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho người dân, các thông tin về nghiên cứu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 2.845 người từ 40 tuổi trở lên (trung bình tuổi là $60,3 \pm 11,4$); nam giới có 1.108 người chiếm 38,9%; nữ 1.737 người chiếm 61,1%. Có 608 người hút thuốc chiếm 21,4%. Nghiên cứu phát hiện 34 người mắc BPTNMT chiếm 1,2%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và liên quan theo giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=2.845)

Giới	Tổng		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
	n	%	n	%	n	%		
Nam	1.108	38,9	34	3,1	1.074	96,9	-	-
Nữ	1.737	61,1	0	0,0	1.737	100,0		
Tổng	2.845	100,0	34	1,2	2.811	98,8		

Nhận xét: tỉ lệ mắc BPTNMT là 1,2%, toàn bộ các ca mắc bệnh đều là nam giới chiếm 3,1%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và liên quan theo tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 2.833)

Tuổi	Tổng		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR (95% CI)	P
	n	%	n	%	n	%		
50-59	843	29,8	8	0,9	835	99,1	Ref.	
40-49	539	19,0	0	0,0	539	100,0	-	-
60-69	888	31,3	19	2,1	869	97,9	2,28 (0,9-5,0)	< 0,01
70 +	563	19,9	7	1,2	556	98,8	1,31 (0,5-4,3)	< 0,05
Tổng	2.833	100	34	1,2	2.799	98,8		

Nhận xét: không có bệnh nhân nào dưới 50 tuổi, nhóm tuổi có ca mắc bệnh cao nhất là 60 – 69 tuổi chiếm 2,1%; nguy cơ mắc cao hơn nhóm 50 – 59 tuổi là 2,28 lần. Tỉ lệ mắc có xu hướng tăng lên theo tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và liên quan đến hút thuốc của đối tượng nghiên cứu (n=2.845)

Hút thuốc	Tổng		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR (95% CI)	P
	n	%	n	%	n	%		
Có	608	21,4	22	3,6	586	96,4	6,98 (3,43-14,18)	< 0,01
Không	2.237	78,6	12	0,5	2.225	99,5		
Tổng	2.845	100,0	34	1,2	2.811	98,8		

Nhận xét: người hút thuốc có tỷ lệ mắc bệnh tăng gấp 6,98 lần (95% CI = 3,43 -14,18) so với người không hút thuốc, tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm hút và không hút lần lượt là 3,6% và 0,5%, p < 0,01.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và liên quan đến tiền sử mắc bệnh phổi khác của đối tượng nghiên cứu (n=2.845)

Tiền sử mắc bệnh phổi khác	Tổng		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR (95% CI)	P
	n	%	n	%	n	%		
Có	516	18,1	17	3,3	499	96,7	4,64 (2,35-9,15)	< 0,01
Không	2.329	81,9	17	0,7	2.312	99,3		
Tổng	2.845	100,0	34	1,2	2.811	98,8		

Nhận xét: Những người có tiền sử mắc bệnh phổi khác có tỉ lệ mắc BPTNMT tăng gấp 4,64 lần so với người không có tiền sử, $p < 0,01$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và liên quan đến các triệu chứng hô hấp của đối tượng nghiên cứu (n=2.845)

Triệu chứng	Tổng		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR (95%CI)	P
	n	%	n	%	n	%		
Khó thở								
Có	26	0,9	3	11,5	23	88,5	12,42 (3,54; 43,58)	< 0,01
Không	2.819	99,1	31	1,1	2.788	98,9		
Có đờm								
Có	32	1,1	3	9,4	29	90,6	9,72 (2,81; 33,62)	< 0,01
Không	2.813	98,9	31	1,1	2.782	98,9		
Ho kéo dài								
Có	20	0,7	3	15,0	17	80,5	17,15 (4,77; 61,67)	< 0,01
Không	2.825	99,3	31	1,1	2.794	98,9		
Tổng	2.845	100,0	34	1,2	2.811	98,8		

Nhận xét: Tỷ lệ của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong nhóm có triệu chứng khó thở, có đờm, ho kéo dài lần lượt là 11,5%; 9,4% và 15,0% đều cao hơn so với nhóm không có triệu chứng, $p < 0,01$.

Bảng 3.6. Mô hình hồi quy đa biến của một số yếu tố liên quan tới khả năng mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Đặc điểm		n	Mắc BPTNMT			
			n	%	OR	95% CI
Nhóm tuổi	50 - 59	843	8	0,9	Ref.	
	40 - 49	539	0	0,0	-	-
	60 - 69	888	19	2,1	2,11*	0,90 - 4,97
	70 trở lên	563	7	1,2	1,49*	0,53 - 4,24

Hút thuốc	Không	2.237	12	0,5	Ref.	
	Có	608	22	3,6	5,85**	2,82 - 12,13
Tiền sử bệnh phổi khác	Không	2.239	17	0,7	Ref.	
	Có	516	17	3,3	4,70**	2,33 - 9,48
Triệu chứng khó thở	Không	2.819	31	1,1	Ref.	
	Có	26	3	11,5	1,84*	0,08 - 40,05
Triệu chứng có đờm	Không	2.813	31	1,1	Ref.	
	Có	32	3	9,4	0,69*	0,03 - 13,63
Triệu chứng ho kéo dài	Không	2.825	31	1,1	Ref.	
	Có	20	3	15,0	6,25*	0,12; 327,79

** $p < 0,01$; * $p > 0,05$

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy đa biến, những người hút thuốc lá và có tiền sử mắc bệnh phổi khác có nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn người không có tiền sử theo thứ tự lần lượt là 5,85 lần và 4,70 lần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 2.845 người 40 tuổi trở lên (trung bình $60,3 \pm 11,4$ tuổi) trong đó nam giới có 1.108 người chiếm 38,9%; nữ 1.737 người chiếm 61,1% tại đảo Cát Bà, Hải Phòng. Bằng cách khám sàng lọc và đo chức năng hô hấp chúng tôi phát hiện 34 người mắc BPTNMT chiếm tỉ lệ 1,2% trong đó toàn bộ người bệnh là nam giới chiếm 3,1%. Tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 60 đến 69 chiếm 2,1%; không có trường hợp nào dưới 50 tuổi mắc bệnh, tỉ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng lên theo tuổi. Trong số 608 người đã từng hút thuốc hoặc đang hút thuốc có 17 trường hợp mắc bệnh chiếm 3,6% cao hơn so với người chưa từng hút thuốc (0,5%; $p < 0,01$). Những trường hợp đã có tiền sử mắc các bệnh đường hô hấp khác (516 trường hợp) như viêm phế quản mạn tính,

hen phế quản, lao phổi... tỉ lệ mắc BPTNMT là 3,3% cao hơn những người không có tiền sử (0,7%; $p < 0,01$). Những trường hợp có các triệu chứng lâm sàng tỉ lệ mắc bệnh đều cao hơn so với người không có các triệu chứng đó như ho kéo dài (15% vs 1,1%, $p < 0,01$); khạc đờm (9,4% vs 1,1%, $p < 0,01$); khó thở (11,5% vs 1,1%, $p < 0,01$). Tuy nhiên khi phân tích mô hình hồi quy đa biến chúng tôi nhận thấy có 2 yếu tố liên quan chính đến BPTNMT là hút thuốc với $OR = 5,85$ (95%CI: 2,82 - 12,13) và tiền sử mắc các bệnh phổi khác, $OR = 4,7$ (2,33 - 9,48). Các yếu tố khác như độ tuổi, có triệu chứng hô hấp mạn tính chưa thấy có mối liên quan, điều này có thể phạm vi nghiên cứu của chúng tôi còn hẹp, hơn nữa tỉ lệ mắc bệnh thấp nên rất khó đánh giá.

Đặc thù của nghiên cứu là thực hiện trên đảo Cát Bà, nơi có rất nhiều đảo lớn nhỏ, điều kiện giao thông khó khăn, nhiều nơi chỉ đi lại được bằng thuyền, người dân ở đây chủ yếu làm nghề đánh bắt hải sản nên việc tiếp cận nghiên cứu khó hơn trên đất liền rất nhiều, điều này lý giải tại sao chủ yếu phụ nữ

tham gia nghiên cứu (61,1%), tuổi dưới 50 chỉ chiếm 19,0%. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở đảo Cát Bà thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trước đây ở nhiều địa phương trong cả nước ngay cả ở Hải Phòng, điều này có thể do điều kiện khí hậu và môi trường ngoài đảo tốt hơn trong đất liền mặt khác tỷ lệ người dân hút thuốc không cao. Theo GOLD, BPTNMT có nguyên nhân chủ yếu nhất là do hút thuốc và ô nhiễm không khí trong hay ngoài nhà, yếu tố nhiễm trùng hô hấp, hen phế quản, sự phát triển bất thường ở phổi, các yếu tố liên quan khác như tuổi, giới... [1]. Tỷ lệ hút thuốc của đối tượng nghiên cứu chiếm 21,4%; thấp hơn một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Hạn chế của nghiên cứu là chưa đánh giá được mức độ hút thuốc của người dân, tình trạng môi trường ở đảo chỉ là phỏng đoán chứ chưa đo được tình trạng không khí ở đây do vậy vấn đề này cần được nghiên cứu và đánh giá thêm.

Nhiều tác giả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT rất khác nhau tùy theo từng khu vực, địa danh, tập tục văn hóa và tình trạng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ và phương pháp chẩn đoán, tuy nhiên chẩn đoán hiện nay chủ yếu dựa vào đo chức năng hô hấp. Nguyễn Đức Thọ nghiên cứu ở Kiến Thiết và Kiền Bái cho tỷ lệ mắc BPTNMT là 5,9%; tuổi 60-69 có 9,5% mắc bệnh và yếu tố liên quan chính là hút thuốc (9,2% vs 3,6%) tỷ lệ hút thuốc của người dân cũng cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (41,6%) [5]. Theo điều tra của Đinh Ngọc Sỹ, tỷ lệ mắc BPTNMT của người từ 40 tuổi trở lên ở Việt Nam là 4,2% [3], Ngô Quý

Châu cho biết tỷ lệ mắc BPTNMT ở Hải Phòng là 5,65% [4]; Phan Thu Phương nghiên cứu ở Ngoại thành Hà Nội ở người 40 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc BPTNMT là 3,6% [7]. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở Châu Mỹ La tinh và Caribe ở người 35 tuổi trở lên là 8,9%, tỷ lệ mắc trong số người hút thuốc lên tới 24,3% [8]. Tổng hợp các nghiên cứu tỷ lệ mắc BPTNMT ở người 40 tuổi trở lên ở Nhật Bản xấp xỉ 10% [9]. Điều đáng lo ngại là BPTNMT tiếp tục gia tăng cùng với sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ và sự già đi của dân số, đặc biệt vấn đề cần quan tâm ở đây là ô nhiễm môi trường. Một nghiên cứu thực hiện ở 2 quốc gia là Việt Nam và Indonesia trên đối tượng 40 tuổi trở lên không hút thuốc, tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 6,9% (Việt Nam 8,1%; Indonesia 6,3%) thường gặp ở những trường hợp có triệu chứng hô hấp và điều kiện sống thấp [10]. Như vậy để hạn chế tỷ lệ mắc BPTNMT ngoài những yếu tố về tuổi, giới không thể can thiệp được thì việc cần thiết là cải thiện môi trường sống, môi trường làm việc, điều kiện sống đặc biệt là giảm lưu hành và hút thuốc. Những vấn đề này cần phải được sự quan tâm của chính quyền mỗi quốc gia và tuyên truyền hưởng ứng của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD. 2023: 4-10.

2. **Davies Adeloye, Paige Song, Yajie Zhu, etal.** Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Thelancet Respiratory Medicine*. 2022 May; 10(5): 447-458.
3. **Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung.** Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng điều trị. Bộ khoa học và công nghệ. Bộ Y tế, Hà Nội. 2009.
4. **Ngô Quý Châu, Phan Thu Phương.** Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hải Phòng. *Tạp chí Y học thực hành*. 2006; 2: 44 - 48.
5. **Nguyễn Đức Thọ, Phạm Thu Xanh, Phạm Minh Khuê, Trần Quang Phục.** Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân từ 40 tuổi trở lên tại hai xã, thành phố Hải Phòng. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27(10): 11-18.
6. **MinetteA.** Questionnaire of European Community for Coal and Steel (ECSC) on Respiratory Symptoms 1987 - Updating of the 1962 and 1967 Questionnaire for Studying Chronic Bronchitis and Emphysema. *Eur Respir J*. 1989; 2: 165 - 177.
7. **Phan Thu Phương.** Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang. Luận án tiến sỹ y học Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2010.
8. **Juan J. Olortegui-Rodriguez, DavidR. Soriano-Moreno, Alejandro Benites-Bullón, etal.** Prevalence and incidence of chronic obstructive pulmonary disease in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*. 2022; 22:273.
9. **Naoya Tanabe, Susumu Sato.** Narrative review of current COPD status in Japan. *J Thorac Dis*. 2021 Jun; 13(6): 3878–3887.
10. **Nhung Nguyen Viet, Faisal Yunus, Anh Nguyen Thi Phuong, etal.** The prevalence and patient characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers in Vietnam and Indonesia: An observational survey. *Respirology*. 2015 May; 20(4): 602-11.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2022

Vũ Thị Thu Trang¹, Kê Thị Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của thiếu máu và nhận xét các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa nội tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh trên 118 bệnh nhân xơ gan có thiếu máu. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là $55,7 \pm 9,5$ tuổi, nam giới chiếm đa số 94,1%. Nguyên nhân xơ gan hay gặp nhất là lạm dụng rượu 78%. Mức độ thiếu máu nặng chiếm 20,3%, thiếu máu vừa 39%, thiếu máu nhẹ 40,7%. Mức độ thiếu máu có liên quan với mức độ xơ gan, tình trạng thiếu sắt và thiếu protein huyết thanh. Thiếu máu hồng cầu to chiếm 43,2%, thiếu máu hồng cầu to có liên quan với tình trạng lạm dụng rượu, không có bệnh nhân thiếu vitamin B12 và tỷ lệ thiếu acid folic thấp 7,6%. Thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm 22,9%. Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 33,9%, thiếu máu hồng cầu nhỏ có liên quan với tình trạng thiếu sắt. Các nguyên nhân thiếu máu hay gặp ở bệnh nhân xơ gan là thiếu sắt 49,2%, thiếu protein 39,8%, lách to 28,8%, xuất huyết tiêu hóa cấp tính 18,6%, nhiễm khuẩn nặng 24,6%, chảy máu khác 20,3%, tiền sử xuất huyết tiêu hóa nhiều lần 41,5%.

Từ khóa: xơ gan, thiếu máu

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF ANEMIA IN CIRRHOSIS PATIENTS AT VIET TIEP HOSPITAL IN 2022

Objectives: Describe the characteristics of anemia and comment on the factors related to anemia in patients with cirrhosis treated at the gastroenterology department of Viet Tiep Hospital in 2022. **Subjects and methods:** Study described a case series in 118 patients with cirrhosis with anemia. **Results and conclusions:** The mean age of patients with cirrhosis was 55.7 ± 9.5 years old, male accounted for the majority 94.1%. The most common cause of cirrhosis is alcohol abuse 78%. Severe anemia accounted was 20.3%, moderate anemia was 39%, mild anemia was 40.7%. The degree of anemia is related to the degree of cirrhosis, iron deficiency and serum protein deficiency. Macrocytic anemia accounts was 43.2%, macrocytic anemia is associated with alcohol abuse, there are no patients with vitamin B12 deficiency and the rate of folic acid deficiency is 7.6%. Isochromic normochromic anemia accounts was 22.9%. Hypochromic microcytic anemia accounts for 33.9%, microcytic anemia is associated with iron deficiency. Common causes of anemia in patients with cirrhosis are iron deficiency 49.2%, protein deficiency 39.8%, splenomegaly 28.8%, acute gastrointestinal bleeding 18.6%, severe infections 24, 6%, other bleeding 20.3%, history of multiple gastrointestinal bleeding 41.5%.

Keywords: Cirrhosis, anemia

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Trang

Email: vttrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý mạn tính, nguyên nhân thường gặp là do rượu và virus viêm gan. Giai đoạn sớm triệu chứng thường nghèo nàn nên dễ bỏ qua, đến giai đoạn mất bù bệnh nhân thường tử vong bởi các triệu chứng và biến chứng của xơ gan. Thiếu máu là biến chứng phổ biến nhất của bệnh nhân xơ gan gặp ở phần lớn các trường hợp. Theo nghiên cứu của Đặng Thị Kim Oanh ở 100 bệnh nhân điều trị xơ gan tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ thiếu máu chiếm 83%. Căn nguyên của thiếu máu trong bệnh gan rất đa dạng và thường đa yếu tố. Nguyên nhân phổ biến bao gồm mất máu cấp tính và mãn tính do chảy máu đường tiêu hóa trên, suy dinh dưỡng, cường lách thứ phát sau tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy giảm chức năng đông máu gây chảy máu, mất máu... Ở bệnh nhân xơ gan, thiếu máu mạn tính ảnh hưởng nhiều tới quá trình trao đổi chất, chuyển hóa, sự phục hồi bệnh lý của người bệnh. Vì vậy, phát hiện và điều trị sớm thiếu máu mạn tính góp phần cải thiện tiên lượng sống cho các bệnh nhân xơ gan. Tình trạng thiếu máu mạn tính và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân xơ gan đã được ghi nhận ở một số nghiên cứu trong và ngoài nước với nhiều kết quả khác biệt nhưng chưa thống nhất. Vì vậy, để tìm hiểu rõ thêm về vấn đề thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm của thiếu máu và nhận xét các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa nội tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 118 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có thiếu máu điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu

nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Chọn vào nghiên cứu các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan: Có 2 hội chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hoặc Fibroscan F4.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu: Lâm sàng có hoa mắt chóng mặt, da xanh niêm mạc nhợt. Cận lâm sàng có 2 trong 3 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- + Số lượng hồng cầu < 4,2G/l ở nam và < 4,0 G/l ở nữ

- + Hemoglobin < 130g/l ở nam và < 125g/l ở nữ

- + Hematocrit < 0,4 l/l ở nam và < 0,37 l/l ở nữ

- Trên 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Có bệnh lý cơ quan tạo máu: suy tủy xương, leucemie cấp, leucemie kinh, rối loạn sinh tủy; ung thư, suy thận mạn.

- Tiền sử truyền máu (<120 ngày).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 118 bệnh nhân. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới.

- Đặc điểm xơ gan: nguyên nhân, mức độ xơ gan (theo Child-Push).

- Mức độ thiếu máu (phân loại theo tiêu chuẩn của WHO): nhẹ (Hb 100-120 g/l), vừa (Hb 80-<100 g/l); nặng (Hb < 80g/l).

- Kích thước hồng cầu: hồng cầu to (MVC > 100fl), hồng cầu bình thường

(MCV 80 - 100 fl), hồng cầu nhỏ (MCV < 80fl).

- Nguyên nhân thiếu máu: xuất huyết tiêu hóa cấp tính, tiền sử xuất huyết tiêu hóa nhiều lần, thiếu sắt, thiếu acid folic và vitamin B12, tan máu, lách to, thiếu dinh dưỡng, mất máu khác (chảy máu mũi, răng miệng, ỉa máu do giãn tĩnh mạch trực tràng...).

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y sinh học sử dụng phần mềm spss 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu gồm 118 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có thiếu máu điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2022 chúng tôi thu được một số kết quả sau:

Bảng 3.1. Tuổi và giới

	n	%	Tuổi cao nhất	Tuổi thấp nhất	Tuổi trung bình
Nam	111	94,1	78	17	55,5 ± 9,7
Nữ	7	5,9	63	52	59,0 ± 4,9
Tổng	118	100	78	18	55,7 ± 9,5

Bảng 3.2. Nguyên nhân xơ gan

Nguyên nhân xơ gan	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rượu	86	72,9
Viêm gan virus B	15	12,7
Viêm gan virus C	6	5,1
Rượu + viêm gan virus	6	5,1
Khác	5	4,2
Tổng	118	100

Bảng 3.3. Đặc điểm thiếu máu

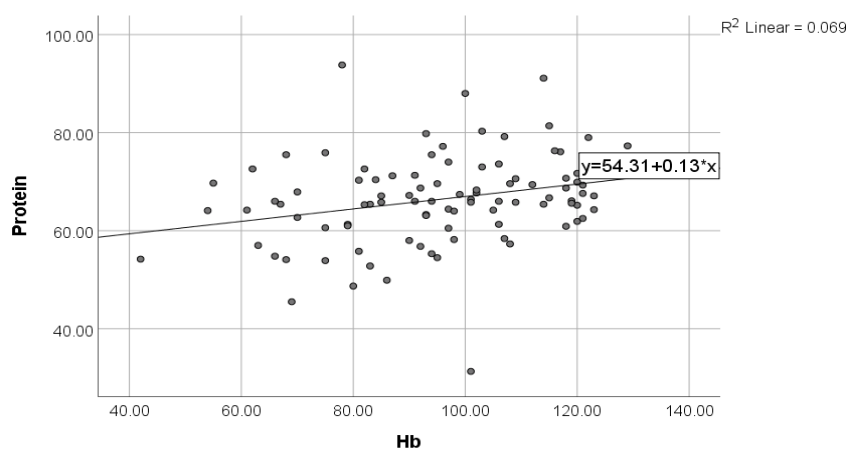
Đặc điểm thiếu máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ thiếu máu	Nặng	24
	Vừa	46
	Nhẹ	48
Kích thước hồng cầu	Hồng cầu to	51
	Hồng cầu bình thường	27
	Hồng cầu nhỏ	40

Bảng 3.4. Các nguyên nhân và yếu tố liên quan đến thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan

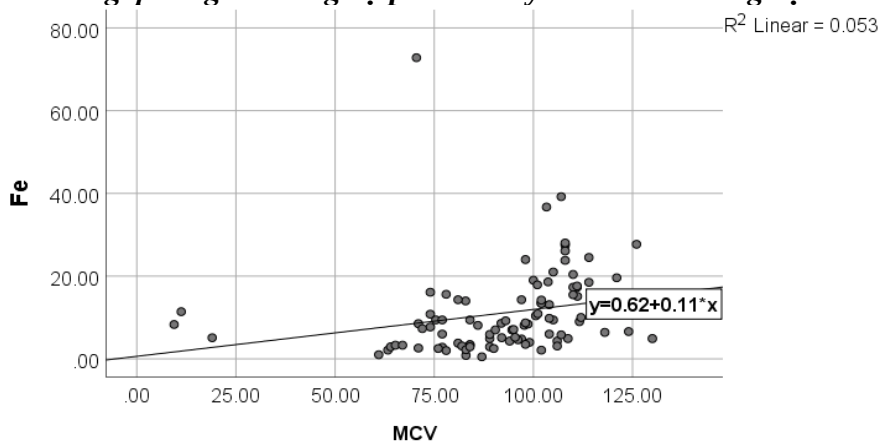
Các nguyên nhân và yếu tố liên quan thiếu máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thiếu sắt	58	49,2
Thiếu protein	47	39,8
Thiếu acid folic	9	7,6
Thiếu vitamin B12	0	0
Lách to	34	28,8
Huyết tán cấp tính	4	3,4
Nhiễm khuẩn nặng	29	24,6
Xuất huyết tiêu hóa cấp tính	22	18,6
Tiền sử xuất huyết tiêu hóa	49	41,5
Chảy máu khác	24	20,3

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa các nguyên nhân thiếu máu và đặc điểm thiếu máu

Thiếu máu		Vừa và nặng n (%)	Nhẹ n (%)	Tổng n (%)	OR; 95%CI p
Thiếu sắt	Có	43	15	58	3,50
	Không	27	33	60	1,61 – 7,6
	Tổng	70	48	118	0,001
Thiếu protein	Có	34	13	35	2,54
	Không	36	35	59	1,15 – 5,6
	Tổng	70	48	118	0,019



Hình 3.1. Tương quan giữa nồng độ protein huyết thanh và nồng độ hemoglobin



Hình 3.2. Tương quan giữa nồng độ sắt huyết thanh và thể tích trung bình hồng cầu

Bảng 3.6. Liên quan giữa lạm dụng rượu và thiếu máu hồng cầu to

TM hồng cầu to Lạm dụng rượu	Có	Không	Tổng	OR; 95%CI p
Có	47	45	92	5,74
Không	4	22	26	1,83 – 17,98
Tổng	51	67	118	0,01

Bảng 3.7. Liên quan giữa mức độ xơ gan và mức độ thiếu máu

Thiếu máu	Vừa và nặng	Nhẹ	Tổng	OR; 95%CI p
Child Pugh				
Child Pugh B và C	57	29	86	2,87
Child Pugh A	13	19	32	1,24 – 6,62
Tổng	70	48	118	0,012

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan trong nghiên cứu là $55,7 \pm 9,5$ tuổi, trẻ nhất là 18 tuổi, già nhất là 78 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm đa số là 94,1%, nữ giới chiếm tỷ lệ là 5,9%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước như kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương và cộng sự trên 102 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Bạch Mai (2019-2021) cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân xơ gan là $50 \pm 7,6$ tỷ lệ nam giới chiếm đa số là 85,3%, nữ giới chiếm tỷ lệ là 14,7%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Duy Thông và Hồ Thị Vân Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2019-2020) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là 55,5 tuổi (nhỏ nhất 28 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1 [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân gây xơ gan đa số là do rượu (72,9%), viêm gan virus B chiếm 12,7%, viêm gan virus C chỉ chiếm 5,1%, và có 5,1% bệnh nhân phối hợp giữa rượu và viêm gan virus. Kết quả nghiên cứu trên 103 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan và điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiêu hoá - Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 10/2016 đến tháng 5/2017 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân xơ gan do rượu đơn thuần là 64,1%, xơ gan do vi rút (B,C) gặp ở 21,4% bệnh nhân [1].

Về mức độ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân thiếu máu trung bình và

nặng chiếm 59,4%, thiếu máu nhẹ chiếm 40,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu trung bình và nặng ở bệnh nhân xơ gan cao hơn so với một số nghiên cứu khác như Trần Thị Vân Anh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016 cho thấy 80,6% bệnh nhân xơ gan có thiếu máu, trong đó 58,8% thiếu máu nhẹ, 18,9% thiếu máu vừa và 2,9% bệnh nhân thiếu máu nặng; Nguyễn Trọng Hà và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 103 năm 2017 cho thấy thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình ở bệnh nhân xơ gan chiếm 68,0%, thiếu máu mức độ nặng chiếm tỷ lệ rất thấp 4,9% [1]. Điều này có lẽ do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ xơ gan nặng có nhiều biến chứng cao hơn một số nghiên cứu khác. Mức độ thiếu máu cũng liên quan chặt chẽ với mức độ xơ gan, bệnh nhân xơ gan Child B và C có nguy cơ thiếu máu cao gấp 2,78 lần so với bệnh nhân Child A (95%CI:1,24 – 6,62, $p=0,012$).

Về đặc điểm thiếu máu, trong nghiên cứu này thấy tỷ lệ thiếu máu hồng cầu to ở bệnh nhân xơ gan là 43,2%, thiếu máu hồng cầu bình thường bình sắc chiếm 22,9%, thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 33,9%. Trong đó thiếu máu hồng cầu to chủ yếu gặp ở các bệnh nhân xơ gan có lạm dụng rượu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa thiếu máu hồng cầu to và tình trạng lạm dụng rượu. Các bệnh nhân lạm dụng rượu có nguy cơ thiếu máu hồng cầu to cao gấp 5,74 lần so với bệnh nhân không lạm

dụng rượu (với $p < 0,01$ 95%CI:1,83 – 17,98). Theo tác giả George và cộng sự [7], bệnh nhân xơ gan nghiện rượu thường có thiếu máu do thiếu hụt acid folic, thiếu vitamin B12. Rượu gây cản trở hấp thu và chuyển hoá acid folic, vitamin B12 do đó tình trạng kiệt quệ acid folic, vitamin B12 luôn xảy ra trên người nghiện rượu mạn tính và gây tình trạng thiếu máu hồng cầu to [6]. Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chủ yếu gặp ở bệnh nhân xơ gan có thiếu sắt, nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ sắt huyết thanh và thể tích trung bình hồng cầu ở bệnh nhân xơ gan (với $r=0,23$, $p < 0,05$).

Về các nguyên nhân và yếu tố liên quan đến thiếu máu, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu sắt và ferritin khá cao chiếm 49,2%, mặc dù theo y văn kinh điển trong xơ gan thường có tình trạng thừa sắt, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lý giải cho điều này có thể thấy nghiên cứu của chúng tôi có một tỷ lệ lớn 41,5% bệnh nhân xơ gan có tiền sử xuất huyết tiêu hóa nhiều lần chiếm 41,5% và có 20,3% các trường hợp mất máu rỉ rả do các nguyên nhân khác như chảy máu răng, mũi, chảy máu tiêu hóa rỉ rả do dẫn tĩnh mạch thực quản, dẫn tĩnh mạch trực tràng... kết hợp với tình trạng thiếu dinh dưỡng, thiếu nguồn cung cấp và giảm hấp thu sắt do bệnh dạ dày tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Điều đó chính là nguyên nhân dẫn đến thiếu sắt ở các bệnh nhân xơ gan. Thiếu protein năng lượng ở những bệnh nhân xơ gan cũng chiếm 39,8%. Tình trạng thiếu sắt và thiếu protein năng lượng có mối liên quan chặt chẽ với mức độ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan. Bệnh nhân thiếu sắt có nguy cơ thiếu máu vừa và nặng cao gấp 3,5 lần so với bệnh nhân không thiếu sắt (95%CI:1,61 – 7,6, $p=0,001$). Bệnh nhân thiếu protein có nguy

cơ thiếu máu nặng cao gấp 2,54 lần so với bệnh nhân không thiếu protein (95%CI:1,15 – 5,6, $p=0,019$), có mối tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ protein huyết thanh với nồng độ Hemoglobin ở bệnh nhân xơ gan ($r=0,26$, $p < 0,05$). Tiền sử xuất huyết tiêu hóa nhiều lần chiếm 41,5%, xuất huyết tiêu hóa cấp tính chiếm 18,6%, nhiễm khuẩn nặng chiếm 24,6%, lách to chiếm 28,8%, cũng là những nguyên nhân gây thiếu máu khá thường gặp trong nghiên cứu này. Tuy nhiên tỷ lệ thiếu máu huyết tán cấp tính ở bệnh nhân xơ gan ở nghiên cứu này khá thấp chỉ có 3,9%. Trong nghiên cứu này, mặc dù tỷ lệ lạm dụng rượu, thiếu máu hồng cầu to khá lớn song nghiên cứu cho thấy không có bệnh nhân nào thiếu vitamin B12, tỷ lệ thiếu acid folic chỉ chiếm 7,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Minh Liên, nồng độ vitamin B12 huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan không bị thiếu thậm chí còn cao hơn mức bình thường nhưng các yếu tố vận chuyển vitamin B12 tham gia vào quá trình tạo máu lại bị thiếu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 118 bệnh nhân xơ gan có thiếu máu tại khoa nội tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau. Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là $55,7 \pm 9,5$ tuổi, nam giới chiếm đa số 94,1%. Nguyên nhân xơ gan hay gặp nhất là lạm dụng rượu chiếm 78%. Mức độ thiếu máu nặng chiếm 20,3%, thiếu máu vừa 39%, thiếu máu nhẹ 40,7%. Mức độ thiếu máu có liên quan với mức độ xơ gan, tình trạng thiếu sắt và thiếu protein huyết thanh. Thiếu máu hồng cầu to chiếm 43,2%, thiếu máu hồng cầu to có liên quan với tình trạng lạm dụng rượu, không có bệnh

nhân thiếu vitamin B12 và tỷ lệ thiếu acid folic thấp 7,6%. Thiếu máu hồng cầu bình thường đẳng sắc chiếm 22,9%. Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 33,9%, thiếu máu hồng cầu nhỏ có liên quan với tình trạng thiếu sắt. Các nguyên nhân thiếu máu hay gặp ở bệnh nhân xơ gan là thiếu sắt 49,2%, thiếu protein 39,8%, lách to 28,8%, xuất huyết tiêu hóa cấp tính 18,6%, nhiễm khuẩn nặng 24,6%, chảy máu khác 20,3%, tiền sử xuất huyết tiêu hóa nhiều lần 41,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trọng Hà, Đỗ Phương Hương, Nguyễn Văn Bằng và cộng sự**, Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan. Tạp chí Y học Việt Nam (2017), 458 (2): p61-64.
2. **Trần Thị Vân Anh**, Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016. Tạp chí Y học Việt Nam (2018), 472 (Số đặc biệt): p465-469.
3. **Trịnh Thị Minh Liên**, Nghiên cứu sự thay đổi số lượng tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân viêm gan và xơ gan có HBsAg dương tính. Tạp chí Y học thực hành (2003), 2003(10)
4. **Võ Duy Thông, Hồ Thị Vân Anh**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan. Tạp chí Y học Việt Nam (2021), 498 (2): 93.
5. **Benedikt Simbrunner, Andrea Beer, Katharina Wöran et al.** Portal hypertensive gastropathy is associated with iron deficiency anemia. Wien Klin Wochenschr (2020), p132:1–11
6. **Bothou C, Ruschenbaum S, Kubesch A, et al.**, Anemia and Systemic Inflammation Rather than Arterial Circulatory Dysfunction Predict Decompensation of Liver Cirrhosis. Journal of Clinical Medicine (2020), 9(5).
7. **Eleana Gkamprela, Melanie Deutsch, Dimitrios Pectasides**, Iron deficiency anemia in chronic liver disease: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. Annals of Gastroenterology (2017), 30, p405-413.
8. **Gkamprela E, Deutsch M, Pectasides D**, Iron deficiency anemia in chronic liver disease: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. Ann Gastroenterol (2017), 30(4):405–13
9. **George N, Ioannoke, Kris V and et al**, Relationship between transferrin iron saturation. Alcohol consumption, and the incidence of cirrhosis and liver cancer (2007), 5 (5): p624 - 629.
10. **Rosario Gonzalez-Casas, E Anthony Jones, Ricardo Moreno-Otero**, Spectrum of anemia associated with chronic liver disease. World J Gastroenterol (2009), 15(37): p4653-4658

KẾT QUẢ MỘT SỐ TEST CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN DỊ ỨNG DO MẠT BỤI NHÀ TẠI VIỆN Y HỌC BIỂN VIỆT NAM NĂM 2021- 2022

Bạch Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Dương Truyền¹,
Phạm Bích Ngọc¹, Đinh Dương Tùng Anh¹, Phạm Văn Thúc¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên các bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán xác định hen phế quản, được khám và điều trị tại phòng khám Dị ứng miễn dịch lâm sàng - Viện Y học biển Việt Nam trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2022. Nghiên cứu này có mục tiêu phân tích kết quả test da và test IgE đặc hiệu huyết thanh trong chẩn đoán mạt bụi nhà gây hen phế quản ở các bệnh nhân nói trên. Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân hen phế quản, chúng tôi phát hiện được tỉ lệ người bệnh dị ứng với 2 loại mạt bụi nhà (Der f và Der p) thông qua test lấy da lần lượt là 76,92% và 75,38%. Tỉ lệ phát hiện mẫn cảm với 2 loại mạt bụi nhà này thông qua xét nghiệm IgE đặc hiệu huyết thanh với Der f và Der p lần lượt là 53,85% và 52,30%. Việc kết hợp hai loại xét nghiệm này giúp tăng tỉ lệ phát hiện mẫn cảm với hai loại dị nguyên trên một cách có ý nghĩa thống kê so với xét nghiệm IgE đặc hiệu huyết thanh đơn độc, đồng thời có thể giúp khắc phục hạn chế của test lấy da trên những bệnh nhân hen phế quản dị ứng có sử dụng thuốc kháng Histamine ngay trước khi tiến hành xét nghiệm.

Từ khóa: hen phế quản, test lấy da, xét nghiệm IgE đặc hiệu, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farina*

SUMMARY

RESULTS OF SOME DIAGNOSTIC TESTS FOR ALLERGIC ASTHMA CAUSED BY DERMATOPHAGOIDES AT THE VIETNAM INSTITUTE OF MARINE MEDICINE IN 2021-2022

The study describes a series of cases on patients ≥ 16 years old with a confirmed diagnosis of bronchial asthma, examined and treated at the Clinical Allergy and Immunology Clinic of Vietnam National Institute of Maritime Medicine from January 2021 to April 2022. The aim of this study was to analyze the results of skin prick test and allergen-specific immunoglobulin E (sIgE) test in diagnosing *Dermatophagoides* causing asthma in the above patients. Through the study of 65 patients with asthma, we found that the rate of patients allergic to these 2 types of house dust mites (Der f and Der p) through skin prick test was 76.92% and 75.38, respectively. The detection rate of susceptibility to these two types of house dust mites through sIgE test with Der f and Der p was 53.85% and 52.30%, respectively. The combination of these two tests significantly increased the detection rate of sensitization to these two allergens compared with the serospecific IgE test alone, and can help overcome the limitation of the skin prick test in allergic asthma patients who received antihistamines just prior to testing.

Keywords: asthma, skin prick test, allergen-specific immunoglobulin E, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farina*

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thúc

Email: pvthuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen là vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Hen phế quản không được kiểm soát sẽ gây suy giảm chất lượng cuộc sống người bệnh, trở thành một trong những gánh nặng bệnh tật đối với gia đình, y tế và xã hội [1]. Việc xác định được các tác nhân gây dị ứng của người bệnh hen phế quản có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng tránh khởi phát các cơn hen do các yếu tố kích thích này, cũng như trong việc điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu cho người bệnh. Trong số đó, mạt bụi nhà (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farina*) là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất [2].

Phòng khám Dị ứng miễn dịch lâm sàng - Viện Y học biển Việt Nam là một trong những trung tâm quản lý bệnh nhân hen phế quản tại thành phố Hải Phòng. Tại Hải Phòng, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về các test trong chẩn đoán dị nguyên gây hen phế quản, đặc biệt là do *Dermatophagoides*. Vậy trên thực tế giá trị của các phương pháp xét nghiệm chẩn đoán dị nguyên mạt bụi nhà trên các bệnh nhân hen phế quản là như thế nào? Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu nghiên cứu: *Phân tích kết quả test da và test IgE đặc hiệu huyết thanh trong chẩn đoán nguyên nhân mạt bụi nhà gây hen phế quản ở các bệnh nhân tại viện Y học biển Việt Nam năm 2021- 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định hen phế quản khám và được làm xét nghiệm xác định dị nguyên gây bệnh tại phòng khám Dị ứng

miễn dịch lâm sàng - Viện Y học biển Việt Nam từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2022.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Các bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán xác định hen phế quản, được khám và điều trị tại phòng khám Dị ứng miễn dịch lâm sàng - Viện Y học biển Việt Nam trong thời gian nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhân hen phế quản theo GINA 2014:

Bệnh nhân có đợt ho, khò khè, khó thở, nặng ngực tái đi tái lại

Triệu chứng xuất hiện nặng hơn về đêm và sáng sớm làm bệnh nhân thức giấc

Triệu chứng xuất hiện hoặc xấu đi khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc các yếu tố nguy cơ: hóa chất, mạt bụi nhà, khói thuốc, nhiễm trùng,... Các triệu chứng được cải thiện khi sử dụng thuốc giãn phế quản.

Bệnh nhân có tiền sử các nhân và/hoặc tiền sử gia đình có mắc hen phế quản hoặc các bệnh dị ứng khác.

Do chức năng hô hấp biểu hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn $FEV1 \leq 80\%$ giá trị dự đoán, $FEV1/VC \leq 80\%$.

- Bệnh nhân được làm Prick test với dị nguyên mạt bụi nhà *Dermatophagoides pteronyssinus* (*Der p*) và *Dermatophagoides farina* (*Der f*).

- Bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng IgE đặc hiệu trong huyết thanh bệnh nhân hen phế quản với 2 loại dị nguyên mạt bụi nhà: *Dermatophagoides pteronyssinus* (*Der p*) và *Dermatophagoides farina* (*Der f*).

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** các trường hợp bệnh nhân đã được sử dụng thuốc kháng Histamine, thuốc ức chế miễn dịch trong khoảng thời gian 02 tuần trước khi được làm test dị nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu toàn bộ.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính.

Các chỉ tiêu về cận lâm sàng: tỉ lệ dương tính của test IgE đặc hiệu với mạt bụi nhà, Der p và Der f, tỉ lệ dương tính của test lấy da với mạt bụi nhà, Der p và Der f, mức độ biểu hiện của test lấy da.

2.5. Quy trình nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

- Chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn chẩn đoán qua khám lâm sàng, cận lâm sàng, khai thác tiền sử dị ứng.

- Thu thập số liệu trực tiếp và qua hồ sơ bệnh án.

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích theo thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS 23.0. So sánh 2 tỉ lệ bằng Chi-square test (χ^2). Giá trị $p < 0,05$ trong các phép kiểm định được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có mục đích nhằm phục vụ lợi ích chăm sóc sức khỏe của người bệnh và không gây bất cứ tác hại nào cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đúng với đề cương đã được phê duyệt bởi Hội đồng đánh giá đề cương Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng và được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Viện Y học biển Việt Nam. Đảm bảo giữ bí mật thông tin của bệnh nhân.

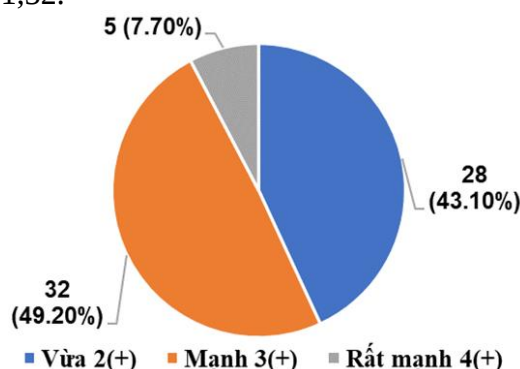
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 65 trường hợp được chẩn đoán mắc hen phế quản trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân hen phế quản

Đặc điểm	Số ca bệnh (n= 65)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi ($\bar{X} \pm SD$: 41,8 $\pm$ 20,2 tuổi, max: 81 tuổi, min: 16 tuổi)	16-35 tuổi	28
	36-60 tuổi	23
	>60 tuổi	14
Giới	Nữ	37
	Nam	28

Nhận xét: số ca bệnh hen phế quản chủ yếu tập trung ở các nhóm tuổi: 16-19 tuổi và 40-69 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 1/1,32.



Hình 1. Mức độ biểu hiện của test lấy da (n=65)

Nhận xét: Mức độ biểu hiện của test lấy da mức độ vừa và mạnh chiếm đa số

Bảng 2. Tỷ lệ test lấy da dương tính với các dị nguyên (n=65)

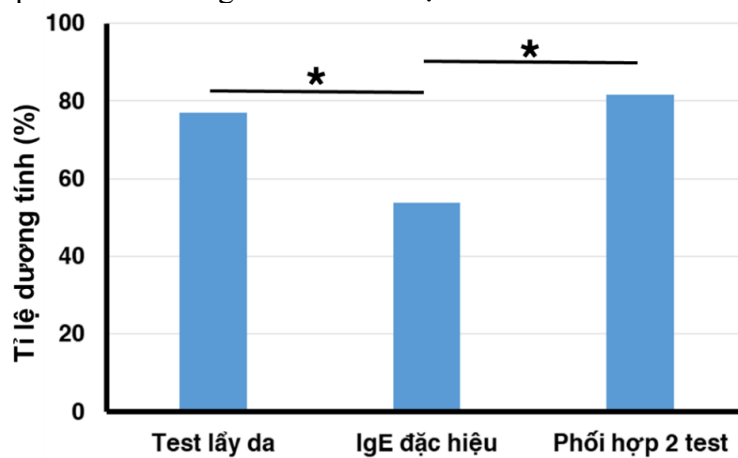
Test dị nguyên	n	Tỷ lệ (%)
Der f	50	76,92
Der p	49	75,38

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân hen phế quản có test lấy da dương tính với hai dị nguyên Der p và Der f đều chiếm tỉ lệ cao trên 70%.

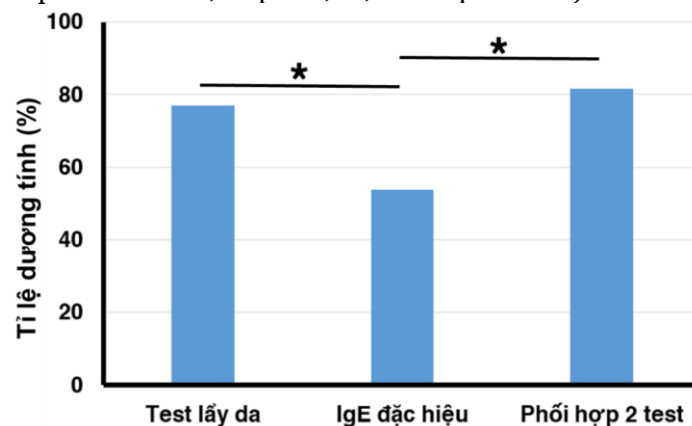
Bảng 3. Kết quả test IgE huyết thanh đặc hiệu với các dị nguyên

Dị nguyên	n	Tỷ lệ (%)
Der f	35	53,85
Der p	34	52,30

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân hen phế quản có kết quả test IgE huyết thanh đặc hiệu với các dị nguyên Der p và Der f dương tính chiếm tỉ lệ cao trên 50%.

**Hình 2. Kết quả phối hợp test lấy da và test IgE huyết thanh đặc hiệu chẩn đoán dị nguyên Der f (n = 65)**

Nhận xét: Biện pháp test lấy da và phối hợp test lấy da cùng xét nghiệm IgE đặc hiệu dị nguyên cho tỉ lệ xác định người bệnh hen phế quản có mẫn cảm với dị nguyên Der f cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với xét nghiệm IgE đặc hiệu với dị nguyên này đơn độc (lần lượt: $p = 0.005686$ và $p = 0.000736$; *: $p < 0,05$, Chi-square test)

**Hình 3. Kết quả phối hợp test lấy da và test IgE huyết thanh đặc hiệu chẩn đoán dị nguyên Der p (n=65)**

Nhận xét: Biện pháp test lấy da và phổi hợp test lấy da cùng xét nghiệm IgE đặc hiệu cho tỉ lệ xác định mẫn cảm với dị nguyên Der p cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với xét nghiệm IgE đặc hiệu đơn độc (lần lượt: $p = 0.006176$ và $p = 0.000849$; *: $p < 0,05$, Chi-square test).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ phân bố giữa hai giới có sự khác biệt, tỷ lệ nam/nữ $\approx 0,76$. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây đã cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế so với nam giới trong số các bệnh nhân hen phế quản [3]. Nghiên cứu của Lê Quốc Gia và cộng sự trên 109 trường hợp hen phế quản tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỉ lệ nam/nữ là 45/64 (0,7) [4]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra vai trò của estrogen trong những bệnh lý dị ứng và trong hen phế quản. Tế bào mast đã được thấy rằng có sự biểu hiện thụ thể α -estrogen, và estrogen có thể kích hoạt quá trình thoái hóa tế bào mast và tăng phản ứng miễn dịch IgE [3]. Điều này phần nào giải thích được tỉ lệ bệnh nhân nữ giới mắc hen phế quản dị ứng với mạt bụi nhà cao hơn bệnh nhân nam giới trong các nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi của nhóm bệnh nhân hen phế quản cho thấy đa số các ca bệnh thuộc nhóm 16-35 tuổi (45,1%) nhiều hơn nhóm 36-60 tuổi (35,4%), với độ tuổi trung bình là 41 tuổi. Điều này có sự khác biệt đáng kể so với một nghiên cứu trên 322 bệnh nhân hen phế quản tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy đa số bệnh nhân

thuộc nhóm 36-60 tuổi (49,7%) và độ tuổi trung bình là 47 tuổi [5]. Cũng cần lưu ý rằng cỡ mẫu đạt được trong nghiên cứu của chúng tôi còn tương đối thấp, do vậy có thể góp phần dẫn tới sự khác biệt này. Những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu đủ lớn là cần thiết để góp phần làm rõ thêm đặc điểm về độ tuổi của nhóm bệnh nhân hen phế quản.

Việt Nam với khí hậu của vùng nhiệt đới nóng ẩm, mưa nhiều, là điều kiện lý tưởng cho mạt bụi nhà phát triển và là một trong những dị nguyên thường gặp nhất ở các bệnh nhân dị ứng, trong đó có các bệnh nhân hen phế quản [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây cho rằng mạt bụi nhà là dị nguyên thường gặp, trong đó, tỉ lệ bệnh nhân hen phế quản có dị ứng với mạt bụi nhà Der f là 76,92% và với mạt bụi nhà Der p là 75,38%. Nghiên cứu của tác giả Đào Thị Hồng Diên cho thấy tỷ lệ dương tính với mạt bụi nhà Der p và mạt bụi nhà Der f, lần lượt là 67% và 65,9% [7]. So sánh với một nghiên cứu ở Trung Quốc (nghiên cứu CARRAD), nó cho thấy mạt bụi nhà phổ biến nhất là Der p và Der f, tuy nhiên phát hiện ở một tỉ lệ tương đối thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (lần lượt là 59% và 57,6%) [8].

Việc chẩn đoán dị ứng đòi hỏi phải có tiền sử bệnh thích hợp và khám thực thể. Quá mẫn loại I (ngay lập tức) bị nghi ngờ khi các phản ứng xảy ra trong vòng 30–120 phút sau khi tiếp xúc. Nếu thông tin lâm sàng gợi ý dị ứng loại I (loại tức thời), thì test lấy da

được chỉ định để phát hiện sự hiện diện của IgE cụ thể đối với các chất gây dị ứng có liên quan: chất hít, thức ăn, thuốc và trong một số trường hợp là chất gây dị ứng nghề nghiệp. Test lấy da là một phương pháp chẩn đoán an toàn, tuy nhiên vẫn có một số phản ứng bất lợi được báo cáo và có chống chỉ định bệnh nhân có tiền sử điều trị bằng thuốc kháng histamine hoặc corticosteroid, bệnh nhân bị bệnh da liễu. Định lượng IgE huyết thanh đặc hiệu dị nguyên nhằm mục đích phát hiện sự mẫn cảm của cơ thể người bệnh dị ứng đối với một loại dị nguyên xác định. Giá thành của xét nghiệm IgE huyết thanh đặc hiệu cao hơn test lấy da. Tuy nhiên, nó có ưu điểm là không bị ảnh hưởng bởi thuốc kháng histamine, bệnh ngoài da hoặc phản ứng bất lợi trên da [1]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phát hiện mẫn cảm với hai loại mạt bụi nhà, Der f và Der p, bằng test lấy da là cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ phát hiện mẫn cảm bằng test IgE đặc hiệu dị nguyên (hình 2 và hình 3). Kết quả này cũng có sự tương đồng với các kết quả trong các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng độ nhạy của test lấy da là cao hơn so với test IgE đặc hiệu [1, 2]. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu này của chúng tôi đã cho thấy việc thực hiện kết hợp thêm test IgE đặc hiệu dị nguyên sẽ giúp gia tăng độ nhạy trong phát hiện tác nhân dị ứng so với khi chỉ thực hiện test lấy da đơn độc hoặc test IgE đặc hiệu dị nguyên.

Sự kết hợp 2 test lấy da và định lượng IgE đặc hiệu trong máu bệnh nhân hen phế quản cho tỉ lệ dương tính với mạt bụi nhà

(Der f và Der p) cao hơn khi chỉ dùng 1 test đơn độc bởi vì ngoài sự phát hiện được IgE đặc hiệu dị nguyên khi sinh ra đã gắn vào tế bào mastocyte ở dưới da thì còn phát hiện được lượng IgE đang tồn tại trong máu. Do vậy, sự kết hợp 2 test này trong chẩn đoán có ý nghĩa cao trong việc xác định dị nguyên đã mẫn cảm ở các bệnh nhân hen phế quản. Điều này vừa giúp cho chẩn đoán đặc hiệu nhưng cũng là cơ sở để điều trị giải mẫn cảm sau này [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân hen phế quản, chúng tôi phát hiện được tỉ lệ người bệnh dị ứng với 2 loại mạt bụi nhà (Der f và Der p) thông qua test lấy da lần lượt là 76,92% và 75,38%. Tỉ lệ phát hiện mẫn cảm với 2 loại mạt bụi nhà này thông qua xét nghiệm IgE đặc hiệu huyết thanh với Der f và Der p lần lượt là 53,85% và 52,30%. Việc kết hợp hai loại xét nghiệm này giúp tăng tỉ lệ phát hiện mẫn cảm với hai loại dị nguyên trên một cách có ý nghĩa thống kê so với xét nghiệm IgE đặc hiệu huyết thanh đơn độc, đồng thời có thể giúp khắc phục hạn chế của test lấy da trên những bệnh nhân hen phế quản dị ứng có sử dụng thuốc kháng Histamine ngay trước khi tiến hành xét nghiệm.

VI. 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.22.103.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansotegui, I.J., et al.**, IgE allergy diagnostics and other relevant tests in allergy, a World Allergy Organization position paper. *World Allergy Organ J*, 2020. **13**(2): p. 100080.
2. **Calderón, M.A., et al.**, Respiratory allergy caused by house dust mites: What do we really know? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2015. **136**(1): p. 38-48.
3. **Yung, J.A., H. Fuscini, and D.C. Newcomb**, Hormones, sex, and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2018. **120**(5): p. 488-494.
4. **Lê Quốc Gia và Phan Thu Phương**, Tương quan giữa mức Nitric oxide trong khí thở ra với một vài đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các mức độ kiểm soát hen ở bệnh nhân hen phế quản người lớn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. **520**(2): p. 229-232.
5. **Nguyen Nhu Vinh, Huynh Thị Hoai Thuong, and Niels H. Chavannes**, Knowledge on self-management and levels of asthma control among adult patients in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Int J Gen Med*, 2018. **11**: p. 81-89.
6. **Trinh, T.H.K., et al.**, Profile of aeroallergen sensitizations in allergic patients living in southern Vietnam. *Frontiers in Allergy*, 2023. **3**.
7. **Đào Thị Hồng Diên, Lê Thị Minh Hương và Nguyễn Thị Diệu Thúy**, Nghiên cứu kết quả test lấy da với các dị nguyên hô hấp trong nhà của bệnh nhi hen phế quản. *Tạp chí Y học thực hành*, 2013. **3**: p. 47-50.
8. **Li, J., et al.**, Influence of degree of specific allergic sensitivity on severity of rhinitis and asthma in Chinese allergic patients. *Respir Res*, 2011. **12**(1): p. 95.

THỰC TRẠNG SỞ THÍCH VÀ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG BÀI TẬP SỨC MẠNH NÂNG CAO THỂ LỰC CHO NỮ SINH VIÊN HỌC MÔN BÓNG RỔ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2022

Hoàng Thị Bích Thủy¹, Vũ Đức Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ thích thú trong học tập và sử dụng các bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên và kết quả ứng dụng bài tập cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022. **Đối tượng:** 143 nữ sinh viên các lớp K43 B, D, F, H học tập môn Bóng rổ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, thực nghiệm so sánh trước sau và có đối chứng. **Kết quả nghiên cứu và bàn luận:** Đánh giá thái độ: Có 8,6% sinh viên thích thi đấu bóng rổ vì đây là nội dung khó, yêu cầu sinh viên phải biết chơi, nắm rõ luật và có sức khỏe tốt. Tỷ lệ sinh viên thích luyện tập bóng rổ ở các giờ ngoại khóa là 35,7%. Sinh viên yêu thích tập các bài tập bổ trợ là không cao, chiếm 18,5%. Đánh giá kỹ năng thực hành: Chúng tôi lựa chọn 19/20 bài tập được các chuyên gia đánh giá cao trên 80%. Đánh giá ban đầu cho thấy thể lực, thể hình, số lượng nữ của cả hai nhóm đều tương đối giống nhau trước khi đưa vào nghiên cứu. Sau quá trình 4 tháng tập luyện, áp dụng các bài tập bổ trợ nâng cao sức mạnh, chúng tôi thu được kết quả các chỉ số của 4 Test đều $t > 2,01-3,33$ có $t > t_{\text{tính}} = 1,96$ với $P < 0,05$, chứng tỏ là các bài tập sức mạnh đã đạt hiệu quả. Thành tích nhóm thực nghiệm có các chỉ số đã có sự tăng trưởng rõ ràng sau 4 tháng. Bài tập bổ trợ đã có tác động tích cực cả vào nội dung môn học là kỹ thuật 2

bước lên rổ và kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ, thành tích không đạt giảm xuống còn 19% so với 25%.

Từ khóa: bài tập sức mạnh, bóng rổ

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF INTERESTS AND APPLICATION RESULTS OF STRENGTH EXERCISES TO IMPROVE PHYSICAL FITNESS FOR FEMALE STUDENTS STUDYING BASKETBALL AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2022

Objectives: Investigating female students' motivation of learning and using strength exercises to improve physical fitness and the application results of exercises for female students studying basketball at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy in 2022.

Subjects: 143 female students studying basketball of classes K43 B, D, F, H. **Research methods:** Descriptive and experimental methods with comparison of the control before and after the study. **Research results and discussion:** Evaluating the attitude: 8.6% of students like to compete in basketball because this is a difficult content which requiring students to know how to play, understand the rules and have good health. The percentage of students who like to practice basketball in extracurricular hours is 35.7%. The rate of students enjoying supplementary exercises is not high, accounting for 18.5%. Evaluating practical skills: We selected 19/20 exercises that experts rated above 80%. Initial assessment showed that the physical strength,

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Bích Thủy

Email: htbthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

body shape, and number of women of both groups were relatively similar before being included in the study. After 4 months of training and applying supplementary exercises to improve strength, we obtained the results of the 4 Test: $t > 2.01-3.33$ with $t > t$ calculated 1.96 with $P < 0.05$, which proved that strength exercises were effective. The experimental group's performance included indicators with clear growth after 4 months. The supplementary exercises had a positive impact on the subject content including the 2-step basket technique and the 1-hand-on-the-shoulder basket shooting technique. Unsatisfactory results decreased to 19% compared to 25%.

Keywords: *strength exercises, basketball*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những lý do để bóng rổ phát triển: Với các bạn trẻ hiện nay luôn có tâm lý thử cái mới, mạo hiểm và tràn đầy nhiệt huyết. Những môn thể thao mang tính vận động, tính đồng đội luôn được ưu tiên hàng đầu. Bóng rổ là môn thể thao chúng ta du nhập từ các nước phương tây và ngày càng phát triển tại các đơn vị giáo dục.

- Môn thể thao của vận động mạnh: giải phóng năng lượng thừa
- Môn thể thao cho sự phát triển cơ thể: giúp phát triển chiều cao
- Môn thể thao mang tính đồng đội cao: biết cách phối hợp, hợp tác
- Môn thể thao được chào đón tại các trường học: dễ chơi, giao lưu

Hiện nay, đã có nhiều tác giả quan tâm đến đề tài Bóng rổ như: tác giả Ngô Toàn Trung, lớp thể thao nâng cao bóng rổ K42 trường ĐH Sư phạm TĐTT Hà Nội thực hiện đề tài: “Nghiên cứu, lựa chọn một số bài tập nhằm phát triển sức bật cho sinh viên chuyên sâu bóng rổ trường ĐH Sư phạm TĐTT Hà Nội” và tác giả Ths. Huỳnh Tấn Phát Trường

Đại học Bách khoa Hà Nội đăng báo về Nghiên cứu: “Lựa chọn nội dung chương trình môn Bóng rổ trong giảng dạy chương trình tự chọn cho sinh viên Trường ĐH Bách Khoa Hà Nội” tại NXB Tạp chí khoa học và đào tạo thể thao (Số 06 - 12/2018).

Trường ĐH Y Dược Hải Phòng cũng đã đưa môn thể thao Bóng rổ vào chương trình giảng dạy môn GDTC từ những năm 2010, quá trình giảng dạy cho thấy tầm vóc, thể lực của nữ sinh viên học tập tại trường là thấp, bé, thể lực kém so với các trường trong khu vực cũng như cả nước. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu muốn tìm hiểu thái độ của sinh viên về môn học và nghiên cứu, đưa các bài tập thể lực mới, phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất của nhà trường, vừa nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ.

Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: “*Thực trạng sở thích và kết quả ứng dụng bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ Trường ĐH Y Dược Hải Phòng năm 2022.*”

Mục tiêu:

1. Khảo sát mức độ thích thú trong học tập và sử dụng các bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên.
2. Đánh giá kết quả bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Lựa chọn khoảng 143 nữ SV K43 B, D, F, H học tập môn Bóng rổ đủ tiêu chuẩn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: các sinh viên có sức khỏe bình thường, đã qua kiểm tra Sức khỏe ở học kì 1 năm thứ nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ: các sinh viên được giảm vận động theo danh sách của phòng Y tế nhà trường gửi về Bộ môn.

Thời gian: Từ tháng 1/2022-12/2022

Địa điểm: Bộ môn GDTC – GDQP, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, phỏng vấn, can thiệp, tiến hành thực nghiệm đánh giá trước sau có đối chứng.

2.2.2. Cơ mẫu

Lựa chọn các lớp K43 B, D, F, H sinh viên được phân công học Bóng rổ theo lịch học của bộ môn Giáo dục thể chất và Phòng đào tạo.

Nhóm thực nghiệm gồm 63 sinh viên nữ lớp K43 D, F thực hiện 19 bài tập bổ trợ mà nhóm nghiên cứu đã đưa ra. Nhóm đối chứng gồm 80 sinh viên nữ lớp K43 B, H tập các bài tập thông thường.

2.2.3. Nội dung và chỉ số nghiên cứu

- Khảo sát mức độ thích thú trong học tập và sử dụng các bài tập sức mạnh nâng cao

thể lực cho nữ sinh viên.

- Thực nghiệm: so sánh trước và sau 4 tháng Nhóm nghiên cứu tập luyện bài tập sức mạnh nâng cao thể lực, nhóm đối chứng tập theo các bài tập cũ vẫn thường tập.

- So sánh việc thực hiện bài tập bóng rổ sau quá trình 4 tháng tập luyện và có bổ trợ các bài tập sức mạnh của 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giải quyết mục tiêu 1

3.1.1. Khảo sát mức độ thích thú trong học tập và sử dụng các bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên

Chúng tôi dựa vào các ý kiến tư vấn, đã nghiên cứu về tâm lý học để đưa ra những câu hỏi phỏng vấn phù hợp với tiêu chí đánh giá thái độ học tập của sinh viên đối với việc học tập môn bóng rổ trước khi tham gia học tập.

Bảng 1: Phỏng vấn sinh viên về sự thích thú trong học tập (n = 70)

STT	Câu hỏi tham khảo	Thái độ			Tỷ lệ thích
		Thích	Bình thường	Không thích	
1	Em có thích học tập môn GDTC không?	18	45	7	25,7%
2	Em có thích tập luyện môn Bóng rổ không?	12	37	21	17,1%
3	Em có thích tập luyện các bài tập Bóng rổ không?	11	36	23	15,7%
4	Nếu Bóng rổ là môn tự chọn thì em có lựa chọn học môn Bóng rổ không?	15	25	30	21,4%
5	Em có thích tập các bài tập bổ trợ trong Bóng rổ không?	13	25	32	18,5%
6	Em có thích các bài tập trò chơi trong môn Bóng rổ không?	20	31	19	28,6%
7	Em có thích tập luyện môn Bóng rổ trong các giờ ngoại khóa không?	25	36	9	35,7%
8	Em có thích thi đấu Bóng rổ không?	6	42	22	8,6%
9	Em có thích giải thi đấu Bóng rổ của Trường ĐH Y Dược HP không?	24	33	13	34,3%

3.1.2. Giảng viên đánh giá thái độ thích thú của sinh viên trong quá trình tập luyện

Đảm bảo yêu cầu chương trình môn học, ngoài việc rèn luyện các kỹ năng TDDT, giảng viên môn GDTC đưa ra những yêu cầu chung về thái độ học tập, tính chuyên cần của sinh viên bằng phương thức điểm danh, đánh giá thái độ quá trình học tập là 10%.

Điểm kết thúc học phần = 10% điểm chuyên cần + 20% điểm thường xuyên + 70% điểm thi.

3.2. Giải quyết mục tiêu 2

3.2.1. Lựa chọn các bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học Bóng rổ

Bảng 2: Lựa chọn các bài tập sức mạnh cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ (n=30)

STT	Tên các bài tập	Số phiếu	Tỉ lệ %
1	Plank (30s - 60s)	27	90%
2	Nằm sấp chống đẩy 10-20 lần	26	86,7%
3	Squats 3 tổ (30s /tổ nghỉ 10s)	28	93,3%
4	Bật nhảy tại chỗ 3 tổ (30s /tổ, nghỉ 10s)	25	83,3%
5	Nằm ngửa gập bụng (20 – 30 lần)	24	80%
6	Đá lăng chân cao với tay 30s	27	90%
7	Bật bực cao 20-30cm (30s - 60s)	28	93,3%
8	Co tay xà đơn (5-10 lần)	21	70%
9	Nhảy lò cò 1 chân tiếp sức 15m	29	96,7%
10	Nhảy dây 1-2 phút	27	90%
11	Chạy ziczac 15m x 4 lần	30	100%
12	Chạy nâng cao đùi 20-30s	30	100%
13	Bật với dưới rổ liên tục 20-30 lần	29	96,7%
14	Di chuyển theo tín hiệu của giáo viên	25	83,3%
15	Dẫn bóng ngang sân 15m x 4 lần	30	100%
16	Dẫn bóng chéo sân lên rổ x3 lần	30	100%
17	Tại chỗ ném rổ từ bảng góc 45 cự ly gần 1.5m (quả) x10	30	100%
18	Thực hiện dẫn bóng ném rổ 2 đầu rổ x 4 lượt	28	93,3%
19	Trò chơi bóng rổ	30	100%
20	Bài tập thi đấu 3x3; 5x5	28	93,3%

3.2.2. Test kiểm tra bài tập sức mạnh cho Bóng rổ của cả 2 nhóm NC và ĐC trước thực nghiệm: so sánh số t (p) của 2 nhóm: Nằm ngửa gập bụng: 30s; Bật xa tại chỗ: (cm); Chạy 60m XPC (s); Chạy con thoi: 4x10m (s).

Bảng 3: Test kiểm tra sức mạnh của nữ sinh viên trước nghiên cứu

STT	Các chỉ số	Nhóm ĐC (n= 80) $\bar{X} \pm \delta$	Nhóm NC (n=63) $\bar{X} \pm \delta$	So sánh	
				t	p
1	Nằm ngửa gập bụng 30s	20,2 ± 8,6	20,8 ± 7,8	0,44	> 0,05
2	Bật xa tại chỗ: (cm)	235,5 ± 15,3	236,3 ± 15,1	0,31	> 0,05
3	Chạy 60m XPC (s)	14,7 ± 1,21	14,6 ± 1,17	0,50	> 0,05
4	Chạy con thoi: 4x10m (s)	2,8 ± 0,91	2,7 ± 0,87	0,67	> 0,05

Sau quá trình 4 tháng tập luyện, áp dụng 19 bài tập sức mạnh đưa vào tập luyện cho nhóm nghiên cứu, chúng tôi đánh giá hiệu quả bài tập bổ qua 4 bài test xem có sự chênh lệch giữa 2 nhóm chứng hay không?

Bảng 4: Test kiểm tra sức mạnh của nữ sinh viên sau nghiên cứu

STT	Các chỉ số	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm \delta$	Nhóm NC $\bar{X} \pm \delta$	So sánh	
				t	p
1	Nằm ngửa gập bụng 30s	21,1 ± 7,6	23,6 ± 7,2	2,01	<0,05
2	Bật xa tại chỗ: (cm)	238,8 ± 13,8	243,5 ± 13,6	2,03	<0,05
3	Chạy 60m XPC (s)	13,7 ± 1,18	13,2 ± 1,2	2,49	<0,05
4	Chạy con thoi: 4x10m (s)	14,2 ± 1,28	13,5 ± 1,20	3,33	<0,05

Để thấy được rõ hiệu quả của việc áp dụng các bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học môn Bóng rổ, chúng tôi so sánh kết quả thực hiện kỹ thuật 2 bước lên rổ và 1 tay trên vai ném rổ theo các tiêu chí:

- Nội dung: 2 bước lên rổ đối với nữ: đạt 2/5
- Nội dung: 1 tay trên vai ném rổ: đạt 1/7

Bảng 5: So sánh kết quả kiểm tra KT 2 bước lên rổ, thi hết môn giữa 2 nhóm

Nhóm	Thực nghiệm		Tỉ lệ %	Đối chứng		Tỉ lệ %
	K43D	K43F		K43B	K43H	
SV nam	32	33	50,7%	23	26	40%
SV nữ	33	30	49,3%	42	38	69%
SV nữ k đạt môn BR	6	6	9,4%	11	9	15,5%
Tổng	65	63		65	64	

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá sự thích thú trong học tập của sinh viên GS. Hoàng Đức Nhuận và PGS. Lê Đức Phúc đã nêu các chỉ số: chú ý, hăng hái tham gia vào mọi hình thức hoạt động học tập, hoàn thành nhiệm vụ được giao, học thêm và làm thêm bài tập, vận dụng và chuyển tải những bài học vào thực tế, hình thành và phát triển quan hệ thầy- trò,

tình bạn nhằm giúp bản thân học tập tốt hơn, nâng cao chất lượng và kết quả học tập.

Từ bảng 1, nhóm nghiên cứu có kết quả phỏng vấn sinh viên về sự thích thú trong học tập môn GDTC và môn Bóng rổ với tỉ lệ yêu thích không cao từ 8,6% - 35,7%. Chỉ có 8,6% sinh viên thích thi đấu bóng rổ vì đây là nội dung khó, yêu cầu sinh viên phải biết chơi, nắm rõ luật và có sức khỏe tốt.

Tỉ lệ sinh viên thích luyện tập bóng rổ ở các giờ ngoại khóa chiếm tỉ lệ cao nhất là 35,7%, đây là lúc các em tập luyện vui vẻ, thư giãn sau giờ học, chiếm tỉ lệ yêu thích cao. Số sinh viên yêu thích tập các bài tập hỗ trợ là không cao, chiếm 18,5%, điều này cho thấy các em chưa quen với việc thực hiện các bài tập hỗ trợ môn Bóng rổ.

Để đảm bảo quyền lợi cho các sinh viên có ý thức tốt, đi học đầy đủ, đúng giờ, nên bộ môn đã chỉ đạo các giảng viên điểm danh lớp đầy đủ, chấm điểm theo thang 10% để các sinh viên tích cực trong học tập.

Qua phân tích tài liệu, chúng tôi tổng hợp được 20 bài tập trong các sách chuyên sâu Bóng rổ, giáo trình Bóng rổ thường được sử dụng trong tập luyện, huấn luyện và giảng dạy bài tập sức mạnh nâng cao thể lực cho nữ sinh viên học môn Bóng; tiến hành phỏng vấn các chuyên gia, HLV, giảng viên trong khu vực Hải Phòng và các giảng viên trực tiếp giảng dạy tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng để lựa chọn ra các bài tập hỗ trợ hiệu quả nhằm phát triển cho sinh viên.

Theo thống kê từ bảng số 2, chúng tôi lựa chọn 19/20 bài tập được các chuyên gia đánh giá cao trên 80%, các bài tập này dễ tập, dễ thực hiện và không dùng quá nhiều trang thiết bị, dụng cụ, phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất của nhà trường. Sau khi thu được kết quả trên, chúng tôi đưa 19 bài tập hỗ trợ sức mạnh (trừ bài số 8) vào giảng dạy cho nữ sinh viên và đánh giá xem các bài tập trên có thật sự đạt được kết quả.

Để kiểm tra sức mạnh của 2 nhóm trước khi đưa bài tập hỗ trợ sức mạnh vào nghiên cứu, chúng tôi sử dụng 4 bài test kiểm tra sức mạnh để đánh giá chung về thể lực của 2

nhóm. Từ bảng 3, ta thấy thành tích của 2 nhóm có sự tương đồng về cả 4 bài test với t tính từ 0,31-0,67 với $p > 0,05$. Đánh giá ban đầu cho thấy thể lực, thể hình, số lượng nữ của cả hai nhóm đều tương đồng trước khi đưa vào nghiên cứu.

Sau quá trình 4 tháng tập luyện, áp dụng các bài tập hỗ trợ nâng cao sức mạnh cho nữ sinh viên học bóng rổ, từ bảng 4 chúng tôi thu được kết quả kiểm tra 4 test nằm ngửa gập bụng; bật xa tại chỗ; chạy 60XPC; chạy con thoi: thành tích đều được nâng lên với t tính từ 2,01-3,33. Các chỉ số của 4 Test đều có $t > t_{\text{tính}} = 1.96$ với $P < 0.05$, chứng tỏ là các bài tập sức mạnh đã đạt hiệu quả.

Thành tích của nhóm đối chứng có tăng, nhưng rất ít so với nhóm thực nghiệm, sau khi tập luyện các bài tập hỗ trợ sức mạnh, các chỉ số đã có sự tăng trưởng rõ ràng.

Từ bảng 5, ta nhận thấy, sau khi nhóm thực nghiệm được bổ trợ, trau dồi thêm thể lực thì thành tích môn học cũng được cải thiện rõ rệt, tỉ lệ nữ không đạt là 9,5%; nhóm đối chứng có tỉ lệ cao hơn là 15,5%. Như vậy, kết quả cho thấy bài tập hỗ trợ đã có tác động tích cực, hiệu quả cả vào nội dung môn học là kỹ thuật 2 bước lên rổ và kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

1. Khảo sát mức độ thích thú trong học tập: Có 8,6% sinh viên thích thi đấu bóng rổ vì đây là nội dung khó, yêu cầu sinh viên phải biết chơi, nắm rõ luật và có sức khỏe tốt.

Tỉ lệ sinh viên thích luyện tập bóng rổ ở các giờ ngoại khóa là 35,7%.

Sinh viên yêu thích tập các bài tập bổ trợ là không cao, chiếm 18,5%

2. Lựa chọn và đánh giá bài tập bổ trợ sức mạnh cho nữ sinh viên:

- Chúng tôi lựa chọn 19/20 bài tập được các chuyên gia đánh giá cao trên 80%.

- Đánh giá ban đầu cho thấy thể lực, thể hình, số lượng nữ của cả hai nhóm đều tương đối giống nhau trước khi đưa vào nghiên cứu.

- Sau quá trình 4 tháng tập luyện, áp dụng các bài tập bổ trợ nâng cao sức mạnh, chúng tôi thu được kết quả các chỉ số của 4 Test đều $t > 2,01-3,33$ có $t > t_{tính} = 1.96$ với $P < 0.05$, chứng tỏ là các bài tập sức mạnh đã đạt hiệu quả.

- Thành tích nhóm thực nghiệm có các chỉ số đã có sự tăng trưởng rõ ràng sau 4 tháng.

- Bài tập bổ trợ đã có tác động tích cực cả vào nội dung môn học là kỹ thuật 2 bước lên rổ và kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ, thành tích không đạt giảm xuống còn 9,5%.

5.2. Kiến nghị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được bộ môn GDTC-QP đưa vào ứng dụng thực tiễn giảng dạy môn Bóng rổ cho sinh viên năm 1,2 trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sử dụng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên hoặc giáo viên giảng dạy môn học Bóng rổ trong và ngoài trường.

VI. 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.22.10.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ GD-ĐT.** Quyết định số 53/2008/QĐ-BGDĐT ngày 18/9/2008 Quy định về đánh giá xếp loại thể lực học sinh, sinh viên (2008).
2. **Trần Vĩnh An,** nghiên cứu hệ thống bài tập kỹ thuật trong giảng dạy môn bóng rổ cho lớp bóng rổ nâng cao tại ĐH Đà Nẵng; đề tài khoa học và công nghệ cấp cơ sở (2019).
3. **Ths. Đinh Quốc Hùng, Đinh Tiến lực,** Trường ĐH Đà Nẵng, nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu lựa chọn và ứng dụng một số bài tập bổ trợ chuyên môn nhằm nâng cao hiệu quả kỹ thuật hai bước lên rổ trong môn bóng rổ cho sinh viên nam Trường THPT Phan Châu Trinh, TP Đà Nẵng.” (2016)
4. **Vũ Văn Tuyên,** Lựa chọn bài tập thể lực cho nữ sinh viên năm thứ nhất khoa giáo dục thể thao 5. Trường Đại học sư phạm – Đại học Thái Nguyên. Tạp chí Giáo dục (2017), số 416, tr 54-56.
5. **Nguyễn Văn Trung – Phạm Văn Thảo và cộng sự,** Giáo trình Bóng rổ, NXB TĐTT, Hà Nội (2003).

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI ĐẠI THỂ POLYP DẠ DÀY QUA NỘI SOI TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Bảo Trân¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình thái của polyp dạ dày qua nội soi. **Đối tượng:** Nghiên cứu được tiến hành trên 98 bệnh nhân được nội soi chẩn đoán có polyp dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ bệnh polyp tăng dần theo lứa tuổi, nữ bị nhiều hơn nam. Các triệu chứng của bệnh polyp dạ dày nghèo nàn và không đặc hiệu. Vị trí polyp tập trung nhiều nhất ở vùng thân vị 58,3% và giảm dần theo cả hai hướng về phía tâm vị và môn vị. Đa số polyp có kích thước nhỏ hơn 10mm, kích thước trung bình là $5,69 \pm 2,760$ mm, chủ yếu là polyp không cuống (88,8%), đa số polyp có bề mặt nhẵn (73,5%) và viêm (17,3%).

Từ khóa: nội soi dạ dày, polyp dạ dày

SUMMARY

SURVEYING CLINICAL SYMPTOMS AND ENDOSCOPIC MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC POLYPS IN HAI PHONG

Objective: The purpose of this study is description the clinical symptoms and endoscopic

characteristics of gastric polyps. **Materials:** The study was conducted on 98 patients diagnosed with gastric polyps by endoscopy at the Viet-Czech Friendship Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. **Results and conclusions:** The rate of gastric polyps increases with age; women are more affected than men. Symptoms of gastric polyps are poor and nonspecific. The most common localizations of polyps were corpus (58.3%) and gradually decreased in both directions towards the cardia and pylorus. Most polyps are less than 10mm in size, the average size was 5.69 ± 2.760 mm, mainly sessile polyps (88.8%), most polyps had smooth surfaces (73.5%) and inflammation (17.3%).

Keywords: Gastroscopy, gastric polyps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp dạ dày là những khối phát triển bất thường trên niêm mạc trong lòng dạ dày, có thể có ở tất cả các phần của dạ dày. Trong các loại hình thái polyp dạ dày, polyp tăng sản và polyp u tuyến có khả năng gây ung thư tiềm tàng hơn cả, đặc biệt polyp tăng sản dạ dày có nguy cơ ung thư ngay cả khi có kích thước nhỏ hơn 10 mm [1].

Cùng với sự phát triển và sử dụng rộng rãi của kỹ thuật nội soi ống mềm, các polyp dạ dày đã được phát hiện thường xuyên hơn. Khoảng 90% không có triệu chứng, nhưng khi có kích thước lớn, các triệu chứng có thể xuất hiện kèm theo là chảy máu, thiếu máu, tắc nghẽn đường tiêu hóa hoặc đau bụng.

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Trân

Email: nbtran@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

Cho đến nay, ở Việt Nam nói chung cũng như ở Hải Phòng nói riêng, chưa có một nghiên cứu cập nhật về bệnh lý polyp dạ dày, sau khi có các nghiên cứu mới chỉ ra sự thay đổi về hình thái và vị trí xuất hiện của polyp dạ dày do tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* và sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) kéo dài [2]. Chính vì vậy nên kinh nghiệm về chẩn đoán, xử trí và điều trị trước những thay đổi của polyp dạ dày còn hạn chế. Việc nghiên cứu bệnh lý polyp dạ dày cần được quan tâm đúng mức và có thái độ xử trí thích hợp.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình thái polyp qua nội soi của bệnh nhân polyp dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2021 đến tháng 3/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả các BN được chẩn đoán có polyp dạ dày tại khoa Thăm dò chức năng của Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm những BN được nội soi dạ dày tá tràng có hình ảnh polyp dạ dày trên nội soi và được chẩn đoán mô bệnh học xác định là polyp.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 98 bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập được qua bệnh án nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi

	19-16	20-29	30-39	40-49	50-59	≥ 60	Total
Số lượng	2	4	14	14	24	40	98
Tỷ lệ	2,0	4,1	14,3	14,3	24,5	40,8	100,0
Tuổi trung bình (năm)	52,66 ± 13,25						

Nhận xét: bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và cao nhất là 75 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân tăng lên theo lứa tuổi.

Bảng 3.2: Giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	24	24,5
Nữ	74	75,5
Total	98	100 %

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	Không	44	44,9
	Có	54	55,1
Buồn nôn	Không	81	82,7
	Có	17	17,3
Đầy chướng khó tiêu	Không	51	52,0
	Có	47	48,0
Da niêm mạc	Hồng	95	96,9
	Nhợt	3	3,1

3.3. Hình thái polyp dạ dày qua nội soi

Chúng tôi thực hiện nội soi dạ dày cho các bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý ở thực quản, dạ dày, tá tràng. Trong quá trình soi có

polyp dạ dày chúng tôi tiến hành đánh giá, nhận xét các đặc điểm đại thể của polyp về số lượng, vị trí, kích thước, hình dạng, màu sắc, hình thái và tổn thương phối hợp nếu có.

Bảng 3.4: Số lượng polyp

	1	2-8	9-15	>15	Total
Số BN (n)	55	40	2	1	98
Tỷ lệ %	56,1	40,8	2,0	1,0	100,0

Bảng 3.5: Vị trí polyp

	Tâm vị	Đáy vị	Thân vị	Hang vị	Môn vị	Tổng
n	5	22	56	13	2	98
Tỷ lệ %	5,1	22,4	57,1	13,3	2,0	100 %

Nhận xét: Tỷ lệ polyp xuất hiện nhiều nhất ở vùng thân vị chiếm tỷ lệ 57,1%, giảm dần về hai phía tâm vị và môn vị của dạ dày.

Bảng 3.6: Phân loại theo hình dạng polyp

	Có cuống	Bán cuống	Không cuống	Phẳng	Total
n	4	6	87	1	98
Tỷ lệ %	4,1	6,1	88,8	1,0	100,0

Bảng 3.7: Phân loại theo kích thước polyp

	< 5 mm	5 mm - 10 mm	> 10 mm	Tổng
n	56	34	8	98
Tỷ lệ %	57,1	34,7	8,2	100,0

Nhận xét: Kích thước trung bình polyp $5,69 \pm 2,760$ mm.

Bảng 3.8: Phân loại theo hình thái bề mặt polyp

	Nhẵn	Sù xì	Loét	Viêm	Total
n	72	1	8	17	98
Tỷ lệ %	73,5	1,0	8,2	17,3	100%

Bảng 3.9: Đối chiếu giữa kích thước và hình dạng polyp

Kích thước		Hình dạng polyp				Tổng
		Có cuống	Bán cuống	Không cuống	Phẳng	
≤ 5 mm	n	1	2	52	1	56
	%	1,0%	2,0%	53,1%	1,0%	57,1%
5 mm < KT ≤10 mm	n	1	3	30	0	34
	%	1,0%	3,1%	30,6%	0,0%	34,7%
> 10 mm	n	2	1	5	0	8
	%	2,0%	1,0%	5,1%	0,0%	8,2%
Tổng	n	4	6	87	1	98
	%	4,1%	6,1%	88,8%	1,0%	100%
Fisher's Exact Test		<0.05				
Cramer's V		0.294				

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống kích thước nhỏ hơn 5mm chiếm tỷ lệ 53,1%. Bên cạnh đó, không thấy xuất hiện các polyp dạng dẹt có kích thước lớn hơn 5mm.

Bảng 3.10: Đối chiếu giữa kích thước và vị trí polyp

Kích thước		Vị trí polyp					Tổng
		Tâm vị	Đáy vị	Thân vị	Hang vị	Môn vị	
≤ 5 mm	n	2	17	34	3	0	56
	%	2,0%	17,3%	34,7%	3,1%	0,0%	57,1%
5 mm - 10 mm	n	3	5	16	8	2	34
	%	3,1%	5,1%	16,3%	8,2%	2,0%	34,7%
> 10 mm	n	0	0	6	2	0	8
	%	0,0%	0,0%	6,1%	2,0%	0,0%	8,2%
Tổng	n	5	22	56	13	2	98
	%	5,1%	22,4%	57,1%	13,3%	2,0%	100%
Fisher's Exact Test		> 0.05					
Cramer's V		0.12					

Nhận xét: Trong 57,1% polyp vùng thân vị thì đa số có kích thước nhỏ hơn 5mm và tỷ lệ giảm dần khi kích thước polyp tăng lên.

Bảng 3.11: Liên quan giữa hình dạng và vị trí polyp

Vị trí polyp		Hình dạng polyp				Tổng
		Có cuống	Bán cuống	Không cuống	Dạng dẹt	
Tâm vị	n	0	0	5	0	5
	%	0,0%	0,0%	5,1%	0,0%	5,1%
Đáy vị	n	1	1	20	0	22
	%	1,0%	1,0%	20,4%	0,0%	22,4%
Thân vị	n	2	3	50	1	56
	%	2,0%	3,1%	51,0%	1,0%	57,1%

Hang vị	n	1	2	10	0	13
	%	1,0%	2,0%	10,2%	0,0%	13,3%
Môn vị	n	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
Tổng	n	4	6	87	1	98
	%	4,1%	6,1%	88,8%	1,0%	100%
Fisher's Exact Test		> 0.05				

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa hình dạng với vị trí polyp trong nghiên cứu của chúng tôi với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,66 \pm 13,254$. bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo lứa tuổi, trong đó tỷ lệ bệnh nhân từ trên 50 tuổi có sự khác biệt rõ rệt. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả Arguello [3], Olmez và cộng sự [4].

Tỷ lệ bị polyp dạ dày ở nữ (76,52%) nhiều hơn nam (23,48%) và tỷ số nam/nữ là 1:3,26. Kết quả chúng tôi gần với kết quả của Wei Gao và cs nghiên cứu trên bệnh nhân Trung Quốc cho tỷ lệ nam/nữ là 1:2,38 [5]. Các tác giả nước ngoài cũng ghi nhận tỷ lệ bị bệnh nữ nhiều hơn nam như Arguello và cs (62% nữ) [3]. Nhìn chung, các nghiên cứu trên thế giới đều nhận định nữ giới bị polyp dạ dày nhiều hơn nam giới.

Tóm lại, cần tiến hành nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, thực hiện trong thời gian dài và chi tiết trong cộng đồng để làm rõ hơn nữa các đặc điểm dịch tễ của bệnh polyp dạ dày.

4.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân polyp dạ dày

Theo kết quả nghiên cứu, đa số bệnh nhân vẫn có da niêm mạc hồng, không có triệu chứng buồn nôn. Mặt khác, bệnh nhân đến khám có thể có triệu chứng đau thượng vị (55,3%) và đầy chướng khó tiêu (43,9%).

Kết quả này khác với các tác giả đã công bố như Albayrak [6], Wei Gao và cs [5], tuy nhiên các tác giả đều chung nhận định là các triệu chứng này không rõ ràng và ít có ý nghĩa. Theo chúng tôi những dấu hiệu có thể là triệu chứng do các bệnh phối hợp vì khi nội soi chúng tôi đều phát hiện có hình ảnh viêm dạ dày và tổn thương viêm khác ở thực quản hoặc tá tràng.

Về tình trạng đại tiện, tỷ lệ đại tiện bình thường chiếm tỷ lệ rất cao 78,8%. Theo chúng tôi, có một số ít bệnh nhân có triệu chứng đại tiện bất thường là do tình trạng tiêu hóa không ổn định và có thể do các tình trạng bệnh lý phối hợp.

Nhìn chung, không có tình trạng thiếu máu rõ ràng trong nghiên cứu của chúng tôi. Tình trạng thiếu máu, chảy máu chỉ có thể xảy ra ở bệnh nhân có polyp lớn, nhận định này tương tự như các tác giả khác trên thế giới.

Tóm lại, các triệu chứng của bệnh polyp dạ dày thường nghèo nàn và có thể là do tình trạng bệnh lý phối hợp ở đường tiêu hóa trên.

4.3. Hình thái polyp dạ dày qua nội soi Số lượng polyp

Tiến hành nội soi dạ dày trên 98 bệnh nhân, kết quả nhận được có 56,1% bệnh nhân có polyp đơn độc, có 40,8% bệnh nhân có số lượng từ 2-8 polyp chiếm tỷ lệ 39,4%

và một bệnh nhân có số lượng polyp là 21. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu của tác giả khác trong nước như Quách Trọng Đức: polyp đơn độc 84,4%, [7], Trịnh Tuấn Dũng: polyp đơn độc 86,78% [8]. So với các tác giả nước ngoài khác đã công bố trong thời gian qua cũng có sự khác biệt, Olmez và cs hồi cứu bệnh polyp dạ dày trong khoảng thời gian 2005 - 2011 cho kết quả 73,4% có polyp đơn độc trong dạ dày [4], Arguello và cs công bố có 46,1% có polyp đơn độc [3]. Sự khác biệt về số lượng polyp trong các nghiên cứu theo chúng tôi tùy thuộc vào vùng địa lý nghiên cứu, hoặc tùy thuộc vào thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu của nghiên cứu. Một nhận xét của Goddard cũng rất đáng lưu ý khi cho rằng tình trạng một polyp đơn độc hay đa polyp trong dạ dày còn tùy thuộc vào loại polyp nào [9].

Vị trí polyp

Theo nghiên cứu của chúng tôi, polyp xuất hiện ở tất cả các vùng của dạ dày kết quả như sau: polyp ở vùng thân vị 58,3%, ở đáy vị 21,2%, ở hang vị 13,6%, ở tâm vị 4,5% và vùng môn vị 2,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả các tác giả Việt Nam đã từng công bố trước đây: Trần Ngọc Ánh 69,88% hang vị, 17,61% thân vị, 1,14% đáy vị, 8,81% tâm vị [10], Quách Trọng Đức: 62,9% ở hang vị, 27,1% ở thân vị, 7,1% ở đáy vị và 2,9% ở tâm vị [7], Trịnh Tuấn Dũng: 69,88% hang vị, 17,61% thân vị, 8,81% tâm vị [8]. Bên cạnh đó các tác giả nước ngoài cũng có kết quả khác nhau: Muehldorfer và cs: 61,0% hang vị, 31,2% thân vị, 2,8% đáy vị, 5,0% tâm vị [11], Garcia-Alonso và cs: 39,3% ở thân vị, 34,8% ở hang vị và 25,9 % ở đáy vị [12],

Corral và cs: 46,2% ở thân vị và 14,5% ở hang vị [1], Wei Gao và cs: 47,8% ở thân vị, 26,3% ở hang vị và 19,3% ở đáy vị [5].

Điều rất đáng quan tâm trong quá trình so sánh số liệu về vị trí từ các nghiên cứu trong và ngoài nước là sự thay đổi tỷ lệ xuất hiện polyp ở vùng thân vị và đáy vị. Trong thời gian gần đây, tỷ lệ polyp ở vùng thân vị đa số cao hơn ở vùng hang vị, ngược lại với các nghiên cứu cách đây 10 năm thì tỷ lệ polyp ở vùng hang vị rất cao.

Hình dạng polyp

Từ 98 bệnh nhân thu nhận trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất 88,8%, polyp có cuống 4,1%, bán cuống 6,1% và polyp dạng dẹt 1%. Theo Quách Trọng Đức và cs cho thấy tỉ lệ polyp không cuống 82,85% và polyp có cuống 17,15% [7], theo Garcia – Alonso và cs thì polyp không cuống chiếm tỷ lệ 90,8% [12]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi nhìn chung đều như các tác giả khác trên thế giới là tỷ lệ polyp không cuống chiếm đa số, điều này có những ý nghĩa nhất định trong việc chuẩn bị cho quá trình cắt polyp vì kỹ thuật cắt các polyp không cuống cần tạo cuống giả để đẩy polyp lên tách lớp niêm mạc khỏi lớp cơ niêm, sau đó đốt cắt cho tới khi polyp được rời ra.

Kích thước polyp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của polyp $5,69 \pm 2,760$ mm. Olmez và cs thu nhận kết quả kích thước polyp trung bình: $11,0 \pm 8,4$ mm [4], Corral và cs nghiên cứu từ 33.695 ca cho kết quả: $6,5 \pm 4,9$ mm [1].

Đồng thời, chúng tôi thu nhận kết quả có 91,8% bệnh nhân có kích thước dưới 10mm.

Kết quả nghiên cứu polyp có kích thước dưới 10mm của Quách Trọng Đức là 84,3% [7], kết quả của Garcia và cs là 82,1% [12], kết quả của Arguello và cs là 83,3% [3], theo Amarapurkar và cs là 94,9% [13].

Tóm lại kích thước trung bình của polyp thay đổi theo các nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Sự khác biệt có thể do thiết kế nghiên cứu và cũng có thể do lưu hành các loại polyp khác nhau trong mẫu nghiên cứu của mỗi tác giả. Bên cạnh đó, tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ cao các polyp có kích thước dưới 10mm. Do các polyp càng nhỏ thì nguy cơ chảy máu càng thấp và vì vậy sẽ có tiên lượng tốt hơn cho các nhà lâm sàng tiến hành cắt polyp.

Hình thái bề mặt của polyp

Trong quá trình nội soi, chúng tôi quan sát đánh giá hình thái bề mặt polyp và thu nhận được kết quả: 73,5% có bề mặt nhẵn, 17,3% viêm xung huyết, 8,2% loét và 1% có bề mặt sù xì. Kết quả này thấp hơn nhiều so với tác giả Trịnh Tuấn Dũng: 90,63% số polyp có bề mặt nhẵn, 9,37% số polyp có bề mặt sần sùi nhẹ [8], tuy nhiên những thông tin này có giá trị không cao vì phụ thuộc nhiều vào cảm quan của người tiến hành thủ thuật.

Đánh giá mối liên quan giữa kích thước và hình dạng, vị trí polyp dạ dày qua nội soi

Theo bảng 3.9, tỷ lệ các loại polyp không cuống đa số có kích thước nhỏ hơn 5mm chiếm tỷ lệ 53,1% và giảm dần khi kích thước tăng lên, polyp không cuống có kích thước từ 5 đến 10mm chiếm 30,6% và có kích thước lớn hơn 10mm chiếm tỷ lệ 8,2%. Mặt khác tỷ lệ polyp có cuống và bán cuống tăng dần khi có kích thước lớn hơn 5mm.

Kết quả kiểm định Fisher chính xác cho thấy có mối liên quan giữa hình dạng và kích thước của polyp với $p < 0,05$. Tuy nhiên giá trị Cramer's V là $0,294 < 0,3$ cho thấy mối tương quan giữa 2 chỉ số này chỉ ở mức độ vừa phải.

Về mối liên quan giữa vị trí và kích thước của polyp, từ kết quả được trình bày trong bảng 3.10, chúng tôi nhận thấy các polyp có kích thước nhỏ hơn 5mm có xu thế tập trung nhiều hơn ở nửa trên dạ dày từ thân vị đến tâm vị. Trong khi các polyp có kích thước lớn hơn 5mm tập trung nhiều ở nửa dưới dạ dày từ thân vị trở xuống. Mối liên quan giữa vị trí và kích thước của polyp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ trong kiểm định Fisher chính xác.

Đối chiếu giữa hình dạng và vị trí polyp, đa số polyp không cuống tập trung ở vùng thân vị và giảm dần về hai phía của dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát trên 98 bệnh nhân được phát hiện và cắt đốt polyp dạ dày qua nội soi, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Có sự thay đổi về vị trí xuất hiện của polyp ở dạ dày so với các nghiên cứu khác cách đây 10 năm, tập trung nhiều nhất ở vùng thân vị 58,3% và giảm dần theo cả hai hướng về phía tâm vị và môn vị.

Tỷ lệ bệnh polyp tăng dần theo lứa tuổi, nữ bị nhiều hơn nam. Các triệu chứng của bệnh polyp dạ dày nghèo nàn và không đặc hiệu.

Kích thước polyp đa số nhỏ hơn 10mm, trung bình $5,69 \pm 2,760$ mm, chủ yếu là polyp không cuống (88,8%), đa số polyp có bề mặt nhẵn (73,5%) và viêm (17,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corral J E, et al**, Management patterns of gastric polyps in the United States. *Frontline gastroenterology* (2019).**10 (1)**, p.16-23.
2. **Yasugi K, et al**, Disappearance of gastric hyperplastic polyps after the discontinuation of proton pump inhibitor in a patient with liver cirrhosis. *Case Reports in Gastroenterology* (2021).**15 (1)**, p.202-209.
3. **Arguello Viudez L, et al**, Gastric polyps: Retrospective analysis of 41,253 upper endoscopies. *Gastroenterologia y hepatologia* (2017).**40 (8)**, p.507-514.
4. **Olmez S, et al**, Evaluation of patients with gastric polyps. *Northern clinics of Istanbul* (2018).**5 (1)**, p.41-46.
5. **Gao W, et al**, The clinicopathological characteristics of gastric polyps and the relationship between fundic gland polyps, *Helicobacter pylori* infection, and proton pump inhibitors. *Annals of Palliative Medicine* (2021).**10 (2)**, p.2108-2114.
6. **Albayrak Y, Demiryilmaz İ and Yılmaz S**, Frequency of various types of gastric polyp. *Cumhuriyet Medical Journal* (2011).**33 (2)**, p.209-214.
7. **Quách Trọng Đức, et al**, Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp dạ dày. *Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam* (2007).**Tập II-số 7** p.395-402.
8. **Trịnh Tuấn Dũng**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và phân loại polyp dạ dày dựa trên xét nghiệm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* (2010).**13** p.4.
9. **Goddard A F, et al**, The management of gastric polyps. *Gut* (2010).**59 (9)**, p.1270-1276.
10. **Trần Ngọc Ánh and Đào Văn Long**, Ứng dụng máy Argon Plasma Congulation trong điều trị polyp dạ dày đại tràng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* (2010).**76** p.46-52.
11. **Muehldorfer S, et al**, Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study. *Gut* (2002).**50 (4)**, p.465-470.
12. **Garcia-Alonso F J, et al**, Gastric polyps: analysis of endoscopic and histological features in our center. *Revista espanola de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva* (2011).**103 (8)**, p.416-420.
13. **Amarapurkar A D, et al**, Histomorphological analysis of gastric polyps. *Indian journal of pathology & microbiology* (2021).**64 (Supplement)**, p.S69-S72.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT, THÀNH PHẦN HÓA HỌC VÀ TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM IN VITRO CỦA DƯỢC LIỆU CHUA LÈ (*EMILIA SONCHIFOLIA*)

Phạm Thị Anh¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹,
Trương Đình Phong¹, Lưu Thị Thu Huyền¹,

TÓM TẮT

Đặc điểm hình thái và vi học của các loài “Chua Lê” thu hái ở Việt Nam đã được mô tả. Tên khoa học của chúng là *Emilia Sonchifolia*. Đây là lần đầu tiên các đặc điểm hình thái và vi học của loài này ở Việt Nam được mô tả. Thành phần hóa học và tác dụng chống viêm in vitro của chiết xuất ethanol thu được từ loài thực vật này cũng đã được sơ bộ xác định. Cây này cho thấy hoạt động chống viêm thông qua việc ức chế sản xuất NO. Loài thực vật này lần đầu tiên được đánh giá về khả năng sống sót của tế bào bằng thử nghiệm MTT. Những phát hiện của nghiên cứu giải thích một phần lý do tại sao loại cây này đã được sử dụng để điều trị các tình trạng viêm nhiễm trong y học cổ truyền.

Từ khoá: Chua Lê, Chống viêm, Flavonoid

Vietnam was described. Their scientific name was *Emilia Sonchifolia*. This is the first time; the morphological and anatomical characters of this species was described in Viet Nam. The chemical composition and in vitro anti-inflammatory effects of the ethanol extracts obtained from this plant was also preliminary determined. Chua Le showed an anti-inflammatory activity through the inhibition of NO production. This plant species also was first investigated for cell viability using the MTT assay. The findings of this study may explain at in part why these plants have at least been used for the treatment of inflammatory conditions in traditional medicine.

Keywords: *Emilia Sonchifolia*, Anti-inflammatory, Flavonoid

SUMMARY

STUDIES ON THE BOTANICAL CHARACTERISTICS, CHEMICAL COMPOSITION AND IN VITRO ANTI- INFLAMMATORY ACTIVITY OF *EMILIA SONCHIFOLIA*

The morphological and anatomical characters of “Chua Le” species collected in

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm là một phản ứng tự vệ của cơ thể đối với các kích thích như chất gây dị ứng, vi khuẩn, virus. Mặt khác, phản ứng viêm không kiểm soát được là nguyên nhân chính của một loạt các rối loạn bao gồm dị ứng, rối loạn chức năng tim mạch, hội chứng chuyển hóa, ung thư và các bệnh tự miễn, tạo ra gánh nặng kinh tế to lớn cho cá nhân và xã hội. Nhiều loại thuốc khác nhau được sử dụng để ngăn chặn và kiểm soát tình trạng viêm: corticoid, Nsaids, thuốc điều hòa miễn dịch,... kéo theo đó là các tác dụng không mong muốn liên quan. Do đó, xu hướng sử

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Anh
Email: ptanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023
Ngày duyệt bài: 26.6.2023

dụng các loại thuốc có nguồn gốc từ thiên nhiên đang ngày càng được chú trọng.

Chua Lê là loài cây mọc rất phổ biến ở Việt Nam. Trên thực tế, chúng được sử dụng hiệu quả trong y học cổ truyền để chữa đau mắt, viêm tai, rửa mụn nhọt,...[1-2]. Trên thế giới, hoạt tính chống viêm của loài cây này được đã được chứng minh trên nhiều mô hình [3]. Tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về thực vật, thành phần hóa học và tác dụng chống viêm của loài này còn rất hạn chế. Đề tài : “Nghiên cứu đặc điểm thực vật, thành phần hóa học và tác dụng chống viêm in vitro của dược liệu Chua lê” được thực hiện nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho loài thảo mộc góp phần sử dụng trong y học cổ truyền và phát triển các sản phẩm từ thảo mộc an toàn và hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dược liệu Chua lê (*Emilia Sonchifolia*) thu hái vào tháng 8/2021 tại xã Minh Tân, huyện Hưng Hà, tỉnh Thái Bình.

2.2. Hóa chất, thiết bị

- Hóa chất dung môi dùng để tẩy - nhuộm tiêu bản: nước javen, acid acetic, xanh Methylen, Đỏ Carmin, nước cất.

- Hóa chất, dung môi dùng để định tính: đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V

- Dung môi, hóa chất dùng để chiết xuất: Ethanol 95%, n-hexan, ethyl acetat.

- Hóa chất và vật liệu thử tác dụng chống viêm in vitro: Sodium nitrite, sulfanilamide, N-1-naphthylethylenediamine dihydrochloride and 2 dimethyl sulphoxide (DMSO), NG-Methyl-L-arginine acetate (L-NMMA), Lipopolysaccharides (LPS) từ *Escherichia-*

coli của hãng Sigma Chemical Co. (St. Louis, MO, USA), Dulbecco's Modified Eagle's Medium (DMEM), Fetal bovine serum (FBS) của hãng Life Technologies.

2.3. Dòng tế bào thực nghiệm

- Dòng tế bào RAW 264.7 do GS. TS. Domenico Delfino, Đại học Perugia, Italia và GS.TS. Chi-Huang, Đại học quốc gia Yang-Ming, Đài Loan.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Nghiên cứu đặc điểm thực vật

Nghiên cứu về hình thái: Quan sát và mô tả đặc điểm hình thái thực vật về: dạng sống, rễ, thân, lá, hoa (dạng cụm hoa, vị trí cụm hoa, kích thước, bộ nhị, bộ nhụy...), quả và hạt (hình dạng, màu sắc, kích thước...) tại thực địa và phòng thí nghiệm.

Nghiên cứu đặc điểm vi học:

+ Vi phẫu: tiến hành làm các tiêu bản vi phẫu lá, thân, rễ sử dụng các kỹ thuật cắt tẩy, nhuộm. Quan sát, mô tả và chụp ảnh các đặc điểm vi phẫu qua kính hiển vi.

+ Soi bột: Mẫu nghiên cứu sau khi thu hái được làm sạch sấy khô, nghiền thành bột mịn, rây và được lên tiêu bản theo phương pháp giọt ép và quan sát các đặc điểm cấu tạo của bột dược liệu dưới vật kính 10 và 40, chụp ảnh và mô tả lại các đặc điểm điển hình của bột dược liệu.

2.4.2. Nghiên cứu thành phần hóa học

Định tính bằng phản ứng hóa học: Chiết xuất, phân tích sơ bộ các nhóm chất có trong dược liệu bằng các phản ứng hóa học thường quy

Định tính bằng sắc ký lớp mỏng: Chiết xuất, triển khai sắc ký với dịch chiết cao toàn phần và các phân đoạn n-hexan, ethylacetat,

nước theo phụ lục 5.4 Dược điển Việt Nam V.

2.4.3. Nghiên cứu tác dụng chống viêm *in vitro*

Đánh giá tác dụng chống viêm trên mô hình ức chế hình thành NO trên đại thực bào RAW264.7 bị kích thích bởi LPS [4] :

Dòng tế bào RAW264.7 được nuôi cấy trong môi trường DMEM với 2 mM L-glutamine, 10 mM HEPES, và 1mM sodium pyruvate, 10% fetal bovine serum FBS. Tế bào được cấy chuyển sau 3-5 ngày với tỉ lệ (1:3) và nuôi trong tủ ẩm CO₂ ở điều kiện 37°C, 5% CO₂. Chúng được nuôi cấy trong giếng phiên 95 với mật độ 2×10^5 tế bào/giếng. Tiếp theo, môi trường nuôi cấy được loại bỏ, thay bằng môi trường DMEM không có FBS trong 3h. Tế bào được ủ mẫu nghiên cứu ở các nồng độ khác nhau trong 2h trước khi được kích thích sản sinh yếu tố NO bằng LPS (10 µg/mL) trong 24h. Sau đó chuyển 100 µL môi trường nuôi tế bào (ủ mẫu) sang đĩa mới và được thêm vào 100 µL Griess ủ tiếp ở nhiệt độ phòng trong 10 phút.

Hàm lượng nitrite sẽ được đo bằng máy microplate reader ở bước sóng 540 nm. Hoạt tính ức chế sự hình thành NO của mẫu thử được tính toán theo công thức sau:

% Ức chế = $100\% - [\text{hàm lượng NO sample} / \text{hàm lượng NO LPS}] \times 100$

Phép thử được lặp lại 3 lần để đảm bảo tính chính xác. Giá trị IC₅₀ được xây dựng trên 4 nồng độ thử nghiệm, được xác định nhờ vào phần mềm máy tính TableCurve 2Dv4.

Đánh giá tác dụng độc tế bào: được tiến hành bằng thử nghiệm MTT [5]

Chất thử (10 µl) được đưa vào các giếng của khay 95 giếng để có nồng độ tương tự thí nghiệm NO. Hút 190 µL tế bào vào các giếng của khay 95 giếng đã có chất thử. Để đĩa nuôi cấy vào trong tủ ẩm CO₂ ở điều kiện 37°C, 5% CO₂, nuôi trong thời gian 24 giờ. Thêm 10 µL MTT (nồng độ cuối cùng là 5 mg/mL) vào mỗi giếng. Sau 24h, loại bỏ môi trường, tinh thể formazan được hòa tan bằng 50 µL (DMSO) 100% và giá trị OD đo ở bước sóng 540 nm bằng máy quang phổ. Lượng tế bào sống sót sẽ được tính theo công thức:

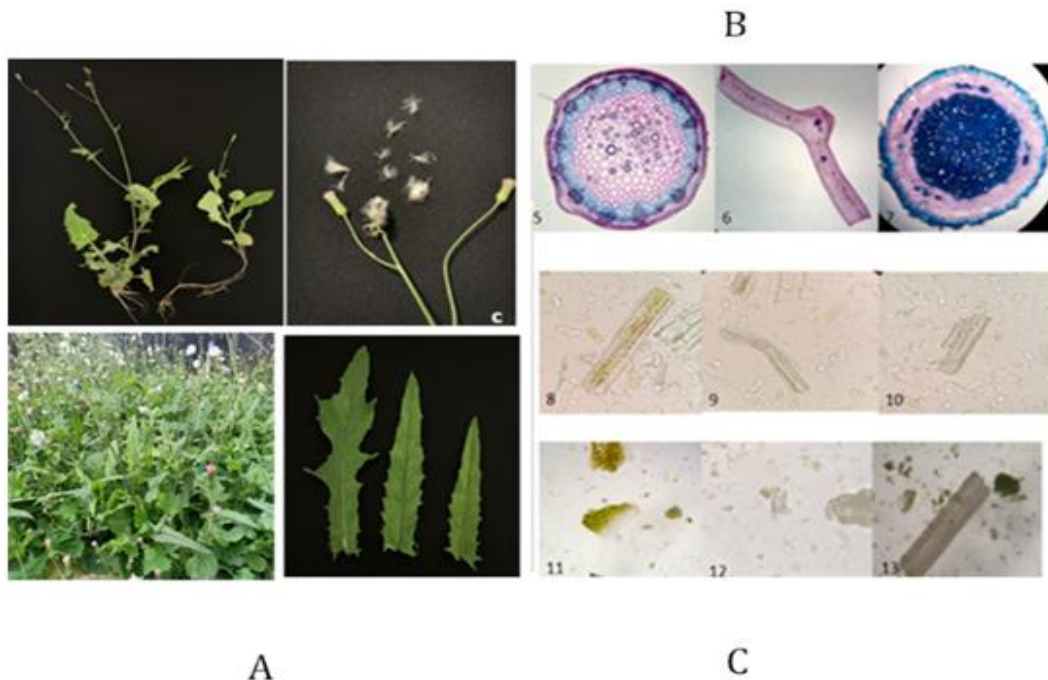
$$\% \text{ Tế bào sống} = \frac{[OD(\text{mẫu}) - OD(\text{blank})]}{[OD(\text{DMSO}) - OD(\text{blank})]}$$

Trong đó: OD là mật độ quang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thực vật

Đặc điểm hình thái (hình 1-A): Cây Chua lè cao khoảng 15cm đến 60 cm, mọc thẳng, rễ cọc. Thân nhẵn, có lông tơ trắng bao phủ quanh thân. Lá cây non màu xanh, lá già hơi tía ở mặt dưới, lá không cuống, thường có hình mác, mép lá răng cưa, chia thành các thùy nhỏ, không đều và được bao phủ bởi lớp lông tơ trắng. Hoa có màu tím nhạt, mọc thành cụm. Mỗi cụm hoa thường bao gồm từ 2 đến 5 đầu hoa có cuống. Hoa dạng ống ngắn màu hồng sáng. Bao phấn từ 2 đến 2,5 mm. Bầu noãn, hạ, 1 buồng, 1 noãn, đỉnh phôi bên dưới, ngắn, có lông với 2 tay của vòi nhụy, đỉnh ngắn hoặc cắt ngang. Hoa có 7 đến 10 lá bắc Lá bắc nhỏ, màu xanh, ngắn hơn hoa.



Hình 1. Đặc điểm thực vật cây Chua Lê

A: Đặc điểm hình thái cây Chua Lê.

B: Đặc điểm vi phẫu thân, lá, rễ, của cây Chua Lê.

C: Đặc điểm bột dược liệu Chua lê.

Vi phẫu thân (hình 1-B, 5): Quan sát từ ngoài vào có lông che chở. Biểu bì là những tế bào gần tròn, xếp đều đặn. Mô dày góc gồm những tế bào đa giác gần tròn, kích thước lớn không đều, bao gồm 2-3 lớp tế bào. Mô mềm vỏ là những tế bào hình bầu dục có kích thước to nhỏ khác nhau. Libe cấp 1 bắt màu hồng, bị ép bẹp. Gỗ 1 tập trung nhiều thành cụm, bắt màu xanh. Libe cấp 2 là những tế bào hình chữ nhật, vách uốn lượn xếp xuyên tâm. Gỗ 2 kích thước to nhỏ không đều, bắt màu xanh. Mô mềm ruột là những tế bào đa giác, kích thước không đều.

Vi phẫu lá (hình 1-B, 6): Biểu bì trên là các tế bào hình chữ nhật hoặc gần tròn, có kích thước không đều, các tế bào biểu bì dưới có kích thước nhỏ hơn. Mô mềm giậu là các tế bào hình chữ nhật, thuôn dài, xếp

vuông góc với biểu bì trên. Các tế bào hình đa giác của mô mềm trong xếp khít nhau. Bó libe- gỗ xen kẽ với mô mềm, trong đó, libe bắt màu hồng, là các tế bào đa giác, nhỏ, xếp lộn xộn. Gỗ bắt màu xanh, dài dắc ở phiến lá.

Đặc điểm vi phẫu rễ (hình 1-B, 7): Quan sát dưới kính hiển vi từ ngoài vào trong thấy có lớp bần dày, gồm các tế bào hình chữ nhật, bên ngoài cùng sần sùi có chỗ nứt rách. Mô mềm vỏ gồm 5-6 lớp tế bào hình bầu dục nằm ngang, kích thước không đều, xếp không khít để hở gian bào nhỏ. Libe bắt màu hồng, bị ép dẹp. Gỗ bắt màu xanh, mang các mạch gỗ hình bầu dục hoặc hình tròn, hướng tâm.

Đặc điểm bột dược liệu (hình 1-C):

Đặc điểm bột thân: Mảnh biểu bì (8), mảnh mạch điểm (9), mảnh mạch xoắn (10).

Đặc điểm bột lá: Mảnh phiến lá (11), mảnh mạch xoắn (12), bó mạch (13).

3.2. Thành phần hóa học

Định tính bằng phản ứng hóa học

Bảng 1. Kết quả định tính thành phần hóa học bằng phản ứng hóa học đặc trưng

STT	Nhóm chất	Kết quả	STT	Nhóm chất	Kết quả
1	Saponin	+	7	Tanin	+
2	Alcaloid	-	8	Đường khử	+
3	Anthranoid	-	9	Chất béo	+
4	Glycosid tim	-	10	Steroid	+
5	Flavonoid	+	11	Carotenoid	+
6	Coumarin	-	12	Acid hữu cơ	+

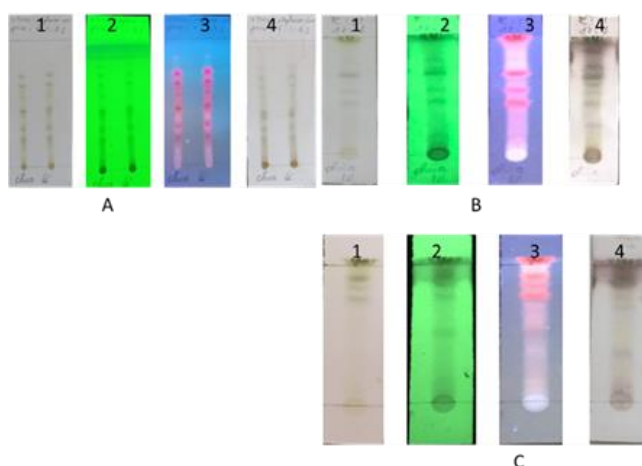
Định tính bằng sắc ký lớp mỏng (TLC)

Sau khi thu được dịch chiết trong Ethanol 95%, đem cô dịch chiết đến cao khô. Hòa tan cao toàn phần của cây Chua lè trong MeOH và tiến hành định tính sơ bộ bằng sắc ký lớp mỏng.

Dịch chấm sắc ký: cao toàn phần của cây Chua lè được hòa tan trong MeOH

Hệ dung môi sắc ký triển khai: N hexan: Ethyl acetat : acid fomic = 6 : 3 :0,1

Quan sát bản mỏng ở UV 254nm, UV 365nm và sau khi hiện bản mỏng bằng thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn. Kết quả sắc ký được thể hiện qua hình 2



Hình 2: Sắc ký đồ của cao chiết toàn phần cây Chua lè trong MeOH

Hình 2A: Hệ dung môi khai triển = N hexan: Ethyl acetat : acid fomic = 6 : 3 :0,1

Hình 2B: Hệ dung môi khai triển = Chloroform: methanol=12:1

Hình 2C: Hệ dung môi khai triển = Chloroform: methanol=6:1

1: Quan sát dưới ánh sáng thường.

2: Quan sát UV 254nm trước khi phun thuốc thử.

3: Quan sát UV 365nm trước khi phun thuốc thử.

4: Quan sát sau khi hiện màu bằng thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn

Sắc ký đồ hình 2 cho thấy có các vết hấp thụ màu xanh đen trên nền sáng khi quan sát ở UV 254nm, quan sát dưới UV 365nm thấy các vết phát quang màu hồng đậm, sau khi phun thuốc thử H₂SO₄ 10% trong cồn và đốt nóng trên bếp điện thấy có 6 vết đậm hiện rõ, bao gồm vết số 1 màu đen, số 2 màu xanh, 3 xanh đen, 4 xanh lá cây, 6 xanh nhạt và 7 xanh đậm với R_f lần lượt là: 0,21; 0,3; 0,41; 0,64; 0,71; 0,78.

3.3. Đánh giá tác dụng ức chế sự hình thành NO

Bảng 2. Khả năng ức chế sinh NO của dược liệu

Nồng độ thử ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	Chua lè		L-NMMA*	
	% Ức chế NO	% tế bào sống	% Ức chế NO	% tế bào sống
100	58.15 $\pm$ 1.77	95.90 $\pm$ 3.76	99.53 $\pm$ 1.12	86.47 $\pm$ 2.45
20	12.91 $\pm$ 1.5	96.44 $\pm$ 2.77	74.65 $\pm$ 2.07	95.43 $\pm$ 2.86
4	7.34 $\pm$ 0.54	-	25.77 $\pm$ 1.11	-
0,8	5.16 $\pm$ 0.38	-	12.03 $\pm$ 0.92	-
IC₅₀ ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	87.01$\pm$ 3.62		8.91$\pm$ 0.48	

*: Chất đối chứng dương

Kết quả trên cho thấy cả mẫu thử và chất đối chứng đều có độc tính thấp với dòng tế bào ngay cả ở 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ ($> 95\%$). Ở nồng độ thử thấp nhất (0.8 $\mu\text{g}/\text{mL}$) mẫu thử đã thể hiện hoạt tính ức chế sự sản sinh NO, khả năng ức chế tăng dần khi tăng nồng độ mẫu thử. Cả mẫu thử và chất đối chứng đều thể hiện hoạt tính chống viêm với mức độ phần trăm ức chế sản sinh NO phụ thuộc vào nồng độ. Kết quả phép thử sinh học xác định khả năng gây độc tế bào bằng MTT trong bảng cho thấy % tế bào sống ở 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$, 20 $\mu\text{g}/\text{mL}$ của mẫu thử là đều cao hơn chứng dương L-NMMA ở nồng độ tương ứng. Từ giá trị % ức chế NO ở 4 nồng độ thử, sử dụng phần mềm máy tính TableCurve 2Dv4 xác định được giá trị IC₅₀ của Chua lè là 87,01 $\pm$ 3,62 $\mu\text{g}/\text{mL}$. Chất đối chứng dương L-NMMA hoạt động ổn định trong thí nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên mô tả đặc điểm hình thái, vi học mẫu cây Chua lè được thu hái có đầy đủ những đặc điểm hình thái giống với mô tả và công bố của loài Emilia Sonchifolia [1-2], chi Emilia, họ Cúc.

NO là chất trung gian hóa học gây viêm. Trên mô hình đánh giá sự ức chế sản sinh NO sử dụng LPS (Lipopolysaccharid) - thành phần chính ở màng ngoài của các vi khuẩn Gram âm là yếu tố kích thích đại thực bào sản xuất các enzym gây viêm trong đó

có iNOS, gốc tự do, cytokin viêm. Isoenzym iNOS có vai trò xúc tác cho phản ứng tổng hợp NO [6-7]. Kết quả đánh giá tác dụng chống viêm in vitro trên mô hình này cho thấy mẫu cao chiết toàn phần của Chua lè cho thấy khả năng ức chế sự sản sinh NO đáng kể với giá trị IC₅₀ là 87,01 $\pm$ 3,62 $\mu\text{g}/\text{mL}$.

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam mô tả đầy đủ đặc điểm hình thái, vi học của dược liệu Chua lè cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng tiêu chuẩn dược liệu. Mặt khác từ kết quả khảo sát sơ bộ tác dụng chống viêm của loài thực vật này đã góp phần giải thích việc sử dụng chúng để điều trị các bệnh viêm trong dân gian hoàn toàn phù hợp. Nghiên cứu ức chế sự sản sinh NO trên đại thực bào bị kích thích bởi LPS được coi là bước sàng lọc ban đầu cho việc tìm kiếm các thuốc chống viêm có nguồn gốc từ thiên nhiên. Bên cạnh đó, cao chiết EtOH còn cho thấy độ an toàn cao trên dòng tế bào qua kết quả phép thử sinh học xác định khả năng sống sót của tế bào bằng MTT. Các kết quả của nghiên cứu này đã cho thấy loài Chua Lè sẽ là những loài thực vật tiềm năng, và cần được nghiên cứu kỹ hơn về thành phần hóa học và tác dụng chống viêm ứng dụng trong sản xuất các sản phẩm thuốc và thực phẩm bảo vệ sức khỏe.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả mô tả đặc điểm hình thái và vi học đối chiếu với các khóa phân loại cho thấy dược liệu Chua Lê thu hái tại xã Minh Tân, huyện Hưng Hà - tỉnh Thái bình có đặc điểm phù hợp với mô tả của loài *Emilia sonchifolia*; Đánh giá tác dụng chống viêm in vitro trên mô hình ức chế sinh NO trên đại thực bào RAW264.7 bị kích thích bởi LPS của các loài thực vật này đã thể hiện tác dụng đáng kể với giá trị IC_{50} từ $87.01 \pm 3.62 \mu\text{g/mL}$.

VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục phân lập hoạt chất tinh khiết, có tác dụng từ dược liệu Chua lê, và nghiên cứu cơ chế tác dụng chống viêm của dịch chiết toàn phần của loài thực vật này.

VII. 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.22.174.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T.s Trương Thị Đẹp.** Thực vật dược Nhà xuất bản Giáo dục; 2007:264
2. **Satish K, Jonnakuti PR.** A new species of *Emilia* Cass. (Asteraceae) from the Eastern Ghats of India with notes on ecosystem evaluation and conservation status. *Journal of Asia-Pacific Biodiversity* (2017);10.
3. **De-Paula OC, Marzinek J, et al.** Roles of mucilage in *Emilia fosbergii*, a myxocarpic Asteraceae: Efficient seed imbibition and diaspore adhesion. *American Journal of Botany*. (2015);**102**(9):1413-21
4. **Liao H, Banbury L, Liang H, Wang X, Lü X, Hu L, Wu J,** Effect of Honghua (*Flos Carthami*) on nitric oxide production in RAW 264.7 cells and α -glucosidase activity. *Journal of Traditional Chinese Medicine* (2014), **34**(3): 362-368
5. **Cheenpracha S, Park EJ, Rostama B, Pezzuto JM, Chang LC,** Inhibition of nitric oxide (NO) production in lipopolysaccharide (LPS)-activated murine macrophage RAW 264.7 cells by the norsesquiterpene peroxide, epimuquibilin A. *Marine drugs*, (2010), **8**(3), 429-437.
6. **Combet S, Balligand JL, Lameire N, Goffin E, Devuyst O** A specific method for measurement of nitric oxide synthase enzymatic activity in peritoneal biopsies. *Kidney International* (2000) , **57**(1):332-8
7. **Cheenpracha S, Park EJ, Rostama B, Pezzuto JM, Chang LC:** Inhibition of nitric oxide (NO) production in lipopolysaccharide (LPS)-activated murine macrophage RAW 264.7 cells by the norsesquiterpene peroxide, epimuquibilin A. *Marine drugs*, (2010), **8**(3), 429-437

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT VÀ THÀNH PHẦN HÓA HỌC CỦA CÂY VỌNG ĐẮNG THU HÁI TẠI THÁI BÌNH

Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Phạm Thị Anh¹

TÓM TẮT

Cây Vọng đắng mọc phân bố ở ven các bờ sông, bờ biển, thường được dân gian dùng trong chữa các bệnh liên quan đến phong thấp, xương khớp, đau nhức, các bệnh ngoài da... Tuy nhiên, dược liệu được sử dụng chủ yếu theo kinh nghiệm dân gian mà chưa được nghiên cứu đầy đủ về mặt khoa học. Để bước đầu làm rõ đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của dược liệu tiềm năng này, đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của cây Vọng đắng thu hái tại Thái Bình*”. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã mô tả chi tiết đặc điểm thực vật của cơ quan dinh dưỡng và sinh sản của dược liệu Vọng đắng; định tính sơ bộ thành phần hóa học cho thấy cả thân và lá Vọng đắng chứa alkaloid, flavonoid, glycosid tim, đường khử và sterol. Ngoài ra, trong thân có chứa saponin và trong lá chứa carotenoid.

Từ khóa: Vọng đắng, Ngọc nữ biển, thành phần hóa học, *Clerodendrum inerme*.

SUMMARY

STUDY ON PLANT CHARACTERISTICS AND CHEMICAL COMPOSITION OF VONG DANG COLLECTED IN THAI BINH

¹Khoa Dược học, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023

Ngày duyệt bài: 26.6.2023

“Vọng đắng” is distributed along river banks and coasts, is often used by folk folk to treat diseases related to rheumatism, bones, joints, aches and pains, skin diseases... However, traditional usage is mainly based on folk experience but has not been fully studied scientifically. To initially clarify the botanical characteristics and chemical composition of this potential medicinal herb, the topic “Study on plant characteristics and chemical composition of Vong dang collected in Thai Binh”. In this study, we described in detail the botanical characteristics; preliminary characterization of chemical composition showed that both stems and leaves contain alkaloids, flavonoids, cardiac glycosides, reducing sugars and sterols. In addition, the stem contains saponins and the leaves contain carotenoids.

Keywords: Vong dang, Ngọc nữ biển, chemical composition, *Clerodendrum inerme*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây Vọng đắng mọc thành bụi, phân bố ở ven các bờ sông, bờ biển, thường được dân gian dùng trong chữa các bệnh liên quan đến phong thấp, xương khớp, đau nhức, các bệnh ngoài da [3]... Tuy nhiên, nhiều bài thuốc mới chỉ được sử dụng theo kinh nghiệm dân gian mà chưa được nghiên cứu đầy đủ về mặt khoa học.

Để bước đầu làm rõ đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của dược liệu tiềm năng này, đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của cây Vọng đắng thu*

hái tại Thái Bình” được thực hiện với những mục tiêu sau:

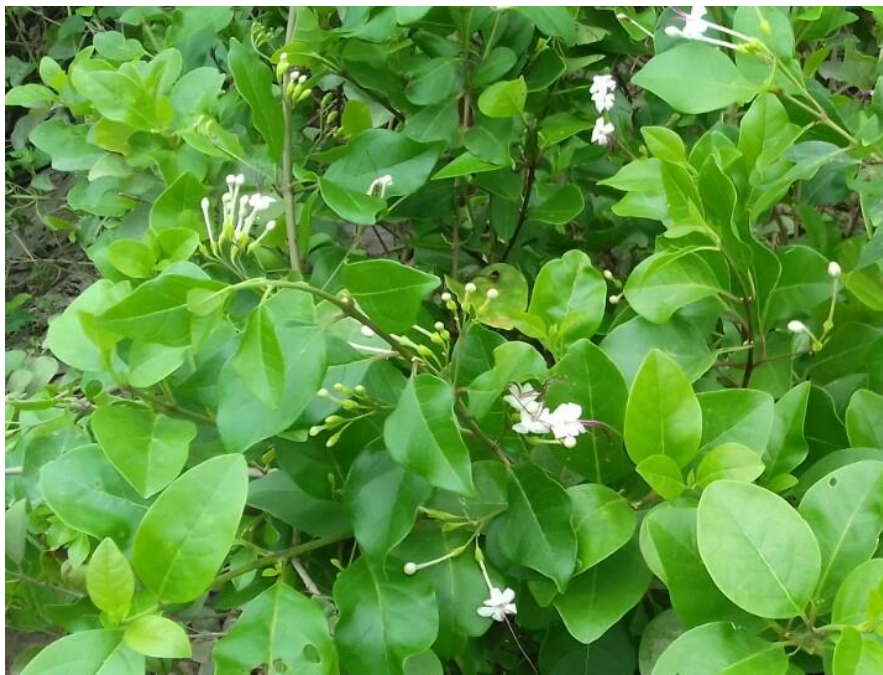
1. *Mô tả đặc điểm hình thái, đặc điểm vi học của cây Vọng đặng thu hái tại Thái Bình.*

2. *Khảo sát sơ bộ thành phần hóa học của thân và lá cây Vọng đặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cây Vọng đặng được thu hái tại ven bờ đê khu vực đường biên giới biển Thái Thụy – Đường bao 128, xã Thụy Liên, huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình vào tháng 10 năm 2021.



Hình 1. Cây Vọng đặng tại thực địa

Mẫu nghiên cứu sau khi thu hái được đem rửa sạch. Bộ phận trên mặt đất đem cắt đoạn, phơi hoặc sấy khô ở 60°C, bảo quản để nghiên cứu thành phần hóa học. Rễ, thân, lá bảo quản trong cồng 40-50° để làm vi phẫu. Mẫu tiêu bản được lưu tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. 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.

2.2.2. Phương pháp làm tiêu bản vi phẫu

Tiến hành tẩy nhuộm tiêu bản bằng phương pháp nhuộm kép, lên tiêu bản bằng phương pháp giọt ép và quan sát bằng kính hiển vi ở các độ phóng đại 10x, 40x để quan sát các đặc điểm vi học [4].

2.2.3. 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].

2.2.4. Định tính bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng

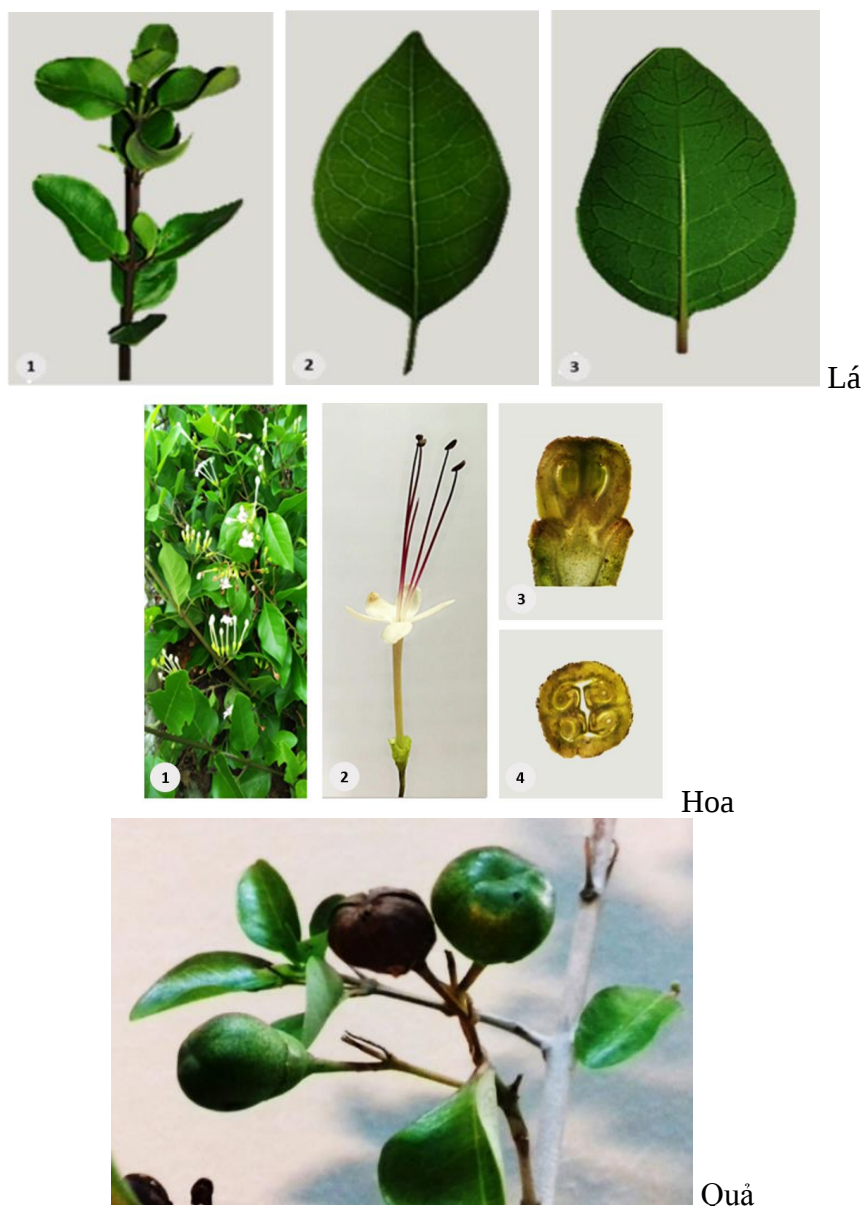
Phương pháp sử dụng bản mỏng Silicagel 60 F₂₅₄ (Merck). Cao dược liệu được hòa tan trong methanol với nồng độ 1mg/ml. Hệ dung môi triển khai sắc ký là hỗn hợp Cloroform : Ethyl acetat (9:1). Sau khi khai triển, bản mỏng được quan sát dưới ánh sáng tử ngoại UV tại bước sóng 254nm và 366nm và hiện màu bằng H₂SO₄ 10% trong cồn [1].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu đặc điểm thực vật

3.1.1. Đặc điểm hình thái bên ngoài

Cây gỗ nhỏ, mọc thành bụi, sống nhiều năm. Cây mọc đứng, cao khoảng 1-2m, có khi mọc trườn dài 2-3m. Thân và cành có màu nâu hoặc màu hơi xám, thân cứng và phân thành nhiều cành.



Hình 2. Đặc điểm hình thái các bộ phận của cây Vọng đẵng

Lá: đơn, mọc đối, mép lá nguyên. Phiến lá dạng hình trứng hoặc hình elip, có đầu hơi nhọn; kích thước phiến lá $0,8-5 \times 3-8\text{cm}$, cuống lá dài $0,5-1\text{cm}$, có mùi thơm.

Hoa: cụm hoa hình chùy ở ngọn hoặc ở nách có lá bắc. Đài hình chuông, có 5 răng, có ống dài khoảng 4mm . Tròng dạng ống mảnh, dài khoảng $3,3-3,5\text{cm}$, phiến chia làm 5 thùy không đều, màu trắng hoặc phớt tím, có mùi thơm. Nhị 4 hiếm khi 5, màu hơi đỏ đến tím, đính trên ống tròng. Bầu có 4 ô, 4 noãn.

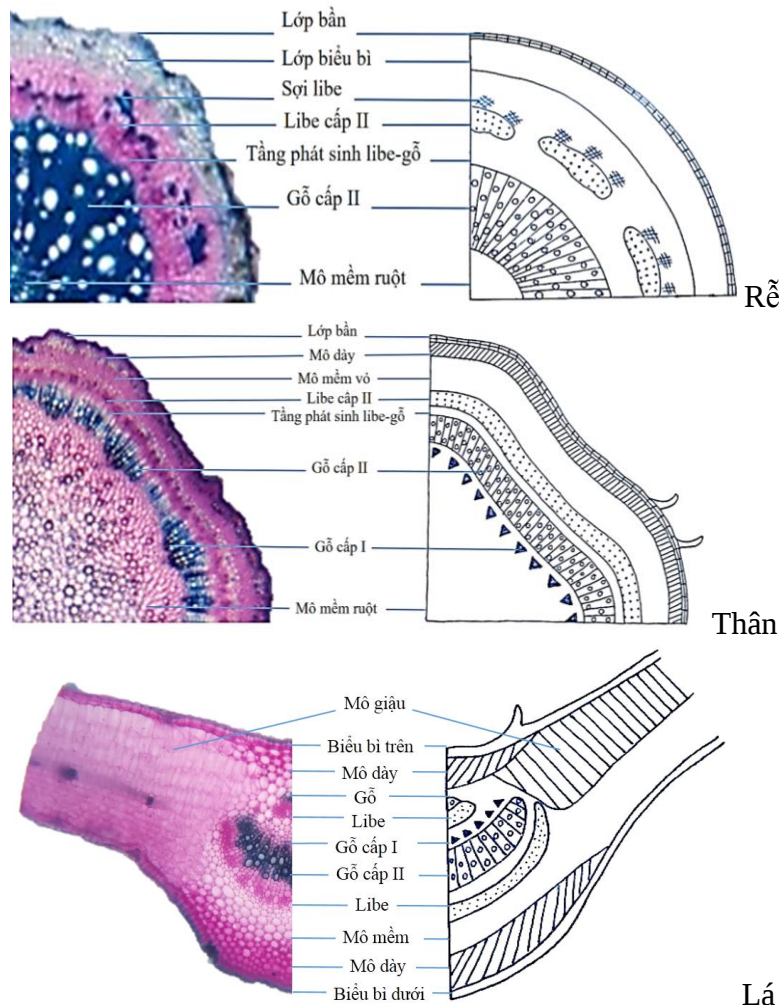
Quả: quả hạch hình cầu, đường kính $1,5\text{cm}$, được bao bởi phần gốc của đài, có

màu xanh, khi chín chuyển sang màu đen hoặc nâu.

3.1.2. Đặc điểm vi phẫu

a. Đặc điểm vi phẫu rễ

Vi phẫu rễ có tiết diện tròn. Từ ngoài vào trong bao gồm: Lớp vỏ gồm nhiều lớp tế bào hình chữ nhật xếp thành vòng đồng tâm và dây xuyên tâm. Lớp biểu bì cấu tạo bởi 5-6 lớp tế bào hình đa giác không đều, thành mỏng. Libe xếp thành từng đám nhỏ, có libe hóa sợi phía ngoài. Gỗ có nhiều mạch gỗ to, nhỏ khác nhau, có nhiều sợi gỗ. Mô mềm ruột cấu tạo bởi những tế bào kích thước lớn, thành mỏng.



Hình 3. Đặc điểm giải phẫu rễ và thân Vọng đăng

b. Đặc điểm vi phẫu thân

Mặt cắt vi phẫu thân hình lục giác. Ngoài cùng là lớp vỏ cấu tạo bởi các tế bào hình chữ nhật hoặc đa giác không đều, bất màu xanh, mang nhiều lông che chở đa bào và lông tiết. Mô dày cấu tạo bởi 4-5 lớp tế bào. Mô mềm vỏ gồm những tế bào thành mỏng, kích thước khác nhau, nằm lộn xộn, các góc có các khoảng gian bào. Libe cấp hai cấu tạo bởi các tế bào thành mỏng, xếp thành dãy xuyên tâm. Tầng phát sinh libe gỗ là một lớp tế bào dẹt, có màng mỏng, nằm giữa libe và gỗ cấp hai. Gỗ cấp hai xếp thành vòng kín, cấu tạo bởi các tế bào mạch gỗ hình đa giác không đều, phân bố đều trong mô mềm gỗ. Mô mềm ruột bao gồm các tế bào mô mềm không đều, nằm chính giữa của thân. Tia ruột hẹp, gồm 1-2 dãy tế bào, nằm xen kẽ giữa bó gỗ.

c. Đặc điểm vi phẫu lá

Phần gân giữa: gân nổi ở cả hai mặt, mặt dưới nổi rõ hơn. Biểu bì dưới và trên đều cấu

tạo bởi 1 hàng tế bào đều đặn nằm sát nhau, vách mỏng bằng cellulose và thành ngoài hóa cutin, mang nhiều lông che chở và lông tiết. Mô dày ở phần lồi của gân lá, gồm 5-6 lớp tế bào tròn hoặc đa giác không đều nhau, thành dày bất màu hồng đậm. Mô mềm gồm những tế bào không đều, hình đa giác, rải rác có vài thể cứng. Bó libe - gỗ xếp thành hình cung và 1-2 bó nhỏ hơn ở phía trên cung chính.

Phần phiến lá: Cả hai lớp biểu bì đều được phủ 1 lớp cutin mỏng, mang nhiều lông che chở đa bào và lông tiết, lỗ khí có nhiều ở biểu bì dưới. Mô giậu ở dưới lớp biểu bì trên gồm 1 lớp tế bào hình chữ nhật thuôn dài. Mô mềm gồm những tế bào không đều, chứa nhiều thể cứng và tinh thể oxalate calci hình cầu gai.

3.1.3. Đặc điểm vi học bột dược liệu**a. Đặc điểm vi học bột lá Vọng đăng**

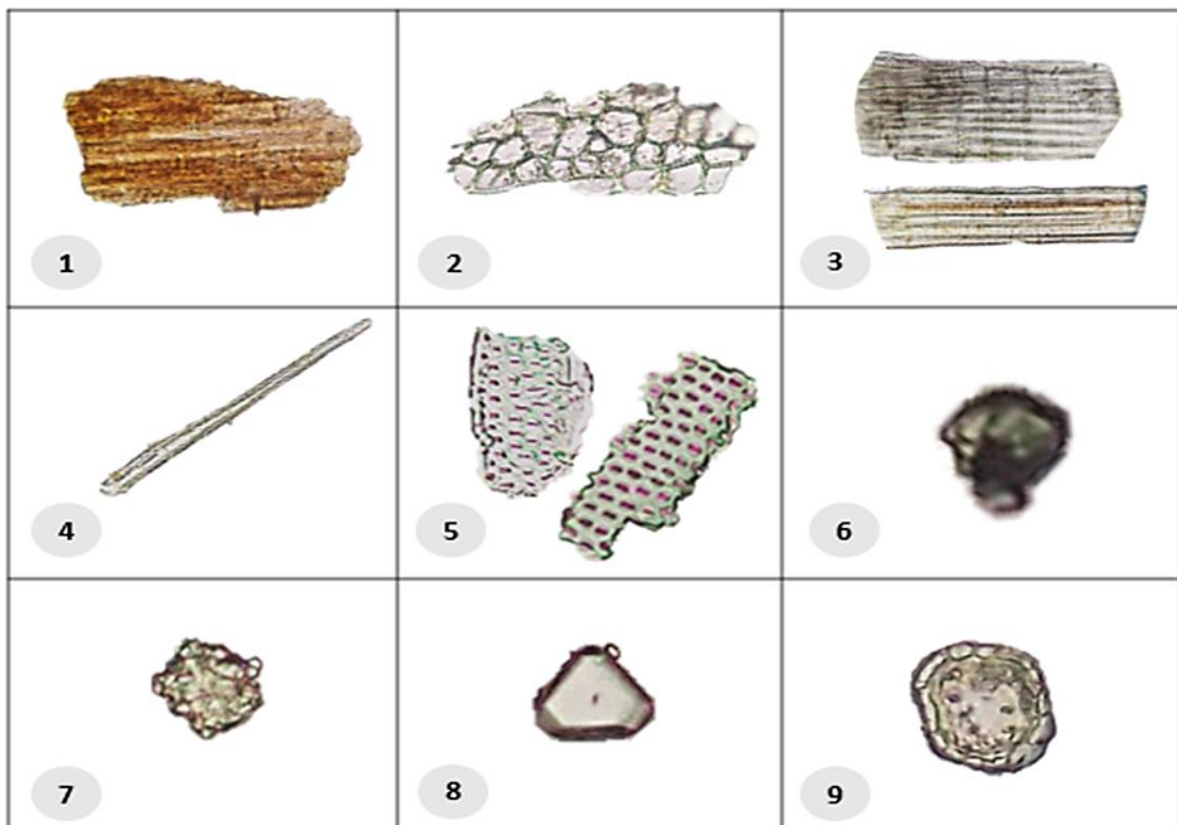
Hình 4. Đặc điểm vi học bột lá Vọng đăng

Bột lá Vọng đăng có màu xanh lục hơi xám, mùi thơm, vị đắng. Quan sát dưới kính hiển vi thấy: nhiều mảnh biểu bì mang lỗ khí (1,2). Mảnh mô mềm (3) cấu tạo từ những tế bào hình đa giác kích thước khác nhau, xếp đều đặn, khít nhau. Nhiều lông che chở đa bào (4) và mảnh mạch xoắn (5) trong vi trường. Xuất hiện nhiều tế bào chứa tinh dầu (6) đứng riêng lẻ hoặc nằm trong các mảnh tế bào.

b. Đặc điểm vi học bột thân Vọng đăng

Bột màu nâu nhạt, mùi thơm, vị đắng. Quan sát dưới kính hiển vi thấy: nhiều mảnh

bần (1) màu nâu sẫm với các tế bào hình chữ nhật xếp thành hàng. Mảnh mô mềm (2) cấu tạo từ các tế bào hình đa giác thành mỏng, xếp lộn xộn. Mảnh mạch dẫn (3) tạo bởi bó các mạch dẫn xếp thành hàng. Sợi (4) dài, thành dày, thường đứng riêng lẻ. Xuất hiện nhiều mạch điểm (5). Lông tiết (6) đa bào, đầu tròn. Rải rác các tinh thể oxalate calci hình cầu gai (7). Tế bào mô cứng (8) thành dày, đứng riêng lẻ hoặc thành đám.



Hình 5. Đặc điểm vi học bột thân Vọng đăng

3.2. Khảo sát sơ bộ thành phần hóa học

3.2.1. Định tính một số nhóm chất chính trong dược liệu

Bảng 1. Kết quả định tính sơ bộ thân và lá Vọng đăng

STT	Nhóm chất	Phản ứng định tính	Kết quả		Kết luận	
			Thân	Lá	Thân	Lá
1	Alkaloid	TT. Bouchardat	+	+	Có	Có
		TT. Dragendorff	+	+		
		TT. Mayer	+	+		
2	Anthranoid	Phản ứng Borntraeger	-	-	Không	Không
3	Caroten	Phản ứng với H ₂ SO ₄	-	+	Không	Có
4	Chất béo	Vết mờ trên giấy lọc	-	-	Không	Không
5	Coumarin	Pư đóng mở vòng lacton	-	-	Không	Không
		TT. Diazo	-	-		
		Pư với FeCl ₃ 5%	+	+		
6	Đường khử	TT. Fehling	+	+	Có	Có
7	Flavonoid	Phản ứng Cyanidin	+	+	Có	Có
		Phản ứng với FeCl ₃	+	+		
		Phản ứng với kiềm	+	+		
8	Glycosid tim	Pư Keller-Kiliani	+	+	Có	Có
		Pư Liebermann-Burchardat	+	+		
		Pư Legal	+	+		
9	Saponin	Hiện tượng tạo bọt	+	-	Có	Không
10	Sterol	Pư với H ₂ SO ₄ /anhydride acetic	+	+	Có	Có
11	Tanin	Pư với Chì acetat 10%	+	+	Không	Không
		Pư với FeCl ₃ 5%	-	+		
		Pư với gelatin 1%/10% NaCl	-	-		

Chú thích:

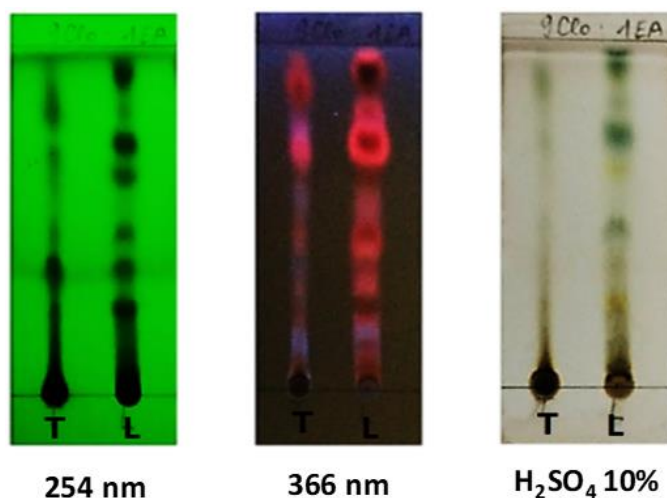
(+): phản ứng dương tính

(-): phản ứng âm tính

Phần thân Vọng đăng chứa Alkaloid, Flavonoid, Glycosid tim, Đường khử, Saponin và Sterol; Phần lá Vọng đăng chứa Alkaloid, Flavonoid, Glycosid tim, Đường khử, Sterol và Carotenoid.

3.2.2. Định tính sơ bộ các nhóm chất bằng sắc ký lớp mỏng

Sau khi thu được dịch chiết EtOH toàn phần, tiến hành định tính dịch chiết bằng sắc ký lớp mỏng (SKLM) với hệ dung môi triển khai sắc ký: Cloroform : Ethyl acetat (9:1). Quan sát bản mỏng dưới ánh sáng tử ngoại UV tại bước sóng 254nm và 366nm và hiện màu bản mỏng bằng H₂SO₄ 10% trong cồn thu được kết quả sắc ký sau:



Hình 6. Sắc ký đồ của dịch chiết Ethanol thân và lá Vọng đắng

(T: dịch chiết ethanol phần thân; L: dịch chiết ethanol phần lá)

Sắc ký đồ dịch chiết thân: có 3 vết chính có thể nhìn thấy rõ là vết 1, 3 và 4. Khi hiện màu bằng thuốc thử H_2SO_4 10% trong cồn, vết số 1 hiện màu nâu đen, vết số 3 hiện màu xám và vết số 4 có màu xám xanh với R_f tương ứng lần lượt là 0,05; 0,71 và 0,88. Sắc ký đồ dịch chiết của lá: xuất hiện nhiều vết hơn, có 7 vết có thể nhìn thấy rõ ở cả 3 cách xuất hiện, màu sắc hiển thị dưới ánh sáng UV và ánh sáng thường cũng rất đa dạng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm thực vật

Các đặc điểm hình thái thực vật của mẫu nghiên cứu mang đặc điểm chung của các loài thực vật thuộc chi *Clerodendrum* như: Cây mọc thành bụi, thân nhỏ. Lá mọc đối, phiến lá nguyên, hình elip hoặc hình trứng và có đầu hơi nhọn. Cụm hoa hình chùy, mọc ở đầu cành hoặc nách lá. Đài hoa lợp hình chuông, tồn tại, có 5 răng. Tràng dạng ống mảnh, dài, chia thành 5 thùy. Nhị 4, dính trên ống tràng và thò ra ngoài. Bầu có 4 ô, 4 noãn. Quả hạch, hình cầu, được bao bởi phần gốc của đài. Kết quả nghiên cứu đặc điểm

thực vật của mẫu có nhiều điểm tương đồng với các tài liệu khác về loài Vọng đắng hay còn gọi là Ngọc nữ biển (*Clerodendrum inerme*) [3].

4.2. Về thành phần hóa học

Định tính sơ bộ các nhóm chất có trong phần thân và lá Vọng đắng bằng các phản ứng hóa học đặc hiệu cho thấy cả thân và lá Vọng đắng đều chứa alkaloid, flavonoid, glycosid tim, sterol, đường khử, trong đó đặc biệt dương tính mạnh với alkaloid, glycosid tim và đường khử. Kết quả này tương đồng với các tài liệu trong và ngoài nước đã công bố về sự có mặt của flavonoid và sterol trong dược liệu [2, 6]. Các nhóm chất này đều có tiềm năng ứng dụng trong y học, đặc biệt là nhóm hợp chất flavonoid đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra các tác dụng dược lý quan trọng, như: ba loại flavon (acacetin, hispidulin và diosmetin) được phân lập từ dịch chiết ethyl acetat của lá *C. inerme* là chất chính tạo ra tác dụng chống oxy hóa, chống viêm bằng cách ức chế sản xuất NO và PGE_2 thông qua cơ chế ngăn chặn sự cảm ứng của enzyme nitric oxide synthase và

enzyme cyclooxygenase-2, ngoài ra còn có tác dụng trong điều trị ung thư đa dạng [7, 8]... Từ kết quả sắc ký đồ định tính sơ bộ dịch chiết thân và lá bằng sắc ký lớp mỏng nhận thấy trong mẫu nghiên cứu có chứa đa dạng các nhóm hợp chất hữu cơ, đặc biệt là dịch chiết lá Vọng đăng.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, đặc điểm hình thái và vi học của cơ quan dinh dưỡng và sinh sản của mẫu nghiên cứu đã được mô tả và sơ bộ xác định tên khoa học là *Clerodendrum inerme* L. Những kết quả này góp phần xây dựng bộ dữ liệu về đặc điểm thực vật và tiêu chuẩn hóa dược liệu. Ngoài ra, kết quả khảo sát thành phần hóa học cũng cho thấy cả thân và lá Vọng đăng chứa alkaloid, flavonoid, glycosid tim, đường khử và sterol. Ngoài ra, trong thân có chứa saponin và trong lá chứa carotenoid; hệ dung môi Chloroform: Ethyl acetat (9:1) cho kết quả tách chất tốt và có thể dùng cho định tính cao chiết dược liệu Vọng đăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế:** Dược điển Việt Nam V, NXB Y học; 2018: PL149-151.
2. **Trần Thị Minh, Nguyễn Thị Hoàng Anh:** Thành phần hoá học và hoạt tính sinh học cây Ngọc nữ biển Việt Nam (*Clerodendrum inerme* Gaertn.). Hội nghị khoa học và công nghệ Hoá hữu cơ toàn quốc lần thứ IV. Hội hoá học Việt Nam – Phân hội Hoá hữu cơ; 2006: 460-464.
3. **Nguyễn Viết Thân:** Cây thuốc Việt Nam và những bài thuốc thường dùng. Nhà xuất bản Y học 2020:54-74
4. **Nguyễn Viết Thân, Nguyễn Thị Thu Ngân, Trần Đình Nhã Thi:** Kiểm nghiệm dược liệu bằng phương pháp hiển vi, NXB. Khoa học Kỹ thuật Hà Nội; 2003: 13-21.
5. **Farnsworth N.R.:** Biological and phytochemical screening of plants. *Journal of Pharmaceutical Sciences* 1966, 55(3):225-276.
6. **Ibrahim S.R.M.:** Chemical constituents and biological investigations of the aerial parts of egyptian *Clerodendrum inerme*, bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University. 2014, 52(2):165-170.
7. **Liu K., Zhao F. et al:** Hispidulin: A promising flavonoid with diverse anti-cancer properties. *Life Sciences* 2020, 259:118395.
8. **Muhammad A., Ftikhar A., Ajaz H., Syed V. H.:** Pharmacological Assessment of Hispidulin - A Natural Bioactive Flavone *Acta Poloniae Pharmaceutica and Drug Research* 2015 5:829-842

KẾT QUẢ CÁC THĂM DÒ CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM HUMAN PAPILLOMA VIRUS CÁC TYPE NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thủy¹, Nguyễn Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả các phương pháp thăm dò cổ tử cung trên bệnh nhân nhiễm HPV các type nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 01/08/2020 đến 31/01/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu. Có 250 trường hợp được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm đơn type HPV là 83,6%; đa type 16,4%. Tuổi trung bình $38,04 \pm 8,4$. Kết quả TBH cổ tử cung: không tổn thương biểu mô 17,2%; bất thường 82,8%. Đa số các bất thường tập trung ở nhóm 30-54 tuổi. Trong nhóm 25-29 tuổi: Tỷ lệ $\leq$ LSIL chiếm 88,4%. Ở nhóm 55-65 tuổi: tỷ lệ tổn thương $\geq$ HSIL là 58,3%. Nhiễm HPV type 16 hoặc đa type, làm tăng tỷ lệ bất thường hơn nhiễm đơn type. Kết quả soi CTC, nhiễm HPV type 16, hình ảnh bất thường chiếm 90,9%; nhiễm đa type, 100% hình ảnh bất thường. Kết quả mô bệnh học cổ tử cung: Ung thư biểu mô xâm nhập chỉ gặp ở nhóm trên 30 tuổi. Có 2 trường hợp ung thư biểu mô vảy tại chỗ ở nhóm 25-29 tuổi. **Kết luận:** Xét nghiệm phát hiện HPV có tính chất khách quan, các thăm dò cổ tử cung lại có tính chất chủ quan, do đó cần phối hợp thực hiện tại các bệnh viện chuyên khoa, cần có một đội ngũ cán bộ kỹ thuật

được đào tạo tốt, để phát hiện sớm, và qua đó chẩn đoán sớm các tổn thương bất thường ở cổ tử cung.

Từ khóa: HPV các type nguy cơ cao, cổ tử cung.

SUMMARY

RESULTS OF INSPECTION METHODS ON CERVIX OF PATIENTS INFECTED WITH HIGH RISK HUMAN PAPILLOMA VIRUS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the results of inspection methods on cervix of patients infected with High-risk Human Papilloma Virus at National hospital of obstetrics and gynecology from 01/08/2020 to 31/01/2021. **Methods:** Cross-sectional study. **Results:** The rate of HPV single infection was 83.6%; multitype 16.4%. Average age 38.04 ± 8.4 . ThinPrep cytologic test: normal 17.2%; abnormal 82.8% (focus on 30-54 years old). At 25-29 years of age: rate $\leq$ LSIL is 88.4%, 55-65 years old: $\geq$ HSIL is 58.3%. Infection with HPV type 16 or multiple types, increases the incidence of abnormalities more than single-type infections. Cervical Colposcopy: HPV type 16 infection, abnormal image accounts for 90.9%; multi-type infection, 100% abnormal image. Cervical histology: Invasive squamous cell carcinoma is seen only over 30 years old. There were 2 cases of squamous cell carcinoma in situ in 25-29 years old. **Conclusion:** HPV testing is objective, cervical screening methods

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy

Email: nthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023

Ngày duyệt bài: 26.6.2023

are subjective, so it needs to be coordinated in specialized hospitals, a team of trained technicians is required. good, for early detection, and thereby early diagnosis of abnormal lesions in the cervix.

Keywords: High-risk Human Papilloma virus, cervical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm Human Papilloma Virus (HPV) các type nguy cơ cao (NCC), tồn lưu dai dẳng là nguyên nhân chính dẫn đến ung thư cổ tử cung (UTCTC). Hiện chưa có thuốc đặc trị virus nói chung, và HPV nói riêng.

UTCTC là loại ung thư đặc biệt vì có thời gian tiến triển từ giai đoạn nhiễm HPV đến ung thư là 15-20 năm.

Do đó, các phương pháp sàng lọc, thăm dò cổ tử cung (CTC) trên bệnh nhân nhiễm Human Papilloma Virus, nhất là các type nguy cơ cao, có vai trò đặc biệt quan trọng để phát hiện sớm, và qua đó chẩn đoán sớm các tổn thương bất thường để đưa ra hướng điều trị ban đầu hiệu quả, giúp giảm tỉ lệ mắc và tử vong do UTCTC tại Việt Nam.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **Mô tả kết quả các phương pháp thăm dò cổ tử cung trên bệnh nhân nhiễm HPV các type nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 01/08/2020 đến 31/01/2021.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Tất cả các bệnh nhân đến khám phụ khoa tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTW) trong thời gian từ 01/08/2020 đến 31/01/2021, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ dưới đây.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Được chẩn đoán nhiễm HPV nguy cơ cao bằng xét nghiệm HPV real-time PCR gồm các type HPV: 16, 18 và 12 type nguy cơ cao khác (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68).

✓ Được làm tế bào học cổ tử cung (Thin Prep test)

✓ Được soi CTC

✓ Có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu

✓ Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Âm tính với HPV nguy cơ cao

- Không được làm Thinprep Pap Test

- Không được soi CTC hoặc chống chỉ định soi CTC

- Không có đủ thông tin cho nghiên cứu

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/08/2020 đến 31/01/2021.

Phương pháp nghiên cứu

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

Chọn mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{\epsilon^2}}{1 - \frac{\alpha}{2}}$$

n: số bệnh nhân cần lấy, $\alpha = 0,05$, $\Delta = 0,04$

p: Tỉ lệ tổn thương nghi ngờ ung thư CTC trên soi ở bệnh nhân có kết quả tế bào âm đạo – CTC nhiễm HPV theo tác giả Cung Thị Thu Thủy là 10,1% [4]. Từ đó, tính được cỡ mẫu $n = 218$

Lấy mẫu thuận tiện và không xác suất. Lấy tất cả những BN được chẩn đoán nhiễm HPV nguy cơ cao trong thời gian nghiên cứu

cứu, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, cỡ mẫu tối thiểu phải lấy là 218 bệnh nhân. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu là 250 bệnh nhân.

Các biến số của nghiên cứu: Tuổi, kết quả định type HPV, kết quả khám lâm sàng CTC bằng mắt thường, kết quả soi CTC, kết quả tế bào học (TBH) CTC, kết quả mô bệnh học (MBH) CTC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả định type HPV nguy cơ cao

Bảng 1. Tỷ lệ HPV nguy cơ cao theo nhóm tuổi

HPV	Nhóm tuổi	25 - 29	30 - 54	55 - 65	n	%
Type 16		14	43	9	66	26,4
Type 18		2	25	1	28	11,2
1/12 type NCC khác		23	90	2	115	46
Đa type		4	37	0	41	16,4
Tổng		43	195	12	250	100

Khám lâm sàng cổ tử cung bằng mắt thường

Bảng 2. Hình ảnh CTC khi khám bằng mắt thường

CTC khi nhìn bằng mắt thường	n	%
Bình thường	219	87,6
Nghi ngờ	23	9,2
Sùi loét, chảy máu	8	3,2
Tổng số	250	100

Kết quả tế bào học cổ tử cung (ThinPrep) theo nhóm tuổi

Bảng 3. Kết quả tế bào học cổ tử cung theo nhóm tuổi

TBH	Nhóm tuổi	25 - 29	30 - 54	55 - 65	Tổng	
		n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
Không tổn thương BM		8	34	1	43	17,2
ASCUS		10	45	1	56	22,4
ASC-H		0	5	0	5	2,0
LSIL		20	70	3	93	37,2
HSIL		5	36	5	46	18,4
K BM vảy xâm nhập		0	1	0	1	0,4
AGUS		0	4	1	5	2,0
K BM tuyến		0	0	1	1	0,4
Tổng		43	195	12	250	100

Liên quan nhiễm HPV NCC với tế bào học cổ tử cung**Bảng 4. Liên quan nhiễm HPV NCC với TBH**

HPV Bất thường TBH	Bình thường	ASC	ASC-H	LSIL	HSIL	K vảy XN	AGUS	K tuyến
Type 16	11 16,7%	18 27,3%	2 3%	20 30,3%	13 19,7%	1 1,5%	1 1,5%	1 1,5%
Type 18	13 46,4%	5 17,9%	0 0%	9 32,1%	1 3,6%	0 0%	1 3,6%	0 0%
1/12 type NCC khác	16 13,9%	27 23,5%	2 1,7%	50 43,5%	19 16,5%	0 0%	1 0,9%	0 0%
Đa type	5 12,2%	6 14,6%	1 2,4%	14 34,1%	13 31,7%	0 0%	2 4,9%	0 0%
Tổng	43 17,2%	56 22,4%	5 2%	93 37,2%	46 18,4	1 0,4%	5 2%	1 0,4%
p		0,001 < 0,05						

Kết quả hình ảnh soi CTC**Bảng 5. Kết quả hình ảnh soi CTC**

HPV Hình ảnh soi CTC	Bình thường n(%)	Vết trắng mỏng n(%)	Vết trắng dày n(%)	Nghi ngờ K n(%)	Tổng n(%)
Type 16	6 9,1%	22 33,3%	25 37,9%	13 19,7%	66 100%
Type 18	4 14,3%	13 46,4%	9 32,1%	2 7,2%	28 100%
1/12 type NCC khác	21 18,3%	53 46,1%	36 31,3%	5 4,3%	115 100%
Đa type	0 0%	20 48,8%	11 26,8%	10 24,4%	41 100%
Tổng	31 12,4%	108 43,2%	81 32,4%	30 12,0%	250 100%
p	0,005 < 0,05				

Liên quan kết quả khám CTC bằng mắt thường với soi CTC**Bảng 6. Liên quan khám lâm sàng CTC với kết quả soi CTC**

Soi CTC CTC /LS	Bình thường n(%)	Vết trắng mỏng n(%)	Vết trắng dày n(%)	Nghi ngờ K n(%)	Tổng
Bình thường	31 14,2%	107 48,9%	73 33,3%	8 3,6%	219 100%
Nghi ngờ	0 0%	0 0%	8 34,8%	15 65,2%	23 100%

Sùi loét, chảy máu	0 0%	1 12,5%	0 0%	7 87,5%	8 100%
Tổng	31 12,4%	108 43,2%	81 32,4%	30 12,0%	250 100%

Kết quả mô bệnh học CTC theo nhóm tuổi

Bảng 7. Kết quả mô bệnh học CTC theo nhóm tuổi

MBH \ Nhóm tuổi	25 - 29 n (%)	30 - 54 n (%)	55 - 65 n (%)	Tổng	
				n	(%)
Không làm	4	17	1	22	8,8
Không tổn thương BM	7	33	2	42	16,8
CIN I	22	87	4	113	45,2
CIN II, III	6	39	1	46	18,4
CIS	2	11	2	15	6,0
K BM vảy xâm nhập	0	4	3	7	2,8
K BM tuyến	0	4	1	5	2,0
Tổng	43	195	12	250	100

Liên quan kết quả tế bào học CTC với mô bệnh học CTC

Bảng 8. Tương quan kết quả Tế bào học với Mô bệnh học CTC

TBH \ MBH	Ko tổn thương	CIN I	CIN II, III	K BM vảy XN	K BM tuyến	Tổng
Ko tổn thương	15 44,1%	11 32,4%	8 23,5%	0 0	0 0	34 100%
ASCUS	9 19,6%	23 50%	12 26%	1 2,2%	1 2,2%	46 100%
ASC-H	1 20%	2 40%	1 20%	1 20%	0 0	5 100%
LSIL	12 13,6%	57 64,8%	17 19,3%	2 2,3%	0 0	88 100%
HSIL	4 8,3%	16 33,3%	23 47,9%	2 4,2%	3 6,3%	48 100%
K BM vảy XN	0 0	0 0	0 0	1 100%	0 0	1 100%
AGUS	1 20%	4 80%	0 0	0 0	0 0	5 100%
K BM tuyến	0 0	0 0	0 0	0 0	1 100%	1 100%
Tổng	42 18,4	113 49,6%	61 26,8%	7 3,0%	5 2,2%	228 100%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả định type HPV nguy cơ cao

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đang áp dụng là kỹ thuật realtime PCR trên hệ thống tự động Cobas 4800, xác định 14 type HPV nguy cơ cao, trong đó định danh riêng biệt là type 16, type 18 và gộp 12 type nguy cơ cao còn lại (gồm các type 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68).

250 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, là các bệnh nhân có kết quả xét nghiệm HPV dương tính với các type nguy cơ cao trong thời gian nghiên cứu, và được chỉ định các phương pháp thăm dò cổ tử cung khác để đánh giá tổn thương (nếu có) ở cổ tử cung.

Theo bảng 1, có tới 209/250 (83,6%) bệnh nhân nhiễm đơn type HPV: type 16 26,4%; type 18 11,2%, 1/12 type NCC khác 46%, nhiễm đa type HPV nguy cơ cao 16,4%. Tương tự nghiên cứu khác [5].

Theo Hiệp hội ung bướu Hoa Kỳ (ACS – 2020) khuyến cáo khởi đầu tầm soát HPV cho phụ nữ từ 25-65 tuổi. Tuổi trung bình ĐTNC của chúng tôi: $38,04 \pm 8,4$. Tương tự nghiên cứu của Lê Quang Vinh là 39.2 tuổi, nhưng ở phụ nữ 19-67 tuổi [5].

Tuy nhiên, theo khuyến cáo mới nhất của Hội sản phụ khoa Hoa kỳ (ACOG - 2021), xét nghiệm HPV-DNA cho phụ nữ nên bắt đầu từ 30-65 tuổi, vì ở tuổi trẻ hơn, tỉ lệ nhiễm HPV thường cao do quan hệ tình dục nhiều hơn, đồng thời trên 80% HPV thường bị đào thải tự nhiên trong 2 năm, không cần điều trị.

Tại Việt Nam, theo phác đồ của Bộ y tế năm 2019 và tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, áp dụng tầm soát HPV cho phụ nữ từ

25 tuổi trở lên, đặc biệt là những phụ nữ quan hệ tình dục sớm, nhiều bạn tình, suy giảm miễn dịch...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nhiễm các type HPV nguy cơ cao tăng dần ở nhóm 25-29 tuổi (17,2%) đến nhóm 30-54 tuổi (78%). Sau đó, giảm ở nhóm 55-65 tuổi (4,8%), là phù hợp với diễn tiến tự nhiên của HPV trong cuộc đời người phụ nữ.

Riêng ở nhóm 55-65 tuổi, trong khi có 9 người nhiễm type 16, thì không gặp trường hợp nào nhiễm đa type. Đây là nhóm tuổi cần được quản lý chặt chẽ, vì các hiệp hội ACOG, ACS, ASCCP đều đồng thuận ngưng tầm soát HPV ở phụ nữ sau 65 tuổi, với điều kiện phụ nữ đó phải có hồ sơ theo dõi âm tính trong vòng 10 năm trước đó, tức là từ 55 tuổi trở đi.

Kết quả khám lâm sàng CTC bằng mắt thường

Khám lâm sàng là một bước quan trọng trong tầm soát ung thư CTC mà không thể bỏ qua. Tổn thương càng rõ rệt trên lâm sàng thì tỉ lệ được chẩn đoán đúng càng cao, còn những tổn thương tiền ẩn hoặc chưa rõ ràng thì càng rất cần các thăm dò cận lâm sàng để giúp tầm soát và phát hiện sớm tổn thương.

Qua bảng 2, có 250 bệnh nhân nhiễm HPV nguy cơ cao được khám lâm sàng CTC bằng mắt thường, thấy tỉ lệ CTC bình thường là 87,6%; tỉ lệ CTC bất thường chiếm 12,4%, gồm: 9,2% CTC nghi ngờ và 3,2% CTC sùi loét, chảy máu.

So sánh với tác giả Lưu Vũ Dũng (2019) [3] thì tỉ lệ phát hiện được cổ tử cung bình thường qua thăm khám lâm sàng là 42,1% và tỉ lệ cộng dồn các trường hợp có tổn thương cổ tử cung là 57,5%, có sự khác biệt so với

kết quả của chúng tôi. Điều này có thể được lý giải là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân nhiễm HPV các type nguy cơ cao, còn ở nghiên cứu của tác giả Lưu Vũ Dũng thực hiện ở Hải Phòng với cỡ mẫu 8290 phụ nữ đến khám phụ khoa nói chung để đưa ra tỉ lệ nhiễm HPV, do vậy kết quả của 2 nghiên cứu này có sự khác biệt với nhau.

Theo tác giả Lâm Đức Tâm (2017) [2] thực hiện đề tài tại Thành phố Cần Thơ thì tỉ lệ khám và phát hiện cổ tử cung bình thường là 73,22%, tỉ lệ phát hiện cổ tử cung bất thường là 26,78%. Kết quả này tỉ lệ cổ tử cung bình thường cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được giải thích là do các đối tượng nghiên cứu của tác giả được chọn ngẫu nhiên của danh sách phụ nữ Cần Thơ theo phương pháp tỷ lệ dân số cộng dồn và phần lớn phụ nữ tham gia đều không có các dấu hiệu bất thường, do đó tỉ lệ bất thường của tác giả thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả tế bào học cổ tử cung (ThinPrep)

Qua bảng 3, kết quả TBH cổ tử cung phân bố theo nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ không tổn thương biểu mô là 17,2%; tỉ lệ các tổn thương ACUS, LSIL, HSIL lần lượt là 22,4%; 37,2%; và 18,4%; AGUS chiếm 2%. Tỉ lệ ung thư BM vảy và tuyến đều là 0,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ACUS, LSIL, HSIL đều đa số tập trung ở 30-54 tuổi, tỉ lệ LSIL và HSIL khá tương đồng với kết quả của Lê Quang Vinh, lần lượt là 31,8% và 35,8% [5] và tác giả Cung Thị Thu Thủy là 22,0% và 18,2%[4].

Tuy nhiên, nghiên cứu của Cung Thị Thu Thủy, các tỉ lệ ASCUS (48,7%), AGUS (5,2%), ung thư BM vảy (3,9%) và ung thư BM tuyến (2,0%) lại cao hơn của chúng tôi, do nghiên cứu trên những bệnh nhân có kết quả tế bào học cổ tử cung bất thường[4].

Trong nhóm 25-29 tuổi, đa số kết quả TBH là không tổn thương đến LSIL (chiếm 88,4%); HSIL chỉ chiếm 11,6% nhưng có 2 trường hợp là ung thư biểu mô vảy tại chỗ. Do đó, cũng cần phải tầm soát chặt chẽ ở nhóm tuổi này. Ngược lại, ở 55-65 tuổi, tỉ lệ $\geq$ HSIL chiếm 58,3%.

Qua bảng 4, các trường hợp nhiễm đa type HPV NCC, thì đa số kết quả TBH là bất thường chiếm tới 87,8%. Tương tự ở nhóm BN nhiễm HPV type 16 và 1/12 type NCC khác, tỉ lệ TBH bất thường chiếm đa số lần lượt là 83,3% và 86,1%, phù hợp với tỉ lệ TBH bất thường trên cổ tử cung nhiễm HPV theo Vũ Thị Nhung (2007) là 73,58% [1]

Trong số bệnh nhân nhiễm type 16, có 30,3% TBH là LSIL, 19,7% là HSIL. Tỉ lệ ung thư BM vảy xâm nhập và ung thư BM tuyến đều là 0,4%. Trong nhóm bệnh nhân nhiễm đa type HPV NCC, tỉ lệ TBH là 34,1% LSIL và 31,7% HSIL

Tỉ lệ LSIL (30,3%), HSIL (19,7%) và ung thư biểu mô (1,5%) ở nhóm nhiễm HPV type 16, tương tự LSIL chiếm 34,1%, HSIL chiếm 31,7% ở nhóm nhiễm đồng thời nhiều type HPV nguy cơ cao cùng lúc, đều cao hơn các trường hợp nhiễm đơn type HPV NCC, với $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan mật thiết giữa nhiễm HPV các type NCC với kết quả TBH cổ tử cung.

Kết quả soi cổ tử cung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 250 bệnh nhân nhiễm HPV nguy cơ cao, đều được soi cổ tử cung. Kết quả soi CTC được ghi nhận theo danh pháp mới nhất của ASCCP năm 2017.

Bảng 5, trong nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm BN nhiễm HPV type 16, tỉ lệ vết trắng mỏng chiếm 33,3%, vết trắng dày 37,9%, hình ảnh nghi ngờ ung thư 19,7%, bất thường chiếm tới 90,9%. Tương tự, nhiễm type 18 và 1/12 type NCC khác, hình ảnh bất thường là 85,7% và 81,7%.

Đặc biệt, nhiễm đa type HPV NCC, 100% kết quả soi CTC là hình ảnh bất thường. Với $p < 0,05$, chúng tôi có sự liên quan mật thiết giữa nhiễm HPV nguy cơ cao với kết quả soi CTC trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo bảng 6, trong nhóm CTC bình thường khi nhìn bằng mắt thường, thì khi soi CTC có tới 48,9% là vết trắng mỏng; 33,3% là vết trắng dày và 3,6% là nghi ngờ ung thư; chỉ có 14,2% là hình ảnh bình thường trên soi CTC. Trong nhóm nghi ngờ ung thư CTC khi nhìn bằng mắt thường, thì khi soi CTC, kết quả đều là vết trắng dày (34,8%) và nghi ngờ ung thư (65,2%), không có hình ảnh bình thường, vết trắng mỏng ở nhóm này. Tương tự ở sùi loét, chảy máu trên lâm sàng thì khi soi CTC có tới 87,5% là hình ảnh nghi ngờ ung thư CTC.

Kết quả mô bệnh học cổ tử cung

Soi CTC là phương pháp chẩn đoán nhưng chưa phải là phương pháp chẩn đoán xác định, nên trong nghiên cứu của chúng tôi có 228 (91,2%) bệnh nhân có hình ảnh soi CTC nghi ngờ cần được sinh thiết để chẩn đoán xác định.

Bảng 7, cho thấy kết quả MBH khi sinh thiết CTC, chủ yếu là CIN I (45,2%;) CIN II, III 18,4%, ung thư biểu mô vảy tại chỗ là 6,0%, xâm nhập 2,8%, K biểu mô tuyến 2%. Trong từng nhóm tuổi (theo cột dọc), thì tỉ lệ CIN I gặp nhiều nhất, tỉ lệ giảm dần ở CIN II, III. Ung thư biểu mô xâm nhập chỉ gặp ở nhóm trên 30 tuổi, phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Nhung (2007.) [1]. Tuy nhiên, có 2 trường hợp ung thư biểu mô vảy tại chỗ ở nhóm 25-29 tuổi.

Bảng 8, trong nhóm TBH không tổn thương biểu mô, thì chỉ có 44,1% kết quả MBH là không tổn thương. Trong nhóm TBH là ASCUS, có tới 50% là CIN I, 26% là CIN II, III; 4,4% là ung thư biểu mô. Trong nhóm TBH là LSIL, có 64,8% CIN I và 19,3% HSIL. Trong nhóm TBH là HSIL thì CIN II, III chiếm 33,3% và 47,9% và ung thư biểu mô lên tới 10,5%. Trong nhóm ung thư BM vảy xâm nhập và ung thư BM tuyến ở kết quả TBH, thì cũng được chẩn đoán là vậy trên mô bệnh học.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 250 bệnh nhân nhiễm HPV các type nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 01/08/2020 đến 31/01/2021, chúng tôi ghi nhận được:

Tỉ lệ nhiễm đơn type là 83,6%; đa type 16,4%. Tuổi trung bình $38,04 \pm 8,4$;

Khám lâm sàng CTC bằng mắt thường: bình thường 87,6%, bất thường 12,4%.

Kết quả TBH cổ tử cung: không tổn thương biểu mô 17,2%; bất thường 82,8%. Đa số các bất thường tập trung ở nhóm 30-54 tuổi. Trong nhóm 25-29 tuổi: Tỉ lệ $\leq$ LSIL chiếm 88,4%; nhóm 55-65 tuổi: tổn thương $\geq$

HSIL chiếm 58,3%.

Nhiễm HPV type 16 hoặc đa type, làm tăng tỉ lệ bất thường hơn nhiễm đơn type.

Kết quả soi CTC: nhiễm HPV type 16 có hình ảnh bất thường chiếm 90,9%; nhiễm đa type có 100% hình ảnh bất thường.

Kết quả mô bệnh học cổ tử cung: Ung thư biểu mô xâm nhập chỉ gặp ở nhóm trên 30 tuổi. Có 2 trường hợp ung thư biểu mô vảy tại chỗ ở nhóm 25-29 tuổi. 100% kết quả TBH là ung thư BM vảy xâm nhập và ung thư BM tuyến thì mô bệnh học cũng có chẩn đoán như vậy.

Xét nghiệm phát hiện HPV có tính chất khách quan, các thăm dò cổ tử cung lại có tính chất chủ quan, do đó cần phối hợp thực hiện tại các bệnh viện chuyên khoa, cần có một đội ngũ cán bộ kỹ thuật được đào tạo tốt, để phát hiện sớm, và qua đó chẩn đoán sớm các tổn thương bất thường ở cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Nhung.** Cập nhật kiến thức về HPV. Sản phụ khoa từ bằng chứng đến thực hành,

Nhà Xuất bản Y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh. 2010:41 - 49.

2. **Lâm Đức Tâm.** Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Papilloma virus, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị các tổn thương cổ tử cung ở phụ nữ Thành phố Cần Thơ. 2017.
3. **Lưu Vũ Dũng.** Nghiên cứu đánh giá quy trình sàng lọc ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2018. 2019.
4. **Cung Thị Thu Thủy.** Nghiên cứu kết quả soi cổ tử cung ở những bệnh nhân có tế bào âm đạo - cổ tử cung bất thường nhiễm Human Papilloma Virus tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ Sản. 2012;(tập 10, số 2):152- 157.
5. **Lê Quang Vinh, Đàm Thị Quỳnh Liên, Lưu Thị Hồng, Lê Hoài Chương.** Tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao ở những phụ nữ tổn thương tân sản nội biểu mô và ung thư cổ tử cung. Tạp chí phụ sản. 2017;4. 15(02).
6. **Ordan J AM, Hirsch PM.** European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. Cytopathology. 2008;19:12.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THỰC TRẠNG KHÁNG THUỐC CHỐNG LAO HÀNG MỘT Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI CÓ HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG NĂM 2018-2021

Nguyễn Thị Trang¹, Vũ Thị Thu Uyên¹

TÓM TẮT

Lao là bệnh nhiễm trùng nguy hiểm, nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những người nhiễm HIV/AIDS. Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực trạng kháng thuốc chống lao hàng một ở bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2018-2021. Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu để thu thập các thông tin chung, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của 85 bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $39,54 \pm 7,441$; tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1; nghề nghiệp chủ yếu là động tự do và không nghề; nguy cơ lây nhiễm HIV chủ yếu là nghiện chích ma túy. Đa phần đối tượng nghiên cứu là lao phổi mới (64,7%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt, ho khạc đờm kéo dài, nghe phổi có ran ẩm. Tổn thương xquang mức độ nhẹ, chủ yếu là nốt và thâm nhiễm. Các dạng tổn thương thường phối hợp với nhau và phân bố cả 2 bên, cả phần trên và dưới của phổi. Tỷ lệ kháng thuốc chung là 40%; nhóm điều trị lại cao hơn nhóm lao mới, $p < 0,05$. Tỷ lệ MDR là 9,4%; tỷ lệ MDR trong nhóm lao phổi điều trị lại là 20%, nhóm lao phổi mới là 3,6%. Tỷ lệ kháng của Streptomycin và Isoniazid là cao nhất.

Từ khóa: Lao phổi, HIV/AIDS; kháng thuốc; Bệnh viện Phổi Hải Phòng

SUMMARY

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, AND PROPORTION OF FIRST-LINE ANTI- TUBERCULOSIS DRUG RESISTANCE IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH HIV/AIDS AT HAI PHONG LUNG HOSPITAL IN 2018-2021

Tuberculosis is a dangerous infectious disease and the leading cause of death among people living with HIV/AIDS. The study aims to describe the clinical, subclinical, and proportion of first-line anti-TB drug resistance in pulmonary TB patients with HIV/AIDS at Hai Phong Lung Hospital from 2018 to 2021. We conducted a retrospective cross-sectional study to collect general information, clinical, and subclinical characteristics of 85 pulmonary TB patients with HIV/AIDS. The research results show that the mean age is 39.54 ± 7.441 ; the male/female ratio is 6.7/1. The occupations of the patients are mainly freelance and non-professional, and the main risk factor for HIV transmission is injecting drug use. Most of the study subjects were newly diagnosed with pulmonary tuberculosis. The main clinical symptoms observed are fever, prolonged cough, expectoration, and moist rales. The degree of X-ray lesions is primarily categorized as degrees 1 and 2. The X-ray lesions are mainly infiltrated and nodules. Additionally, the X-ray lesions often show associations with each other and are distributed bilaterally in the upper and lower parts of the lungs. The overall drug resistance rate is 40%, with the re-treatment group showing a higher rate compared to the new group ($p < 0.05$). The rate of multi-drug

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: nttranhpmu91@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023

Ngày duyệt bài: 26.6.2023

resistance (MDR) is 9.4%. The re-treatment group has a higher rate of MDR compared to the new group (20% versus 3.6%). Additionally, the resistance rate of S (streptomycin) and H (isoniazid) is the highest.

Keywords: Pulmonary tuberculosis; HIV/AIDS; drug-resistance, Hai Phong Lung Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao và HIV/AIDS được coi là “đôi bạn song hành” vì chúng tác động lẫn nhau phá huỷ hệ thống miễn dịch trong cơ thể theo cấp số nhân. Lao là bệnh nhiễm trùng nguy hiểm, nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những người nhiễm HIV/AIDS [1]. Đại dịch COVID-19 đã đảo ngược nhiều năm tiến bộ trong công tác phòng chống bệnh lao trên toàn cầu, số chẩn đoán lao mới năm 2020 là 5,8 triệu ca (so với 7,1 triệu ca năm 2019), trong đó có 214 000 ca lao có HIV/AIDS tử vong (so với 209 000 ca so với năm 2019), số [2]. Tại Việt Nam, có 5 100 trường hợp nhiễm lao dương tính với HIV, tỷ lệ mắc lao mới có MDR/RR-TB là 4,3% vào năm 2021 [3]. Chính vì vậy cần tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực trạng kháng thuốc chống lao hàng một ở bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2018-2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=85)

Giới	Tổng		Nam		Nữ		
	n (85)	%	n (57)	%	n (18)	%	
Tuổi (năm)							
20 - 29	7	8,2	5	5,9	2	2,4	P
30 - 39	35	41,2	29	34,1	6	7,1	
40 - 49	35	41,2	33	38,8	2	2,4	
50 - 59	8	9,4	7	8,2	1	1,2	
Tổng	85	100	74	87,1	11	12,9	p<0,05
Tuổi trung bình	39,54 ± 7,441		40,19 ± 7.039		35,18 ± 8,909		p<0,05

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân HIV/AIDS được chẩn đoán lao phổi, cấy đờm mọc MTB và có kết quả kháng sinh đồ với các thuốc chống lao hàng 1 tại Bệnh viện phổi Hải Phòng từ 01/2018 đến 12/2021.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2022 đến 10/2022.

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

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán và thu được 85 bệnh nhân.

2.6. Biến số nghiên cứu: Các thông tin của bệnh nhân (họ tên, tuổi, giới, địa dư...), các đặc điểm về lâm sàng (cơ năng, toàn thân, thực thể), các đặc điểm cận lâm sàng (x quang, gen Xpert, cấy MGIT làm kháng sinh đồ với S,R,H,E...).

2.7. Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng mẫu bệnh án thống nhất để lấy số liệu từ bệnh án được lưu tại Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 22.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo quyết định số 722/QĐ-YDHP, sự đồng thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

Bệnh nhân ít tuổi nhất là 21 tuổi, nhiều tuổi nhất là 58 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm tuổi 30-39 và 40-49 chiếm 41,2% mỗi nhóm. Nam giới cao hơn nữ giới với $p < 0,05$. Tuổi trung bình là $40,19 \pm 7,039$, nam giới cao hơn nữ giới, $p < 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm địa dư, nghề nghiệp, tiền sử và yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV (n=85)

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Địa dư	Thành thị	38	44,7	Yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV	Nghiện chích	60	70,59
	Nông thôn	47	55,3		Mại dâm	10	11,76
Nghề nghiệp	Làm ruộng	4	4,7		Nghiện chích + mại dâm	4	4,71
	Học sinh, sinh viên	2	2,4		Không rõ nguy cơ	11	12,94
	Cán bộ, công chức	2	2,4	Tiền sử điều trị lao	Lao tái phát	23	27,1
	Công nhân	11	12,9		Lao bỏ trị	7	8,2
	Lao động tự do	36	42,3		Lao mới	55	64,7
	Không nghề	30	35,3				

Tỷ lệ nông thôn cao hơn thành thị, nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (42,3%) và không nghề (35,3%); nghiện chích là nguy cơ lây nhiễm HIV chiếm tỉ lệ cao nhất là 70,59%; tỷ lệ lao mới cao nhất chiếm 64,7%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=85)

Triệu chứng		n	%	Triệu chứng		n	%
Sốt	Sốt nhẹ	37	43,5	Đau ngực		52	61,2
	Sốt vừa	18	21,2	Khó thở		45	52,9
	Sốt cao	16	18,8	Biến dạng lồng ngực		2	2,4
Mệt mỏi, ăn kém, sút cân		68	80	Ran ẩm		67	78,8
Ho khan		26	30,6	Ran nổ		28	32,9
Ho có đờm		54	63,5	Ran rít		2	2,4
Ho ra máu		8	9,4	Ran ngáy		1	1,2

Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt (83,5%); ho có đờm (63,5%); đau ngực (61,2%); ran ẩm (78,8%).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương xquang phổi (n=85)

Đặc điểm		n	%
Mức độ tổn thương	Độ 1	30	35,3
	Độ 2	31	36,5
	Độ 3	24	28,2
Tổn thương cơ bản	Thâm nhiễm	62	72,9
	Nốt	74	87,1
	Hang	29	34,1
	Xơ	15	17,6
	Vôi hoá	9	10,6

Mức độ tổn thương chủ yếu là độ 1 (35,3%) và độ 2 (36,5%), dạng tổn thương cơ bản hay gặp nhất là nốt (87,1%) và thâm nhiễm (72,9%). Các dạng tổn thương thường phối hợp với nhau và phân bố cả 2 bên, cả phần trên và phần dưới của phổi.

Bảng 5. Đặc điểm kháng thuốc chống lao hàng 1 (n=85)

Đặc điểm		Chung (n=85)		Lao phổi mới (1) (n=55)		Lao phổi điều trị lại (2) (n=30)		p (1-2)
		n	%	n	%	n	%	
Không kháng thuốc		51	60	41	74,5	10	33,3	<0,05
Kháng thuốc		34	40	14	25,5	20	66,7	<0,05
Kháng riêng từng loại thuốc	S	17	20	7	12,7	10	33,3	<0,05
	H	20	23,5	9	16,4	11	36,7	>0,05
	R	11	12,9	2	3,6	9	30	<0,05
	E	2	2,4	0	0	2	6,7	>0,05
Kháng 4 loại R, H, Z, E		1	1,2	0	0	1	3,3	>0,05
Kháng 3 loại	S+R+H	1	1,2	0	0	1	3,3	
	R+H+E	1	1,2	0	0	1	3,3	
	Tổng	2	2,4	0	0	2	6,6	
Kháng 2 loại	R+H	5	5,9	2	3,6	3	10	
	R+S	1	1,2	0	0	1	3,3	
	H+S	3	3,5	2	3,6	1	3,3	
	Tổng	9	10,6	4	7,2	5	16,6	
Chỉ kháng 1 loại thuốc	R	2	2,4	0	0	2	6,7	<0,05
	H	9	10,6	5	9,1	4	13,3	
	S	11	12,9	5	9,1	6	20	
	Tổng	22	25,9	10	18,2	12	40	
MDR	Có MDR	8	9,4	2	3,6	6	20	<0,05
	Không MDR	77	90,6	53	96,4	24	80	

Tỷ lệ kháng thuốc chung là 40%, nhóm điều trị lại cao hơn nhóm lao mới $p < 0,05$. Tỷ lệ đa kháng thuốc là 5,9%; nhóm điều trị lại cao hơn nhóm lao mới $p > 0,05$. Kháng S và H chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 20% và 23,5%.

Kết quả gen xpert: MTB(+) chiếm 90,6% trong đó MTB(+)/RIF(-) chiếm 80%; MTB(+)/RIF(+) chiếm 10,6%; tỷ lệ MTB(-) là 9,4%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, phân bố nhiều ở độ tuổi từ 30 đến 49,

không thấy trường hợp nào lớn tuổi hơn 60 tuổi, điều này có thể giải thích do ca nhiễm HIV đầu tiên xuất hiện đầu tiên tại Việt Nam là vào năm 1990, bên cạnh đó, những người nhiễm HIV/AIDS thường hay có các bệnh đồng mắc nên tử vong sớm. Có sự tương đồng về độ tuổi nhưng có sự khác biệt về giới tính ở một số nghiên cứu. Theo Lydia Nakiyingi (2021), tuổi trung bình là 32, nữ giới chiếm 63,4% [4]. Lê Phước Hùng (2020), nhóm tuổi 30-49 chiếm 72,51%; nam giới chiếm 79,4% [5]. Bảng 2 cho thấy nghề nghiệp chủ yếu là không nghề, và yếu tố nguy cơ chính của nhiễm HIV là tiêm chích ma túy. Hai vấn đề này có mối liên quan đến

nhau, do nghiện chích ma túy nên bệnh nhân không có công việc làm cụ thể, đối tượng nghiện chích ma túy ở Việt Nam chủ yếu là nam giới nên cũng có mối liên quan đến việc các nghiên cứu ở Việt Nam về lao đồng nhiễm HIV/AIDS thường thấy tỷ lệ nam giới cao hơn ở nữ giới. Nhiều nghiên cứu cho kết quả tương tự như Cristina Stoica Călărășu (2021) 66,18% không có việc làm và được nhà nước hỗ trợ với mức thu nhập tối thiểu hàng tháng [6]; Nguyễn Đức Thọ (2020) nam giới chiếm 97,5%; không nghề chiếm 81,2% [7]. Bảng 3 cho thấy các triệu chứng lâm sàng lao phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS là sốt, mệt mỏi, ăn kém, gầy sút cân, ho khạc đờm kéo dài, nghe phổi có ra ẩm, ran nổ. Đây vẫn là các triệu chứng của lao phổi nói chung. Nhiều nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự. Lê Phước Hùng (2020) thấy sốt là 92,4%; gầy sút cân là 66,4%; ho kéo dài là 92,4% [5]. Bảng 4 cho thấy mức độ tổn thương xquang của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là tổn thương hẹp (độ 1 và độ 2). Điều này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lao phổi mới chiếm 64,7% và do sự phát triển của chương trình chống lao cũng như phòng chống HIV/AIDS nên bệnh nhân được tiếp cận y tế sớm khiến tổn thương xquang chưa nặng nề. Tổn thương xquang chủ yếu là nốt và thâm nhiễm, ít hang và xơ, tổn thương lan tràn cả 2 phổi. Dạng tổn thương thâm nhiễm và nốt là các dạng tổn thương mới, điều này phù hợp với đặc điểm đối tượng nghiên cứu có tới 64,7% là lao mới, đây là một điểm góp phần tiên lượng tốt. Tổn thương trên Xquang của bệnh nhân lao phổi hay gặp ở vùng cao, tuy nhiên ở những bệnh nhân lao phổi/HIV tổn

thương lao không ưu tiên ở vùng cao mà gặp nhiều cả ở vùng thấp, điều này có thể giải thích do miễn dịch của cơ thể suy giảm nên vi khuẩn lao có thể lan tràn ra nhiều vị trí ở phổi có thể theo cả đường máu, đường bạch huyết, đường phế quản và đường kề cận. Theo Lê Phước Hùng (2020) tổn thương xquang ở cả 2 phổi lên tới 85,3% [5]. Bảng 5 cho thấy tỉ lệ kháng thuốc chung là 40%; nhóm lao phổi mới có HIV/AIDS có tỷ lệ kháng thuốc là 25,5% ít hơn nhiều so với nhóm lao phổi điều trị lại có HIV/AIDS là 66,7%; $p < 0,05$. Theo Hà Thị Lan (2001) nghiên cứu bệnh nhân lao phổi mới HIV(+) tại Hải Phòng cho kết quả kháng chung là 33,3% [8]. Lao phổi điều trị lại là nhóm bệnh nhân đã có tiền sử điều trị lao trước đó nên kháng thuốc ở những bệnh nhân này bao gồm cả kháng thuốc ban đầu và kháng thuốc mắc phải khiến cho tỷ lệ kháng thuốc cao hơn so với nhóm lao phổi mới. Đây là nhóm bệnh nhân có khả năng làm tăng tỷ lệ kháng thuốc chung do sự lây lan của vi khuẩn kháng thuốc trong cộng đồng, đồng thời tăng tỷ lệ kháng thuốc ban đầu ở những bệnh nhân lao mới. Vì vậy cần phát hiện sớm và quản lý điều trị tốt đối tượng này nhằm ngăn chặn sự lây lan vi khuẩn lao kháng thuốc trong cộng đồng. Tỷ lệ bệnh nhân kháng kết hợp 2 loại, 3 loại và 4 loại thuốc ở nhóm lao phổi điều trị lại lần lượt là 16,6%; 6,6% và 3,3% cao hơn ở nhóm lao phổi mới. Ở nhóm lao phổi mới không có bệnh nhân kháng kết hợp cả 3 và 4 loại thuốc. Nhóm lao phổi điều trị lại có duy nhất 1 bệnh nhân kháng với 4 loại thuốc. Cũng ở bảng 5 thấy tỷ lệ đa kháng thuốc là 5,9%; nhóm điều trị lại cao hơn nhóm mới $p > 0,05$. Theo Neil Saldanha

(2019), tỷ lệ kháng thuốc chung là 24%; đa kháng thuốc chung là 12,5%; đa kháng ở nhóm lao mới là 8,8%, nhóm điều trị lại là 22,6% [9]. Theo Hà Thị Lan (2001) tỷ lệ bệnh nhân lao phổi mới HIV(+) kháng 1 thuốc là 12,5%; kháng 2 thuốc là 12,5%; kháng 3 thuốc là 8,3% [8]. Như vậy các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ kháng kết hợp nhiều loại thuốc ở nhóm lao phổi điều trị lại cao hơn so với ở nhóm lao phổi mới, điều này cũng có nghĩa là trong nhóm bệnh nhân lao phổi điều trị lại có nhiều bệnh nhân còn rất ít thuốc hàng 1 còn hiệu lực, khả năng điều trị thành công thấp. Vì vậy cần phải áp dụng các phương pháp chẩn đoán vi khuẩn kháng thuốc để xác định chính xác tình trạng kháng thuốc của bệnh nhân từ đó có phương án điều trị phù hợp mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân. Tỷ lệ kháng riêng của S và H là cao nhất lần lượt là 20% và 23,5%. H và S là hai loại thuốc được đưa vào sớm nhất để điều trị lao, trải qua thời gian dài sử dụng hiện tượng đột biến kháng thuốc ngẫu nhiên của vi khuẩn dần dần tích lũy lại, cộng với kháng thuốc mắc phải do các nguyên nhân trong điều trị khiến cho tỷ lệ kháng của S và H cao hơn so với các thuốc khác. Bên cạnh đó H còn được dùng để điều trị dự phòng bệnh lao cho bệnh nhân HIV, còn S ngoài được sử dụng để điều trị lao thì còn là một kháng sinh phổ rộng được sử dụng trong điều trị các bệnh nhiễm trùng. xét nghiệm gene Xpert có tỷ lệ MTB(+) lên tới 90,6% trong đó MTB(+)/RIF(-) chiếm 80%; MTB(+)/RIF(+) chiếm 10,6%; tỷ lệ MTB(-) là 9,4%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Thọ (2015), XN Gene Xpert phát hiện được 99% người bệnh XN đờm trực tiếp dương

tính, 80% người bệnh XN đờm trực tiếp âm tính, 91% với các trường hợp nuôi cấy dương tính và 72,5% với người bệnh nuôi cấy âm; xét nghiệm có độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 78,1% [7]. Vì vậy xét nghiệm này nên được triển khai rộng rãi trong chẩn đoán lao phổi, đặc biệt ở đối tượng có HIV.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2018-2021 thấy bệnh nhân ít tuổi nhất là 21 tuổi, nhiều tuổi nhất là 58 tuổi, tập trung nhiều ở nhóm 30-49, tuổi trung bình là $39,54 \pm 7,441$; tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Nghề chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là là động tự do (42,3%) và không nghề (35,3%); nguy cơ lây nhiễm HIV chủ yếu là nghiện chích ma túy (70,59%). Đa phần đối tượng nghiên cứu là lao phổi mới 64,7%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt, ho khạc đờm kéo dài, nghe phổi có ran ẩm. Tổn thương xquang chủ yếu ở độ 1 (35,3%) và độ 2 (36,5%), dạng tổn thương cơ bản hay gặp nhất là nốt (87,1%) và thâm nhiễm (72,9%). Các dạng tổn thương thường phối hợp với nhau và phân bố cả 2 bên, cả phần trên và phần dưới của phổi. Tỷ lệ kháng thuốc chung là 40%; nhóm điều trị lại cao hơn nhóm lao mới, $p < 0,05$. Tỷ lệ MDR của bệnh nhân lao phổi có HIV/AIDS là 9,4%, tỷ lệ MDR trong nhóm lao phổi điều trị lại có HIV/AIDS là 20%, tỷ lệ MDR trong nhóm lao phổi mới có HIV/AIDS là 3,6%. Tỷ lệ kháng riêng của S và H là cao nhất lần lượt là 20% và 23,5%.

VI. 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.22.28.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Minh** (2000), Bệnh lao và nhiễm HIV/AIDS, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **WHO** (2021), Global Tuberculosis Report 2021.
3. **WHO** (2022), Global Tuberculosis Report 2022.
4. **Lydia Nakiyingi, John Mark Bwanika, Willy Ssengooba, et al** (2021), Chest X-ray interpretation does not complement Xpert MTB/RIF in diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis among TB-HIV co-infected adults in a source-limited setting, BMC Infectious Disease 2021, 21, 63-73.
5. **Lê Phước Hùng, Nguyễn Huy Lực** (2020), Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính đồng nhiễm HIV, Y dược thực hành, 175 (21-2020), 45-54.
6. **Cristina Stoica Călărășu, Alina Marinela Popa, Miulescu, Adina Andreea Turcu, Floarea Mimi Nitu** (2021), The Profile of the Patients with Double Infection HIV and TB in South West of Romania, Curr Health Sci J. 2021 Jan-Mar; 47(1), 107-113.
7. **Nguyễn Đức Thọ, Phạm Đức Khanh** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi nghiện chích ma túy tại bệnh viện phổi Hải Phòng, 2012-2018, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Lao và bệnh phổi lần thứ XII, 107-112.
8. **Hà Thị Lan** (2001), Nghiên cứu kháng thuốc của Mycobacterium Tuberculosis ở bệnh nhân lao phổi mới và ảnh hưởng tới kết quả điều trị bằng 2SHRZ/6HE tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng (2000-2001), Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **Neil Saldanha, Kiran Runwal, Charulata Ghanekar, et al** (2019), High prevalence of multi-drug resistant tuberculosis in people living with HIV in Western India, BMC Infectious Diseases 2019, 19, 391-396.
10. **Nguyễn Đức Thọ, Mạc Huy Tuấn** (2015), "Nghiên cứu Gene Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán bệnh lao và kháng rifampycine ở bệnh nhân lao phổi tại Hải Phòng 2013-2014", Y học thực hành. 966 - 2015: 16.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM SÁN LÁ GAN NHỎ Ở NGƯỜI DÂN XÃ ĐOÀN XÁ, KIẾN THUY, HẢI PHÒNG, NĂM 2021

Đinh Thị Thanh Mai¹, Vũ Văn Thái¹, Nguyễn Thị Huyền Sương¹,
Trịnh Văn Khương¹, Võ Thị Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 315 người dân với mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm, cường độ nhiễm sán lá gan nhỏ (SLGN) và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, năm 2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm SLGN chung: 2,5%; ở nam (5,3%); nữ (0,5%). Tỷ lệ nhiễm cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi (3,8%). Cường độ nhiễm nhẹ: $41,63 \pm 16,4$ trứng/gam phân. Cường độ nhiễm ở nam ($42,29 \pm 17,6$ trứng/gam phân), nữ (37 trứng/gam phân). Cường độ nhiễm cao nhất ở nhóm từ 40 đến 49 tuổi (55,5 trứng/gam phân). Nghiên cứu đã xác định được mối liên quan giữa nhiễm SLGN với kiến thức đúng về nguyên nhân (OR = 13,27), tác hại của bệnh (OR = 4,7), các biện pháp phòng chống (OR = 7,05), tiền sử ăn gỏi cá (OR = 15,16), thói quen sử dụng nhà vệ sinh (OR = 21,79), sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh (OR = 21,79).

Từ khóa: Sán lá gan nhỏ.

SUMMARY

STATUS AND SOME RELATED FACTORS TO INFECTION WITH CLONORCHIS SINENSIS INFECTION

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thanh Hiền
Email: vtthien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023
Ngày duyệt bài: 26.6.2023

AMONG PEOPLE OF COMMUNE OF DOAN XA, KIEN THUY, HAI PHONG IN 2021

A cross-sectional descriptive study was conducted on 315 people in the study area to determine the prevalence and intensity of *Clonorchis sinensis* infection among people in Doan Xa commune, Kien Thuy district, Hai Phong, in 2021 and describe some factors related to *Clonorchis sinensis* infection at the study site. The study results showed that the overall prevalence of infection: 2.5%; in male (5.3%); in female (0.5%). The highest infection rate was in: 40-49 years-old age group (3.8%). General infection intensity: 41.63 ± 16.4 eggs/gram of feces, which were mild infection. Intensity of infection by sex: male (42.29 ± 17.6 eggs/gram of feces), female (37 eggs/gram of feces). The intensity of infection was highest in: group from 40 to 49 years old (55.5 eggs/gram of feces). Some factors related to *Clonorchis sinensis* infection: there was a association between *Clonorchis sinensis* infection and correct knowledge about the cause (OR = 13.27), harmful effects of the disease (OR = 4.7), and prevention measures (OR = 7.05) ($p < 0.05$). *Clonorchis sinensis* infection was also associated with a history of eating fish salad (OR = 15.16), habit of using toilets (OR = 21.79), and using hygienic latrines (OR = 21.79), with $p < 0.05$.

Keyword: *Clonorchis sinensis*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan nhỏ là một trong những bệnh do ký sinh trùng gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe con người. Nguyên nhân gây ra do tập quán ăn gỏi cá hoặc cá chưa nấu chín có chứa nang ấu trùng sán. Việt Nam là một nước nhiệt đới, điều kiện tự nhiên và xã hội, thói quen ăn uống sinh hoạt rất thuận lợi cho sự lưu hành bệnh giun sán, trong đó có bệnh sán lá gan nhỏ. Theo thống kê của Hiệp hội Đông Nam các Quốc gia Châu Á (ASEAN) năm 2018, khoảng 1 triệu người nhiễm sán lá gan nhỏ (SLGN) ở Việt Nam [1]. Bệnh sán lá gan nhỏ phân bố ở ít nhất 32 tỉnh, có địa phương 1/3 dân số bị nhiễm bệnh [2], [3].

Tác hại của bệnh sán lá gan nhỏ ở nhiều mức độ khác nhau. Tuy nhiên kể từ khi nhiễm sán lá gan nhỏ đến khi xuất hiện các triệu chứng bệnh lý là một thời gian dài không có triệu chứng lâm sàng hoặc các triệu chứng không rõ ràng [4], [5], [6]. Kể cả khi triệu chứng tổn thương gan đã rõ, nguyên nhân là do sán lá gan nhỏ cũng ít được nghĩ đến, vì thế bệnh ít được người dân quan tâm phòng chống.

Xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy là một xã nằm dọc sông Đa Độ ở phía Đông Nam của thành phố Hải Phòng với vị trí địa lý nhiều ao, hồ, sông ngòi thuận lợi cho việc nuôi trồng đánh bắt thủy hải sản. Vì vậy người dân có thói quen ăn gỏi cá nước ngọt, sử dụng phân người chưa qua xử lý để nuôi cá. Xuất phát từ thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. *Xác định thực trạng nhiễm sán lá gan nhỏ ở người dân xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, năm 2021.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan tới bệnh sán lá gan nhỏ tại địa điểm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân sống ở xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân từ 18 tuổi đến 70 tuổi, sống tại địa bàn xã từ 1 năm trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người dùng thuốc praziquantel dưới 3 tháng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy, Hải Phòng từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu thực trạng nhiễm sán lá gan nhỏ: Chúng tôi áp dụng công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó:

- n : số mẫu cần phải điều tra

- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

- p: theo KQNC của Vũ Thị Như Hoa là 9,02% -> p = 0,0902 [4].

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 126 người. Thực tế, để giảm sai số và tăng độ chính xác của nghiên cứu, chúng tôi tiến hành lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm 315 người.

- Mẫu nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nhiễm sán lá gan nhỏ chính là những người dân được làm xét nghiệm phân sau đó được phỏng vấn

- Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống đủ số lượng nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Xét nghiệm phân theo kỹ thuật Kato - Katz (theo quy trình của Tổ chức Y tế Thế

giới) để xác định tỷ lệ và cường độ nhiễm sán lá gan nhỏ của người dân.

- Phỏng vấn trực tiếp người dân bằng bộ phiếu phỏng vấn gồm các câu hỏi dạng đóng, đơn giản, dễ hiểu để xác định các yếu tố liên quan.

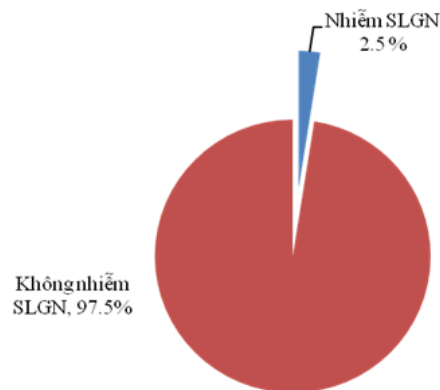
- Quan sát trực tiếp các công trình vệ sinh, các ao hồ thả cá các hộ gia đình tại địa điểm nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê sinh học và sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, xử lý, sử dụng các thuật toán thống kê mô tả, các giá trị của biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %, giá trị p để đánh giá sự thống kê có ý nghĩa hay không, test χ^2 và giá trị được sử dụng để biểu thị sự khác biệt giữa các biến số, tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy CI (95%) về các yếu tố liên quan đến nhiễm sán lá gan nhỏ.

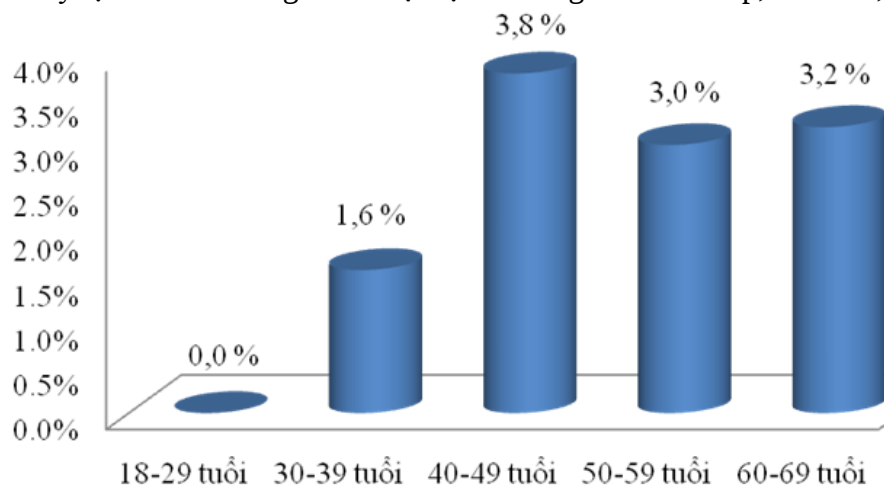
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm sán lá gan nhỏ ở người dân xã Đoàn Xá, Kiến Thụy, Hải Phòng



Hình 3.1. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ tại địa điểm nghiên cứu (n = 315)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ tại địa điểm nghiên cứu thấp, chiếm 2,5%.



Hình 3.2. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ theo nhóm tuổi (n = 315)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm SLGN cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 - 49 tuổi (3,8%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ theo giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn (n=315)

	Đặc điểm	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	p
Giới tính	Nam	7	5,3	0,009
	Nữ	1	0,5	
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	0	0,0	0,047
	Nông dân	6	2,8	
	Công nhân, CBVC	2	2,6	
Học vấn	TH, THCS	4	3,6	0,62
	THPT	2	2,2	
	CD, ĐH	1	1,4	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm SLGN ở nam giới cao hơn nữ giới, ở nông dân là cao nhất (2,8%). Nhóm có trình độ học vấn TH, THCS (3,6%) có tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ cao nhất, thấp nhất là nhóm CD, ĐH (1,4%).

Bảng 3.2. Cường độ nhiễm sán lá gan nhỏ tại địa điểm nghiên cứu (n = 315)

SỐ XN	Số (+)	Số trứng trung bình/1g phân
315	8	41,63 ± 16,4

Nhận xét: Cường độ nhiễm SLGN tại địa điểm nghiên cứu là 41,63 trứng/gam phân.

Bảng 3.3. Cường độ nhiễm sán lá gan nhỏ theo nhóm tuổi (n = 315)

Nhóm tuổi	SỐ XN	Số (+)	Số trứng trung bình/1g phân	p
18 - <30	41	0	0	0,72
30 - < 40	67	2	37	
40 - < 50	61	1	55,5	
50 - < 60	52	2	37 ± 26,16	
≥ 60	94	3	43,17 ± 21,36	

Nhận xét: Cường độ nhiễm SLGN cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 đến 49 tuổi với 55,5 trứng/gam phân, không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Cường độ nhiễm sán lá gan nhỏ theo giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn (n = 315)

	Đặc điểm	Số (+)	Số trứng trung bình/1g phân	p
Giới tính	Nam	7	42,29 ± 17,6	0,53
	Nữ	1	37	
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	0	0	0,036
	Nông dân	6	46,25 ± 13,08	
	Công nhân, CBVC	2	40,08 ± 18,19	
Học vấn	TH, THCS	4	41,63 ± 17,71	0,047
	THPT	2	43,17 ± 21,36	
	CD, ĐH	1	37	

Nhận xét: Cường độ nhiễm SLGN ở nam (42,29 trứng/gam phân) cao hơn nữ (37 trứng/gam phân). Cường độ nhiễm SLGN cao nhất ở đối tượng là nông dân với 46,25 trứng/gam phân. Nhóm đối tượng phổ thông trung học có cường độ nhiễm SLGN cao (43,17 trứng/gam phân).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm sán lá gan nhỏ tại địa điểm nghiên cứu**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tiền sử ăn gỏi cá với nhiễm sán lá gan nhỏ (n = 315)**

Ăn gỏi cá	Mẫu	Tỷ lệ (%)	Có nhiễm		Không nhiễm		OR, 95% CI, p
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Có ăn	104	33,02	7	6,7	97	93,3	OR =15,16 CI(1,8-124,88) p = 0,023
Không ăn	211	66,98	1	0,5	210	99,5	
Tổng	315	100	8	2.5	307	97.5	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tiền sử ăn gỏi cá và bệnh SLGN.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thói quen sử dụng phân tươi nuôi cá với nhiễm sán lá gan nhỏ (n = 315)

Thực hành	Mẫu	Tỷ lệ (%)	Có nhiễm		Không nhiễm		OR, 95% CI, p
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Thói quen sử dụng phân tươi nuôi cá							
Có	5	31,25	2	40	3	60	OR=1,17 CI(0,1-10,2) p = 0,06
Không	11	68,75	4	36,4	7	63,6	
Tổng	16	100	6	37,5	10	62,5	
Nhà vệ sinh							
Không hợp vệ sinh	3	0,95	1	33,3	2	66,7	OR=21,79 CI(1,7-269,3) p = 0,045
Hợp vệ sinh	312	99,05	7	2,2	308	97,8	
Tổng	315	100	8	2.5	307	97.5	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thói quen sử dụng phân tươi nuôi cá, nhà tiêu không hợp vệ sinh với bệnh SLGN.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm SLGN của người dân xã Đoàn Xá, Huyện Kiến Thụy, Hải Phòng là 2,5% trong đó tỷ lệ nhiễm ở nam giới cao hơn nữ giới (nam 5,3%, nữ 0,5%). Theo Nguyễn Trọng Phú, năm 2014 - 2015 điều tra 505 người tại 1 xã tỉnh Yên Bái, tỷ lệ nhiễm SLGN là 44,2% [7]. Năm 2018, Nguyễn Thị Thanh Huyền báo cáo tại Hiệp Hòa, Bắc Giang thấy tỷ lệ nhiễm SLGN là 12,8% [8]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có thể là do người dân xã Đoàn Xá nói riêng và người dân ở các vùng nông thôn trên cả nước nói chung ngày nay có ý thức giữ vệ sinh tốt, điều kiện kinh tế, xã hội ngày càng được nâng cao. Nghiên cứu của Đoàn Thúy Hòa tại Ninh Bình cho kết

quả tỷ lệ nhiễm SLGN ở nam là 27,68% và nữ là 10,34% [6]. Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, gỏi cá là món ăn khoái khẩu của nam giới vào mùa hè và là điều kiện lây truyền bệnh SLGN.

Tỷ lệ nhiễm SLGN tăng dần theo độ tuổi và nhóm từ 40 - 49 tuổi có tỷ lệ nhiễm cao nhất là 3,8% và nhóm 18 - 29 tuổi không nhiễm SLGN. Kết quả này cho thấy sự tương đồng với kết quả của Đoàn Thúy Hòa tại tỉnh Ninh Bình [6], Nguyễn Trọng Phú tại huyện Lục Yên, Yên Bái [7]. Theo chúng tôi, các nhóm tuổi từ 40 trở lên có tỉ lệ nhiễm cao là do ăn gỏi cá nhiều lần, thường xuyên tổ chức ăn nhậu, ăn gỏi cá hơn so với các nhóm tuổi khác.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm SLGN ở nông dân là cao nhất với 2,8%, tiếp theo là đối tượng công nhân, CBVC với 2,5% và không có học sinh, sinh viên nhiễm SLGN. Các tác giả trong và ngoài nước hầu hết đều nhận xét tỷ lệ nhiễm SLGN liên quan nhiều đến nghề nghiệp, những người nông dân thường có tỷ lệ nhiễm SLGN cao hơn các đối tượng khác [8], có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ nhiễm SLGN cao nhất ở nhóm TH, THCS (3,6%) và thấp nhất là nhóm CĐ, ĐH (1,4%). Dù vậy, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với Trương Tiến Lập tại Nam Định [2].

Cường độ nhiễm SLGN tại địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là 41,63 trứng/gam phân tương ứng với mức độ nhẹ. Một số tác giả trong nước nghiên cứu tại các địa điểm khác, cũng nhận xét tương đồng với chúng tôi là cường độ nhiễm SLGN tại địa điểm nghiên cứu thuộc mức nhiễm nhẹ, như Ngô Văn Thanh năm tại Nga Sơn, Thanh Hóa [4]; Đoàn Thúy Hòa tại Ninh Bình [6].

Cường độ nhiễm SLGN khác nhau theo trình độ học vấn có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ rằng, ngay cả những người có trình độ học vấn cao vẫn có thể nhiễm SLGN, thậm chí còn cao hơn các đối tượng khác nếu chủ quan hay không có hiểu biết về bệnh. Theo Trương Tiến Lập tại Nam Định, cường độ nhiễm SLGN giảm dần khi có trình độ học vấn cao [2]. Năm 2016 - 2020 tại Ninh Bình, Đoàn Thúy Hòa đã công bố cường độ nhiễm SLGN không phụ thuộc vào trình độ học vấn, rõ ràng điều này đối lập với kết quả mà chúng tôi thu được [6].

Nhóm có tiền sử ăn gỏi cá có nguy cơ nhiễm SLGN cao gấp 15,16 lần nhóm chưa từng ăn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p <$

0,05. Theo Nguyễn Trọng Phú (2014 - 2015) tại huyện Lục Yên, tỉnh Yên Bái, cho thấy nhóm đã từng ăn gỏi cá có tỷ lệ nhiễm SLGN là 35,6%, cao hơn so với nhóm chưa từng ăn gỏi cá (7,76%) [7].

Nhóm đối tượng có thói quen sử dụng phân tươi nuôi cá có nguy cơ nhiễm sán lá gan nhỏ cao gấp 1,17 lần nhóm không sử dụng phân tươi. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Theo Đoàn Thúy Hòa tại tỉnh Ninh Bình (2016 - 2020), tỷ lệ nhiễm SLGN ở gia đình có hồ xí không hợp vệ sinh là 29,4%, cao hơn so với gia đình sử dụng hồ xí hợp vệ sinh (18,05%) [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm chung: 2,5%; nhiễm cao nhất ở nhóm tuổi 40 - 49 tuổi: 3,8%; người có trình độ học vấn là TH, THCS (3,6%); nam giới 5,3% cao hơn ở nữ là 0,5%.

- Cường độ nhiễm chung: $41,63 \pm 16,4$ trứng/gam phân; cường độ nhiễm ở nam ($42,29 \pm 17,6$ trứng/gam phân), nữ (37 trứng/gam phân); cường độ nhiễm cao nhất ở nhóm từ 40 đến 49 tuổi (55,5 trứng/gam phân).

- Có mối liên quan giữa nhiễm SLGN với kiến thức đúng về nguyên nhân, tác hại của bệnh, các biện pháp phòng chống, $p < 0,05$.

- Có mối liên quan giữa nhiễm SLGN với tiền sử ăn gỏi cá, thói quen sử dụng nhà vệ sinh, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, với $p < 0,05$.

VI. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh sán lá gan nhỏ để nâng cao kiến thức người dân, giảm các hành vi liên quan đến sự lây truyền sán lá gan nhỏ trong cộng đồng.

VII. 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.21.29

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Qian M-B, Zhou X-N** (2019). "Human liver flukes in China and ASEAN: Time to fight together". *PLoS Negl Trop Dis* 13(4): e0007214
2. **Nguyễn Văn Lập** (2010), "Thực trạng nhiễm sán lá gan nhỏ và hiệu quả can thiệp tại một xã ven biển Nam Định năm 2007-2008". Luận văn Tiến sĩ y học.
3. **Nguyễn Văn Chương, Bùi Văn Tuấn, Triệu Nguyên Trung và cộng sự** (2008). "Tình hình nhiễm sán lá gan nhỏ *Opisthorchis viverrini* sau thời gian can thiệp tại hai tỉnh Phú Yên và Bình Định". *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, Viện sốt rét - Ký sinh trùng và Côn trùng*, số 1, 2009, 78 - 83.
4. **Bộ môn Ký sinh trùng - Đại học Y dược Hải Phòng** (2021), "Sán lá gan nhỏ", *Ký sinh trùng Y học, Nhà xuất bản Y học*, tr. 310-318.
5. **Yanhang Gao, Yanqing Li** (2020). "High prevalence of *Clonorchis sinensis* infections and coinfection with hepatitis virus in riverside villages in northeast China".
6. **Đoàn Thúy Hòa, Lê Trần Anh, Đỗ Ngọc Ánh, Phạm Văn Minh** (2017) "Đặc điểm kiến thức, thái độ, thực hành ăn gỏi cá của người dân hai huyện Kim Sơn, Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2016". *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*. Số 1, 2017, tr. 95 -98.
7. **Nguyễn Trọng Phú, Lê Thị Hồng Vân, Dương Thanh Huệ** (2018) "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm bệnh sán lá gan nhỏ và một số yếu tố nguy cơ của người dân xã Phan Thanh, huyện Lục Yên tỉnh Yên Bái năm 2014-2015", *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, Viện Sốt rét – Ký sinh trùng và Côn trùng Trung ương*, (3), tr. 24-29.
8. **Nguyễn Thị Thanh Huyền** (2018) "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ nhiễm sán lá gan nhỏ và hiệu quả can thiệp tại một số điểm thuộc tỉnh Bắc Giang và Bình Định năm 2016-2017". *Nimpe*

KHẢO SÁT CÁC THỂ LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân loại thể lâm sàng YHCT của bệnh nhân Đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Hải Phòng năm 2022. **Phương pháp:** Phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu trên 96 bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường typ II điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu $70,22 \pm 9,28$. Tỷ lệ nam/ nữ = 52/48. Tỷ lệ béo phì là: 49%. Bệnh liên quan đến hút thuốc lá và uống rượu ở nam giới. Tỷ lệ bệnh tăng lipid máu và tăng huyết áp kèm theo là: 57,3% và 73,9%. Phân loại theo tứ chẩn và theo bộ câu hỏi CCMQ, tỷ lệ thể âm tình hư tổn chiếm tỷ lệ nhiều nhất là: 40% và 31,3%.

Từ khóa: đái tháo đường, bộ câu hỏi phân loại thể chất của người Trung quốc.

SUMMARY

SURVEYING THE CLINICAL FORMS OF TRADITIONAL MEDICINE FOR TYPE 2 DIABETES PATIENTS ON INPATIENT TREATMENT IN HAI PHONG HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2022

Objectives: Description and classification of type 2 diabetes patients on inpatient treatment in Hai Phong Hospital of traditional medicine in 2022. **Methods:** Cross – sectional study.

Results: The mean age: 70.22 ± 9.28 . Male/female = 52/48. Obesity rate: 49%. Diabetes is linked to smoking and drinking in men. The prevalence of hyperlipidemia and hypertension in diabetes patients are 57.3% and 73.9%. A total of 96 items were measured to classify a person into one or more of nine constitution types: yin-deficient constitution is the most (31,3%).

Keywords: Diabetes, Constitution in Chinese Medicine Questionnaire

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm cuối thế kỷ XX, đầu thế kỷ XXI, đái tháo đường là bệnh không lây phát triển nhanh nhất, được coi như một “đại dịch” ở các nước đang phát triển. Bệnh có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới và đang trở thành vấn đề lớn cho sức khỏe cộng đồng [1].

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường được xác định là 6,0% và tiền tiểu đường là 13,5%, tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ. Già hóa dân số được dự báo sẽ làm tăng tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường lên 7,0% và tiền tiểu đường lên 15,7% vào năm 2035 [2].

Theo YHCT, bệnh đái tháo đường nằm trong phạm vi chứng tiêu khát và được chia thành nhiều thể lâm sàng, trên mỗi bệnh nhân đái tháo đường có thể có một hoặc nhiều thể lâm sàng kết hợp. Từ các thể lâm sàng chia theo các chứng trạng và chứng hậu trong YHCT sẽ giúp chúng ta hình dung rõ hơn về bệnh đái tháo đường từ đó đưa ra biện chứng luận trị và pháp điều trị phù hợp. Theo Chen và cộng sự đã chỉ ra rằng hiệu quả điều trị bệnh bằng YHCT dựa trên chứng hậu và chứng trạng tốt hơn so với y học hiện

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hoa

Email: ntthoa@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023

Ngày duyệt bài: 26.6.2023

đại, đây cũng là một ưu điểm của YHCT trong điều trị bệnh dựa trên phân biệt các chứng hậu và chứng trạng [3]. Với mục đích đánh giá tỷ lệ phân bố các thể lâm sàng của đái tháo đường theo YHCT, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 02 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Hải Phòng năm 2022.
2. Phân loại các thể lâm sàng YHCT của bệnh nhân Đái tháo đường type 2 nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn của Hội đái tháo đường Hoa Kỳ - American Diabetes Association (ADA) năm 2020 [4]. Bao gồm cả những bệnh nhân chưa điều trị bằng thuốc hoặc đã điều trị bằng thuốc, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Y học hiện đại: Theo Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường theo ADA (hội đái tháo đường Hoa Kỳ - American Diabetes Association) năm 2020 [4].

Y học cổ truyền: Các bệnh nhân được chẩn đoán là tiêu khát

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Loại trừ bệnh nhân đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân ĐTĐ đang mắc các bệnh cấp tính khác.
- Người mắc bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ.
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú

2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 01/2022 đến ngày 05/2022

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện YHCT Hải Phòng

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu dựa trên ước lượng khoảng, gồm

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

Thay vào công thức tính ta được $n = 89$. Lấy thêm 10% dự phòng cho các trường hợp người mất dấu; cỡ mẫu tối thiểu cần có cho nghiên cứu là $n = 98$.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số	Chỉ số	Phân loại biến	PP thu thập	Công cụ
Thông tin chung	Tuổi	Số tuổi	Rời rạc	Hỏi	BA
	Giới	Phân loại	Nhị phân	Hỏi	BA
	BMI	Phân loại những người có BMI $\geq 23\text{kg/m}^2$	Nhị phân	Hỏi	BA
	Yếu tố nguy cơ	Số đo vòng bụng	Rời rạc	Đo	BA
		Tập luyện thể dục	Rời rạc	Hỏi	BA
		Hút thuốc lá/thuốc lào	Rời rạc	Hỏi	BA
		Rượu bia	Rời rạc	Hỏi	BA
Lâm sàng	YHHĐ	Thể lâm sàng	Định danh	Hỏi và thăm khám	BA
	YHCT	Thể lâm sàng theo tứ chẩn	Định danh	Hỏi và thăm khám	BA
		Triệu chứng lâm sàng YHCT	Định danh	Hỏi và thăm khám	BA

2.5. Công cụ thu thập thông tin:

+ Bệnh án nghiên cứu có các thông tin về triệu chứng lâm sàng.

+ Phân loại các thể lâm sàng dựa vào Tứ chẩn và dựa vào bộ câu hỏi CCMQ. (Bộ câu hỏi về dạng thể chất YHCT Trung Quốc)

2.6. Quản lý và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, các

thông tin phục vụ cho mục đích duy nhất là nghiên cứu khoa học và được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Hải Phòng năm 2022

3.1.1. Đặc điểm tuổi giới của đối tượng nghiên cứu

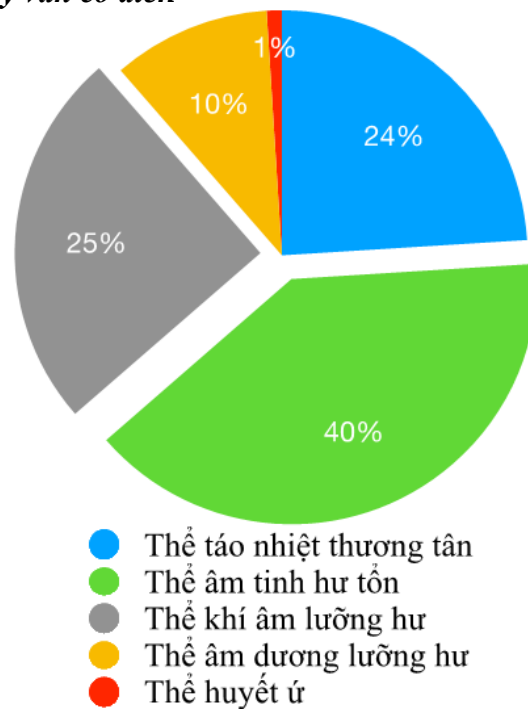
Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		70,22 $\pm$ 9,289	
Giới	Nam	46	47,9
	Nữ	50	52,1

3.1.2. Đặc điểm về thói quen sinh hoạt và các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường.

YTNC		Nam		Nữ		n = 96
		n = 46	%	n = 50	%	
Hút thuốc lá	Có	33	71.7	6	12	40,63%
	Không	13	28.3	44	88	
Uống rượu > 50ml / ngày Uống bia > 330ml/ngày	Có	38	95.25	5	10	44,8%
	Không	8	4.75	45	90	
Vòng bụng (> 90 cm ở nam và > 80 cm ở nữ)	Có	28	60.9	33	66	63,54%
	Không	18	39.1	17	34	
Thừa cân béo phì (BMI ≥ 23)	Có	24	52.2	24	48	50%
	Không	22	47.8	26	52	
Rối loạn lipid máu	Có	23	50	32	64	57,3%
	Không	23	50	18	36	
Tăng huyết áp	Có	38	82.6	33	66	73,96%
	Không	8	17.4	17	34	

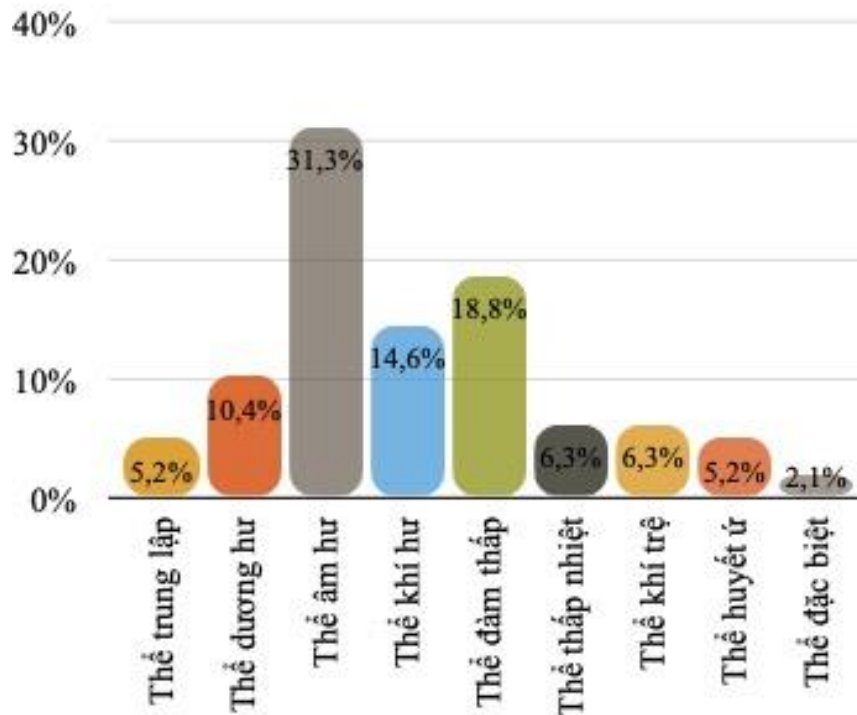
3.2. Phân loại các thể lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân ĐTD typ 2

3.2.1. Phân loại theo y văn cổ điển



Biểu đồ 3.1. Phân loại các thể lâm sàng theo YCHT

3.2.2. Phân loại theo bộ câu hỏi CCMQ



Biểu đồ: 3.2. Phân bố tỷ lệ thể lâm sàng Đái tháo đường theo bộ câu hỏi CCMQ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân Đái tháo đường Typ 2 điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Hải Phòng

❖ **Tuổi:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $70,22 \pm 9,289$ phù hợp với đặc điểm về lứa tuổi thường bị mắc ĐTD typ 2 (>40 tuổi), là độ tuổi được xếp vào lớp tuổi già theo WHO.

❖ **Giới:** Tỷ lệ giới nam/ nữ: 0,92 cho thấy bệnh nhân ĐTD typ 2 điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT không có sự khác biệt về giới, kết quả này tương đồng với đặc điểm dịch tễ chung của bệnh nhân ĐTD.

❖ **Yếu tố nguy cơ mắc ĐTD typ 2 của đối tượng nghiên cứu**

- Hút thuốc lá, sử dụng rượu bia: Có 95,25% nam giới mắc ĐTD sử dụng rượu bia, nữ giới chỉ có 10%. Điều này cho thấy các yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá, sử dụng rượu bia trên bệnh nhân mắc ĐTD typ 2 chủ yếu tập trung ở nam giới là chính.

- Trong NC này của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân mắc ĐTD kèm rối loạn lipid máu là 57,3%

- Tăng huyết áp: Nhiều nghiên cứu cho thấy THA và ĐTD thường song hành cùng nhau (73,96%). Trong nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Hợp (2020) “thì tỷ lệ mắc kèm tăng huyết áp là 50,2% [5]. Theo nghiên cứu tại câu lạc bộ ĐTD Hà Nội thì tỷ lệ là 47,8% [5]. Từ đó, có thể thấy trong NC của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác. ĐTD có thể là yếu tố nguy cơ chính và gây biến chứng tim mạch, vì vậy tỷ lệ cao ở những bệnh nhân đái tháo đường đến điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền có

mắc kèm tăng huyết áp, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc đái tháo đường và THA càng cao.

4.2. Phân bố thể bệnh theo YHCT của các đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Phân loại tiêu khát dựa vào tứ chẩn

Đa số bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng mắc thể âm tình hư tổn. Do tỷ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm đa số, theo quy luật phát triển của ĐTD thì bệnh đã đến trung kỳ, tổn thương âm phân, tân dịch không thể đưa lên trên miệng nên miệng khát, uống nước nhiều, đi tiểu nhiều. Thể khí âm lưỡng hư chiếm tỷ lệ 25%, ở thể này hư hỏa thượng nhiều đã hao tổn khí âm, là giai đoạn sau của thể âm tình hư tổn. Thể tảo nhiệt thương tân cũng chiếm tỷ lệ tương đương với thể khí âm lưỡng hư là 24%, đây là giai đoạn đầu của chứng tiêu khát, bản chất là do tảo nhiệt làm hao tổn tân dịch. Thể chiếm tỷ lệ ít nhất là thể âm dương lưỡng hư (10%) - đây là giai đoạn cuối của chứng tiêu khát - âm tổn đến dương, âm dương lưỡng hư, hoặc có kèm theo đàm trọc và huyết ứ.

4.2.2. Theo phân loại thể trạng Trung Y CCMQ

Trong 9 thể lâm sàng theo CCMQ thì thể âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%, sau đó là thể đàm thấp chiếm 18,8% và thể khí hư chiếm 14,6%. Nhận thấy sự tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu của Lý Hồng (2019) về tỷ lệ chiếm cao nhất trên người bệnh mắc ĐTD typ 2 là tỷ lệ âm hư và tỷ lệ đàm thấp. Ngoài ra, cũng có sự khác nhau giữa các thể còn lại, do sự phân bố địa lý, thói quen sinh hoạt, phong tục tập quán khác nhau ở từng vùng, dẫn tới sự phân bố các tỷ lệ có sự chênh lệch

[6]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ dương hư chiếm khoảng 10,4%, khá tương đồng với phân thể YHCT theo hiện đại (thể âm dương lưỡng hư 10,4%), hầu hết bệnh nhân trên 70 tuổi và tỷ lệ mắc đái tháo đường trên 10 năm là 43,8%, theo YHCT, đến giai đoạn cuối, âm tổn ảnh hưởng đến dương, âm dương lưỡng hư, hoặc có kèm theo đàm trọc, huyết ứ, những bệnh nhân tuổi cao với số năm mắc càng nhiều nên tỷ lệ dương hư cũng sẽ nhiều hơn so với các nghiên cứu khác. Ngoài ra, các thể khác chỉ chiếm số lượng ít: thể khí trệ và thấp nhiệt là 6,3%, thể huyết ứ và thể trung lập là 5,2%, thể đặc biệt là 2,1%.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 96 bệnh nhân mắc ĐTĐ typ 2 nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2022, chúng tôi có các kết luận sau:

5.1. Đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2022

- Tuổi trung bình là: $70,22 \pm 9,289$, trong đó nam chiếm 52,1% nữ chiếm 47,9%.
- Tỷ lệ hút thuốc lá là 40,63%, tỷ lệ sử dụng rượu bia là 44,8%, chủ yếu là ở nam.
- Tỷ lệ có tiền sử rối loạn lipid máu là 57,3%, trong đó tỷ lệ Cholesterol và Triglycerid trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao
- Tỷ lệ mắc kèm tăng huyết áp là 73,96%, chủ yếu là tăng huyết áp độ I chiếm 34,4% và HA bình thường chiếm 33,3%

5.2. Phân loại các thể lâm sàng theo y học cổ truyền và đặc điểm của từng thể theo hiện đại và CCMQ

5.2.1. Theo phân loại mới

- Tỷ lệ thể âm tinh hư tổn là cao nhất chiếm 39,6%, tiếp đó đến thể khí âm lưỡng

hư là 25%, thể tảo nhiệt thương tân là 24%, thể âm dương lưỡng hư là 10%.

5.2.1. Theo phân loại thể trạng trung y CCMQ

- Trong 9 thể lâm sàng, thể âm hư chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 31,3%, thể đàm thấp là 18,8%, thể khí hư là 14,6%, thể dương hư là 10,4%, thể khí trệ là 6,3%, thể thấp nhiệt là 6,3%, thể huyết ứ là 5,2%, thể trung lập là 5,2% và thể đặc biệt là 2,1%.

VI. 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.22.197

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. H. Cho và các cộng sự.** (2018), "IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045", *Diabetes Res Clin Pract.* 138, tr. 271-281.
2. **N. M. Pham và K. Eggleston** (2016), "Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults", *Diabetes Res Clin Pract.* 113, tr. 116-24.
3. **J. Chen và các cộng sự.** (2015), "Mining Symptom-Herb Patterns from Patient Records Using Tripartite Graph", *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015, tr. 435085.
4. **K. Aasbjerg và các cộng sự.** (2020), "Risk of diabetes among related and unrelated family members", *Diabetes Res Clin Pract.* 160, tr. 107997.
5. **Lưu Thị Hợp**, "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có rối loạn thần kinh nhận thức", Luận án Tiến sĩ Y học, 2020.
6. **Lý Hồng**, "Hệ thống đánh giá sự tương quan giữa phân loại thể chất Trung y và đái tháo đường typ 2", Tạp chí Trung y dược, Đại học Trung y dược Hồ Nam, 2019.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM GAN DO VI RÚT B MẠN TÍNH Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP, HẢI PHÒNG NĂM 2020

Trần Thị Liên¹, Ngô Anh Thế², Trần Thị Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân (BN) viêm gan do vi rút B mạn tính điều trị tại phòng khám viêm gan, Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp-Hải Phòng năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp:** 54 BN viêm gan B mạn tính đang điều trị tại Phòng khám Viêm gan, Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp HP từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan B mạn theo Bộ Y Tế năm 2019. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của BN nghiên cứu là $45,98 \pm 12,7$ năm, tỷ lệ nam/nữ $\approx 1/1$, 67% tình cờ phát hiện bệnh. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn: 55,6% mệt mỏi, 44% chán ăn, vàng da 11%, xuất huyết, đau vùng gan 3%. Trước điều trị, chỉ số enzyme gan AST/ALT lần lượt là 66,4/92 U/L, tiểu cầu trung bình là 199G/L, HBeAg dương tính chiếm 25,8%, HBV-DNA trung vị là 230400 UI/L. Chỉ số APRI $1,2 \pm 2,3$. Có 42/54 (77,8%) BN điều trị TDF, 12/54 (22,2%) điều trị ETV. Sau 6 tháng và 12 tháng điều trị, 67% và 70% BN có enzyme gan về dưới ngưỡng 40U/L. Chỉ số APRI còn $0,6 \pm 0,3$ và $0,5 \pm 0,4$, HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện lần lượt là 70,4% và 88,9%. **Kết luận:** Viêm gan B mạn tính có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, khó phát hiện. Điều trị thuốc kháng vi rút giúp cải

thiện triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm ở BN viêm gan B mạn tính.

Từ khóa: HBV, viêm gan B mạn tính

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY CLINICAL FEATURES, SUBCLINICAL AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B VIRUS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG 2020

Objective: To describe the epidemiology, clinical and subclinical features, and treatment outcomes of patients with chronic hepatitis B (CHB) at the Hepatitis Clinic of Viet Tiep Friendship Hospital - Hai Phong (2020). **Subject and methods:** Fifty-four patients with chronic hepatitis B according to the 2019 Vietnam Ministry of Health guideline were recruited for this study. **Results:** The mean age of study patients was 45.98 ± 12.7 years, male/female ratio $\approx 1/1$, 67% were detected by chance. Clinical symptoms were poor: 55.6% fatigue, 44% anorexia, jaundice 11%, bleeding, liver pain 3%. Before treatment, liver enzyme index AST/ALT was 66.4/92 U/L, median HBV DNA was 230400 UI/L. APRI index 1.2 ± 2.3 . 42/54 (77.8%) patients were treated with TDF, 12/54 (22.2%) with ETV. After 6 and 12 months of treatment, liver enzyme levels were below the threshold of 40 U/L in 67% and 70% of patients, respectively. APRI index was 0.6 ± 0.3 and 0.5 ± 0.4 , HBV DNA below detection limit was 70.4% and 88.9%. **Conclusions:** Chronic hepatitis B shows few clinical symptoms and is difficult to

¹Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Liên

Email: ttlien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2023

Ngày duyệt bài: 18.7.2023

detect. Antiretroviral therapy improves clinical symptoms and laboratory results in patients with chronic hepatitis B.

Keywords: HBV, chronic liver B hepatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus viêm gan B (HBV) ảnh hưởng đến hơn 350 triệu người trên toàn thế giới và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Mức độ nghiêm trọng của bệnh viêm gan B mạn tính (CHB) có thể thay đổi, với biểu hiện lâm sàng khác nhau, từ sự người mang HBV mạn tính đến những biểu hiện nghiêm trọng hơn của bệnh, và với diễn biến lâm sàng của bệnh khác nhau, từ tiến triển lành tính, trong nhiều thập kỷ đến tiến triển nhanh chóng đến xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Điều trị sớm viêm gan B mạn tính bằng thuốc kháng vi rút sẽ giúp cải thiện đáng kể kết cục của bệnh. Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị của các thuốc kháng vi rút ở bệnh nhân viêm gan B giúp các nhà lâm sàng có thêm những kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn, từ đó cải thiện kết cục của bệnh nhân cũng như làm giảm nguy cơ lây nhiễm HBV trong cộng đồng.

Đề tài được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm gan B mạn tính điều trị tại phòng khám viêm gan, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng năm 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 54 BN viêm gan vi rút B mạn tính

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân viêm gan B mạn tính được chẩn đoán và điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm

gan do vi rút của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN viêm gan B có bệnh lý ác tính đồng mắc, BN bỏ trị

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

2.3. Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2020- 31/3/2021.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.5. Phương pháp nghiên cứu:

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Dịch tễ: đặc điểm nhân chủng học, đường lây,

- Lâm sàng: triệu chứng cơ năng: mệt, chán ăn, đau vùng gan, thực thể: vàng da, gan to, xuất huyết, phù...

- Cận lâm sàng: PLT, ure/creatinine, Bilrubin TP/TT, AST/ALT, chỉ số APRI, HBeAg, HBV-DNA, Fibrocan,

- Điều trị: thuốc Entecavir, Tenofovir, kết quả điều trị sau 6 tháng, 12 tháng: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, không đáp ứng

2.6. Vật liệu nghiên cứu: bệnh án điều trị và bệnh án nghiên cứu

2.7. Xử lý số liệu: Quản lý số liệu trên phần mềm Excel 2010, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0. Các biến định lượng tuân theo phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt bằng t-test, các biến định lượng không tuân theo phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung vị và tứ phân vị, kiểm định bằng Kruskal Valis test. So sánh kết quả trước- sau điều trị bằng test T ghép cặp. Các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

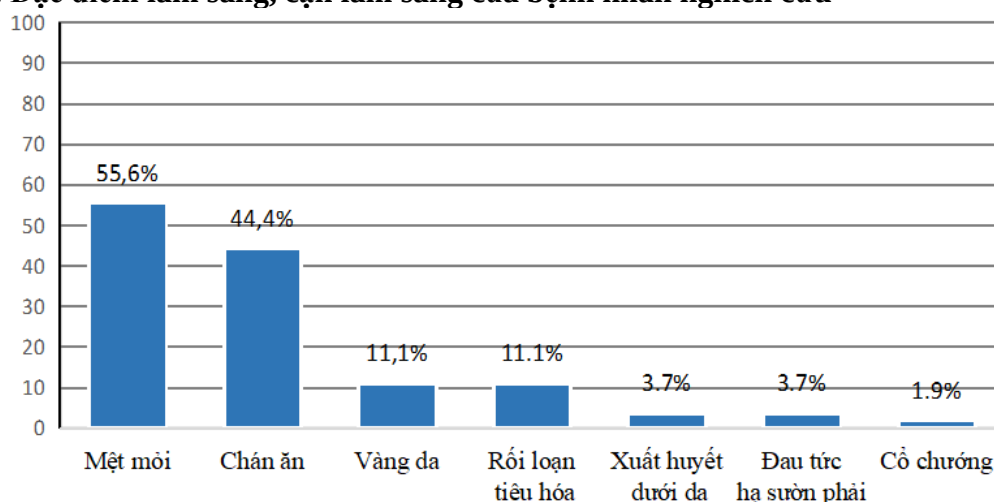
3.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n = 54)

Đặc điểm nhân khẩu học		n	Tỷ lệ %
Tuổi		45,98 ± 12,7	
Giới (Nữ)		28	51,8
Địa dư (Thành thị)		35	64,8
Hoàn cảnh phát hiện	Có biểu hiện lâm sàng	15	27,8
	Khám sức khỏe định kỳ	3	5,6
	Vô tình phát hiện bệnh	36	66,7
Tiền sử	Tiêm vắc xin HBV	7	13
	Uống rượu	21	38,9
	Mắc bệnh kèm theo	11	20,4
	Khỏe mạnh	15	27,7

Nhận xét: Tuổi trung bình là 45,98 ± 12,7, nữ/ nam ≈ 1/1. 64,8% bệnh nhân sống ở khu vực thành thị. Tỷ lệ bệnh nhân vô tình phát hiện bệnh là 66,7%. Có 13% bệnh nhân từng được tiêm phòng vaccin viêm gan B, 38,9% bệnh nhân có uống rượu và 24% được ghi nhận có bệnh nội khoa khác kèm theo.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu



Hình 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 54)

Nhận xét: Mệt mỏi, chán ăn là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất lần lượt là 55,6% và 44,4%. Các triệu chứng thực thể khác ít gặp hơn.

Bảng 3.2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Enzyme gan		N	Tỷ lệ (%)	X ± SD(min - max)
ALT	Bình thường	17	35,4	92 ± 104,4 (15 - 497)
	< 2 ULN	15	31,3	
	2 - 5 ULN	10	20,8	
	> 5 ULN	6	12,5	

AST	Bình thường	19	39,6	66,4 ± 61,69 (22 - 269)
	< 2 ULN	19	39,6	
	2 - 5 ULN	6	12,5	
	> 5 ULN	4	8,3	
BilirubinTP>17μmol/l		41	83,7	14 ± 8,5
BilirubinTP<17μmol/l		8	16,3	
HBV-DNA (IU/ml)				230400 (21600- 62900000)
< 2000		0	0	
2000 - 20.000		7	13,0	
> 20.000		47	87,0	
Tỷ lệ Prothrombin %		84,1 ± 18,1(36 - 107)		
Albumin (g/l)		40.6 ± 6.09		

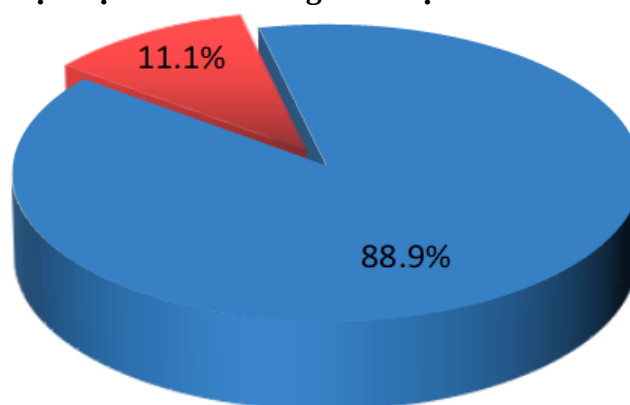
Nhận xét: Có 12,5% bệnh nhân có bùng phát sinh hóa với ALT trên 5 lần giá trị bình thường và tỷ lệ với AST là 8,3%. Giá trị trung bình của ALT trước điều trị là 92 ± 104,4.

Bảng 3.3. Mức độ xơ hóa gan theo Fibroscans (n = 54)

Mức độ xơ hóa gan	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
F0-F1	28	51,8
F2	9	16,7
F3	7	12,9
F4	10	18,5
Tổng	54	100

Nhận xét: 52% BN có mức độ xơ hóa gan ở mức không có xơ hóa hoặc xơ hóa nhẹ (F0 - F1). Bệnh nhân có xơ hóa mức độ nặng (F3) là 12,9% F4 là 18,5%.

3.3. Kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính



■ TDF ■ ETV

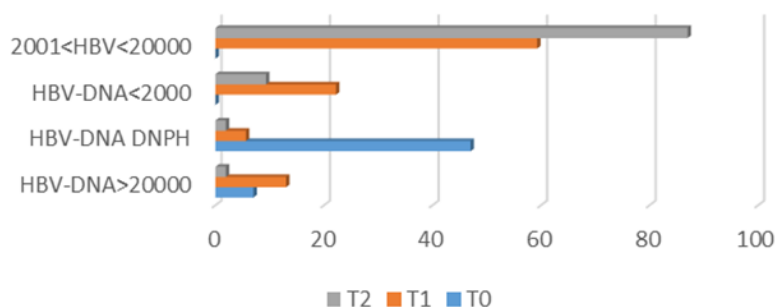
Hình 3.2. Thuốc kháng vi rút sử dụng điều trị bệnh nhân nghiên cứu (n = 54)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân điều trị với TDF chiếm tỷ lệ là 88,9%, cao hơn so với nhóm được điều trị bằng ETV (11,1%).

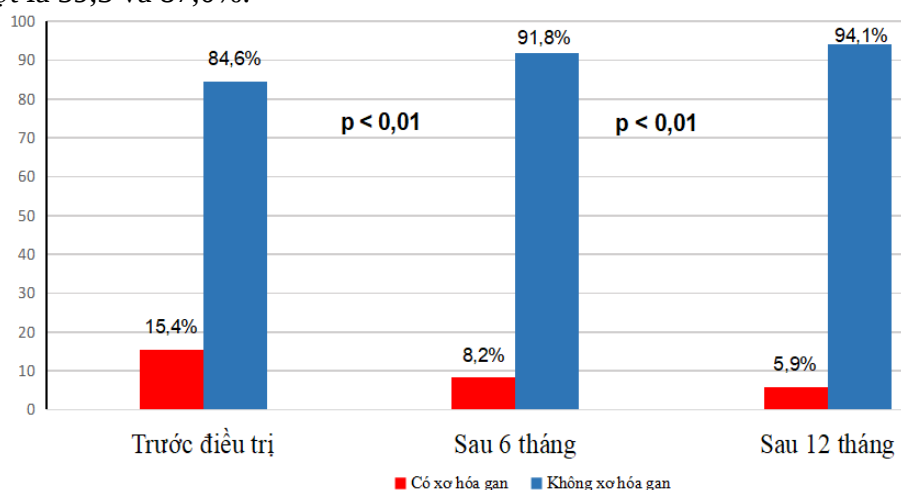
Bảng 3.4. Nồng độ ALT trước và sau điều trị

ALT (U/L)	T0 (n = 54)	T1(n = 54)	T2(n = 54)	P	
				T0-T1	T0-T2
$\bar{X} \pm SD$	$92 \pm 104,4$	$40 \pm 23,5$	$38 \pm 22,5$	<0,05	<0,05

Nhận xét: ALT sau 6 tháng, 12 tháng điều trị giảm đáng kể so với trước khi điều trị ($p < 0,05$).

**Hình 3.3. Tải lượng HBV trước và sau điều trị**

Nhận xét: Sau 6 tháng, 12 tháng điều trị tỷ lệ bệnh nhân có HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện lần lượt là 59,3 và 87,0%.

**Hình 3.4. Sự thay đổi chỉ số xơ hóa gan trong quá trình điều trị**

Nhận xét: Sau 6 tháng, 12 tháng điều trị chỉ số xơ hóa gan cải thiện đáng kể so với trước điều trị, lần lượt: 91,8% và 94,1% so với 84,6% ($p < 0,01$).

Bảng 3.5. Đánh giá tỷ lệ đáp ứng điều trị ở bệnh nhân (n = 54)

Đáp ứng điều trị	Sau 6 tháng điều trị n(tỷ lệ %)	Sau 12 tháng điều trị n(tỷ lệ %)
Đáp ứng hoàn toàn	38 (70,4)	48 (88,9)
Đáp ứng một phần	8 (14,8)	2 (3,7)
Không đáp ứng	7 (13,0)	4 (7,4)
Bùng phát vi rút	1 (1,8)	0
Tổng	54 (100)	54 (100)

Nhận xét: Sau 6 và 12 tháng điều trị, có 70,4% và 88,9% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 54 bệnh nhân lần đầu được phát hiện và điều trị viêm gan B mạn tính. Về các đặc điểm nhân chủng học không có sự khác biệt nhiều với các nghiên cứu đã tiến hành ở Việt Nam trước đó. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy có 10,9% BN đã tiêm phòng viêm gan B trước đó, tuy nhiên khi phỏng vấn trực tiếp nhóm BN này, chúng tôi thấy các BN đều tự đi tiêm chủng vaccine mà không làm xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm viêm gan B trước đó. Điều này càng củng cố cho khuyến cáo cần sàng lọc các xét nghiệm chẩn đoán viêm gan B trước khi tiêm chủng và đánh giá miễn dịch có được sau tiêm chủng để có chiến lược tiêm vaccine phù hợp.

Đa số bệnh nhân (66,7%) tình cờ phát hiện bệnh, chỉ có 27,8% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng trước khi tới khám. Hiện chúng tôi chưa tìm đc nghiên cứu tương đồng để so sánh về tỷ lệ này. Tuy nhiên, điều này cũng hoàn toàn phù hợp vì triệu chứng lâm sàng của viêm gan B mạn tính thường nghèo nàn, do vậy số BN đến viện vì có triệu chứng rõ ràng trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp với 44,4% có mệt mỏi, ăn kém, chỉ có 11,1% có vàng da. Bệnh nhân chúng tôi được điều trị chủ yếu bằng Tenofovir (88,9%). Đánh giá sau điều trị 6 tháng, 12 tháng chúng tôi nhận thấy ALT cải thiện đáng kể, trước điều trị là $92 \pm 104,4$, $40 \pm 23,5$ sau 6 tháng và $38 \pm 22,5$ IU/ml sau 12 tháng và 70,4% bệnh nhân có ALT < 40 IU/ml sau 12 tháng. Kết quả này tương đồng

với nghiên cứu của P.T.H.Trân và CS, sau 12 tháng điều trị, mức ALT của bệnh nhân cũng cải thiện từ 38,9% lên 69,4% về mức bình thường sau 12 tháng điều trị với TDF.

Liên quan đến độ xơ hóa gan, trước điều trị, nhóm có xơ hóa gan chiếm 15,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Minh Hoàng với 7,7% bệnh nhân có mức APRI >2, sau 12 tháng giá trị APRI là $0,55 \pm 0,36$ sau 12 tháng so với trước điều trị là $1,25 \pm 2,3$. Chúng tôi cùng lúc sử dụng Fibroscan để đánh giá độ xơ hóa gan, so sánh với APRI, chúng tôi khẳng định lại điểm APRI có thể sử dụng trên lâm sàng, đặc biệt là tại các cơ sở y tế không có điều kiện làm fibroscan và fibrotest để đánh giá ban đầu tình trạng xơ gan ở bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan mạn tính nói chung và viêm gan B mạn tính nói riêng. Về kết quả điều trị, có lần lượt là 70,4% và 88,9% đáp ứng điều trị hoàn toàn tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng điều trị. Tuy nhiên vẫn còn gần 13% -> 20% đáp ứng 1 phần và không đáp ứng với điều trị.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm gan B mạn tính

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,98 \pm 12,7$, không có sự khác biệt về tỷ lệ nam/nữ. Tỷ lệ dân ở thành thị cao hơn (64,8%). Đa số bệnh nhân đến khám do vô tình phát hiện bệnh (66,7%).

- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn: mệt mỏi (55,6%), chán ăn (44,4%), vàng da (11,1%). Tiêu cầu trung bình là $199 \pm 72,1$

G/l, 30% có tăng enzyme gan ALT trên 2 lần, 16,3% có tăng bilirubin toàn phần và 10,3% albumin thấp. Tỷ lệ HBeAg (+) là 74,4%. Tải lượng vi rút trên 20000 IU/ml là 68,5%. Mức độ xơ hóa gan chủ yếu F0 - F1 (51,8%).

Về kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn tính bằng thuốc kháng vi rút.

- Có 48 bệnh nhân điều trị bằng TDF và 6 bệnh nhân điều trị bằng ETV. Tải lượng virus HBV dưới ngưỡng phát hiện là 70,4% và 88,9% có tải lượng vi rút HBV dưới ngưỡng sau 6 và 12 tháng. Đáp ứng điều trị: 68,5% bệnh nhân có đáp ứng điều trị, 27,8% có đáp ứng một phần và 1,9% không đáp ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lư Quốc Hùng**, (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ý nghĩa của Fibroscan, Fibrotest trong chẩn đoán xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B, C mạn tính. Luận văn tiến sĩ (2018), pp. 9-10.
2. **Phạm Thị Huyền Trân, Bùi Thị Hương Quỳnh, Nguyễn Thị Mai Hoàng**, Khảo sát đáp ứng điều trị viêm gan siêu vi B mạn trong năm điều trị đầu tiên. Tạp chí Nghiên cứu Y học, Y học TP Hồ Chí Minh (2013), Tập 17, Phụ bản số 4 pp. 95.
3. **Trần Minh Hoàng, Nguyễn Viết Thịnh**, Đặc điểm xơ gan theo chỉ số APRI ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Nhiệt Đới. Tạp chí Nghiên cứu Y học, Y học TP Hồ Chí Minh (2019) Phụ bản 23- Số 1 pp. 110.
4. **Burns G S, Thompson A J**,. Viral hepatitis B: clinical and epidemiological characteristics", Cold Spring Harb Perspect Med (2014) 4 (12), pp. a024935.
5. **World Health Organization**, Global hepatitis report 2017 (2017) pp. 19-83.

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 khóa: 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: 5.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.7.2023
Ngày duyệt bài: 18.7.2023

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

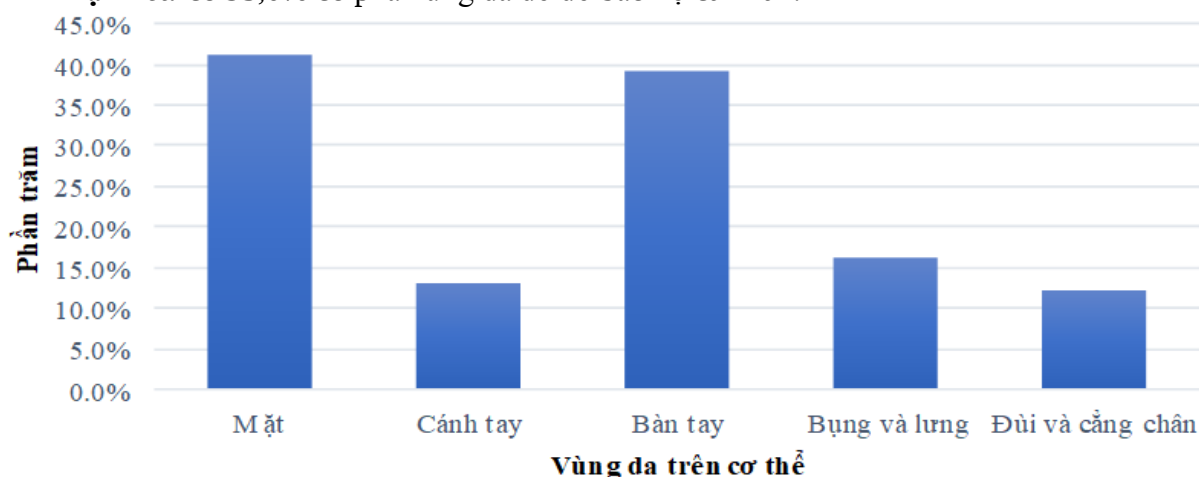
Vị trí công tác	n	%
Lấy mẫu	315	70,2
Tiêm vaccine	89	13,3
Nhập liệu	67	14,9
Truy vết	34	7,6
Điều phối	35	7,8
Điều trị nội trú	129	28,7

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)

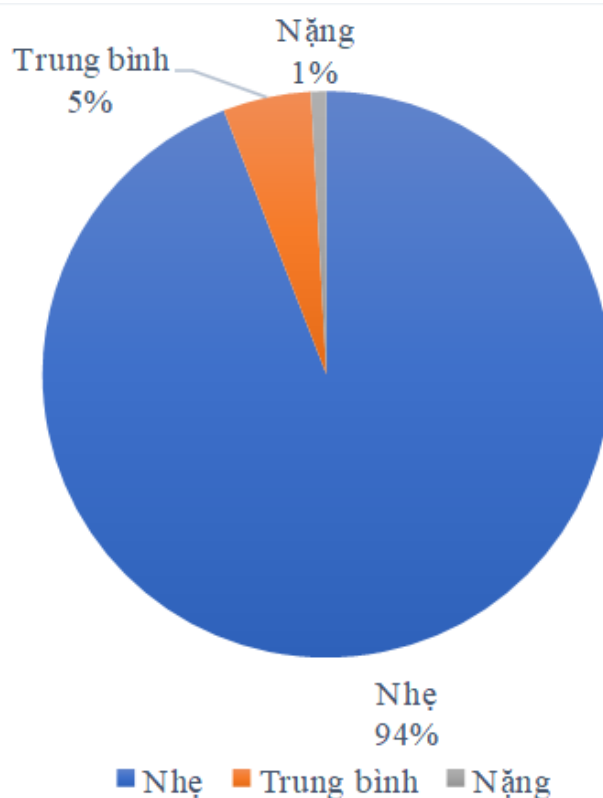
Tổn thương	n	%
Mày đay	36	32,4
Dát đỏ	29	26,1
Rôm sảy	44	39,6
Ngứa lan toả	29	21,6

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 cocosporylenediamin-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 mào 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%).

VI. 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.22.03.

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

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT VÀ THÀNH PHẦN HÓA HỌC SƠ BỘ CỦA LOÀI TRÀ HOA VÀNG (*CAMELLIA QUEPHONGENSIS*) THU HÁI TẠI QUẾ PHONG, NGHỆ AN

Nguyễn Thị Dung¹, Trần Thúy Ngọc¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Trà hoa vàng (*Camellia quephongensis*) thuộc chi *Camellia*, được trồng phổ biến tại một số tỉnh như Quảng Ninh, Vĩnh Phúc, Nghệ An,... Hệ thống cơ sở dữ liệu từ đặc điểm thực vật đến thành phần hóa học sơ bộ của loài Trà hoa vàng thu hái tại Quế Phong, Nghệ An sẽ là tiền đề cho các nghiên cứu sử dụng loài này trong tương lai. Mẫu tươi được thu thập, mô tả chi tiết về hình thái và cấu trúc giải phẫu. Bột được liệu và hợp chất trong cây cũng được khảo sát và định tính. Kết quả cho thấy, phần trên mặt đất của loài Trà hoa vàng có chứa: flavonoid, tanin, catechin, saponin, chất béo, caroten, sterol. Hàm lượng flavonoid trong lá của mẫu nghiên cứu đạt 165,95 mg/g bằng phương pháp đo quang UV – VIS.

Từ khóa: Trà hoa vàng, thành phần hóa học, đặc điểm thực vật.

SUMMARY

RESEARCH ON PLANT CHARACTERISTICS AND PRELIMINARY CHEMICAL COMPOSITION OF TRA HOA VANG (*CAMELLIA QUEPHONGENSIS*) COLLECTED IN QUE PHONG, NGHE AN

“Trà hoa vàng” (*Camellia quephongensis*) is a species of *Camellia* genus, commonly grown in some provinces such as Quang Ninh, Vinh Phuc, Nghe An,... The database system from plant characteristics to the chemical composition of *Camellia quephongensis* species collected in Que Phong, Nghe An will be the premise for future studies. Fresh samples were collected for morphology and anatomical structure assessment. Medicinal powders and plant compounds were also investigated and quantified. The results showed that the aboveground part of the species of *C. quephongensis* contains: flavonoids, tannins, catechins, saponins, fats, carotenes, sterols. The flavonoid content in the leaves of the study sample reached 165.95 mg/g by UV-VIS photometric method.

Keywords: *C. quephongensis*, chemical composition, botanical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ xa xưa, trà đã được sử dụng như một loại thức uống phổ biến và được yêu thích nhờ những tác dụng có lợi cho sức khỏe. Trong nền Y học hiện đại, Trà hoa vàng (*Camellia quephongensis*) đã được chứng minh với các tác dụng sinh học như tác dụng chống oxy hoá, tác dụng chống ung thư, kháng virus,...[1, 2]. Tại Việt Nam, những công trình nghiên cứu về Trà hoa vàng đa số đều là các phát hiện về loài mới, công trình nghiên cứu về thành phần hoá học, tác dụng

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Dung

Email: ngtdung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2023

Ngày duyệt bài: 18.7.2023

sinh học chỉ mới được nghiên cứu ở một số loài ở vườn quốc gia Cúc Phương, Tam Đảo - Vĩnh Phúc, Quảng Ninh,...[1]. Hiện nay chưa có các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm thực vật, thành phần hoá học sơ bộ của Trà hoa vàng tại Quế Phong (Nghệ An). Từ thực tế đó, đề tài “Nghiên cứu đặc điểm thực vật, thành phần hoá học sơ bộ của loài Trà hoa vàng thu hái tại Quế Phong, Nghệ An” được thực hiện với hai mục tiêu:

- Mô tả chi tiết về hình thái, cấu tạo giải phẫu, bột dược liệu của mẫu Trà hoa vàng thu hái tại Quế Phong, Nghệ An

- Khảo sát thành phần hóa học và định lượng flavonoid trong mẫu nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trà hoa vàng Quế Phong được thu hái tại xã Châu Kim, Quế Phong, Nghệ An. Thu hái vào tháng 11 năm 2021. Mẫu tiêu bản được lưu giữ tại bộ môn Dược liệu, trường Đại học Y Dược Hải Phòng (Số hiệu tiêu bản DHP/150422/02).

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 [3].

b. Phương pháp làm tiêu bản vi phẫu

Tiến hành làm tiêu bản vi phẫu và tiêu bản bột theo phương pháp giọt ép và quan sát bằng kính hiển vi ở các độ phóng đại 10x, 40x [4].

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 lượng flavonoid trong Trà hoa vàng

Flavonoid toàn phần được định lượng theo phương pháp đo quang dựa trên phản ứng của flavonoid với $AlCl_3$, sẽ tạo phức màu hồng đặc trưng. Độ hấp thụ quang của sản phẩm này tỷ lệ thuận với nồng độ flavonoid ở bước sóng 510 nm. Dung dịch quercetin được tiến hành ở cùng điều kiện và được dùng làm mẫu chuẩn tham chiếu [5].

Cao chiết toàn phần được hòa tan hoàn toàn trong MeOH và chuyển sang bình định mức 250 ml, thêm MeOH đến vạch thu được dung dịch A.

Tiến hành định lượng flavonoid trong mẫu nghiên cứu theo phương pháp thêm chuẩn, với mẫu thử là dung dịch A, mẫu chuẩn là dung dịch quercetin 200 μ g/ml. Chuẩn bị 2 bình định mức 10ml và tiến hành theo các bước sau:

Cho vào 2 bình 4ml H_2O và 0,3ml $NaNO_2$ 5%.

• Bình 1: Thêm 1ml dung dịch A.

• Bình 2: Thêm 1 ml dung dịch A, 1ml dung dịch quercetin 200 μ g/ml.

Sau đó 5 phút, thêm vào 2 bình 0,3ml $AlCl_3$ 10%.

Sau 6 phút thêm 2ml NaOH 1M vào mỗi bình và định mức bằng nước cất tới vạch.

Mẫu trắng được tiến hành tương tự.

Dung dịch được lắc đều vào đo quang ở bước sóng 510nm.

Nồng độ flavonoid toàn phần trong dịch chiết được tính theo công thức:

$$C_x = \frac{Ax.Cc}{A'x - Ax}$$

Trong đó:

- C_x : nồng độ flavonoid toàn phần trong dịch chiết ($\mu\text{g/ml}$)
- C_c : nồng độ dung dịch quercetin chuẩn
- A_x : độ hấp thụ quang đo được của bình 1
- A'_x : độ hấp thụ quang đo được của bình 2

• Hàm lượng flavonoid toàn phần trong dịch chiết được tính theo công thức:

$$HL = \frac{C_x \cdot 250}{m \cdot 95\% \cdot 100}$$

Trong đó:

- HL: là hàm lượng flavonoid trong mẫu dược liệu khô (mg/g)
- C_x : là nồng độ flavonoid toàn phần trong dịch chiết ($\mu\text{g/ml}$)
- m: là khối lượng dược liệu khô (g)
- 5% hàm ẩm dược liệu

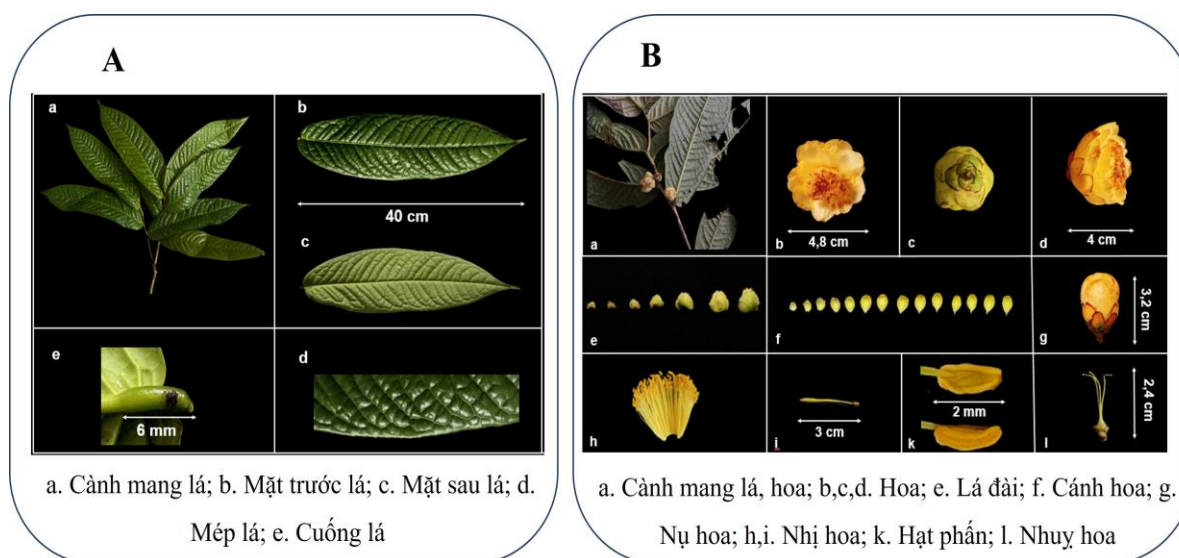
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu đặc điểm thực vật

3.1.1. Đặc điểm hình thái bên ngoài

Cây bụi hoặc gỗ nhỏ, cao từ 3 - 8 m. Cành non có màu nâu nhạt, lông thưa, cành già có màu nâu thẫm. Lá có cuống, dài từ 5 - 8 mm; phiến lá hình bầu dục thuôn dài từ 15 - 45 cm, rộng 7 - 12 cm, mặt trên xanh đậm, mặt dưới xanh nhạt; gốc lá hình nêm hoặc gần tròn; mép lá có răng cưa, không đều, gân bên từ 19 - 30 cặp, lõm sâu ở trên và nổi rõ ở mặt dưới; chóp lá hình mũi nhọn. Hoa màu vàng, mọc đầu cành hoặc nách lá, cỡ từ 3,5 - 5 cm; cuống hoa từ 2 - 4 mm; lá bắc 5, lá đài 5 - 8, hình móng hoặc gần tròn; cánh hoa từ 10 - 14, hình trứng hoặc hình bầu dục, dài 1,5 - 2,5 cm, có lông; bộ nhị cao 1,7 - 2,8 cm, hợp vòng ngoài khoảng 1 cm, chỉ nhị rời, dài khoảng 1 - 2 mm; vòi nhụy từ 3 nhụy, rời, dài khoảng 2,4 cm.

Đặc điểm thực vật mẫu được miêu tả trong các hình 3.1 và bảng 3.1.



Hình 3.1. Đặc điểm hình thái thực vật của cây Trà hoa vàng

Chú thích: A. Cơ quan sinh dưỡng, B. Cơ quan sinh sản

Bảng 3.1. Một số đặc điểm tương đồng về hình thái giữa Trà hoa vàng Quế Phong (*Camellia quephongensis*) và mẫu nghiên cứu

Bộ phận	Đặc điểm so sánh	Mẫu nghiên cứu	<i>Camellia quephongensis</i> Hokado et Ninh
Cuống lá	Chiều dài	6 mm	5-10 mm
Phiến lá	Kích thước, hình dạng	Hình bầu dục thuôn dài, dài 40 cm, rộng 9,2 cm	Hình bầu dục thuôn dài, dài 30 – 45 cm, rộng 7 – 9,5 cm
	Góc lá	Hình nêm	Hình nêm hoặc gần tròn
	Số cặp gân bên	19 - 30 cặp	19 - 31 cặp
	Mép lá	Hình răng cưa	Hình răng cưa
Hoa	Đường kính khi hoa nở	4,8 cm	5 – 6,5 cm
	Cuống hoa	2 – 4 mm	2 - 3 mm
	Lá đài	5 -8	5
	Cánh hoa	Hình trứng thuôn dài, 10-4	Hình trứng thuôn dài, 11-14
Bộ nhị	Chiều dài chỉ nhị	1,7 – 3 cm	2 – 2,3 cm
Bộ nhụy	Bầu	3 ô	3 ô
	Vòi nhụy	3, rời	3, rời

Nhận xét: cây Trà hoa vàng thu hái tại Quế Phong, Nghệ An có đặc điểm hình thái ngoài tương đồng so với loài *Camellia quephongensis* Hokado et Ninh được nghiên cứu trước đó [6].

3.1.2. Đặc điểm vi phẫu mẫu

Sau khi tiến hành làm vi phẫu thu được kết quả như sau (Hình 3.2, Hình 3.3):

➤ Vi phẫu thân:

Mặt cắt ngang thiết diện tròn sắp xếp từ ngoài vào trong gồm có những bộ phận: Biểu bì (1) gồm một lớp tế bào hình chữ nhật tương đối đều, xếp sát nhau, vách ngoài của tế bào biểu bì đã hoá cutin. Mô mềm (2) gồm nhiều lớp tế bào hình đa giác, kích thước không đều nhau và sắp xếp lộn xộn. Mô cứng (3) gồm 2 - 3 lớp tế bào sợi, bắt màu xanh, kích thước không đều. Bó libe – gỗ cấp 2, libe ở ngoài gỗ ở trong. Libe cấp 2 (4)

gồm những tế bào hình tròn, kích thước không đều. Gỗ cấp 2 (5) gồm các mạch gỗ xếp sát nhau, tia ruột hẹp. Mô mềm ruột (6) gồm các tế bào hình đa giác kích thước không đều, thể cứng nằm rải rác.

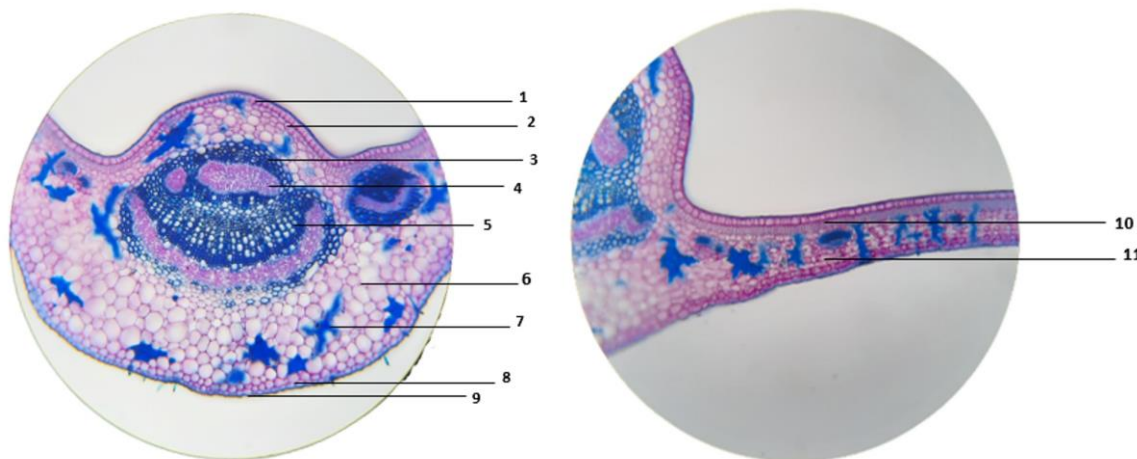
➤ Vi phẫu lá:

Phần gân lá : Lõi cả 2 mặt, mặt dưới lõi rõ. Quan sát từ dưới lên gồm các phần: Biểu bì (1) (9), các tế bào hình chữ nhật kích thước không đều, xếp thành 1 hàng. Mô dày gồm 3 - 5 lớp tế bào hình đa giác, thành dày ở góc, kích thước không đều, xếp sát nhau, gồm có mô dày trên (2) và mô dày dưới (8) . Mô mềm (6) gồm các tế bào hình tròn xếp sát nhau, kích thước không đều. Mô cứng (3) gồm 2 - 5 lớp tế bào đa giác, kích thước không đều xếp sát nhau, bao quanh bó libe gỗ. Bó libe – gỗ có gỗ ở trên, libe phía dưới, libe (4) gồm nhiều lớp tế bào đa giác, kích

thước đều, xếp lộn xộn thành từng đám, mạch gỗ (5) là đa giác hay vuông xếp thành dãy xen lẫn với mô mềm gỗ. Nằm rải rác là thể cứng (7).

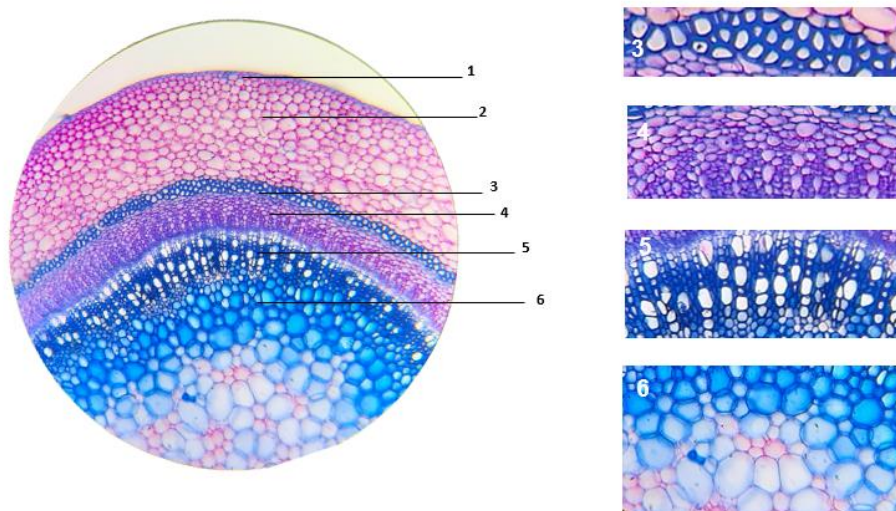
Phân phiến lá: Biểu bì gồm có biểu bì trên (1) và biểu bì dưới (9), gồm 1 lớp các tế

bào hình chữ nhật, tế bào biểu bì trên lớn hơn tế bào biểu bì dưới. Mô giậu (10) gồm các tế bào thuôn dài, xếp sát nhau. Mô khuyết (11) gồm các lớp tế bào đa giác hoặc tròn, sắp xếp lộn xộn.



Hình 3.2. Hình ảnh vi phẫu lá Trà hoa vàng nghiên cứu

1. Biểu bì trên ; 2. Mô dày trên; 3. Mô cứng; 4. libe; 5. Mạch gỗ; 6. Mô mềm; 7. Thể cứng; 8. Mô dày dưới; 9. Biểu bì dưới; 10. Mô giậu; 11. Mô khuyết

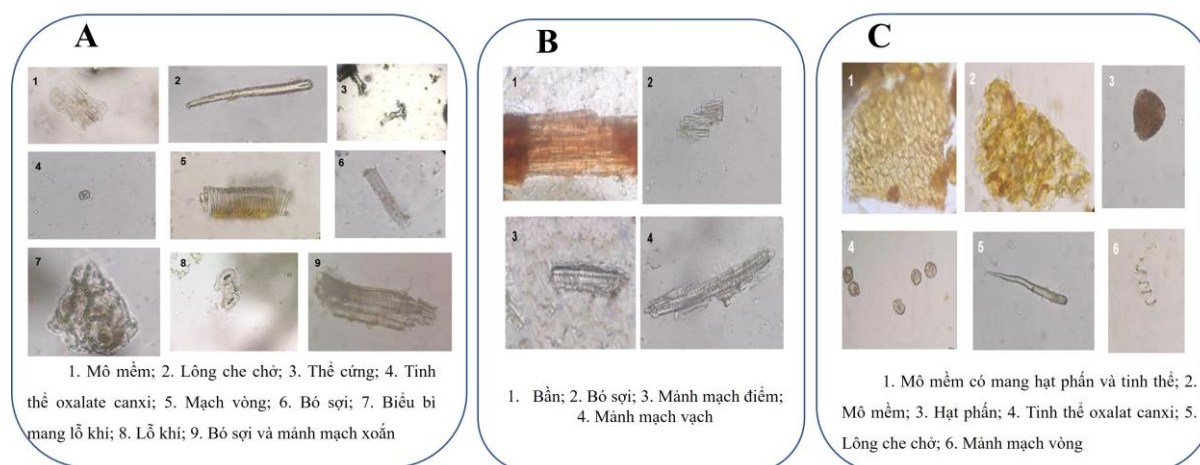


Hình 3.3. Hình ảnh vi phẫu thân mẫu Trà hoa vàng nghiên cứu

1. Biểu bì; 2. Mô mềm; 3. Mô cứng; 4. Libe cấp 2; 5. Gỗ cấp 2; 6. Mô mềm ruột

3.1.3. Đặc điểm vi học bột dược liệu

Bột lá có màu xanh đậm, mùi thơm đặc trưng. Bột thân có màu nâu nhạt. Bột hoa có màu nâu vàng đậm, mùi thơm nhẹ. Một số đặc điểm đặc trưng bột Trà hoa vàng được trình bày ở hình 3.4.



Hình 3.4. Đặc điểm bột Trà hoa vàng

A. Lá; B. Thân; C. Hoa

Kết quả định tính sơ bộ các nhóm chất có

3.2. Nghiên cứu về thành phần hoá học

trong phần trên mặt đất của loài Trà hoa vàng được tóm tắt trong bảng 3.2.

3.2.1. Định tính sơ bộ các nhóm chất trong mẫu Trà hoa vàng bằng phương pháp hoá học

Bảng 3.2. Kết quả định tính sơ bộ các nhóm chất trong mẫu nghiên cứu

STT	Nhóm chất	Phản ứng định tính	Kết quả		Kết luận
			Hiện tượng	Đánh giá	
1	Chất béo	Dấu hiệu vết mờ trên giấy lọc	Có vết mờ trên giấy lọc	++	Có
2	Caroten	Phản ứng với H ₂ SO ₄ đặc	Dung dịch chuyển sang màu xanh lá đậm	++	Có
3	Sterol	Phản ứng Lieberman– Burchardat	Có vòng tròn tím đỏ giữa 2 mặt phân cách chất lỏng	+	Có
4	Flavonoid	Phản ứng với kiềm	Dung dịch có màu cam đậm	+++	Có
		Phản ứng Cyanidin	Dung dịch chuyển từ màu vàng nhạt sang màu vàng cam	+++	
		Phản ứng với dung dịch FeCl ₃ 5%	Dung dịch màu xanh đen	+++	

		Phản ứng Diazo hóa	Xuất hiện tủa đỏ gạch	+++	
5	Saponin	Quan sát hiện tượng tạo bọt	Cột bọt bền sau 15 phút	+++	Có
6	Coumarin	Phản ứng đóng mở vòng lacton	Phản ứng âm tính	-	Không có
7	Glycosid tim	Phản ứng Keller – Kiliani	Không có vòng tròn tím đỏ giữa 2 mặt phân cách. Lắc nhẹ lớp chất lỏng phía trên không có màu xanh lá	-	Không có
		Phản ứng Baljet	Ống thử không đậm hơn ống chứng	-	
		Phản ứng Legal	Ống thử không đậm hơn ống chứng	-	
8	Acid hữu cơ	Phản ứng với tinh thể Na_2CO_3	Không có phản ứng tạo bọt	-	Không có
9	Đường khử	Phản ứng với thuốc thử Fehling B	Có xuất hiện tủa đỏ	+++	Có
10	Anthranoid	Phản ứng Borntrager	Không có lớp nước màu sim đỏ	-	Không có
11	Alkaloid	Phản ứng với thuốc thử Mayer	Không xuất hiện tủa	-	Không có
		Phản ứng với thuốc thử Bouchardat	Không xuất hiện tủa	-	
		Phản ứng với thuốc thử Dragendorff	Không xuất hiện tủa	-	
12	Tanin	Phản ứng với dung dịch FeCl_3 5%	Xuất hiện dung dịch màu xanh đen	+++	Có
		Phản ứng với dung dịch chì acetat 10%	Xuất hiện tủa bông	+++	
		Phản ứng với dung dịch gelatin 1%	Xuất hiện tủa bông trắng	+++	
13	Tanin Catechin	Phản ứng với vanillin 1% và HCl đặc	Có xuất hiện màu đỏ đậm	+++	Có

(-): phản ứng âm tính; (+): p/ứ dương tính;

(++): p/ứ dương tính rõ; (+++): p/ứ dương tính rất mạnh

3.2.2. Định lượng flavonoid

- Tiến hành theo phương pháp được trình bày tại mục 2.2.2.2, lặp lại 6 lần, ta thu được kết quả trình bày tại bảng 3.3.

Bảng 3.3. Kết quả định lượng flavonoid trong lá Trà hoa vàng

Khối lượng mẫu (g)	5,001	5,003	5,002	5,001	5,002	5,002
Độ hấp thụ (ABS)	0,2091	0,2089	0,2093	0,2090	0,2093	0,2092
Hàm lượng flavonoid (mg/g)	165,95	165,91	166,01	165,92	165,99	165,92
Độ lệch chuẩn	SD = 4,15%					

Kết quả cho thấy phương pháp có độ lặp lại chất nhận được với SD = 4,15%

Theo phương pháp khảo sát, hàm lượng flavonoid trong lá Trà hoa vàng đạt 165,95 mg/g (16,6%) tính theo dược liệu khô.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thực vật

Về đặc điểm hình thái, mẫu trà hoa vàng thu hái tại Quế Phong có nhiều đặc điểm giống với mẫu *Camellia quephongensis* Hokado et Ninh [6].

Về đặc điểm giải phẫu và bột, các đặc điểm giải phẫu của Trà hoa vàng Quế Phong mang nhiều đặc điểm đặc trưng của chi *Camellia* L, có nhiều thể cứng nằm rải rác ở lá và thân, có vòng mô cứng ngoài bó libe – gỗ, trong mô mềm của lá có thể thấy các tinh thể oxalat canxi hình cầu gai.

4.2. Về nghiên cứu thành phần hoá học

Khảo sát sơ bộ các thành phần hoá học có trong mẫu nghiên cứu cho thấy mẫu nghiên cứu có các thành phần hoá học: flavonoid, tanin, saponin, đường khử, chất béo, caroten, sterol. Tuy nhiên, trong mẫu Trà hoa vàng Quế Phong không có alkaloid, đặc biệt là caffein giống trà xanh hay các loài trà hoa trắng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lixia Song và cộng sự khi nghiên cứu về 6 loài Trà hoa vàng [7]. Chính vì vậy, loài Trà hoa vàng rất lí tưởng nếu chúng ta

tận dụng nó thay thế cho việc sử dụng trà đã khử caffein như hiện nay, hạn chế việc ảnh hưởng lên hệ thần kinh.

Kết quả định lượng flavonoid trong lá Trà khô đạt 165,95 mg/g. Kết quả này có thể nhận định nhóm flavonoid là nhóm hoạt chất chính trong lá Trà hoa vàng. Đây là nhóm hoạt chất liên quan đến tác dụng sinh học của loài. Kết quả định lượng tương đương với hàm lượng flavonoid trong lá Trà hoa vàng Quế Phong chiếm 16,6% (tính theo hàm lượng khô). Trong Trà hoa vàng, nhóm chất đặc trưng nhất là polyphenol và flavonoid là chất chiếm phần lớn trong nhóm polyphenol. So với các kết quả nghiên cứu polyphenol toàn phần trong các loài Trà hoa vàng khác như Trà hoa vàng Cúc Phương (10,02%), Trà hoa vàng Thái Nguyên (6,7%) thì hàm lượng flavonoid của mẫu nghiên cứu chỉ ra đạt kết quả tương đối cao. Hàm lượng flavanol dao động từ 59,3 đến 103,2 mg/g trong Trà xanh và từ 21,2 đến 68,3 mg/g trong trà đen, so với kết quả của mẫu nghiên cứu, thì hàm lượng flavonoid toàn phần trong lá Trà hoa vàng Quế Phong có hàm lượng cao hơn [8].

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình nghiên cứu, đề tài thu được một số kết luận sau:

*** Về đặc điểm thực vật:** Đã mô tả được đặc điểm hình thái, đặc điểm vi phẫu lá, thân

và đặc điểm bột thân, lá, hoa của loài Trà hoa vàng Quế Phong.

*** Về thành phần hoá học:**

• Bằng các định tính bằng phản ứng hoá học đặc trưng đã xác định được trong loài Trà hoa vàng có chứa: Flavonoid, tanin, catechin, saponin, đường khử, chất béo, caroten, sterol.

• Hàm lượng flavonoid trong mẫu nghiên cứu đạt 165,95 mg/g bằng phương pháp đo quang UV – VIS.

VI. KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục nghiên cứu các thành phần hoá học trong bộ phận khác của cây như: hoa, rễ, quả,...

- Thử tác dụng sinh học của loài Trà hoa vàng Quế Phong.

- Nghiên cứu tách chiết, phân lập các chất trong mẫu Trà hoa vàng Quế Phong.

- Pháp đo quang UV – VIS.

VII. 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.22.170

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Hộ**, NXB Trẻ, 2001, Cây cỏ Việt Nam, Tập 1, trang 424-432.
2. **Nguyễn Thị Hồng Vân, Cầm Thị Ính**, Các hợp chất flavonoid glycoside phân lập từ hoa cây Trà hoa vàng *Camellia chrysantha*, Tạp chí hóa học, 2018, 56(3), 335-340.
3. **Nguyễn Bá** (2010), Hình thái học thực vật, NXB Giáo dục, trang 301-352.
4. **Nguyễn Viết Thân** (2003), Kiểm nghiệm dược liệu bằng phương pháp hiển vi, Tập 1, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, 13-21.
5. **Nguyễn Thị Thanh Mai**, Kiểm nghiệm dược liệu, NXB Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh; 2020, trang 30-79.
6. **Le Nguyet Hai Ninh, Luong Van Dung, Do Ngoc Dai**, Additional conditions for effective publication of *Camellia quephongensis* and *Camellia hamyensis*, Taiwan, 2020, 65 (2), 216-227.
7. **Lixia Song, Wang X., Zheng X., Huang D.** Polyphenolic antioxidant profiles of yellow camellia, Food Chem, 2011;129(2):351-357.
8. **Susanne M. Henning, Fajardo-Lira C., Lee H. W., Youssefian A. A., Go V. L., Heber D.** Catechin content of 18 teas and a green tea extract supplement correlates with the antioxidant capacity, Nutrition and cancer, 2003, 45(2):226-235.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CA-125, HE4, TEST ROMA TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG Ở BỆNH NHÂN CÓ KHỐI U BUỒNG TRỨNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Đặng Thị Hồng¹, Phạm Thị Thu Trang^{1,2}, Lưu Vũ Dũng^{1,3},
Bùi Thị Hương Giang¹, Lương Tiến Thuận⁴,
Nguyễn Anh Ngọc¹, Trần Xuân Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Tỷ lệ ung thư buồng trứng của phụ nữ có khối u đến khám tại bệnh viện Phụ Sản Phòng (1-6/2019). 2. Khảo sát giá trị chẩn đoán của xét nghiệm CA125, HE4, test ROMA trong chẩn đoán ung thư buồng trứng của đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tất cả phụ nữ được chẩn đoán có khối u buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1-6/2019), làm xét nghiệm CA125, HE4, giải phẫu bệnh; phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ ung thư buồng trứng là 9,8% trên 184 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u buồng trứng. CA125: mean±SD: 236,65 ± 152,45; nhóm còn kinh: độ nhạy=66,67%, độ đặc hiệu=69,63%; nhóm mãn kinh: độ nhạy=66,67%, độ đặc hiệu=90,93%; HE4; nhóm còn kinh: mean±SD: 192,41 ± 97,58; độ nhạy = 58,33%, độ đặc hiệu = 92,59%; nhóm mãn kinh: mean±SD: 276,7 ± 89,9; độ nhạy = 16,67%, độ đặc hiệu = 100%. Test ROMA: nhóm còn kinh: độ nhạy = 100%, độ đặc hiệu = 69,63%; nhóm mãn kinh: độ nhạy = 66,67% (4/6), độ đặc hiệu = 90,32%. AUC

ROMA = 0,903; AUC_{HE4} = 0,890 > AUC_{CA125} = 0,851; p < 0,001. **Kết luận:** tỷ lệ ung thư buồng trứng: 9,8%. Khả năng chẩn đoán ung thư buồng trứng test ROMA (AUC_{ROMA} = 0,903), HE4 (AUC_{HE4} = 0,890) cao hơn so với CA125 (AUC_{CA125} = 0,851).

Từ khóa: CA125, HE4, test ROMA, ung thư buồng trứng

SUMMARY

STUDY ON THE VALUE OF CA125, HE4, ROMA TEST OF OVARIAN CANCER DIAGNOSIS OF WOMEN WITH OVARIAN TUMOR AT HAI PHONG HAI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Purposes: 1. The percentage of ovarian cancer of patient with ovarian tumor who visiting Hai phong Hai Obstetrics and Gynecology Hospital (1-6/2019). 2. The value of CA25, HE4, ROMA test on diagnosis of ovarian cancer. **Subjets and methods:** women with ovarian tumor who visiting Hai phong. Obstetrics and Gynecology Hospital, Cross-sectional descriptive. **Results:** the percentage of ovarian cancer at women with ovarian tumor at Hai phong Hai Obstetrics and Gynecology Hospital: 9,8%. CA125: mean±SD: 236.65 ± 152.45; menstruating group: sensitivity=66.67%, specificity=69.63%; menopause group: sensitivity = 66,67%, specificity = 90,93%; HE4 menstruating group: mean±SD: 192,41 ± 97,58 sensitivity = 58,33%, specificity = 92,59% (94/135); menopause group: mean±SD: 276,7

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Tiệp

³Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

⁴Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Trang

Email: phamtranghsyhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2023

Ngày duyệt bài: 18.7.2023

$\pm 89,9$; sensitivity = 16,67%, specificity = 100%. Test ROMA: menstruating group: sensitivity = 100% (12/12), specificity = 69.63%; menopause group: sensitivity = 66.67% (4/6), specificity = 90.32% (28/31). $AUC_{ROMA} = 0.903$; with $p < 0.001$; $AUC_{HE4} = 0.890 > AUC_{CA125} = 0.851$; with $p < 0.001$. **Conclusion:** The percentage of ovarian cancer 9.8%; the ability of diagnosis ovarian cancer of test ROMA test ($AUC_{ROMA} = 0.903$) and HE4 ($AUC_{HE4} = 0.890$) is better than CA125 ($AUC_{CA125} = 0.851$)

Keywords: CA125, HE4, test ROMA, ovarian cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm, bệnh lý ung thư buồng trứng (UTBT) trên thế giới ước tính có khoảng 239.000 ca mắc mới và 152.000 ca tử vong do ung thư buồng trứng [1]. Tại Việt Nam, năm 2018 ung thư buồng trứng xếp thứ 21 trong tổng số các loại ung thư với 1.500 ca mắc mới và 856 ca tử vong [2]. Chẩn đoán sớm và sàng lọc UTBT thường phải kết hợp lâm sàng với phương tiện chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm chất chỉ điểm u. Dấu ấn CA-125 huyết thanh được sử dụng trong chẩn đoán bản chất khối u buồng trứng, lành tính hay ác tính [3]. HE4 một dấu ấn u mới được áp dụng trong chẩn đoán ung thư buồng trứng và đã được chấp thuận ở châu Âu, các nước châu Á Thái Bình Dương, châu Mỹ Latinh. HE4 cũng đã được sử dụng ở Mỹ và được FDA chứng nhận [4]. Tại Việt Nam, sự kết hợp xét nghiệm HE4 và CA-125, cùng với thuật toán đánh giá nguy cơ ung thư buồng trứng (ROMA) làm tăng độ nhạy của chẩn đoán ung thư buồng trứng ở phụ nữ có khối u vùng chậu hông đã có một số nghiên cứu đề cập tuy nhiên vai trò của các xét nghiệm CA125, HE4, test ROMA này còn hạn chế ở Hải Phòng. Chính vì vậy, đề tài này được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Tỷ lệ ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 6 tháng (1-6/2019).

2. Khảo sát giá trị xét nghiệm CA-125, HE4 trong chẩn đoán bệnh lý ung thư buồng trứng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đã chẩn đoán có khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1- 6/2019). Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán có khối u buồng trứng, có xét nghiệm HE4, CA-125, mô bệnh học đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1- 6/2019). Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm bệnh mạn tính suy gan, suy thận nặng, nhiễm khuẩn nặng khác....

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng; 1-6/2019

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên theo tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu thu nhận: 184 đối tượng nghiên cứu.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- CA-125, HE4 (thực hiện trên máy Cobas 6000), kết quả mô bệnh học; Test ROMA: là kết quả kết hợp 2 xét nghiệm CA-125 và HE4 [5]

Phụ nữ trước mãn kinh:

$PI = -12,0 + 2,38*[HE4] + 0,0626*[CA125]$;

PI: chỉ số dự đoán

$ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$
 $ROMA \geq 7,4\%$; nguy cơ ác tính cao
 $ROMA < 7,4\%$; nguy cơ ác tính thấp

Phụ nữ sau mãn kinh:

$PI = -8,09 + 1,04*[HE4] + 0,732*[CA125]$;

PI: chỉ số dự đoán

$ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$
 $ROMA \geq 25,3\%$; nguy cơ ác tính cao.
 $ROMA < 25,3\%$; nguy cơ ác tính thấp.

2.2.4. Xử lý số liệu: phương pháp thống kê y học SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Được sự thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*** Tỷ lệ ung thư buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1-6/2019)**

Bảng 3.1. Tỷ lệ ung thư buồng trứng

Khối u buồng trứng	n = 184	%
U ác	18	9,8
U lành	166	90,2

Nhận xét: Nghiên cứu trên 184 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u buồng trứng, trong đó 9,8% (n=18) được chẩn đoán xác định là ung thư buồng trứng dựa trên kết quả mô bệnh học.

*** Giá trị xét nghiệm CA-125, HE4, test ROMA trong chẩn đoán bệnh lý ung thư buồng trứng**

Bảng 3.2. Giá trị CA-125 (U/mL) và kết quả Giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh		CA-125 ≤ 35 (U/L)	CA-125 > 35 (U/L)	p
U ác	n= 18	n=6 (33,3%)	n=12 (66,7%)	<0,05
	Mean $\pm$ SD	25,53 $\pm$ 7,87	236,65 $\pm$ 152,45	
U lành tính	n=166	n=122 (73,5%)	n=44 (26,5%)	
	Mean $\pm$ SD	16,63 $\pm$ 6,99	127,82 $\pm$ 128,25	

Nhóm u ác tính: CA-125 > 35 (U/mL): Mean $\pm$ SD: là: 236,65 $\pm$ 152,45; chiếm 66,70%, n=12.

Bảng 3.3. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CA-125 (U/mL)

	CA-125 (U/L)	GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Còn kinh	≤ 35	4	94	147
	> 35	8	41	
Mãn kinh	≤ 35	2	28	37
	> 35	4	3	
Tổng		18	166	184

Còn kinh: Độ nhạy= 66,67% (8/12), độ đặc hiệu = 69,63% (94/135).

Mãn kinh: Độ nhạy = 66,67% (4/6), độ đặc hiệu = 90,32% (28/31).

Bảng 3.4. Giá trị HE4 (pM) và kết quả Giải phẫu bệnh

	Còn kinh		Mãn kinh	
	HE4 ≤ 70 (pmol/L)	HE4 > 70 (pmol/L)	HE4 ≤ 140 (pmol/L)	HE4 > 140 (pmol/L)
U ác tính n=18	n= 5 (27,7%)	n= 7 (38,9%)	n= 5 (27,7%)	n= 1 (5,7%)
Mean± SD	62,14 ± 6,32	192,41 ± 97,58	77,66 ± 14,71	276,7 ± 89,9
U lành tính n=122	n= 81 (66,3%)	n= 10 (8,2%)	n= 31 (25,5%)	n= 0 (0%)
Mean± SD	43,45 ± 9,04	85,38 ± 28,06	47,41 ± 12,65	0

Nhóm u ác: nhóm còn kinh, tỷ lệ nhóm HE4 >70 (pmol/L) có mean± SD: 192,41 ± 97,58 (pmol/L), chiếm tỷ lệ 38,9%, n=7. Nhóm mãn kinh tỷ lệ nhóm HE4 >140 (pmol/L) có mean± SD: 276,7 ± 89,9 (pmol/L), chiếm tỷ lệ 5,7%, n=1.

Bảng 3.5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4

	HE4	GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Còn kinh	≤ 70 (pmol/L)	5	125	147
	> 70 (pmol/L)	7	10	
Mãn kinh	≤ 140 (pmol/L)	5	31	37
	> 140 (pmol/L)	1	0	
Tổng		18	166	184

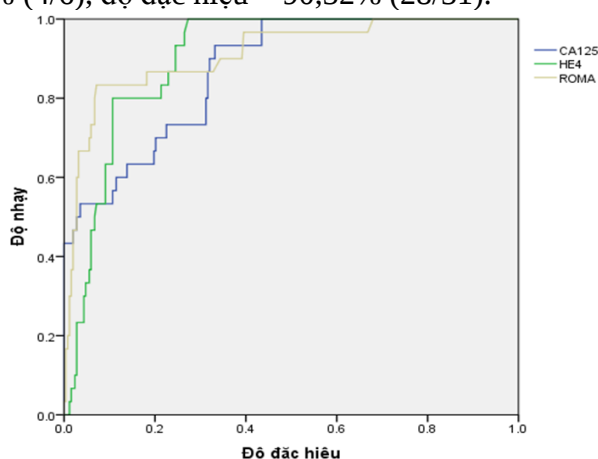
Còn kinh: Độ nhạy = 58,33% (7/12), độ đặc hiệu = 92,59% (125/135).

Mãn kinh: Độ nhạy = 16,67% (1/6), độ đặc hiệu = 100% (31/31).

Bảng 3.6. Độ nhạy và độ đặc hiệu của ROMA test

	ROMA	GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Còn kinh	< 7,4%	0	94	147
	≥ 7,4%	12	41	
Mãn kinh	< 25,3%	2	28	37
	≥ 25,3%	4	3	
Tổng		18	166	184

Còn kinh: Độ nhạy độ đặc hiệu = 100% (12/12), độ đặc hiệu = 69,63% (94/135). Mãn kinh: Độ nhạy = 66,67% (4/6), độ đặc hiệu = 90,32% (28/31).



Hình 3.1: Giá trị chẩn đoán UTBT của CA125, HE4 và test ROMA

Nhận xét: AUC_{ROMA} = 0,903; với p < 0,001; AUC_{HE4} = 0,890 > AUC_{CA125} = 0,851; với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

* Tỷ lệ ung thư buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1-6/2021):

Kết quả nghiên cứu trên 184 bệnh nhân u buồng trứng thì có 9,8%, n=18 bệnh nhân được chẩn đoán là có khối u buồng trứng ác tính căn cứ trên kết quả giải phẫu bệnh (bảng 3.1); Kết quả tương đương với tác giả Võ Văn Khoa năm 2018 với tỷ lệ 10,8% [5] và thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Diệu Hà là 36,0%, sự khác biệt có thể do nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Diệu Hà thực hiện tại viện K Hà Nội, nơi tuyển đầu trung ương nên tỷ lệ bệnh nhân ung thư cao hơn [6]

* Giá trị CA-125, HE4, test ROMA trong chẩn đoán ung thư buồng trứng

CA-125: Trong nhóm bệnh nhân ung thư buồng trứng, có 66,70%, n=12 bệnh nhân có tăng nồng độ CA-125 > 35 U/mL, Mean±SD: 236,65 ± 152,45 (U/L), trong đó có bệnh nhân có nồng độ CA125 cao nhất là 893,80 U/mL, tăng gấp 25-26 lần ngưỡng 35 U/mL (bảng 3.2). Nhóm bệnh nhân mang u lành thì 73,5%, n=122 có giá trị CA125 ≤ 35 (U/L). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình CA125 ở nhóm u lành và u ác, p<0,05 (bảng 3.2). Kết quả tương đồng kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Văn Khoa năm 2018, giá trị xét nghiệm CA125 trung bình ở nhóm có ung thư buồng trứng là 214,20 U/L, nhóm u lành là 17,45 U/L [5]. Theo Buchsbaum, CA125 còn tăng trong một số loại ung thư ngoài ung thư buồng trứng, như ung thư nội mạc tử cung, ung thư phổi, ung thư vú, ung thư tụy và ung thư ống tiêu hóa. Khoảng gần 20% phụ nữ có ung thư buồng trứng không có tăng CA125, phần lớn trường hợp có tăng CA125 đơn thuần lại không mắc bệnh ung thư [7]

Nhóm đối tượng nghiên cứu còn kinh, độ nhạy 66,67% độ đặc hiệu 69,63% nhóm mãn kinh, độ nhạy 66,67% độ đặc hiệu 90,32% (Bảng 3.3). Kết quả nghiên cứu của Võ Thành Nhân 2010, CA125 có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu CA125 56,3% [4]. Nghiên cứu Dr Sumpaico và cộng sự CA125 có độ nhạy 79,3%, độ đặc hiệu 68,3% [8]. Nhiều nghiên cứu đã chứng ra CA-125 rất có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi quá trình điều trị và đánh giá kết quả điều trị, tuy nhiên nồng độ CA125 trong sàng lọc và phát hiện sớm ung thư buồng trứng vẫn còn nhiều tranh cãi. CA-125 cũng đã được chứng minh liên quan đến sự thoái lui hay tiến triển của bệnh ung thư buồng trứng, nhưng trong các bệnh u lành tính buồng trứng, xơ gan, viêm màng bụng, viêm nhiễm vùng tiểu khung và viêm tụy, CA-125 cũng tăng [9].

- Chất chỉ điểm u HE4: HE4 là chỉ số phụ thuộc vào tình trạng kinh nguyệt nên đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: còn kinh và mãn kinh. Với bệnh nhân ung thư buồng trứng (n=18), nhóm còn kinh: giá trị ngưỡng là 70 pmol/mL, nhóm có HE4>70 pmol/mL chiếm phần lớn là 38,9%, n=7, và 27,7% bệnh nhân có HE4 ≤ 70 pmol/mL. Ở nhóm mãn kinh, HE4 có giá trị ngưỡng là 70 pmol/mL, chỉ duy nhất 1 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nhú có HE4 > 140 pmol/mL (bảng 3.3). Kết quả giá trị HE4 tương đồng với kết quả nghiên cứu của nghiên cứu của Phạm Thị Diệu Hà và của tác giả Võ Văn Khoa [5] Nghiên cứu của Ronny Drapkin tại Mỹ, nghiên cứu gen mã hóa cho HE4 là một trong những gen phổ biến nhất được xác định trong danh sách các gen biểu hiện trong ung thư biểu mô buồng trứng. Trong khi biểu mô bình thường ở bề mặt buồng trứng không sản sinh HE4, thì các nang vùng vỏ buồng trứng được lát bởi lớp biểu mô

Mullerian đã chuyển sản tạo ra nhiều protein này. Sự sản sinh protein này giới hạn ở một số dạng mô học: 93% carcinoma nang tuyến thanh dịch; 100% carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung có sản sinh HE4; 50% carcinoma dạng nhầy ít cho kết quả dương tính với HE4. Xét nghiệm mô học theo kỹ thuật tissue microarray cho thấy hầu hết các bệnh lý ung thư không phải ung thư buồng trứng không sản sinh ra HE4. Biểu hiện của protein này trong nang vùng vỏ buồng trứng gợi ý rằng sự hình thành của lớp biểu mô Mullerian là bước tiên quyết trong quá trình phát triển ung thư biểu mô buồng trứng [1].

Trong nhóm còn kinh, HE4 có độ nhạy 58,33%, độ đặc hiệu 92,59% và ở nhóm mãn kinh, độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4 lần lượt là: 16,67% và 100% (Bảng 3.5). HE4 có độ nhạy thấp hơn CA-125 nhưng có độ đặc hiệu cao hơn hẳn. tỷ lệ bệnh nhân dương tính (HE4>) ít có kết quả dương tính ở bệnh nhân có u lành tính, HE4 tăng cao ở những bệnh nhân ung thư buồng trứng có CA-125 âm tính, HE4 có khả năng phân biệt tốt u lành và u ác tính, độ đặc hiệu cao hơn hẳn, đặc biệt nhóm bệnh nhân mãn kinh, độ đặc hiệu 100%. Theo nghiên cứu của Võ Thành Nhân và cộng sự 2010, n = 31, độ nhạy HE4 92,86% và độ đặc hiệu HE4 82,35% [4]. Nghiên cứu của Sumaico, ACOG 2022, nghiên cứu trên 328 bệnh nhân, độ nhạy của HE4 là 63,2%, độ đặc hiệu là 97% [8].

- ROMA test: Kết hợp nồng độ chất chỉ điểm u CA-125 và HE4 hay gọi là ROMA test, một thuật toán hồi quy. ROMA test đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới, song vẫn tiếp tục được nghiên cứu thêm [5]. Kết quả nghiên cứu, ROMA test có độ nhạy 88,89%, độ đặc hiệu 73,49%. Trong đó, nhóm còn kinh: độ nhạy 100%, độ đặc hiệu

69,63%; nhóm mãn kinh: độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32% (Bảng 3.6). Nghiên cứu của Võ Thành Nhân 2010, n = 31, độ nhạy ROMA 88,2%, độ đặc hiệu 64,3% [2]. Nghiên cứu của tác giả Sumpaico, năm 2012 độ nhạy ROMA 70,2%, độ đặc hiệu là 86%, trong chẩn đoán ung thư buồng trứng, để có dự đoán chính xác khả năng lành tính hay ác tính của khối u buồng trứng, với từng nhóm còn kinh hay mãn kinh mà sử dụng ROMA test. Nhóm mãn kinh, nên sử dụng ROMA test, dự đoán kết quả sẽ chính xác hơn, nhưng nhóm còn kinh, nên sử dụng riêng lẻ nồng độ HE4, sẽ cho kết quả tốt hơn. HE4 đặc hiệu hơn CA-125 trong các bệnh u buồng trứng. HE4 và CA-125 hay ROMA test làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán phân biệt khối u buồng trứng trước mổ, nhưng HE4 đặc hiệu hơn. ROMA không áp dụng được ở những bệnh nhân có chỉ điểm u âm tính [8].

Kết quả phân tích đường cong ROC: dự đoán khả năng chẩn đoán ung thư buồng trứng của CA125, HE4, test ROMA cho thấy diện tích dưới đường cong ROC của CA125 (AUC): ROC CA125 = 0,851 (p < 0,001) (bảng 3.14) tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Văn Khoa (2018) 0,872 [5]. Giá trị chẩn đoán ở mức tốt (> 0,8). Diện tích dưới đường cong ROC của HE4 = 0,890 (p < 0,001). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Tô Vũ Thục Trang (2016) với ROC HE4 = 0,902 [15]; ROC HE4 = 0,89 [10]. Như vậy giá trị AUC/ ROC của HE4 qua các nghiên cứu đều trên 0,86 điều đó nói lên HE4 có giá trị cao trong chẩn đoán UTBT. Sự kết hợp giữa CA125 và HE4 tạo ra test ROMA có diện tích dưới đường cong ROC cao hơn 2 xét nghiệm riêng lẻ (0,903, p < 0,001), chỉ số ROMA có giá trị tốt, phục vụ cho việc chẩn đoán sớm bệnh

UTBT giúp các bác sĩ lâm sàng có phương án điều trị phù hợp và hiệu quả cho bệnh nhân ung thư buồng trứng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân ung thư buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1-6/2019): là 9,80%, (18/166). CA125 ở nhóm còn kinh có độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 69,63%; nhóm mãn kinh có độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32%. HE4 ở nhóm còn kinh có độ nhạy 58,33%, độ đặc hiệu 92,59%; nhóm mãn kinh có độ nhạy 16,67% và độ đặc hiệu 100%. ROMA test ở nhóm còn kinh độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 69,63%; mãn kinh: độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32%. Giá trị chẩn đoán ung thư buồng: $ROC_{CA125} = 0,851$; $ROC_{HE4} = 0,890$; $ROC_{ROMA} = 0,903$ ($p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Với bệnh nhân có khối u buồng trứng, nên được kết hợp các xét nghiệm CA15, HE4, test ROMA cùng với lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng khác để nâng cao hiệu quả chẩn đoán ung thư buồng trứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ronny Drapkin, Cancer Res (2005), 65 (6), p. 2162-2169.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J Clin, 68 (6), p394-424.
3. Nguyễn Kim Sơn, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Bảo Sơn và cộng sự, (2010). Đột biến gen mã hóa EGFR trong ung thư phổi, Tạp chí nghiên cứu Y học, 3: p30-37.
4. Vũ Thanh Nhân (2010). Vai trò của HE4 trong chẩn đoán ung thư buồng trứng, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14: p495-499.
5. Võ Văn Khoa, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2018). Nghiên cứu giá trị của HE4, CA-125, thuật toán nguy cơ ác tính buồng trứng (ROMA) trong chẩn đoán trước mổ ung thư buồng trứng. Tạp chí Phụ sản, tập 16, số 2.
6. Phạm Thị Diệu Hà (2012), “Nhận xét giá trị của chất chỉ điểm u CA125 và HE4 trong chẩn đoán ung thư buồng trứng”, Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội”.
7. Buamah P, (2000). Benign conditions associated with raised serum CA-125 concentration, J Surg Oncol 75, p. 264-265.
8. Sumpaico, HE4 and CA125 in ovary cancer, ACOG 2012
9. The Global Cancer Observatory-All Right Reserved (2020), 2.
10. Tô Vũ Thục Trang (2016), “Giá trị của HE4 trong chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Từ Dũ”, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT GENEXPERT TRONG ĐO TẢI LƯỢNG HEPATITIS C VIRUS RNA TỪ GIỌT MÁU KHÔ (DBS)

Nguyễn Văn Thanh¹, Đặng Thị Hương¹,
Phạm Minh Khuê¹, Bạch Thị Như Quỳnh¹

TÓM TẮT

Viêm gan virus C là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến nhưng thường khó chẩn đoán sớm do bệnh không có triệu chứng đáng kể cho tới khi những tổn thương gan nặng xuất hiện. Một trong những lý do chính khiến việc sàng lọc và chẩn đoán sớm viêm gan C gặp nhiều khó khăn là do phương pháp lấy máu và bảo quản mẫu phức tạp. Chính vì vậy, chúng tôi đề xuất ý tưởng sử dụng giọt máu khô (DBS) như một biện pháp thay thế để lấy mẫu máu cho xét nghiệm sàng lọc viêm gan C. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá tính ứng dụng của kỹ thuật GeneXpert trong việc đo tải lượng RNA của virus viêm gan C (HCV) từ giọt máu khô (DBS). Nghiên cứu được tiến hành trên 250 mẫu máu thu thập từ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV và HCV sống tại Hải Phòng, sau đó tiến hành đo tải lượng HCV-RNA từ mẫu huyết tương và mẫu DBS tương ứng bằng kỹ thuật GeneXpert rồi so sánh. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp đo tải lượng HCV-RNA từ DBS có độ nhạy là 88.27% và độ đặc hiệu là 100%. Có 17 mẫu DBS âm tính giả nhưng đều có tải lượng virus < 600IU/ml. Độ tin cậy được đánh giá bằng ROC (AUC = 0.94) và biểu đồ Bland – Altman. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đo tải lượng

HCV-RNA từ DBS có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ tin cậy cao trong chẩn đoán viêm gan C và có thể trở thành một phương pháp thay thế cho phương pháp xét nghiệm truyền thống.

Từ khóa: Viêm gan C, Virus viêm gan C, HCV-RNA, DBS, GeneXpert.

SUMMARY

APPLICATION OF GENEXPERT TECHNOLOGY IN MEASUREMENT HEPATITIS C VIRUS RNA LOAD FROM DRIED BLOOD SPOT D (DBS)

HCV infected patients usually unaware of their HCV status as the infection are mostly asymptomatic until serious liver damage stage symptoms started to presence. The key barriers to HCV testing are the complicated sample collecting procedure and arduous storage and transportation, as the test required blood. Given this background, we came up with the idea of using dried blood spot (DBS) as an alternative way to collect blood for the test. This study aimed to investigate the performance of DBS in HCV-RNA quantification against the standard plasma viral load assay using the GeneXpert technique. 250 samples were collected from HIV/HCV co – infected patients living in Hai Phong. HCV-RNA quantification was performed on serum and DBS samples using the GeneXpert technique. The sensitivity of HCV-RNA quantification from DBS samples was 88.27% and the specificity of the test was 100%. Statistical analysis included ROC (AUC = 0.94) and Bland – Altman plot. Our study has shown

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Như Quỳnh

Email: btnquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 28.7.2023

that DBS have high sensitivity and specificity for HCV-RNA quantification. Although some limitations might cause false – negative results for the test, this technique has the potential to become a reliable alternative way for HCV screening by simplifying sample collection, storage, and laboratory experiments.

Keywords: Hepatitis C virus; Dried blood spot (DBS), HCV-RNA, GeneXpert.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus C (viêm gan C) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng không những ở Việt Nam mà còn trên toàn thế giới. Theo tổ chức y tế thế giới WHO, trên toàn cầu ước tính có khoảng 58 triệu người bị nhiễm virus viêm gan C mãn tính, với khoảng 1,5 triệu ca nhiễm mới mỗi năm¹. Người nhiễm virus viêm gan C thường không ý thức được tình trạng nhiễm virus của mình do bệnh có diễn biến âm thầm và gần như không có triệu chứng cho đến khi các tổn thương nặng ở gan xuất hiện như xơ gan, ung thư gan².

Người nhiễm virus viêm gan C thường được chẩn đoán qua 2 giai đoạn: xét nghiệm kháng thể anti – HCV và đo tải lượng HCV-RNA để chẩn đoán xác định³. Phương pháp xét nghiệm truyền thống yêu cầu huyết thanh được tách chiết từ máu tĩnh mạch hoặc động mạch với các yêu cầu về trang thiết bị, máy móc, với quá trình lấy mẫu được thực hiện bởi nhân viên y tế. Do đó, một trong những nguyên nhân khiến việc sàng lọc và chẩn đoán viêm gan C ở cộng đồng đặc biệt là các vùng xa xôi, hẻo lánh với điều kiện y tế kém phát triển trở nên khó khăn là sự phức tạp trong khâu lấy mẫu và bảo quản mẫu.

Phương pháp thu mẫu sử dụng giọt máu khô (DBS) là một phương pháp thu mẫu tiên tiến được tiến sĩ Robert Guthrie đưa ra năm 1963, trong đó các mẫu máu nhỏ được thấm

trên giấy thấm và để khô để phân tích. Phương pháp thu mẫu này có nhiều ưu điểm so với phương pháp thu mẫu truyền thống như: ít xâm lấn, yêu cầu lượng máu ít hơn, có thể sử dụng máu mao mạch và dễ dàng vận chuyển và bảo quản⁴⁻⁵.

Xuất phát từ thực trạng nêu trên, nhóm nghiên cứu xây dựng ý tưởng sử dụng giọt máu khô (DBS) như một cách thay thế để thu thập mẫu máu phục vụ cho việc đo tải lượng HCV-RNA. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đo tải lượng HCV-RNA từ mẫu DBS sử dụng kỹ thuật GeneXpert và so sánh kết quả với phương pháp đo tải lượng HCV-RNA từ huyết thanh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

250 mẫu máu lấy từ người đồng nhiễm HIV và HCV lớn hơn 18 tuổi, tình nguyện tham gia trong dự án DRIVE – C từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021 trên địa bàn thành phố Hải Phòng, được tách chiết và đo tải lượng HCV-RNA tại Labo Trung tâm Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm tiến cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp tiến hành:

+ Chuẩn bị mẫu DBS (trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng máu tĩnh mạch để chuẩn bị mẫu DBS tương ứng với mẫu huyết thanh): Nhỏ 50µl máu chống đông bằng EDTA vào các ô tương ứng trên thẻ DBS. Để khô ở nhiệt độ phòng trong tủ an toàn sinh học, sau đó cho vào túi zip cùng với 1-2 gói chống ẩm rồi bảo quản ở -20°C hoặc thấp hơn.

+ Rửa giải DBS:

- Lấy mẫu DBS ra khỏi tủ đông, để ở nhiệt độ phòng cho tan đá.
- Đục 1 lỗ 6mm từ 1 mảnh DBS, cho vào ống eppendorf 1.5ml sạch.
- Hút 1000 μ l đệm rửa giải (PBS/TWEEN/BSA) vào ống eppendorf.
- Ủ ở 4°C trong 1 giờ.

Dung dịch DBS đã rửa giải có thể đem phân tích sử dụng Cepheid GeneXpert Viral Load.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm MS Excel 2013.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

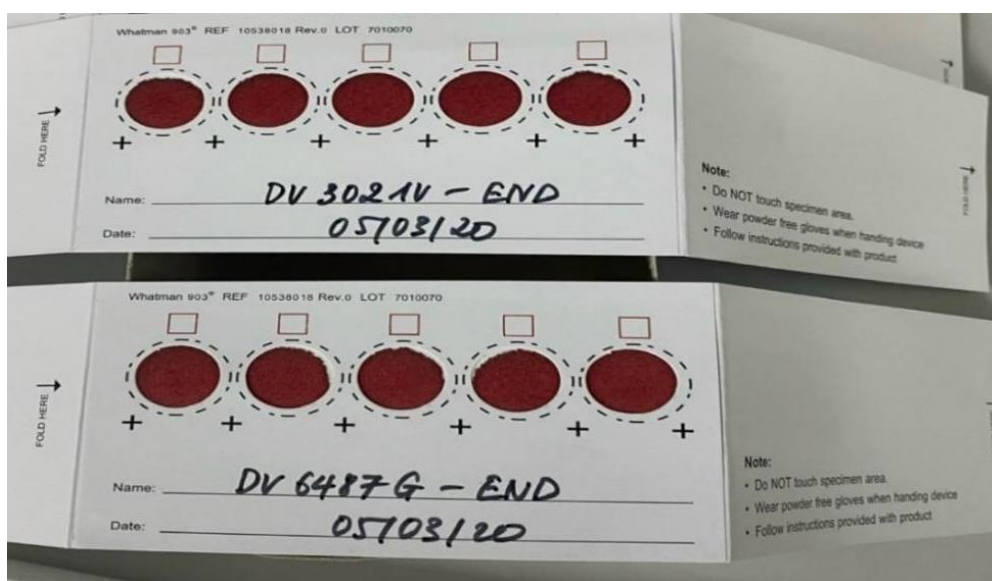
Nghiên cứu được sự đồng thuận của chủ nhiệm dự án DRIVE – C, Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y

Dược Hải Phòng thông qua. Mọi thông tin của cá nhân được mã hóa và giữ bảo mật an toàn. Thu thập số liệu được tiến hành một cách trung thực, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thu thập mẫu DBS

250 mẫu máu thu được từ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV và HCV tại Hải Phòng từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021 được sử dụng để tạo ra 250 thẻ DBS tương ứng, với mỗi ô tròn được nhỏ 50 μ l máu toàn phần. Lượng máu còn lại được ly tâm, thu huyết tương làm mẫu đối chứng cho xét nghiệm.



Hình 1. Thẻ DBS sau khi được hoàn thành

Mỗi thẻ DBS có 5 ô, tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ sử dụng 1 ô (1 hình tròn), phần còn lại được sử dụng trong các dự án khác của DRIVE – C.

Nhận xét: Các thẻ mẫu DBS có mã mẫu, ngày thu mẫu được ghi rõ nét, các ô tròn có độ đậm đồng đều chứng tỏ chúng

có thể tích mẫu máu tương đương nhau. Do đó việc sử dụng các ô tròn trong cùng 1 mẫu DBS cho kết quả tương đương.

3.2. Kết quả đo tải lượng HCV-RNA sử dụng mẫu DBS bằng kỹ thuật GeneXpert

Bảng 1: Kết quả đo tải lượng HCV-RNA sử dụng mẫu DBS bằng kỹ thuật GeneXpert

Kết quả	Số lượng
Không có kết quả	7
Âm tính	115
Dương tính	128
Tổng	250

Nhận xét: Trong tổng số 250 mẫu DBS được sử dụng để đo tải lượng HCV-RNA có 7 mẫu không cho ra kết quả, 115 mẫu âm tính và 128 mẫu dương tính.

243 mẫu có kết quả đo tải lượng HCV-RNA bằng mẫu DBS được tiến hành đo tải lượng sử dụng mẫu huyết thanh, kết quả được thể hiện ở Bảng 3.2.

3.3. Kết quả đo tải lượng HCV-RNA sử dụng mẫu huyết tương bằng kỹ thuật GeneXpert

Bảng 2: Kết quả đo tải lượng HCV-RNA sử dụng mẫu huyết tương bằng kỹ thuật GeneXpert

Kết quả	Số lượng
Âm tính	98
Dương tính	145
Tổng	243

Nhận xét: Trong tổng số 243 mẫu huyết tương được tiến hành đo tải lượng HCV-RNA có 98 mẫu âm tính và 145 mẫu dương tính.

3.3. So sánh kết quả đo tải lượng HCV-RNA bằng kỹ thuật GeneXpert trên mẫu DBS và huyết thanh

3.3.1. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm đo tải lượng HCV-RNA bằng kỹ thuật GeneXpert trên mẫu DBS

$$\text{Độ nhạy} = \frac{\text{số kết quả dương tính thật}}{(\text{Số kết quả dương tính thật} + \text{số kết quả âm tính giả})}$$

$$= \frac{128}{145} = 0.8827 = 88.27\%$$

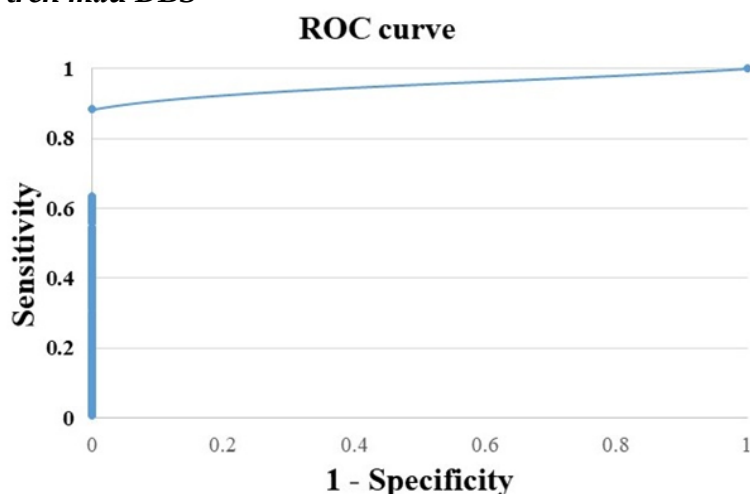
$$\text{Độ đặc hiệu} = \frac{\text{Số kết quả âm tính thật}}{(\text{Số kết quả âm tính thật} + \text{Số kết quả dương tính giả})}$$

$$= \frac{98}{98} = 1 = 100\%$$

Hình 2. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm đo tải lượng HCV-RNA bằng kỹ thuật GeneXpert trên mẫu DBS

Nhận xét: Độ nhạy của xét nghiệm đo tải lượng virus viêm gan C bằng mẫu DBS là 88.27% với độ đặc hiệu là 100%

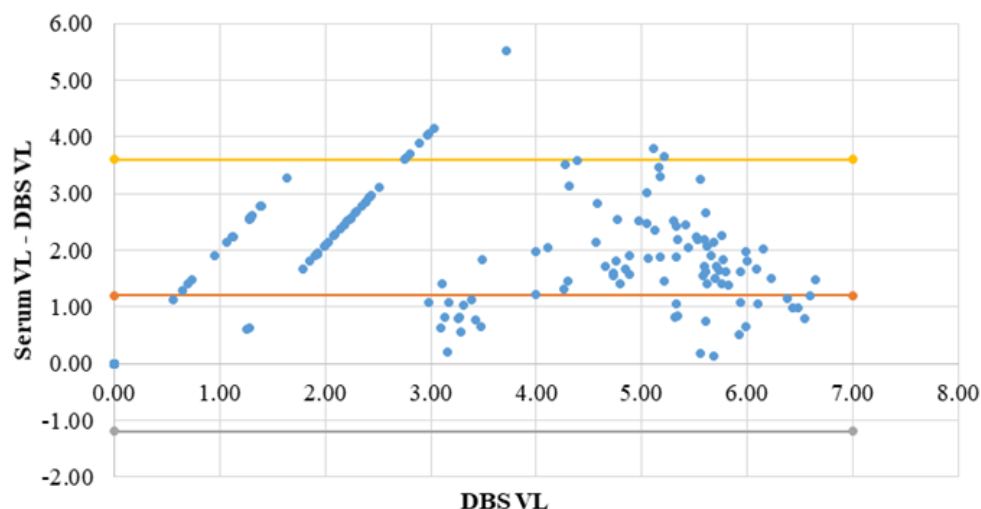
3.3.2. Kết quả đánh giá độ tin cậy của của xét nghiệm đo tải lượng HCV-RNA bằng kỹ thuật GeneXpert trên mẫu DBS



Hình 3. Đường cong ROC của giá trị tải lượng HCV-RNA trên mẫu DBS

Nhận xét: Đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) được sử dụng để phân tích sự liên quan giữa mẫu DBS và mẫu huyết thanh đối chứng có ngưỡng phát hiện ≥ 4.5 IU/ml với AUC = 0.94, $p < 0.05$

Bland - Altman Plot



Hình 4. Biểu đồ Bland – Altman trên mẫu DBS và huyết thanh

Nhận xét: Biểu đồ Bland – Altman giữa tải lượng virus mẫu DBS và mẫu huyết thanh chúng có giá trị trung bình của sự khác biệt là 1.2 IU/ml, với ngưỡng giá trị chấp thuận là -1.2 – 3.6 IU/ml. 95% các kết quả nằm trong khoảng chấp thuận.

IV. BÀN LUẬN

Sự gia tăng tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C gây ra gánh nặng sức khỏe toàn cầu do đó nhu cầu cần có một phương pháp xét nghiệm giúp sàng lọc và chẩn đoán nhanh chóng, dễ áp dụng và chi phí thấp tăng cao. Những quy

trình xét nghiệm virus viêm gan C hiện nay được thực hiện bởi nhân viên y tế được đào tạo về chuyên môn do quá trình lấy mẫu phức tạp, yêu cầu về máy móc xét nghiệm hiện đại, vì vậy khó tiếp cận với cộng đồng đặc biệt là khu vực xa xôi, hẻo lánh, ở các nước đang và kém phát triển.

Ý tưởng sử dụng giọt máu khô để chẩn đoán HCV được đưa ra như một giải pháp thay thế vì chúng dễ dàng thu thập bởi tất cả mọi người, rẻ hơn, nhanh hơn và thuận lợi cho quá trình bảo quản cũng như vận chuyển mẫu bệnh phẩm. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phương pháp thu mẫu sử dụng giọt máu khô (DBS) là đáng tin cậy trong việc phát hiện và đo tải lượng HCV-RNA với độ nhạy và độ đặc hiệu cao⁶⁻⁷. Việc ứng dụng DBS trong chẩn đoán nhiễm virus viêm gan C giúp gia tăng số lượng người sàng lọc và xét nghiệm sớm ở các nhóm có nguy cơ cao từ đó giảm thiểu tác hại của virus tới sức khỏe của người bệnh cũng như tiến tới loại bỏ hoàn toàn virus ra khỏi cộng đồng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thử nghiệm giá trị ứng dụng của DBS trong phát hiện và định lượng HCV-RNA bằng kỹ thuật GeneXpert với 250 mẫu máu được thu thập từ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV và HCV để tạo thành các mẫu DBS tương ứng và tiến hành đo tải lượng HCV-RNA. Kết quả đo tải lượng HCV-RNA cho thấy chỉ có 128 mẫu dương tính, 115 mẫu âm tính và 7 mẫu không có kết quả. Nguyên nhân 7 mẫu không có kết quả là do xuất hiện lỗi trong quá trình khởi chạy phân tích mẫu hoặc lỗi trong quá trình khuếch đại chứng nội kiểm của bộ sinh phẩm. Thông thường các mẫu bị lỗi này sẽ được tiến hành phân tích lại với 1 khoanh

giấy DBS mới, tuy nhiên do giới hạn của nghiên cứu về chi phí, nguồn mẫu còn được dành cho các nghiên cứu tiếp theo trong dự án Drive-C, do đó những mẫu bị lỗi này không được thực hiện lại. Với 243 mẫu có kết quả đo tải lượng HCV-RNA sử dụng mẫu DBS được tiến hành đo tải lượng bằng mẫu huyết tương, kết quả cho thấy có 145 mẫu dương tính và 98 mẫu âm tính với HCV-RNA.

Đánh giá độ nhạy của xét nghiệm phát hiện HCV-RNA trên mẫu DBS là 88.27% và độ đặc hiệu là 100%. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của tác giả Andrea Bregenzer và cộng sự⁸ công bố năm 2021 với độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 100%. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy DBS có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc phát hiện HCV-RNA⁶⁻⁹.

Khi so sánh với mẫu huyết thanh đối chứng, nhóm nghiên cứu nhận thấy 17 mẫu âm tính giả trong nghiên cứu này đều được lấy từ những bệnh nhân có tải lượng virus thấp (<600 IU/ml). Điều này có thể là do chỉ một lượng máu nhỏ được sử dụng cho xét nghiệm (một giọt máu cho mỗi mẫu DBS - 50µl). Tuy nhiên, vấn đề này có thể được giải quyết bằng cách rửa giải và tiến hành xét nghiệm trên mẫu DBS được tạo ra với thể tích bệnh phẩm lớn hơn hoặc nhiều khoanh giấy DBS hơn (2, 3, hoặc 4 khoanh giấy). Theo một nghiên cứu của Edouard Tuailon⁹, 3 giọt máu (150µl) là đủ để tiến hành tất cả các xét nghiệm chẩn đoán HCV, bao gồm cả xét nghiệm anti - HCV, đo tải lượng HCV-RNA và giải trình tự gene. Theo kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu, tải lượng virus HCV-RNA nhỏ hơn 1000IU/ml là hiếm

gặp ở những bệnh nhân chưa được điều trị. Thật vậy, theo một nghiên cứu được công bố bởi tổ chức y tế thế giới - WHO, hơn 95% các bệnh nhân nhiễm HCV mạn tính có tải lượng virus lớn hơn $4.0 \log_{10}$ IU/ml (lớn hơn 10000 IU/ml)¹⁰.

Theo nghiên cứu được tác giả Jenna Weber và cộng sự công bố năm 2019 cho thấy có 402/422 (95.3%) các mẫu máu từ bệnh nhân nhiễm HCV mạn tính chưa qua điều trị có tải lượng virus lớn hơn hoặc bằng $4.0 \log_{10}$ IU/ml ($\geq 10,000$ IU/ml). Thêm vào đó, 412/422 (97.6%) mẫu bệnh phẩm có tải lượng virus lớn hơn hoặc bằng $3.0 \log_{10}$ IU/ml ($\geq 1,000$ IU/ml). Tải lượng virus trong các mẫu từ bệnh nhân sau điều trị là lớn hơn hoặc bằng $3.0 \log_{10}$ IU/ml ($\geq 1,000$ IU/ml). Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy DBS có thể phù hợp trong chẩn đoán các bệnh nhân chưa được điều trị hoặc sàng lọc cộng đồng¹¹.

Phân tích đường cong ROC cho thấy, diện tích dưới đường cong AUC = 0.94. Giá trị này tương đương với nghiên cứu của tác giả Parker S.P và Khan H.I. với AUC là 0.92¹². Từ đó, có thể thấy xét nghiệm phát hiện HCV-RNA trên mẫu DBS là có giá trị và đáng tin cậy.

Nghiên cứu này cũng chỉ ra mối liên quan tốt giữa giá trị đo tải lượng HCV-RNA trên mẫu DBS và mẫu huyết thanh, tương tự với một vài nghiên cứu trước đó⁸⁻¹³. 95% số mẫu nghiên cứu nằm trong khoảng chấp thuận của biểu đồ Bland – Altman.

Từ các kết quả trên, nhóm nghiên cứu nhận thấy kỹ thuật định lượng HCV-RNA sử

dụng mẫu máu DBS bằng kỹ thuật Geneexpert có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ tin cậy cao, có thể hữu dụng trong việc phát hiện và đo tải lượng HCV-RNA, đặc biệt là trong sàng lọc cộng đồng dân cư ở các vùng xa xôi, hẻo lánh với điều kiện y tế kém phát triển và theo dõi những bệnh nhân chưa hoặc đang điều trị.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù vẫn còn một số hạn chế dẫn tới các kết quả âm tính giả, kỹ thuật sử dụng DBS để phát hiện và đo tải lượng HCV-RNA bằng GeneXpert đã chứng minh là có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tin cậy cao. Phương pháp này có tiềm năng để trở thành một giải pháp thay thế cho phương pháp xét nghiệm và sàng lọc HCV trong tương lai bằng việc dễ thu thập, đơn giản hóa quy trình lấy mẫu, bảo quản và không yêu cầu các thiết bị dụng cụ thí nghiệm phức tạp.

VI. KIẾN NGHỊ

Trong nghiên cứu này, vẫn còn một số hạn chế nhất định dẫn đến các kết quả âm tính giả. Nhóm nghiên cứu hi vọng trong tương lai có thêm những nghiên cứu mới được tiến hành trên cỡ mẫu lớn hơn và tối ưu hóa quy trình xét nghiệm của kỹ thuật đo tải lượng HCV-RNA trên mẫu DBS.

VII. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn dự án DRIVE – C đã tài trợ kinh phí cũng như chấp thuận để chúng tôi sử dụng các mẫu nghiên cứu của dự án để tiến hành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hepatitis C.** <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>>.
2. **Hepatitis C Questions and Answers for Health Professionals** (2022) | CDC.
3. **Ghany M.G., Strader D.B., Thomas D.L., et al.** (2009). Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology* Baltim Md, 49(4), 1335–1374.
4. **Li:** Dried blood spots: applications and techniques - Google Scholar.
5. **Grüner N., Stambouli O., and Ross R.S.** (2015). Dried Blood Spots - Preparing and Processing for Use in Immunoassays and in Molecular Techniques. *J Vis Exp JoVE*, (97), 52619.
6. **Parker S.P., Khan H.I., and Cubitt W.D.** (1999). Detection of antibodies to hepatitis C virus in dried blood spot samples from mothers and their offspring in Lahore, Pakistan. *J Clin Microbiol*, 37(6), 2061–2063.
7. **Abe K. and Konomi N.** (1998). Hepatitis C Virus RNA in Dried Serum Spotted onto Filter Paper Is Stable at Room Temperature. *J Clin Microbiol*, 36(10), 3070–3072.
8. **Andrea B, Cornelia O, Cornelia K, Karin S, Christoph A.** (2021). HCV RNA quantification in capillary dried blood spots with the Xpert® HCV Viral Load test for diagnosing chronic HCV infection, monitoring treatment and detecting reinfection. *Swiss Medical Weekly*, Vol. 151 No. 5152 (2021).
9. **Tuailon E., Mondain A.-M., Meroueh F., et al.** (2010). Dried blood spot for hepatitis C virus serology and molecular testing. *Hepatology* Baltim Md, 51(3), 752–758.
10. **World Health Organization:** WHO guidelines on hepatitis... - Google Scholar.
11. **Weber J., Sahoo M.K., Taylor N., et al.** (2019). Evaluation of the Aptima HCV Quant Dx Assay Using Serum and Dried Blood Spots. *J Clin Microbiol*, 57(4), e00030-19.
12. **Parker S.P., Khan H.I., and Cubitt W.D.** (1999). Detection of antibodies to hepatitis C virus in dried blood spot samples from mothers and their offspring in Lahore, Pakistan. *J Clin Microbiol*, 37(6), 2061–2063.
13. **Nguyen T.T., Lemee V., Bollore K., et al.** (2018). Confirmation of HCV viremia using HCV-RNA and core antigen testing on dried blood spot in HIV infected peoples who inject drugs in Vietnam. *BMC Infect Dis*, 18, 622.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÀNH BỤNG CÓ CHUYỂN RỖN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Phan Văn Tuấn¹, Lê Thế Sơn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tạo hình thành bụng có chuyển rốn là kỹ thuật được sử dụng phổ biến để phẫu thuật tạo hình lại thành bụng sau sinh trong hơn 40 năm qua. **Đối tượng Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên 33 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình thành bụng theo đường cắt ngang có chuyển rốn tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng trong thời gian từ 1/2019 đến 6/2021. **Kết quả:** Có 28/33 BN có thừa da mỡ bụng độ 3, chiếm tỷ lệ 75,8%. Có 4/33/BN có thừa da mỡ độ 2, có 1/33 BN có thừa da mỡ độ 1. Có 30/33 BN có tình trạng vết mổ tốt, (chiếm tỷ lệ 90,1%), 3 BN trung bình chiếm tỷ lệ 9,9% và không có BN kém. **Kết luận:** Đây là phương pháp an toàn có tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Tạo hình thành bụng.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF ABDOMINAL CONTOURING WITH UMBILICAL TRANSPOSITION AT VIET TIEP HOSPITAL HAI PHONG

Introduction: Abdominal contouring with umbilical transposition has been a commonly used technique for postpartum abdominal reconstructive surgery for over 40 years. **Subjects and Methods:** This descriptive and

prospective study was conducted on 33 patients who underwent abdominal contouring with umbilical transposition at the Department of Plastic Surgery, Viet Tiep Hospital Hai Phong from January 2019 to June 2021. **Results:** 28/33 patients had grade 3 abdominal adiposity, accounting for 75.8% of the cases. Four patients had grade 2 abdominal adiposity, and one patient had grade 1 abdominal adiposity. 30/33 patients had good wound healing, accounting for 90.1% of the cases, while 3 patients had moderate wound healing, accounting for 9.9% of the cases. There were no cases of poor wound healing. **Conclusion:** Abdominal contouring with umbilical transposition is a safe and highly aesthetic technique.

Keywords: Abdominal contouring.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình thành bụng là loại bỏ tổ chức dư thừa như da mỡ của thành bụng và phục hồi lại các bất thường của thành bụng. Để đáp ứng nhu cầu của người bệnh, các phương pháp tạo hình thành bụng ngày càng được nghiên cứu và ứng dụng sâu rộng. Năm 1890, Demars và Marx thực hiện phương pháp rạch hình 1/4 quả cam dưới rốn để cắt bỏ da mỡ thừa. Kelly, năm 1899, lần đầu tiên công bố khái niệm tạo hình thành bụng sau khi cắt bỏ da mỡ bụng theo hình 1 bánh sừng bò vắt ngang trên rốn. Năm 1967, Pitanguy đã công bố một kỹ thuật tạo hình thành bụng với một sẹo nằm ngang kín đáo kết hợp với chuyển vị trí rốn. Và sau này, kỹ thuật của ông đã được áp dụng rộng rãi với những cải tiến thích hợp, gọi là "kỹ thuật tạo

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Tuấn

Email: pvantuan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.6.2023

Ngày duyệt bài: 24.7.2023

hình thành bụng đường cắt ngang dưới có chuyển rốn". Ở Việt Nam, các kỹ thuật tạo hình thành bụng cũng đã được áp dụng trên 30 năm qua. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả tạo hình thành bụng có chuyển rốn tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng”. Nhằm mục tiêu: Nhận xét kết quả tạo hình thành bụng có chuyển rốn tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 6/2018 đến 6/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình thành bụng theo đường cắt ngang có chuyển rốn tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 6/2018 đến 6/2022.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân nữ.
- Có giãn da, cân thành bụng sau sinh, thừa da mỡ thành bụng.
- Không có viêm nhiễm thành bụng.
- Bệnh nhân chấp nhận phẫu thuật.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân điều trị nội khoa chưa ổn định: Đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn đông máu...
- Bệnh nhân chỉ thừa mỡ, không thừa da thành bụng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Đánh giá kết quả theo Đỗ Quang Hùng: Tốt, trung bình, kém; vạt da bụng (màu sắc, độ mềm mại), sẹo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình thành bụng theo đường cắt ngang có chuyển rốn tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng chúng tôi nhận thấy:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,6 \pm 3,3$. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 26 tuổi, nhiều tuổi nhất là 48 tuổi.

Đặc điểm da mỡ

Bảng 3.1. Phân bố độ thừa da mỡ thành bụng

Độ thừa da mỡ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ 1	0	0,0
Độ 2	3	9,1
Độ 3	28	84,8
Độ 4	2	6,1
Tổng số	33	100

Nhận xét: Bệnh nhân có thừa da mỡ thành bụng độ 3 là chủ yếu chiếm 84,8%.

Test véo da thành bụng

Bảng 3.2. Liên quan giữa test véo da và sự giãn đường trắng giữa

Test véo da Đường trắng giữa	Dương tính		Âm tính		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Giãn	19	65,5	1	25,0	20	60,6
Không giãn	10	34,5	3	75,0	13	39,4
Tổng số	29	100	4	100	33	100

Nhận xét: Test véo da dương tính là 29/33 BN chiếm 87,8% , trong đó có đường trắng giữa giãn là 65,5%. Or =1,25, p<0,01

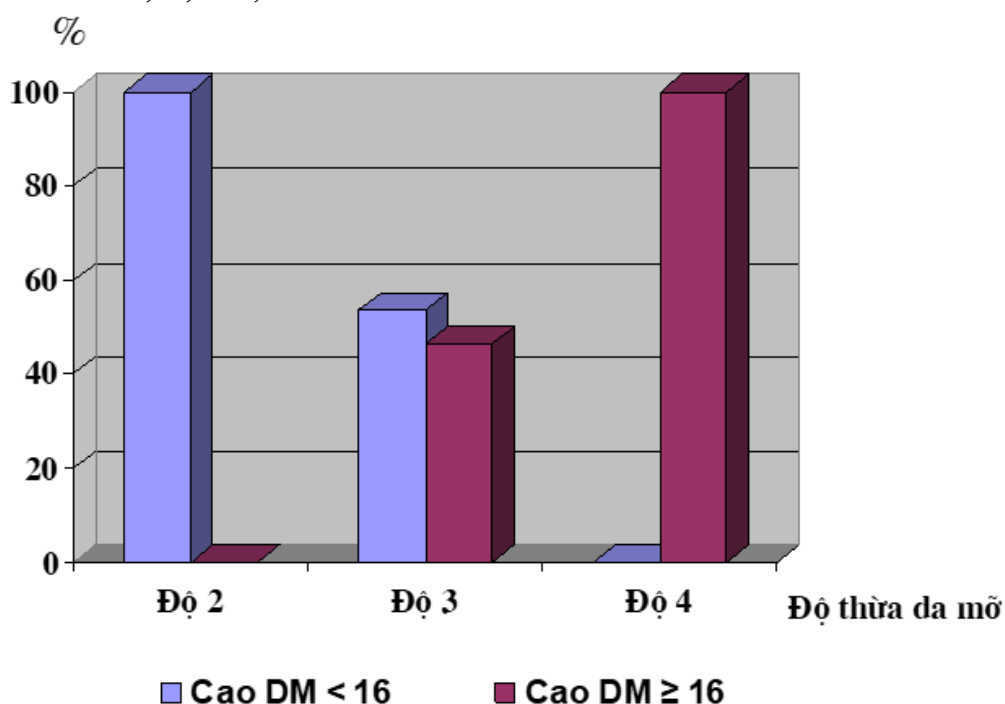
Bảng 3.3. Liên quan giữa chiều cao da mỡ cắt bỏ và độ thừa da mỡ

Chiều cao da mỡ (cm)	< 16		≥ 16		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Độ 2	3	16,7	0	0,0	3	9,1
Độ 3	15	83,3	13	86,7	28	84,8
Độ 4	0	0,0	2	13,3	2	6,1
Tổng số	18	100	15	100	33	100

Nhận xét:

- Thừa da mỡ độ 3 phải phẫu thuật là 28/33 Bn chiếm 84,8% , trong đó cắt bỏ < 16 cm là 15/18 BN (83,3%), cắt ≥ 16 cm là 13/15 (86,7%).

- Chiều cao của vạt da mỡ cắt bỏ trung bình là $16,3 \pm 3.3$ cm, cao nhất là 22 cm, thấp nhất là 12,5 cm. OR= 1,95, P<0,05



Biểu đồ 3.6. Liên quan giữa độ thừa DM và chiều cao DM cắt bỏ

Nhận xét: 18/33 BN (54,5%) được cắt bỏ da mỡ có chiều cao dưới 16 cm, trong đó 3/18 BN (16,7%) thừa da mỡ độ 2 được cắt < 16 cm. 2/15 BN (13,3%) thừa da mỡ độ 4 đều được cắt ≥ 16 cm. P<0,05,

3.2. Đánh giá kết quả

Bảng 3.4. Kết quả sau mổ 1 tháng

Tình trạng	Tốt		Trung bình		Tổng số	
	BN	%	BN	%	BN	%
Vạt da	32	97,0	1	3,0	33	100
Vết mổ	30	91,0	3	9,0	33	100

Nhận xét:

- Tình trạng vết mổ tốt 30/33 BN (90,1%), trung bình 3/33 (9,1%).

- Tự dịch sau mổ 2/33 BN (6,1%). Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hay hoại tử vật da.

*** Kết quả sau mổ 3 tháng**

- Sẹo đẹp 31/33 (94%), sẹo xấu 2/33 BN (6%)

- Màu sắc vật tương hợp là 100%, da bụng mềm mại 100%

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đường rạch da**

Trong phẫu thuật tạo hình nói chung và tạo hình thành bụng nói riêng, lên kế hoạch phẫu thuật luôn là bước thực hiện cơ bản, không thể thiếu. Chính vì vậy, việc thiết kế và thực hiện đường rạch da được chúng tôi rất quan tâm. Chọn một đường rạch da thích hợp là góp phần cho sự hình thành một sẹo nhỏ, phẳng, trùng hoặc song song với nếp bẹn bụng, không căng, không kéo lệch các đơn vị giải phẫu kế cận. Đặc biệt ở thành bụng dưới có vùng mu, nếu tính toán không chính xác, vùng này có thể bị co kéo lên trên. Để giải quyết vấn đề này, chúng tôi đặc biệt quan tâm tới chiều cao da mỡ cần cắt bỏ. Chúng tôi coi chiều cao của vật là đoạn thẳng nằm trên đường giữa (đường ức – mu). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao da mỡ da mỡ cắt bỏ trung bình là 16,3 cm. Đây cũng là lượng cắt da mỡ khá lớn, đặc trưng cho phẫu thuật thành bụng toàn thể. Theo chỉ định của Mohan Rangaswamy (2008) [7] lượng da thừa cần cắt bỏ cao hơn

12 cm thì cần áp dụng kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn thể có chuyển rốn. Có thể ước lượng lượng da thừa bằng cách sử dụng test véo da mỡ, bằng cách này phẫu thuật viên có thể vẽ đường mổ một cách tương đối chính xác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một bệnh nhân có chiều cao da mỡ cắt bỏ lớn nhất là 22 cm. Bệnh nhân này thừa da mỡ độ 4, cao 1m66. Một bệnh nhân có chiều cao da mỡ cắt bỏ nhỏ nhất là 12,5 cm. Bệnh nhân này thừa da mỡ độ 2, cao 1m52. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa chiều cao vật da mỡ cắt bỏ với độ thừa da mỡ bệnh nhân với $p < 0,05$ kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Van Uchelen JH, Werker PM, Kon M (2016) [7].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Sau mổ 3 tháng, sẹo đẹp là 31/33 BN (94%), 2/33 BN (6%) có sẹo xấu. Vị trí sẹo xấu được chúng tôi nghiên cứu và cho thấy, chủ yếu sẹo xấu thường kết hợp cả ở rốn và đường sẹo bẹn bụng. Có thể do cơ địa bệnh nhân, cũng có thể do thành bụng quá căng sau mổ, nên sẹo xấu thường xuất hiện ở cả hai nơi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả sẹo vùng bẹn bụng đều nằm thấp dưới hai gai chậu trước trên. Như vậy là đường rạch da của kỹ thuật tạo hình thành bụng đường cắt ngang dưới có chuyển rốn là phù hợp với nhu cầu của phụ nữ khi đường sẹo có thể nằm thấp và che giấu dễ dàng khi mặc quần áo. Tuy nhiên, độ dài sẹo là một yếu tố làm hạn chế chỉ định của kỹ thuật này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài sẹo trung bình là 35,6 cm.

V. KẾT LUẬN

- Da mỡ thừa độ 3 là 84,8%, test véo da dương tính 87,8%.
- Chiều cao da mỡ thừa cắt bỏ ≥ 16 cm chiếm 86,7%, trung bình là $16,3 \pm 3.3$ cm
- Kết quả sau 1 tháng: vạt da bụng tốt là 97%, vết mổ liền tốt là 91%.
- Kết quả sau 3 tháng: màu sắc vạt tương hợp 100%, da bụng mềm mại 100%, sẹo đẹp 94%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bắc Hùng (2005).** “Phẫu thuật tạo hình”. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 290 - 306.
2. **Hoàng Thị phương Lan (2007).** "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình thành bụng theo kỹ thuật đường cắt ngang dưới có chuyển rốn ở phụ nữ", luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, đại học Y Hà Nội.
3. **Đỗ Quang Hùng, Lê Hành, Đại Diệp Lan Thanh (2011).** “Bước đầu nhận định qua 102 trường hợp phẫu thuật tạo hình thành bụng an toàn tại bệnh viện chợ rẫy”. Tạp chí nghiên cứu Y Học, Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 3 tr 179-188.
4. **Orhan E. Arslan (2005),** “Anatomy of the Abdominal Wall”. Aesthetic Surgery of the Abdominal Wall, trang 16 - 25.
5. **Melvin A. Shiffman Sid Mirrafati, (2005),** “Prevention and Management of Abdominoplasty Complications” Aesthetic Surgery, vol 16, trang 156 - 157.
6. **Christian T. Bonde, (2007).** “Abdominal strength after breast reconstruction using a free abdominal flap”, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, vol 60, trang 519-523.
7. **Van Uchelen JH, Werker PM, Kon M (2016).** Complications of abdominoplasty in 86 patients. Plast Reconstr Surg 2016;107:1869-73.

THỰC TRẠNG SỰ HÀI LÒNG VÀ SỰ TỰ TIN TRONG HỌC TẬP MÔ PHỎNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2022

Đỗ Thị Ninh¹, Lương Thị Thu Giang¹, Hoàng Thị Oanh¹,
Hoàng Tuấn Anh¹, Đỗ Thị Hà Mi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng sự hài lòng và sự tự tin trong học tập mô phỏng của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 323 sinh viên điều dưỡng. **Kết quả:** Kết quả cho thấy, sinh viên điều dưỡng có sự hài lòng và sự tự tin cao trong học tập mô phỏng, giá trị trung bình lần lượt là 4.01 (SD= .63) và 4.52 (SD= .58). Sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên hai khóa khác nhau trong học tập mô phỏng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là $p=0.02$ và $p=0.01$ ($p<0.05$). Sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên trong học tập mô phỏng có mối tương quan thuận chặt chẽ với nhau $r=0.68$ ($p<0.05$). **Kết luận và kiến nghị:** Thực hành mô phỏng là phương pháp học tập hiệu quả để chuẩn bị kiến thức, kỹ năng cho sinh viên trước khi bước vào giai đoạn thực hành lâm sàng. Nghiên cứu chỉ ra rằng sự chuẩn bị tốt về các điều kiện, cơ sở vật chất, trang thiết bị, mô hình phục vụ cho việc học tập mô phỏng là vô cùng quan trọng, nó giúp nâng cao sự hài lòng và tự tin cho sinh viên.

Từ khóa: Sinh viên, điều dưỡng, hài lòng, tự tin, học tập mô phỏng

SUMMARY

THE SATISFACTION AND SELF-CONFIDENCE NURSING STUDENTS IN SIMULATION LEARNING IN HAIPHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY 2022

Purpose: A cross-sectional study aimed to describe the satisfaction and self-confidence of nursing students in simulation learning at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, 2022. **Methods:** Results showed that nursing students have a high level of satisfaction and self-confidence 4.01 (SD= .63) và 4.52 (SD= .58). **Results:** There was a statistically significant difference in satisfaction and self-confidence among nursing students who were enrolled in different academic years ($p=0.02$, $p=0.01$, respectively). There was a positive correlation between satisfaction and self-confidence among nursing students who attended simulation learning. ($r= 0.68$, $p<0.05$). **Conclusion and implication:** Simulation practice is an effective learning method for preparing students with knowledge and skills before entering the clinical practice phase. Research indicates that a good preparation in terms of conditions, infrastructure, equipment, and simulation models for learning is extremely important. It helps enhance student satisfaction and confidence.

Keywords: nursing student, simulation study, satisfaction

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ninh
Email: dtninh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023
Ngày duyệt bài: 20.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô phỏng lâm sàng đã trở thành một phương pháp giảng dạy và học tập phổ biến trong đào tạo điều dưỡng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng khi giáo dục mô phỏng được áp dụng các tiêu chuẩn, phương pháp giảng dạy, đánh giá thích hợp sẽ dẫn đến các kết quả học tập tốt [1] [2]. Hơn nữa, trong các nghiên cứu so sánh giáo dục mô phỏng lâm sàng với các phương pháp giáo dục điều dưỡng truyền thống cho thấy mô phỏng lâm sàng mang lại hiệu quả giảng dạy, học tập vượt trội [3]. Hội đồng Điều dưỡng Quốc gia Mỹ đã chỉ ra rằng mô phỏng có thể được sử dụng hiệu quả để thay thế tới 50% thời gian thực hành lâm sàng [1].

Hiện nay, tại Việt Nam hầu hết các cơ sở đào tạo điều dưỡng đã trang bị các phòng thực hành tiền lâm sàng để trang bị kiến thức và kỹ năng cho sinh viên trước khi học thực hành tại các bệnh viện. Tuy nhiên, các nghiên cứu về giáo dục mô phỏng chưa được chú trọng để giúp nâng cao hiệu quả giảng dạy và học tập tại của điều dưỡng tại các trung tâm mô phỏng. Hơn nữa, chưa có nghiên cứu nào liên quan đến giáo dục mô phỏng được thực hiện trên sinh viên điều dưỡng tại Hải Phòng, nên nghiên cứu này được thực hiện với mục đích mô tả thực trạng về sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên điều dưỡng trong học tập mô phỏng nhằm cung cấp bằng chứng để nâng cao hiệu quả của giáo dục mô phỏng trong đào tạo điều dưỡng. Nghiên cứu nhằm trả lời câu hỏi: *Thực trạng về sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên điều dưỡng Hải Phòng trong học tập mô phỏng như thế nào?*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên dưỡng năm thứ 2, năm học

2020-2021 và 2021-2022, tham gia học phần thực hành điều dưỡng cơ bản. Đối tượng tham gia nghiên cứu phải đảm bảo tiêu chuẩn: đã hoàn thành học phần lý thuyết điều dưỡng cơ bản và đủ điều kiện để học thực hành; những sinh viên đã trượt học phần thực hành trước đó và học lại tại thời điểm tiến hành nghiên cứu không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng từ 2/2021 đến 10/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu bao gồm 323 sinh viên điều dưỡng chính quy đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, khóa học.

Sự hài lòng: Các chỉ số về sự hài lòng trong học tập mô phỏng của sinh viên điều dưỡng gồm 5 câu hỏi (Oanh et al., 2021) liên quan đến phương pháp dạy học, phòng, dụng cụ thực hành, hoạt động dạy và học, phù hợp, thúc đẩy khả năng thực hành của sinh viên. Sử dụng thang điểm Likert từ 0-5. Chỉ số Cronbach's alpha là 0.87.

Sự tự tin: Các chỉ số về sự tự tin trong học tập mô phỏng của sinh viên điều dưỡng gồm 8 câu hỏi (Oanh et al., 2021) liên quan đến sự tự tin của sinh viên về nội dung các hoạt động học tập, kỹ năng thực hành, sử dụng hiệu quả các nguồn lực học tập. Sử dụng thang điểm Likert từ 0-5. Chỉ số Cronbach's alpha là 0.89.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi được thiết kế theo mẫu của google và gửi đến các sinh viên điều dưỡng trả lời dưới sự hướng dẫn của cán bộ nghiên cứu.

2.7. Phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả thống kê xác định phần trăm và tần suất các đặc điểm cá nhân. Kiểm định Independent T-test xác định có hay không sự khác biệt về giới tính, khóa học đối với sự hài lòng và tự tin trong học tập mô phỏng. Kiểm định Pearson xác định mối liên quan giữa sự hài lòng và tự tin của sinh viên điều dưỡng trong học tập mô phỏng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 323 sinh viên điều dưỡng đang tham gia học phần điều dưỡng cơ bản, trong đó có 312 nữ (96.6%) và 11 nam (3.4%); và số sinh viên năm thứ 2 tham gia học phần thực hành điều dưỡng cơ bản năm học 2020-2021 và 2021-2022 lần lượt là 172 và 151.

Bảng 1: Trung bình, độ lệch chuẩn sự hài lòng và sự tự tin trong học tập mô phỏng (n=323)

TT	Nội dung	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Hài lòng với phương pháp giảng dạy hiện tại			
1	Phương pháp giảng dạy sử dụng trong bài thực hành có tác dụng và hiệu quả	4.07	± .50
2	Phòng thực hành cung cấp cho SV các dụng cụ và hoạt động thực hành đa dạng để giúp cải thiện khả năng thực hành của SV	3.05	± .62
3	SV hứng thú với GV giảng dạy thực hành	4.36	± .67
4	Dụng cụ giảng dạy tại phòng thực hành hỗ trợ và thúc đẩy khả năng thực hành của SV	4.22	± .72
5	Phương pháp giảng dạy của GV tại phòng thực hành phù hợp với phương pháp học của SV	4.38	± .65
	Trung bình tổng	4.01	± .63
Sự tự tin của khi học thực hành			
6	Tôi tự tin rằng tôi hiểu rõ nội dung của các hoạt động thực hành do GV giảng dạy và hướng dẫn	4.56	± .62
7	Tôi tự tin rằng nội dung học thực hành bao trùm các nội dung quan trọng và cần thiết cho chương trình học của tôi	4.63	± .55
8	Tôi tự tin rằng tôi đang phát triển dần các kỹ năng thực hành của mình và đạt được các yêu cầu về kiến thức từ việc thực hiện các kỹ thuật cần thiết tại phòng thực hành	4.68	± .68
9	GV sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả để giảng dạy tại phòng thực hành	4.32	± .48
10	Nhiệm vụ của SV là học những kỹ năng cần thiết từ các	4.45	± .59

	hoạt động thực hành tại phòng thực hành		
11	Tôi biết tìm kiếm sự trợ giúp khi tôi không hiểu nội dung thực hành tại phòng thực hành	4.53	$\pm .50$
12	Tôi biết làm thế nào để dùng các hoạt động thực hành để tìm hiểu những kiến thức quan trọng của các kỹ thuật điều dưỡng	4.37	$\pm .61$
13	Trách nhiệm của GV là giảng dạy và hướng dẫn cho tôi những nội dung tôi cần thực hành tại phòng thực hành	4.62	$\pm .63$
Trung bình tổng		4.52	$\pm .58$

Điểm trung bình về sự hài lòng là 4.01 (SD= .63), trong đó điểm trung bình về phòng thực hành và các dụng cụ là thấp nhất 3.05 (SD= .62) và cao nhất là phương pháp dạy học trong phòng thực hành (M=4.38, SD=.65). Điểm trung bình về sự tự tin là 4.52 (SD= .58), sinh viên có sự tự tin cao trong học tập mô phỏng với điểm trung bình cao nhất liên quan đến phát triển các kỹ năng thực hành (M=4.68, SD=.68)

Bảng 2: Mối liên quan của giới tính, khóa học với sự tự tin và hài lòng (n=323)

Biến		Sự tự tin (p)	Sự hài lòng (p)
Giới tính	Nam	0.25	0.16
	Nữ		
Khóa học	K16	0.01	0.02
	K17		

Sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên ở các khóa học khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là p=0.01, p=0.02 (p<0.05)

Bảng 3: Mối tương quan giữa sự tự tin và sự hài lòng (n=323)

Sự tự tin	Sự hài lòng
r	0.58
p	0.001

Sự tự tin và sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng trong học tập mô phỏng có mối tương quan thuận, chặt chẽ với nhau r= 0.68 (p<0.001)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn sinh viên điều dưỡng tham gia nghiên cứu là nữ (96,6%), kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu trên đối tượng là sinh viên, nhân viên điều dưỡng trong bối cảnh toàn cầu hiện nay nguồn nhân lực điều dưỡng chủ yếu vẫn là nữ. Số lượng sinh viên điều dưỡng của năm học 2021-2022 là 172 cao hơn so với năm học 2020-2021 là 151. Hiện

nay, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng tăng cao hướng tới đa dạng các loại hình khám chữa bệnh, dịch vụ chăm sóc từ cơ bản đến nâng cao. Ngành y tế đòi hỏi số lượng lớn nhân viên điều dưỡng để đáp ứng với nhu cầu đó. Theo thuyết cung cầu, số lượng sinh viên đăng ký học ngành điều dưỡng ngày càng cao tại nhiều trường đại học thuộc khối ngành Y tế. Kết quả phân tích ở bảng 1 cho thấy sinh viên có điểm

trung bình sự hài lòng cao, kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây [4]. Trong đó, phương pháp giảng dạy đạt được điểm hài lòng cao nhất, phần lớn sinh viên nhận thấy phương pháp giảng dạy trong phòng thực hành có tác dụng và hiệu quả. Kết quả của nghiên cứu có sự hài lòng cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Victor [5], tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Oanh [4]. Trang thiết bị trong phòng thực hành đóng vai trò quyết định trong quá trình học thực tập mô phỏng của sinh viên [6]. Tuy nhiên, nhiều sinh viên không hoàn toàn đồng ý rằng dụng cụ giảng dạy tại phòng thực hành hỗ trợ và thúc đẩy khả năng thực hành của sinh viên. Điều đó cho thấy rằng phòng thực hành chưa được trang bị đa dạng để hỗ trợ nâng cao kỹ năng thực hành cho sinh viên. Do đó, đơn vị đào tạo cần chú trọng trang bị đa dạng hơn các mô hình, trang thiết bị để cải thiện cơ sở vật chất, thúc đẩy khả năng kỹ năng thực hành của sinh viên. Tuy nhiên, việc đầu tư trang thiết bị phụ thuộc lớn vào điều kiện kinh tế của cơ sở đào tạo. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của [6].

Bên cạnh đó, sinh viên tự tin rằng đang phát triển dần các kỹ năng thực hành của mình và đạt được các yêu cầu về kiến thức từ việc thực hiện các kỹ thuật cần thiết tại phòng thực hành. Sinh viên nhận thấy nội dung học thực hành bao trùm các nội dung quan trọng và cần thiết cho chương trình học; đồng thời hiểu rõ nội dung của các hoạt động thực hành do giáo viên giảng dạy và hướng dẫn. Đa số sinh viên nhận thức được rằng nhiệm vụ của mình là học những kỹ năng cần thiết từ các hoạt động thực hành tại phòng thực hành và biết làm thế nào để dùng các hoạt động thực hành để tìm hiểu những kiến thức quan trọng của các kỹ thuật điều

dưỡng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lubbers và Rosman về sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng tại Mỹ [7].

Kết quả ở bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự tự tin và sự hài lòng giữa sinh viên của hai khóa. Bộ môn áp dụng phương pháp giảng dạy, cơ sở vật chất trang thiết bị tương tự đối với hai khóa sinh viên. Tuy nhiên, thời điểm học mô phỏng của năm học 2021-2022 ảnh hưởng của đại dịch covid, mặc dù sinh viên vẫn được thực hành trực tiếp và đầy đủ theo như giáo trình đã xây dựng nhưng tâm lý của sinh viên bị ảnh hưởng nhiều. Sự lo lắng về nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 đã ảnh hưởng nhiều đến sự tự tin và sự hài lòng trong thực hành, đó có thể là nguyên nhân dẫn đến sự khác nhau về sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên giữa hai khóa.

Sự hài lòng và sự tự tin trong học tập mô phỏng của sinh viên có mối tương quan thuận chặt chẽ với nhau ($r=0.58$, $p<0.001$). Thực hành mô phỏng là môi trường lý tưởng giúp sinh viên tự tin trong thực hành kỹ năng điều dưỡng [8]. Trong phòng thực hành sinh viên có cơ hội được thực hành nhiều lần một quy trình và trở nên thuần thục các quy trình điều dưỡng sau khi kết thúc học phần. Do đó sinh viên tự tin về các nội dung liên quan đến học phần thực hành. Sinh viên tự tin với kiến thức, kỹ năng mình học được đồng thời phương pháp giảng dạy, học tập phù hợp, hiệu quả khiến sinh viên đạt được sự hài lòng trong học tập mô phỏng [9].

V. KẾT LUẬN

Sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình sự hài lòng và sự tự tin cao trong học tập mô phỏng, giá trị trung bình lần lượt là 4.01 (SD= .63) và 4.52 (SD= .58). Sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên hai khóa khác nhau

trong học tập mô phỏng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là $p=0.02$ và $p=0.01$ ($p<0.05$). Sự hài lòng và sự tự tin của sinh viên trong học tập mô phỏng có mối tương quan thuận chặt chẽ với nhau $r=0.68$ ($p<0.05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Thực hành mô phỏng là phương pháp học tập hiệu quả để chuẩn bị kiến thức, kỹ năng cho sinh viên trước khi bước vào giai đoạn thực hành lâm sàng. Sinh viên đã thể hiện sự hài lòng và tự tin cao trong và sau khi thực hành. Nghiên cứu chỉ ra rằng sự chuẩn bị tốt về các điều kiện, cơ sở vật chất, trang thiết bị, mô hình phục vụ cho việc học tập mô phỏng là vô cùng quan trọng, nó giúp nâng cao sự hài lòng và tự tin cho sinh viên. Tuy nhiên, những mô hình trang thiết bị sử dụng cho học tập mô phỏng thường đòi hỏi tài chính lớn, nên các trường cần có kế hoạch mua sắm phù hợp để nâng cao chất lượng dạy và học mô phỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bugni, T.S., and Ireland, C.M., Marine-derived fungi: a chemically and biologically diverse group of microorganisms. *Natural Product Reports* (2004), 21: p143-163.
2. Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R., The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation* (2014), 5(2), S3-S40.
3. Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C. R., & Borum, J. C., Standards of best practice: Simulation standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing* (2013), 9(6), S3-S11.
4. Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K., NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nurs Educ Perspect* (2015), 36(5):292-3.
5. Oanh, T. T. H., Hoai, N. T. Y., & Thuy, P. T., The relationships of nursing students' satisfaction and self-confidence after a simulation-based course with their self-confidence while practicing on real patients in Vietnam. *J Educ Eval Health Prof* (2021), 18, 16.
6. Victor, J., Ruppert, W., & Ballasy, S., Examining the Relationships Between Clinical Judgment, Simulation Performance, and Clinical Performance. *Nurse Educ* (2017), 42(5), 236-239
7. Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A., Simulation in Clinical Nursing Education. *Acta Inform Med* (2021), 29(1), 15-20.
8. Lubbers, J., & Rossman, C., Satisfaction and self-confidence with nursing clinical simulation; Novice learners, medium-fidelity, and community settings. *Nurse Education Today* (2017), 48, 140-144.
9. Uzelli Yilmaz, D., & Sari, D., Examining the effect of simulation-based learning on intravenous therapy administration' knowledge, performance, and clinical assessment skills of first-year nursing students. *Nurse Educ Today* (2021), 102, 104924.
10. Lee, B. O., Liang, H. F., Chu, T. P., & Hung, C. C., Effects of simulation-based learning on nursing student competences and clinical performance. *Nurse Education in Practice* (2019), 41, 102646.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SAU SINH Ở SẢN PHỤ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Hòa¹, Đỗ Thị Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả về kiến thức chăm sóc sau sinh và xác định một số yếu tố liên quan ở sản phụ tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2022.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 188 sản phụ tại 3 khoa sản 1, sản 2 và sản 3 tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Kết quả:** nghiên cứu cho thấy tỷ lệ về kiến thức chăm sóc sức khỏe, phát hiện dấu hiệu bệnh, chế độ vệ sinh lao động, chế độ dinh dưỡng đạt tương đối cao lần lượt là 84,6%, 87,8%, 89,4%, kiến thức về kế hoạch hóa gia đình tỷ lệ chưa đạt còn cao 80,9%. : Kiến thức về nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh do được nhân viên y tế cung cấp cao gấp 2,7 lần so với cách tiếp cận phương tiện thông tin, ($p < 0,05$), OR = 2,7 CI (1,3-5,7). **Kết luận:** Bệnh viện cần tăng cường tổ chức các lớp học tiền sản, các buổi giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức về chăm sóc sau sinh cho các sản phụ.

Từ khoá: Kiến thức, chăm sóc sau sinh

SUMMARY

THE STATUS KNOWLEDGE ABOUT POSTPARTUM CARE AND SOME RELATED FACTORS IN WOMEN AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL 2022

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoà
Email: nguyenthihoa90.hd@gmail.com
Ngày nhận bài: 06.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.6.2023
Ngày duyệt bài: 21.7.2023

Objective: To determine knowledge about postpartum care and some related factors in women at Hai Phong obstetrics and gynecology hospital 2022. **Method:** a cross-sectional descriptive study was implemented on 188 women at 3 departments: obstetric 1, 2 and 3 at Hai Phong obstetrics and gynecology hospital 2022. **Results:** Research shows that the proportion of knowledge about health care, detecting signs of disease, occupational hygiene regime, and nutrition is relatively high, respectively 84,6%, 87,8%, 89,4%, knowledge about family planning, the rate of unsatisfied rate is still high 80,9%; knowledge about recognizing danger signs after birth provided by health workers is 2,7 times higher than the media approach, $p < 0,05$, OR = 2,7 CI (1,3-5,7). **Conclusion:** It is necessary to strengthen the organization of antenatal classes and health education sessions to improve knowledge about postpartum care for pregnant women.

Keywords: Knowledge, postpartum care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh con là hành trình vượt cạn đầy thử thách, khó khăn với nhiều cung bậc cảm xúc của người mẹ. Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần lễ sau sinh. Trong khoảng thời gian này, các cơ quan trong cơ thể người mẹ, những cơ quan sinh dục sẽ dần dần trở về trạng thái bình thường như trước khi có thai, trừ tuyến vú vẫn tiếp tục phát triển để tiết sữa [2]. Đây là thời kỳ nhạy cảm đối với các sản phụ, nếu không có đủ kiến thức sau sinh sẽ có thể dẫn

đến những hậu quả không mong muốn. Ở Việt Nam, theo số liệu của Bộ Y tế năm 2009, tỷ lệ tử vong sản phụ (MMR) là 69/100.000 trẻ đẻ sống và tỷ lệ tử vong sơ sinh (IMR) là 16/1000 trẻ đẻ sống [3]. Hai tuần đầu sau sinh là khoảng thời gian mà tần suất xuất hiện của các biến chứng sau sinh phổ biến nhất. Các biến chứng sau sinh có thể xảy ra đối với sản phụ bao gồm: chảy máu, bế sản dịch, nhiễm khuẩn sinh dục và tiết niệu, các tổn thương ở vú, tăng sinh môn, hoặc rối loạn tâm thần sau sinh.... Trẻ sơ sinh có thể có những vấn đề sức khỏe như nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm trùng rốn, vàng da bệnh lý....[4]. Ở Việt Nam, đã có nhiều đề tài nghiên cứu về kiến thức chăm sóc sau sinh của sản phụ, tuy nhiên tại Hải Phòng các nghiên cứu về vấn đề chăm sóc sau sinh còn chưa phổ biến. Với mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc và giáo dục sức khỏe sản phụ sau đẻ toàn diện, không chỉ dừng lại ở việc chăm sóc tại bệnh viện mà còn chăm sóc khi sản phụ về nhà. Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu: Thực trạng kiến thức về chăm sóc sau sinh ở sản phụ và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2022 với mục tiêu:

- Mô tả về kiến thức chăm sóc sau sinh ở sản phụ tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2022

- Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh ở những sản phụ này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ sau sinh tại Khoa sản 1, sản 2 và sản 3- Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ 01/06/2022 đến 01/09/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các sản phụ sau đẻ

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những sản phụ không có khả năng trả lời: những người câm điếc, tâm thần.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ 01/06/2022 đến 01/09/2022

Địa điểm: Khoa sản 1, 2 và 3, BV Phụ Sản Hải Phòng

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu:

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

Trong đó: n là số sản phụ sau đẻ tham gia nghiên cứu.

- Ước tính cỡ mẫu với $p = 0,8$. Sử dụng p là tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt 80% dựa trên nghiên cứu của Vũ Đình Hùng ở bệnh viện Bạch Mai (2016) [6]

- Z: Hệ số tin cậy, tương ứng với $\alpha = 0,05$

- Cộng thêm 10 % sai số khi lấy thông tin.

- Qua tính toán: Cỡ mẫu NC là 188 sản phụ

- Cách lấy mẫu: Lấy mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn các sản phụ sau sinh tại 3 khoa: Sản 1, Sản 2 và Sản 3 bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

- Biến số nghiên cứu:

- + Các biến số về nhân khẩu học: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp...

- + Các biến số về kiến thức chăm sóc sau sinh: kiến thức phát hiện dấu hiệu nguy hiểm sau sinh, chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh, chế độ dinh dưỡng và kế hoạch hóa gia đình

2.4. Xử lý số liệu:

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n= 188)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 20	13	6,8
	20-29	90	47,9
	≥ 30	85	45,3
TĐHV	THCS	3	1,6
	THPT	107	56,9
	Cao đẳng, đại học, sau ĐH	78,0	41,5
Sinh con lần này	Con so	13	6,8
	Con rạ	175	93,2
Địa chỉ	Nội thành	33	17,6
	Ngoại thành	155	82,4

Nhận xét: Các sản phụ nằm trong độ tuổi từ 20-29 tuổi chiếm tỉ lệ 47,9%, với trình độ học vấn THPT 56,9%, sinh con rạ chiếm đa số 175 sản phụ (93,2%) và đa phần sinh sống tại ngoại thành (82,4%).

3.2. Thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức của các sản phụ về dấu hiệu nguy hiểm sau sinh (n= 188)

Dấu hiệu	Đạt		Chưa đạt	
	n	%	n	(%)
Chảy máu kéo dài	168	89,8	20	10,2
Sốt	153	81,0	35	19,0
Ra dịch âm đạo bất thường	136	72,2	52	27,8
Đau bụng kéo dài và tăng lên	167	88,9	21	11,1
Sản dịch có mùi	40	21,3	148	78,7

Nhận xét: Các sản phụ có kiến thức về nhận biết dấu hiệu nguy hiểm sau sinh khá cao, đặc biệt là nhận biết các dấu hiệu chảy máu kéo dài, đau bụng kéo dài và tăng lên hay ra dịch âm đạo bất thường với tỷ lệ lần lượt là 89,8%; 88,9% và 72,2%. Đặc biệt thấy tỷ lệ các sản phụ chưa biết sản dịch có mùi là dấu hiệu nguy hiểm còn tương đối cao chiếm 78,7%.

Bảng 3. Kiến thức của sản phụ về chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh (n=188)

Kiến thức		n	%
Chế độ nghỉ ngơi	Lao động như bình thường	3	1,6
	Vận động nhẹ nhàng	178	94,7
	Không vận động, nằm yên	4	2,1
	Nên ngủ nhiều	3	1,6
Chế độ vệ sinh của mẹ	Tắm giặt như bình thường	29	15,4
	Tắm nhanh với nước ấm, vệ sinh vú và âm hộ hàng ngày	117	62,2
	Kiêng tắm trong một thời gian	42	22,3
Chế độ vệ sinh cho bé	Vệ sinh cho trẻ hàng ngày	160	85,1
	Giữ ấm cho trẻ, hạn chế tắm	28	14,9

Nhận xét: 94,7% các sản phụ biết sau sinh cần vận động nhẹ nhàng, các sản phụ có kiến thức đạt về chế độ vệ sinh là tắm nhanh với nước ấm và vệ sinh vú, âm hộ hàng ngày chiếm 62,2%. 160 sản phụ (85,1%) biết rằng cần vệ sinh tắm cho trẻ hàng ngày.

Bảng 4. Kiến thức chung về các vấn đề sau sinh của sản phụ (n=188)

Đặc điểm	Đạt		Chưa đạt	
	n	%	n	%
Chăm sóc sức khỏe, phát hiện dấu hiệu bệnh	159	84,6	29	15,4
Chế độ vệ sinh lao động	165	87,8	23	12,3
Chế độ dinh dưỡng	168	89,4	20	10,6
Kế hoạch hóa gia đình	36	19,1	152	80,9

Nhận xét: Bảng trên cho thấy tỷ lệ về kiến thức về chăm sóc sức khỏe, phát hiện dấu hiệu bệnh, chế độ vệ sinh lao động, chế độ dinh dưỡng tương đối cao lần lượt là 81.6%, 87.8%, 89.4%. Tuy nhiên, kiến thức về kế hoạch hóa gia đình tỷ lệ chưa đạt còn cao 80.9%.

3.3. Mối liên quan giữa kiến thức chăm sóc sức khỏe sau sinh và một số yếu tố

Bảng 5. Cách tiếp cận thông tin và kiến thức về phát hiện dấu hiệu nguy hiểm sau sinh

Nội dung		Phát hiện dấu hiệu nguy hiểm sau sinh		OR (95% CI)	p
		Biết	Không biết		
Cách tiếp cận thông tin	Người thân	29 (59,2%)	20 (40,8%)	1,7 (0,8-3,5)	0,13
	Cán bộ y tế	68 (72,3%)	26 (27,7%)	2,7 (1,3-5,7)	0,006
	Phương tiện thông tin khác	21 (47,7%)	23 (52,3%)	1,0	-

Nhận xét: Kiến thức về nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh do được nhân viên y tế cung cấp cao gấp 2,7 lần so với cách tiếp cận phương tiện thông tin khác với OR = 2,7, CI (1,3-5,7).

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên kết quả nghiên cứu cho thấy, đối tượng nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi sinh đẻ (47,9%); đa số là sinh con rạ chiếm 93,2% và sinh sống chủ yếu tại ngoại thành (82,4%). Kết quả này cao hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Hoàng Thu Phương (2021) [5]. Các sản phụ trong nghiên cứu có kiến thức về nhận biết dấu hiệu nguy hiểm sau sinh khá cao, đặc biệt là nhận biết các dấu hiệu chảy máu kéo dài, đau bụng kéo dài và tăng lên hay ra dịch âm đạo bất thường với tỷ lệ lần lượt là 89,8%; 88,9% và 72,2%. Từ kết quả bảng 4 cũng cho thấy kiến

thức chung sau sinh về các vấn đề như nhận biết dấu hiệu nguy hiểm sau sinh, chế độ vệ sinh lao động, chế độ dinh dưỡng lần lượt là 84,6%; 87,8%; 89,4% cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Tiến khi nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2016 [1]. Tuy nhiên, kiến thức đạt về kế hoạch hóa gia đình của các sản phụ còn thấp 19,1%. Điều này có thể thấy, các sản phụ còn chưa chú trọng nhiều đến các biện pháp tránh thai cụ thể và chưa biết chính xác thời điểm giao hợp sau sinh. Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sinh sống chủ yếu tại ngoại thành Hải Phòng, vì thế việc tiếp cận thông tin với các nhân viên y tế có thể bị hạn chế, đôi khi họ cũng cảm thấy ngại ngùng khi hỏi về vấn đề kế hoạch hóa gia đình.

Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cách tiếp cận thông

tin với kiến thức chăm sóc sau sinh của các sản phụ. So với cách tiếp cận phương tiện thông tin, kiến thức về nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm sơ sinh do được nhân viên y tế cung cấp cao gấp 2,7 lần ($p < 0,05$). Từ đó cho thấy việc được tiếp cận thông tin qua nhân viên y tế giúp cho các sản phụ nâng cao được kiến thức chăm sóc sau sinh rất nhiều từ đó cũng góp phần nâng cao kiến thức thực hành sau sinh của họ.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kiến thức chăm sóc sau sinh ở sản phụ tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2022

- Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ về kiến thức chăm sóc sức khỏe, phát hiện dấu hiệu bệnh, chế độ vệ sinh lao động, chế độ dinh dưỡng đạt tương đối cao lần lượt là 84,6%; 87,8%; 89,4%; kiến thức. Tuy nhiên kiến thức về kế hoạch hóa gia đình chỉ có 19,1% là đạt.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh

- Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cách tiếp cận thông tin với kiến thức chăm sóc sau sinh của các sản phụ. Kiến thức về nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh do được nhân viên y tế cung cấp cao gấp 2,7 lần ($p < 0,05$) so với cách tiếp cận phương tiện thông tin khác.

VI. KIẾN NGHỊ

- Bệnh viện cần tăng cường, duy trì tổ chức các lớp học tiền sản theo hàng tháng hoặc quý nhằm nâng cao kiến thức về chăm sóc sau sinh cho các sản phụ.

- Tại các khoa hậu sản nên mở các buổi tư vấn chăm sóc sau sinh cho các sản phụ, có thể phát các tài liệu liên quan đến chăm sóc sau sinh cho sản phụ trước khi họ xuất viện.

VII. 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.22.151.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Minh Tiến** (2021). Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ sinh con lần đầu tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình. <<https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/397/289>>, accessed: 07/12/2021.
2. **GSTS. Nguyễn Đức Vy** (2006). Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học Hà Nội
3. **Phạm Phương Lan, Vương Tiến Hòa, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Tuấn Hưng** (2011). “Kiến thức, thực hành, và nhu cầu chăm sóc sau sinh của các bà mẹ đến sinh con tại Bệnh viện Phụ sản trung ương và Bệnh viện đa khoa Ba Vì”, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXI, số 7 (125), Tr.165-174.
4. **Phạm Phương Lan, Nguyễn Thị Thùy Dương, Vương Tiến Hòa** (2013), “Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành chăm sóc sau sinh của các sản phụ đến sinh con tại bệnh viện tại Bệnh viện Phụ sản trung ương và Bệnh viện Ba Vì năm 2011”, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXIII, số 7 (143), Tr.110-116.
5. **Hồ Hoàng Thu Phương, Lưu Tuyết Minh và cộng sự** (2021). Đánh giá kiến thức về thời kỳ hậu sản và chăm sóc hậu sản của sản phụ sinh tại khoa sản bệnh viện Vinmec 2021.
6. **Vũ Đình Hùng** (2018). Kiến thức thời kỳ hậu sản và chăm sóc hậu sản của sản phụ sau sinh nằm tại khoa phụ sản bệnh viện Bạch Mai 2016.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XƠ GAN THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thùy Dung¹, Đoàn Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Xơ gan là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây nên và được chia thành nhiều thể trong YHCT.

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân xơ gan theo YHCT tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2022. 2. Mô tả các thể lâm sàng theo Y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu trên. **Đối tượng nghiên cứu:** 75 Bệnh nhân xơ gan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là 58.68 ± 10.879 . Tỷ lệ nam/nữ=1.68. Bệnh nhân xơ gan thuộc thể âm hư thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 50.67%, Bệnh nhân xơ gan thuộc chứng hoàng đản chiếm tỷ lệ cao nhất là 57.33%. 91.30% bệnh nhân can uất tỳ hư là xơ gan còn bù. Thể khí trệ huyết ú 100% bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù. Thể tỳ thận dương hư 100% bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù. **Kết luận:** Bệnh nhân xơ gan thuộc thể âm hư thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất. Hầu hết bệnh nhân thể can uất tỳ hư là xơ gan còn bù

Từ khóa: Xơ gan, thể lâm sàng, Y học cổ truyền

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF CIRRHOSIS PATIENTS IN TRADITIONAL MEDICINE IN HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022

Cirrhosis is caused by many different causes and divided into many clinical types in traditional medicine. **Objectives:** 1. Describe the clinical characteristics of cirrhosis patients in Hai Phong Medical University in 2022. 2. Description the clinical traditional medicine in the cirrhosis patients above. **Research subjects:** 75 cirrhosis patients. **Research methods:** A cross-sectional descriptive study. **Research results:** The age average of patients is 58.68 ± 10.879 . The rate Male/female is 1.68. The cirrhosis patients of yin deficiency and damp – heat accounted for the highest rate of 50.67%, The cirrhosis patients with jaundice accounted for the highest rate of 57.33%. 91.3% liver excess spleen deficiency patient in the stage of compensated cirrhosis. 100% qi and blood stagnation of patients in the stage of decompensated cirrhosis. 100% spleen and kidney yang deficiency of patients in the stage of decompensated cirrhosis. **Conclude:** The cirrhosis patients of yin deficiency and damp – heat accounted for the highest rate. Almost the liver excess spleen deficiency patient in the stage of compensated cirrhosis.

Keywords: cirrhosis, clinical characteristics, traditional medicine

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Dung

Email: nttdung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2023

Ngày duyệt bài: 24.7.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh thường gặp ở nước ta và các nước trên thế giới, chiếm hàng đầu trong các bệnh gan mật (khoảng 19%) [1]. Xơ gan là hậu quả của nhiều tổn thương mãn tính ở gan dẫn đến phá hủy tế bào gan, tăng sinh mô xơ, tăng sinh các hạt tái tạo từ tế bào gan khỏe mạnh, do đó làm đảo lộn hoàn toàn cấu trúc của gan, các tế bào gan không còn mối quan hệ bình thường với mạng lưới mạch máu và ống dẫn mật, do đó gan không còn đảm bảo được chức năng bình thường của nó [2].

Xơ gan do nhiều nguyên nhân gây ra như viêm gan virus mãn tính, rượu, rối loạn chuyển hóa di truyền, bệnh đường mật mãn tính, rối loạn tự miễn dịch, thuốc và độc tố cũng như nhiều bệnh khác. Xơ gan là một bệnh mãn tính, tiến triển chậm trong nhiều năm, từ giai đoạn đầu giai đoạn chỉ còn 1 triệu chứng (giai đoạn còn bù), đến khi các triệu chứng rõ rệt (giai đoạn mất bù) khi bệnh đã nặng, người bệnh mệt mỏi, chán ăn, vàng da, dễ chảy máu, phù, cổ trướng... ảnh hưởng lớn đến khả năng lao động và sinh hoạt của bệnh nhân.

Xơ gan thường biểu hiện âm thầm và được phát hiện khi có biến chứng. Theo B.S.Anand, khoảng 30% đến 40% các trường hợp xơ gan được phát hiện khi mổ tử thi. Tỷ lệ tử vong do xơ gan cũng rất cao, ở Mỹ cứ 100.000 người thì có 12 đến 15 người chết vì xơ gan. Ở nước ta, tỷ lệ bệnh nhân xơ gan tử vong tại bệnh viện ước tính khoảng 27,7% [2]. Nguyên nhân tử vong của bệnh nhân xơ gan chủ yếu là do các biến chứng như: hội chứng não gan, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng gan thận, nhiễm trùng, cổ trướng...

Theo y học cổ truyền (YHCT), xơ gan thuộc phạm vi các chứng: hoàng đản, tích tụ,

hiệp thống và cổ chướng. Trong YHCT xơ gan được chia làm nhiều thể như Can uất tỳ hư, Khí trệ huyết ứ, Âm hư thấp nhiệt, Tỳ thận dương hư, Thủy khí tương kết [3]. Với mỗi thể lâm sàng xơ gan YHCT đều có đặc điểm lâm sàng riêng và phương pháp điều trị riêng. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về các thể lâm sàng xơ gan theo YHCT. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân xơ gan theo YHCT tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2022*

2. *Mô tả các thể lâm sàng theo Y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan

a. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Theo YHHĐ: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan dựa vào 2 hội chứng tăng ALTMC và hội chứng suy tế bào gan

- Theo YHCT: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan theo YHHĐ được miêu tả trong phạm vi các chứng hoàng đản, hiệp thống, tích tụ, cổ chướng và được chia làm 5 thể: Can uất tỳ hư; khí trệ huyết ứ, âm hư thấp nhiệt, tỳ thận dương hư, thủy khí tương kết.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

b. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân xơ gan ung thư hoá

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Thời gian nghiên cứu:

- Từ 1/2022 đến 9/2022

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:

- Khoa nội tổng hợp và khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: 75 bệnh nhân

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới, nguyên nhân xơ gan, thời gian mắc bệnh

Triệu chứng lâm sàng: Mệt mỏi chán ăn, tuần hoàn bàng hệ, da niêm mạc vàng, sao mạch..

Triệu chứng cận lâm sàng: CTM, Hóa sinh, siêu âm

Triệu chứng YHCT: Lưỡi, mạch

Chẩn đoán: Chẩn đoán giai đoạn xơ gan, chẩn đoán thể bệnh YHCT

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Tất cả BN nghiên cứu được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

Đến các khoa phòng của bệnh viện có bệnh nhân xơ gan, giới thiệu mục đích nghiên cứu, cam kết bảo mật thông tin người tham gia.

Hỏi bệnh và khám bệnh

Điền vào mẫu bệnh án nghiên cứu

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được xử lý theo SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

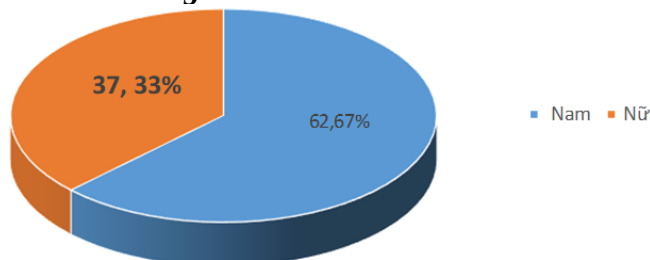
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (người)	Tỷ lệ (%)
<40 tuổi	4	5,33
40-49 tuổi	10	13,33
50-59 tuổi	26	34,67
60-69 tuổi	24	32,00
>70 tuổi	11	14,67
Tổng	75	100,00
Tuổi trung bình	58.68±10,88	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là 58.68±10.879. Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 50-59 tuổi có 26 bệnh nhân chiếm 34.67%. Nhóm tuổi ít gặp nhất < 40 tuổi có 4 bệnh nhân chiếm 5.33%. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 87 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 38 tuổi.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét:

- Tỷ lệ bệnh nhân nam mắc xơ gan nhiều hơn nữ.
- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ=1.68

3.2. Triệu chứng lâm sàng**Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân xơ gan**

Triệu chứng	N	%
Mệt mỏi- chán ăn	61	81.33
Da niêm mạc vàng	46	61.33
Tuần hoàn bàng hệ	32	42.67
Xuất huyết dưới da	16	21.33
Xuất huyết tiêu hoá	15	20
Sao mạch	21	28
Phù	37	49.33
Cổ trướng	35	46.67

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi chán ăn chiếm 81,33%, Da niêm mạc vàng chiếm 61.33%. Có 42.67% bệnh nhân có triệu chứng tuần hoàn bàng hệ. Có 21.33% bệnh nhân có xuất huyết dưới da. Có 20% bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá. Có 28%

bệnh nhân có sao mạch. Có 49.33% bệnh nhân có phù. Có 46.67% bệnh nhân có cổ trướng

3.3. Đặc điểm về lười và mạch theo YHCT**Bảng 3.3: Đặc điểm về lười**

Lười	N	%
Lười nhọt rêu lười mỏng	21	28
Lười tím có điểm ứ huyết	11	14.67
Lười đỏ ít rêu	39	52
Lười bệu rêu trắng mỏng	4	5.33
Tổng	75	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có lười đỏ ít rêu là cao nhất gồm 39 bệnh nhân chiếm 52%. Có 4 bệnh nhân có lười bệu rêu trắng mỏng chiếm 5.33%

Bảng 3.4: Đặc điểm về mạch

Mạch	N	%
Huyền tế	20	26.67
Tế	15	20
Huyền tế sắc	35	46.67
Trầm tế	5	6.66
Tổng	75	100%

Nhận xét:

- Có 35 bệnh nhân có mạch huyền tế sắc chiếm tỷ lệ cao nhất 46.67%.
- Có 5 bệnh nhân có mạch trầm tế chiếm 6.66%

3.4. Phân thể xơ gan theo YHCT



Biểu đồ 3.2: Phân thể xơ gan theo YHCT

Nhận xét: Bệnh nhân xơ gan thuộc thể âm hư thấp nhiệt có 38 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là 50.67%.

Bệnh nhân xơ gan thuộc thể can uất tỳ hư đứng thứ 2 gồm 23 bệnh nhân chiếm 30.67%

Thể khí trệ huyết ứ gồm 10 bệnh nhân chiếm 13.33%

Thể tỳ thận dương hư gồm 4 bệnh nhân chiếm 5.33%.

Không có bệnh nhân xơ gan nào thuộc thể thủy khí tương kết.

3.5. Phân loại xơ gan theo các chứng bệnh của YHCT

Bảng 3.5: Phân loại xơ gan theo các chứng bệnh của YHCT

Chứng bệnh YHCT	N	%
Hiệp thống	43	57.33
Hoàng đản	46	61.33
Tích tụ	34	45.33
Cổ trướng	35	46.67

Nhận xét: Mỗi bệnh nhân có thể thuộc nhiều chứng khác nhau trong YHCT. Bệnh nhân thuộc chứng hoàng đản chiếm tỷ lệ cao nhất là 61.33%, bệnh nhân thuộc chứng hiệp thống là 57.33%, bệnh nhân thuộc chứng tích

tụ chiếm 45.33% và bệnh nhân thuộc chứng cổ trướng là 46.67%.

3.6. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo chẩn đoán YHHD

Bảng 3.6: Tỷ lệ các thể lâm sàng YHCT theo giai đoạn xơ gan

Thể bệnh YHCT	Giai đoạn xơ gan				p
	Xơ gan còn bù		Xơ gan mất bù		
	N	%	N	%	
Can uất tỳ hư	21	91.30	2	8.70	<0.05
Khí trệ huyết ứ	0	0	10	100	
Âm hư thấp nhiệt	19	50	19	50	
Tỳ thận dương hư	0	0	4	100	

Nhận xét:

- Thể can uất tỳ hư bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn xơ gan còn bù chiếm 91.30% xơ gan mất bù chiếm 8.70%

- Thể khí trệ huyết ứ và Thể tỳ thận dương hư 100% bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù.

Sự khác biệt này có ý nghĩa trong thống kê $p < 0.05$

3.7. Tỷ lệ các thể YHCT theo siêu âm ổ bụng**Bảng 3.7: Tỷ lệ thể bệnh YHCT theo sự thay đổi kích thước gan trên siêu âm.**

Thể bệnh YHCT	Kích thước gan						P
	Bình thường		To		Teo		
	N	%	N	%	N	%	
Can uất tỳ hư	20	52.64	3	9.68	0	0	<0.05
Khí trệ huyết ứ	3	7.89	7	22.58	0	0	
Âm hư thấp nhiệt	15	39.47	21	67.74	2	33.33	
Tỳ thận dương hư	0	0	0	0	4	66.67	
Tổng	38	100	31	100	6	100	

Nhận xét:

Các bệnh nhân có kích thước gan bình thường hay gặp ở thể can uất tỳ hư chiếm 52.64%.

Bệnh nhân gan to gặp nhiều nhất ở thể âm hư thấp nhiệt 67.74%. Bệnh nhân gan teo gặp nhiều nhất ở thể tỳ thận dương hư chiếm 6.67%

tiến triển đến xơ gan. Do đó xơ gan có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng thường gặp ở lứa tuổi trung niên. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 58.68 ± 10.87 . Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Trần Bảo Nghi [4]

4.1.2. Giới

Trong số 75 BN nghiên cứu, số bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/ nữ là 1.68 lần. Điều này có thể do tỷ lệ uống rượu ở nam giới nhiều hơn nữ giới, và xơ gan do rượu chiếm tỷ lệ lớn trong các nguyên nhân gây xơ gan. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu****4.1.1. Tuổi**

Dù xơ gan do bất cứ nguyên nhân gì, quá trình tích tụ cơ chất gian bào gây xơ gan hoá rất chậm, ước tính mất khoảng 20-30 năm để

giả Trần Bảo Nghi [4], Nguyễn Thị Song Thao [5]

4.2. Các loại lười và mạch thường gặp.

Xơ gan theo YHCT được chia thành 5 thể. Can uất tỳ hư, khí trệ huyết ứ, âm hư thấp nhiệt, tỳ thận dương hư và thủy khí tương kết. Với mỗi thể khác nhau thì ngoài các triệu chứng điển hình thì lười và mạch cũng có sự khác nhau. Các bệnh nhân thể can uất tỳ hư thường có lười nhợt rêu lười mỏng mạch huyền tế, thể khí trệ huyết ứ có lười tím có điểm ứ huyết mạch tế thể âm hư thấp nhiệt có lười đỏ ít rêu mạch huyền tế sác, thể tỳ thận dương hư có lười bệu rêu trắng mỏng mạch trầm tế, thể thủy khí tương kết có lười nhợt rêu trắng nhớt mạch huyền sác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân có lười đỏ ít rêu là cao nhất chiếm 52% và mạch huyền tế sác chiếm 46,67% chứng tỏ bệnh nhân ở thể âm hư thấp nhiệt là nhiều nhất. Không có bệnh nhân nào có lười nhợt rêu trắng nhớt và mạch huyền sác nên không có bệnh nhân nào ở thể thủy khí tương kết. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hồng [6]

4.3. Phân thể xơ gan theo YHCT

Thể âm hư thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất (50,67%), tiếp theo là thể can uất tỳ hư (30,67%) và thể khí trệ huyết ứ (13,33%), thấp nhất là thể tỳ thận dương hư (5,33%). Không có bệnh nhân nào thuộc thể thủy khí tương kết. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả một số nghiên cứu của các tác giả khác như: Nguyễn Thị Minh Hồng [6] thể âm hư thấp nhiệt chiếm 66,7%, thể can uất tỳ hư chiếm 33,3%;

Kết quả này phù hợp với nhận định trước đó: Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới xơ gan là do rượu và do viêm gan virus. Do uống rượu nhiều quá có thể tổn hại đến tỳ vị, làm hại công năng vận hóa, thấp trọc sinh ra ở trong,

uất lại hóa nhiệt và chưng bốc ở can đờm gây nên bệnh

4.4. Phân loại xơ gan theo các chứng bệnh YHCT

Mỗi bệnh nhân có thể thuộc nhiều chứng khác nhau trong YHCT. Bệnh nhân thuộc chứng hoàng đản chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,33%, bệnh nhân thuộc chứng hiệp thống là 57,33%, bệnh nhân thuộc chứng tích tụ chiếm 45,33% và bệnh nhân thuộc chứng cổ trướng là 46,67%. Các tỷ lệ này phù hợp với các triệu chứng lâm sàng được liệt kê ở bảng 3.2.

4.5. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo chẩn đoán giai đoạn

Các bệnh nhân thuộc thể can uất tỳ hư chủ yếu thuộc giai đoạn xơ gan còn bù (91,3%). Theo YHCT, bệnh nhân xơ gan thuộc thể can uất tỳ hư thường chủ yếu thấy các rối loạn tiêu hoá như: sặc mặt sạm tối, mệt mỏi, ăn kém, đau vùng gan, tức vùng thượng vị, ợ hơi, đại tiện nát. Khi đối chiếu với YHHD ta thấy các triệu chứng này tương đương với các triệu chứng của xơ gan ở giai đoạn còn bù

Các bệnh nhân thuộc thể khí trệ huyết ứ 100% bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù vì ở thể này bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực thủy tĩnh rõ trên lâm sàng

Bệnh nhân thuộc thể âm hư thấp nhiệt (50%) thuộc giai đoạn còn bù và 50% bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù ở thể này bệnh nhân có các triệu chứng: chảy máu chân răng, cổ chướng, sốt, phiền táo.

Toàn bộ bệnh nhân thể tỳ thận dương hư được xếp vào giai đoạn xơ gan mất bù. Bởi vì các triệu chứng điển hình của hai thể này là cổ chướng, chân phù, mệt mỏi nhiều, tiêu

tiện ít... tương đương với các triệu chứng của xơ gan đã chuyển sang giai đoạn mất bù.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 bệnh nhân xơ gan, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của BN xơ gan là $58,68 \pm 10,879$, tỷ lệ BN nam là 62,67%. Lưỡi đỏ ít rêu là thường gặp nhất chiếm 52%, loại mạch thường gặp nhất là mạch huyền tề sắc 46,67%. Thể bệnh xơ gan theo YHCT thường gặp nhất là thể âm hư thấp nhiệt. Theo giai đoạn xơ gan, 91,3% BN thể can uất tỳ hư là xơ gan còn bù, 100% BN thể khí trệ huyết ứ và tỳ thận dương hư là xơ gan mất bù. Hầu hết BN có gan to thuộc thể âm hư thấp nhiệt chiếm 67,74%.

VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn để tìm hiểu đầy đủ đặc điểm lâm sàng của các thể xơ gan theo YHCT, từ đó có thể đưa ra chẩn đoán và định hướng điều trị theo YHCT cho BN xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Văn Long**, Xơ gan, Bệnh học nội khoa, 2, Nhà xuất bản y học (2012), 9-16.
2. **Nguyễn Khánh Trạch, Phạm Thị Thu Hồ**, Chẩn đoán và điều trị xơ gan. Bài giảng bệnh học nội khoa, 2, Nhà xuất bản y học (2015), 193-202
3. **Bùi Thanh Hà** Xơ gan. Bệnh học Y học cổ truyền (sau đại học). Học viện quân y, nhà xuất bản quân đội nhân dân (2012).
4. **Trần Bảo Nghi**, Nghiên cứu xơ hóa gan ở bệnh nhân bệnh gan mạn bằng đo đàn hồi gan thoáng qua đối chiếu với mô bệnh học, luận án Tiến sỹ Y học, trường đại học Y Dược Huế (2016)
5. **Nguyễn Thị Song Thao**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có nghiện rượu. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội (2008)
6. **Nguyễn Thị Minh Hồng**, Đánh giá độc tính và tác dụng của viên XG1 điều trị xơ gan do rượu giai đoạn Child Pugh B, luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội (2014)

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG SƯỜN GỠ DO CHẤN THƯƠNG BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thế May^{1,2}, Lê Minh Sơn², Nguyễn Công Huy²,
Nguyễn Văn Đại², Phạm Quốc Hoa²,
Tiêu Công Quyết², Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Điều trị phẫu thuật gãy xương sườn do chấn thương bằng nẹp vis là một phương pháp mới được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Mục tiêu:** Mô tả chùm ca bệnh các trường hợp bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương điều trị phẫu thuật bằng nẹp vis tại Bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** 14 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp từ 5/2019 đến 04/2021. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả và nhận xét chính:** Tất cả các bệnh nhân được chỉ định mổ đều có triệu chứng đau ngực nhiều kèm các tổn thương hay biến chứng phối hợp như tràn khí khoang màng phổi, tràn máu khoang màng phổi, giập phổi, và gãy nhiều xương sườn di lệch trên x-quang ngực thẳng và CT scan ngực có dựng hình xương sườn. Số vị trí xương sườn gãy có di lệch nhiều trung bình trên x-quang ngực thẳng là $2,3 \pm 0,68$ và trên CT ngực là $3 \pm 1,05$. Về kỹ thuật tiếp cận tới vị trí xương sườn gãy cho thấy vị trí gãy cung bên gặp nhiều nhất là 20, vị trí gãy cung sau là 10 và thấp nhất là vị trí gãy cung trước là 1. Các trường hợp phẫu thuật cố định xương sườn bằng nẹp vis được mô tả trong

nghiên cứu này, đa phần tiếp cận vị trí gãy cung bên của xương sườn.

Từ khóa: chấn thương thành ngực, gãy xương sườn, điều trị ngoại khoa, kết hợp xương bằng nẹp vis

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT BY PLATE OSTEOSYNTHESIS OF RIB FRACTURES CAUSED BY TRAUMA AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

The surgical treatment of rib fractures caused by trauma by plate osteosynthesis is a new method performed at Viet-Tiep Friendship Hospital. **Objectives:** To describe a series of cases with rib fractures caused by trauma treated surgically by plate osteosynthesis at Viet-Tiep Friendship Hospital. **Subjects and methods:** 14 patients treated at Viet-Tiep Friendship Hospital from 5/2019 to 4/2021. Methodology: retrospective description. **Main results and remarks:** All 14 patients had symptoms of severe chest pain associated with associated injuries or complications such as haemopneumothorax, pulmonary contusion, and having multiple displaced rib fractures on chest x-ray and chest CT scan with reconstruction of 3D image (CT3D) of ribs. The average number of the displaced rib fracture positions on chest x-ray was $2,3 \pm 0,68$, and $3 \pm 1,05$ on CT3D. Regarding to the position of rib fractures, the most common fracture position was at lateral arc

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

of ribs (20), followed by the posterior position (10) and the posterior arc of rib (1). In described cases, approach from the lateral position was most chosen for plate osteosynthesis.

Keywords: chest wall injuries; rib fractures, surgical treatment, plate osteosynthesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, chấn thương ngực có gãy xương sườn thường gặp nhất, xảy ra trong khoảng 300.000 người trong năm 2000 ở Hoa Kỳ hoặc chiếm 39% bệnh nhân nhập viện các trung tâm chấn thương [1],[2], trong đó gần 10% bệnh nhân nhập viện sau chấn thương ngực kín gây một hoặc nhiều xương sườn. Tỷ lệ tử vong càng cao nếu gãy càng nhiều xương sườn [2]. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật cấp cứu chấn thương ngực chiếm 4,4% cấp cứu ngoại chung và 7,1% cấp cứu ngoại chấn thương [3]. Điều trị cơ bản của gãy xương sườn do chấn thương là dẫn lưu máu khí khoang màng phổi, còn thương tổn xương sườn thường không can thiệp trực tiếp mà để tự tiến triển, tự lành. Chính vì vậy thời gian điều trị thường kéo dài, với các biến chứng như đau kéo dài, khó tập thở, xương sườn can xấu, can lệch; đau mạn tính do xương sườn không lành, khớp giả, tăng thời gian và chi phí nằm viện [4],[5],[6]. Nếu gãy nhiều

sườn, mảng sườn di động phải thở máy thì có những biến chứng của thở máy kéo dài như viêm phổi, nhiễm trùng bệnh viện, tỷ lệ biến chứng lên tới 27-70%, thậm chí tử vong (25%-51%)[7]. Phẫu thuật cố định xương sườn nhằm cải thiện chức năng hô hấp, phục hồi sự liên tục của thành ngực, giảm thời gian thở máy, giảm nguy cơ viêm phổi, và cho phép bệnh nhân quay trở lại lao động sớm [8],[9],[10],[11],[12],[13],[14],[15]. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm nhận xét bước đầu về chỉ định và kỹ thuật điều trị gãy sườn do chấn thương bằng nẹp vis tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Các bệnh nhân điều trị gãy xương sườn do chấn thương bằng nẹp vis tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp từ 5/2019 đến 4/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, thống kê các số liệu dựa trên hồ sơ. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: yếu tố dịch tễ, lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, chỉ định trước mổ, kỹ thuật mổ, tổn thương giải phẫu bệnh trong mổ. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y sinh học. Bàn luận, so sánh đối chiếu với các tác giả khác đã công bố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chỉ định nẹp vis xương sườn do chấn thương có triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ (n=14)

Giới tính \ Nhóm tuổi		<18t	18→ <30	30→ 60t	> 60t	Tổng	Tỷ lệ %
Nam	Tai nạn giao thông	0	0	5	4	9	64.3%
	Tai nạn sinh hoạt	0	0	0	1	1	7.1%
	Tai nạn lao động	0	0	1	0	1	7.1%
Nữ	Tai nạn giao thông	0	0	2	1	3	21.4%
	Tai nạn sinh hoạt	0	0	0	0	0	0%
	Tai nạn lao động	0	0	0	0	0	0%

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng (n=14)

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau ngực	14	100%
Khó thở	09	64.3%
Tràn khí dưới da	06	43%
Biến dạng thành ngực	08	57%

Nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu là tai nạn giao thông, gặp ở độ tuổi chủ yếu trên 30 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực nhiều, ảnh hưởng tới hô hấp và vận động sinh hoạt, tiếp sau đó là đa phần bệnh nhân phàn nàn và khó chịu về sự khó thở, không thể nằm đầu bằng và có biến dạng thành ngực quan sát rõ trên lâm sàng.

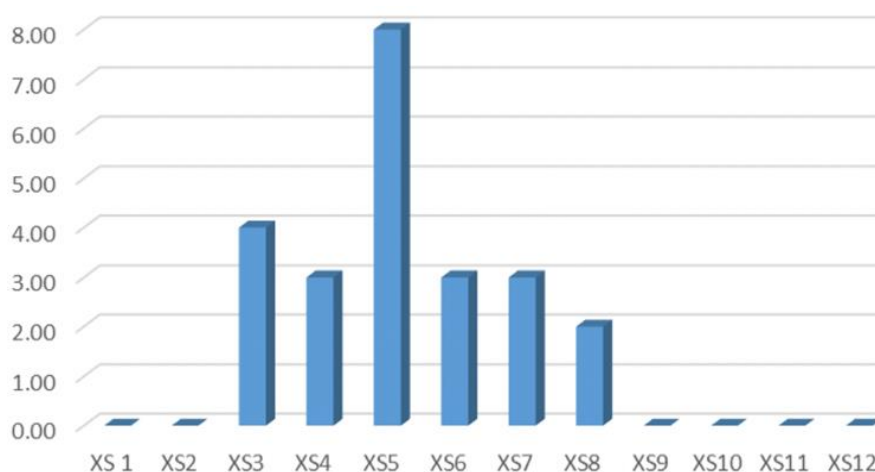
Ngoài ra có các tổn thương phối hợp: Tràn máu khoang màng phổi cùng bên gặp ở 14 bệnh nhân phải dẫn lưu khoang màng phổi và tràn máu khoang màng phổi khác bên gặp ở 4 bệnh nhân; tràn khí khoang

màng phổi cùng bên có 9 bệnh nhân; khác bên có 4 bệnh nhân; tổn thương giập phổi có 8 bệnh nhân; gãy xương bả vai cùng bên có 2 bệnh nhân; gãy xương đòn cùng bên có 5 bệnh nhân; gãy xương cẳng chân có 1 bệnh nhân; gãy xương cánh tay có 1 bệnh nhân; chấn thương sọ não nặng phải hồi sức nhiều ngày có 4 bệnh nhân; không có bệnh nhân chấn thương cột sống, chấn thương bụng, khung chậu.

3.2. Số lượng xương sườn gãy trên X-quang ngực thẳng và CT scan ngực có dựng hình ảnh xương sườn

Bảng 3.3. Số lượng xương sườn gãy X-quang ngực thẳng và CT ngực có dựng hình ảnh xương sườn (n=14)

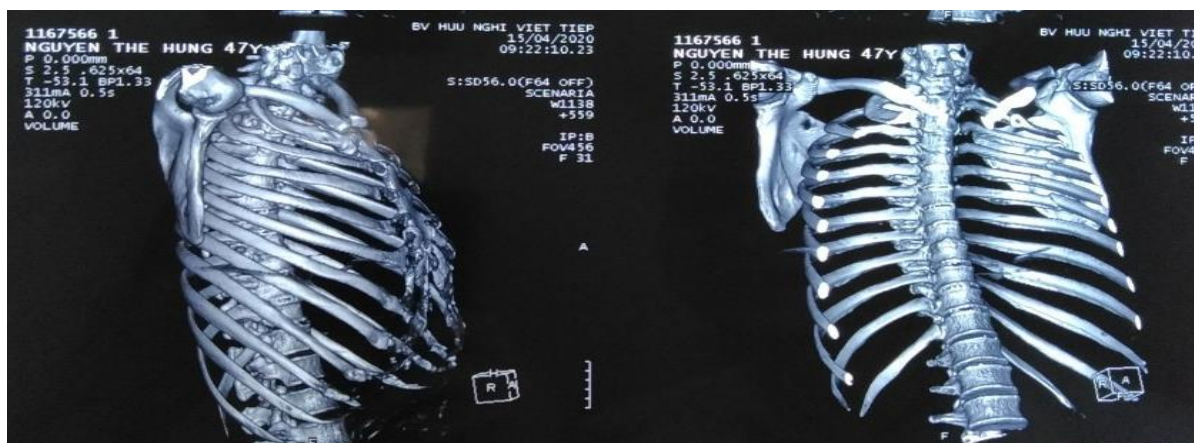
Xương sườn gãy	XQ (n=14)	CT (n=14)
Tổng số xương sườn gãy	42	52
Số xương sườn gãy trung bình	$4,2 \pm 1,69$ (1– 7)	$5,2 \pm 2,25$ (3– 10)
Số vị trí di lệch nhiều	$2,3 \pm 0,68$ (1– 3)	$3 \pm 1,05$ (1– 5)



Biểu đồ 3.1. Vị trí xương sườn di lệch nhiều trên CT ngực

Bệnh nhân chấn thương ngực được phẫu thuật cố định xương sườn đa số di lệch nhiều ở vị trí các xương sườn: 3,4,5,6,7; trong đó vị trí xương sườn di lệch nhiều nhất được ghi nhận là xương sườn số 5 (8 bệnh nhân). Tiếp theo đó là xương sườn số 3 (4 bệnh nhân) và

xương sườn số 4,6,7 (3 bệnh nhân). Chiếm tỉ lệ ít hơn đó là xương sườn số 8 (2 bệnh nhân). Nhóm xương sườn ít bị di lệch nhất gồm có xương sườn số 2, 9. Còn xương sườn số 1, 10,11, 12 chưa gặp trường hợp nào bị gãy.



Hình 3.1. Hình ảnh gãy xương sườn trên CT có dựng hình xương sườn

Kết quả trên CT scan ngực có dựng hình khung sườn, ghi nhận gãy xương sườn 2 bên ở 3 bệnh nhân (21.4%). Mảng sườn di động 5 bệnh nhân (35.7%). Số bệnh nhân gãy trên 6 xương sườn liên tiếp là 2 bệnh nhân (14.3%). Không có bệnh nhân nào gãy xương sườn số 1. Số bệnh nhân di lệch trầm trọng trên 3 xương sườn là 9 (64.3%).

3.3. Kỹ thuật kết hợp xương sườn

3.3.1. Vô cảm và tư thế phẫu thuật

Bệnh nhân được mê nội khí quản một nòng thông thường hoặc nội khí quản hai nòng nếu có tổn thương trong lồng ngực cần phải can thiệp phẫu thuật (rách phổi...), 14 trường hợp đều được dẫn lưu khoang màng phổi cùng bên phẫu thuật trước đó.

Bảng 3.4. Tư thế phẫu thuật (N=14)

Tư thế bệnh nhân	Số trường hợp (n=14)	Tỷ lệ
Nằm ngửa	2	14.3%
Nằm nghiêng	9	64.3%
Nằm nửa sấp	3	21.4%

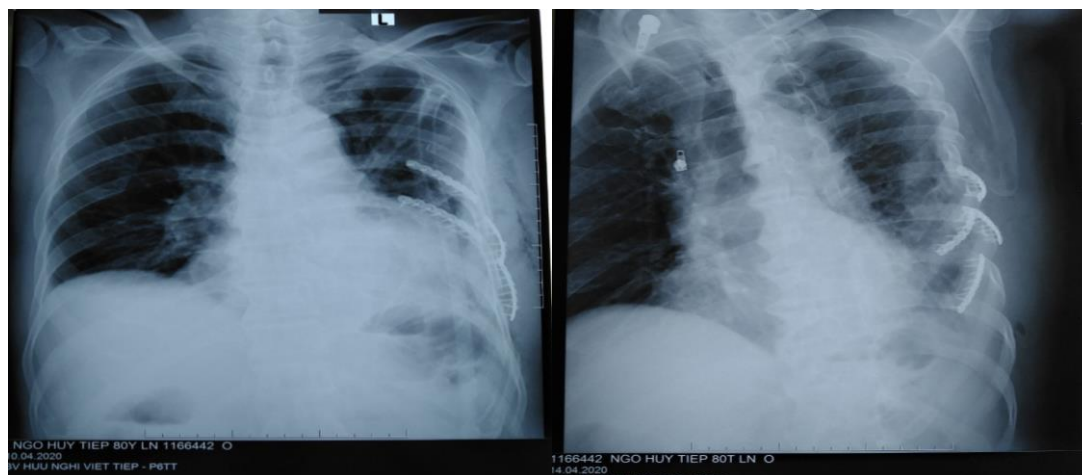
Trong nhóm nghiên cứu, đa phần BN được phẫu thuật ở tư thế nằm nghiêng, ghi nhận ở 9 bệnh nhân (64.3 %). Tiếp theo là phẫu thuật tư thế nằm nửa sấp với trường hợp gãy cung sau với 3 trường hợp (21.4%). Còn lại là phẫu thuật ở tư thế nằm ngửa là 2 (14.3%).

3.3.2. Vị trí xương sườn được lựa chọn trong phẫu thuật

Dựa trên các đặc điểm di lệch nhiều được ghi nhận trên CT scan ngực có dựng hình xương sườn, vị trí xương sườn được lựa chọn phẫu thuật chủ yếu là xương sườn số 3,5,6,7; trong đó nhiều nhất là xương sườn số 5, được lựa chọn phẫu thuật trong 8 trường

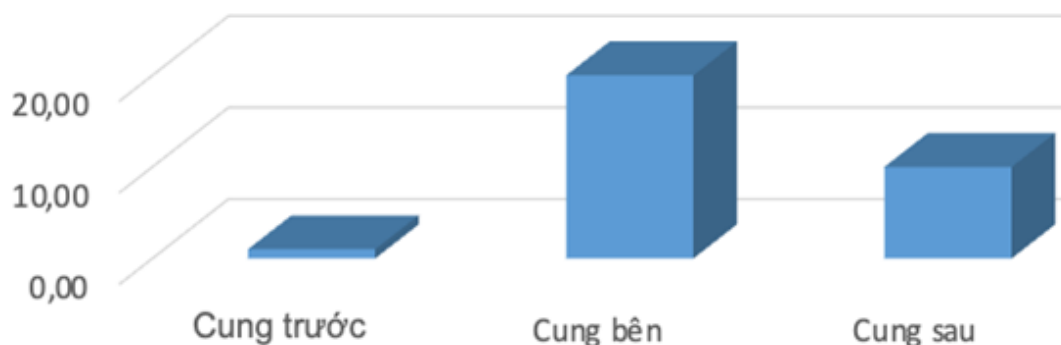
hợp. Tiếp đó, là xương sườn số 3 có 4 trường hợp, và xương sườn số 4,6,7 cùng có 3 trường hợp. Xương sườn số 8 được lựa chọn phẫu thuật trong 2 trường hợp. Còn lại các

xương sườn khác chưa chỉ định lựa chọn kết hợp do xương sườn gãy di lệch ít hoặc không gãy tại các vị trí đó.



Hình 3.2. Hình ảnh vị trí xương sườn gãy được phẫu thuật nẹp vít

3.3.3. Vị trí cung sườn được lựa chọn phẫu thuật



Biểu đồ 3.2. Vị trí cung sườn lựa chọn trong phẫu thuật

Vị trí cung bên được ghi nhận trong 20 vị trí cố định. Vị trí cung sau được ghi nhận trong 10 vị trí cố định. Và thấp nhất là vị trí cung trước được ghi nhận trong 1 vị trí cố định.

Trong phẫu thuật cố định xương sườn, đa phần các trường hợp lựa chọn vị trí cung bên của xương sườn để tiếp cận. Nguyên nhân là cung trước của xương sườn thường liên quan đến sụn sườn nên khó để cố định vững và trong cung sau có lớp cơ che phủ phía ngoài nên khó khăn trong tiếp cận ổ gãy.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị cơ bản của gãy xương sườn do chấn thương là dẫn lưu máu khí khoang màng phổi, còn thương tổn xương sườn thường không can thiệp trực tiếp mà để tự tiến triển, tự lành. Vì vậy thời gian điều trị thường kéo dài, với các biến chứng như đau kéo dài, khó tập thở, xương sườn can xấu, can lệch; đau mạn tính do xương sườn không lành, khớp giả, tăng chi phí nằm viện [4],[5],[6]. Nếu gãy nhiều sườn, màng sườn di động phải thở máy thì có những biến

chứng của thở máy kéo dài như viêm phổi, nhiễm trùng bệnh viện, tỷ lệ biến chứng lên tới 27-70%, thậm chí tử vong (25%-51%)[7].

Về chỉ định, kết hợp sườn gãy được áp dụng khi trong các tình huống cấp cứu tri hoãn, khi gây nhiều xương sườn (gãy từ 3 xương sườn trở lên); gãy di lệch nhiều (trầm trọng) ở các vị trí bất kỳ, có di lệch chùng hoặc di lệch ngang 1 thân xương và kèm theo một trong các yếu tố sau: gãy trên hàng loạt 6 xương sườn trở lên, liên tiếp, có 2 vị trí gãy trên 1 xương sườn hoặc có mảnh rời, gãy nhiều nơi trên một thân xương sườn, có biến dạng khung sườn làm giảm thể tích khung sườn; trường hợp gãy có mảnh sườn di động [1],[10]; các trường hợp phải mở ngực cấp cứu xử lý thương tổn trong lồng ngực (phổi, tim) sẽ kết hợp xương sườn gãy.

Trong tình huống mổ có chuẩn bị, kết hợp xương sườn gãy được chỉ định trong các trường hợp có máu đông màng phổi đã phẫu thuật nội soi bóc rửa dẫn lưu tiêu chuẩn mà vẫn tái phát hoặc đau nhiều ổ gãy (có thể áp dụng cho chỉ gãy 2 xương sườn); trường hợp có khớp giả xương sườn (hay gặp ở người cao tuổi) hay các trường hợp cân nhắc về yếu tố thẩm mỹ (nếu để nhiều sườn gãy tự liền có thể ảnh hưởng tới sự cân đối của thành ngực sau này); các trường hợp có thoát vị phổi qua ổ gãy.

Bảng 3.1 cho thấy có 11 bệnh nhân nam, chiếm đa số với tỉ lệ là 78.6%. Số bệnh nhân nữ là 3, chiếm tỉ lệ 21.4%. Tỉ lệ nam/nữ là 11/3. Độ tuổi được chỉ định chủ yếu gặp độ tuổi trưởng thành chiếm 57.1% và người cao tuổi chiếm 42.9%, độ tuổi thanh niên (18→ <30 tuổi) và tuổi thiếu niên-nhi đồng (<18 tuổi) chưa gặp trường hợp nào. Nhóm bệnh nhân gãy xương sườn nhập viện vì tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ nhiều nhất, ghi nhận ở 12 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 85.7%. Còn nhóm

nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động có 1 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 7.1 %. Như vậy trong nhóm nghiên cứu chỉ định chủ yếu là do gãy nhiều sườn di lệch nặng, hoặc mảnh sườn di động. Các chỉ định khác do số lượng bệnh nhân còn ít nên chúng tôi chưa gặp. Một điểm nữa cần lưu ý là bệnh nhân cần có đủ kinh phí chi trả dụng cụ nẹp vis, do vậy phải được giải thích kỹ trước khi can thiệp.

Bảng 3.2 cho thấy triệu chứng đau ngực xảy ra phổ biến trên tất cả các bệnh nhân. Số lượng bệnh nhân khó thở ghi nhận được trong lúc nhập viện là 9, chiếm tỉ lệ 64.3%. Bên cạnh đó, biến dạng thành ngực ghi nhận được ở 08 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 57%. Tràn khí dưới da trong nhóm nghiên cứu ghi nhận ở 6 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 43 %.

Về lựa chọn xương sườn gãy và vị trí gãy trên thân xương sườn để can thiệp, chỉ định cần kết hợp cả lâm sàng, XQ và đặc biệt là MSCT ngực có thuốc cản quang dựng hình thành ngực. Nhiều trường hợp trên phim XQ chưa đánh giá hết được tổn thương về xương sườn cũng như những tổn thương phổi hợp của lồng ngực. Nên MSCT giúp cho chẩn đoán chính xác số lượng, vị trí xương sườn gãy cũng như các tổn thương phổi hợp trong lồng ngực (tràn máu – khí khoang màng phổi; giập phổi).

Bảng 3.3 và biểu đồ 3.1 chỉ ra trên x-quang ngực thẳng, số lượng xương sườn gãy nhiều nhất được ghi nhận là 7 xương sườn, số lượng xương sườn gãy ít nhất là 1 xương sườn, số lượng xương sườn gãy trung bình là 4,2 xương sườn, tổng số xương sườn gãy được ghi nhận là 42 xương sườn. Số vị trí di lệch nhiều trung bình được ghi nhận trên X-quang ngực thẳng là $2,3 \pm 0,68$ vị trí; nhiều nhất là 3 vị trí và ít nhất là 1 vị trí. Trên CT ngực cho thấy phẫu thuật cố định xương

sườn đa số di lệch nhiều ở vị trí các xương sườn 3,4,5,6,7; trong đó vị trí xương sườn di lệch nhiều nhất được ghi nhận là xương sườn số 5, với 8 trường hợp. Tiếp theo đó là xương sườn số 3 được ghi nhận trong 4 trường hợp và xương sườn số 4,6,7 được ghi nhận ở 3 trường hợp. Chiếm tỉ lệ ít hơn đó là xương sườn số 8 với 2 trường hợp. Cuối cùng là nhóm xương sườn ít bị di lệch nhất gồm có xương sườn số 2, 9. Còn xương sườn số 1,10,11,12 chưa gặp trường hợp nào bị gãy.

Về kĩ thuật kết hợp xương sườn, tư thế phẫu thuật người bệnh phụ thuộc vào cố định xương sườn gãy ở cung trước (nằm ngửa), cung bên (nằm nghiêng) hay cung sau (nằm nửa sấp). Bảng 3.4 cho thấy phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật ở tư thế nằm nghiêng, ghi nhận ở 9 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 63.4%. Bệnh nhân được phẫu thuật ở tư thế nằm nửa sấp là 3, chiếm tỉ lệ là 21.4%. Còn lại bệnh nhân được phẫu thuật ở tư thế nằm ngửa chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2 trường hợp, với tỉ lệ là 14.3%. Vị trí kết hợp xương và cung sườn được lựa chọn trong phẫu thuật: phụ thuộc vào vị trí giải phẫu ổ gãy mà có cách tiếp cận với đường mổ ngắn nhất, ít xâm lấn nhất tránh tổn thương thành ngực. Không phải trường hợp nào cũng chỉ định nẹp vis cố định tất cả các xương sườn gãy, có những vị trí xương sườn rất khó khăn để tiếp cận phẫu thuật, chưa kể làm tăng kinh phí điều trị và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng khi nẹp vis nhiều vị trí ổ gãy không cần thiết. Biểu đồ 3.2 cho thấy vị trí xương sườn được lựa chọn phẫu thuật chủ yếu là xương sườn số 3,5,6,7. Trong đó, nhiều nhất là xương sườn số 5 (8 trường hợp). Tiếp đó, là xương sườn số 3 có 4 trường hợp, và xương sườn số 4,6,7 cùng

có 3 trường hợp. Xương sườn số 8 được lựa chọn phẫu thuật trong 2 trường hợp. Còn lại các xương sườn khác chưa chỉ định kết hợp do gãy di lệch ít.

Vị trí cung bên được ghi nhận trong 20 vị trí cố định. Vị trí cung sau được ghi nhận trong 10 vị trí cố định. Và thấp nhất là vị trí cung trước được ghi nhận trong 1 vị trí cố định.

Trong phẫu thuật cố định xương sườn, đa phần các trường hợp lựa chọn vị trí cung bên của xương sườn để tiếp cận. Với lý do cung bên là vị trí mà xương sườn di động mạnh nhất (gây đau nhiều cho bệnh nhân khi cử động, hít thở), cũng là nơi xương sườn hay bị tổn thương nhất (kèm tràn máu khí khoang màng phổi), di lệch và gây biến dạng lồng ngực nhiều nhất. Đồng thời phần mềm da cơ phía trước cung bên mỏng hơn so với vị trí khác, can thiệp sẽ ít làm tổn thương phần mềm hơn. Cung trước của xương sườn thường liên quan đến sụn sườn nên khó để cố định vững; còn cung sau có lớp cơ dày che phủ phía ngoài nên khó khăn trong tiếp cận ổ gãy, và vị trí này cũng ít di lệch hơn so với cung trước và bên. Tuy nhiên nếu số lượng bệnh nhân lớn hơn có thể sẽ gặp những tình huống khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy xương sườn do chấn thương bằng nẹp vis là kĩ thuật không phức tạp, khả thi tại các bệnh viện tuyến tỉnh có trang bị cần thiết, lợi ích giảm đau tốt, rút ngắn thời gian nằm viện. Cần tiến hành thêm nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá toàn diện về chỉ định và kết quả phẫu thuật gãy xương sườn do chấn thương bằng nẹp vis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kerr-Valentic MA, Arthur M, Mullins RJ** (2003), "Rib fracture pain and disability: can we do better?", *J Trauma* 54, tr. 1058-1063.
2. **Sirmali M, Türüt H, Topçu S, et al.** (2003), "A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: morbidity, mortality and management", *Eur J Cardiothorac Surg.* 24, tr. 133-138.
3. **Nguyễn Hữu Ước, và cộng sự** (2006), "Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006", *Y học Việt Nam.* 328, tr. 402-413.
4. **Lafferty PM, Anavian J, Will RE, et al** (2011), "Operative treatment of chest wall injuries: indications, technique, and outcomes", *J Bone Joint Surg Am.* 93, tr. 97-110.
5. **Mouton W, Lardinois D, Furrer M, et al** (1997), "Long term follow-up of patients with operative stabilization of a flail chest", *J Thorac Cardiovasc Surg.* 45, tr. 242-244.
6. **Nirula R, Diaz JJ Jr, Trunkey DD, et al** (2009), "Rib fracture repair: indications, technical issues, and future directions", *World J Surg.* 33, tr. 14-22.
7. **Tanaka H, Yukioka T, Yamaguti Y et al** (2002), "Surgical stabilization of internal pneumatic stabilization? A prospective randomized study of management of severe flail chest patients", *J Trauma.* 52, tr. 727-732.
8. **Lardinois D, Krueger T, Dusmet M, et al** (2001), "Pulmonary function testing after operative stabilization of the chest wall for flail chest", *Eur J Cardiothorac Surg.* 20, tr. 496-501.
9. **Ahmed Z, Mohyuddin Z** (1995), "Management of flail chest injury: internal fixation versus endotracheal intubation and ventilation", *J Thorac Cardiovasc Surg.* 110(6), tr. 1676-1680.
10. **Reber PU, Kniemeyer HW, Ris HB** (1998), "Reconstruction plates for internal fixation of flail chest", *Ann Thorac Surg.* 66, tr. 2158.
11. **Paris F, Tarazona V, Blasco E, Canto A, Casillas M, Pastor J, Paris M, Montero R.** (1975), "Surgical stabilization of traumatic flail chest", *Thorax.* 30, tr. 521-527.
12. **Nguyễn Công Minh** (2002), "Gãy sườn và màng sườn di động trong chấn thương ngực kín", *Chấn thương ngực, Nhà xuất bản Y học*, tr. 24.
13. **Nguyễn Thế Hiệp** (2008), "Chấn thương ngực", *Điều trị ngoại khoa lồng ngực – tim mạch, Nhà xuất bản Y học, Tp HCM*, tr. 1-22.
14. **Nguyễn Quang Quyền** (2006), "Xương ngực", *Bài giảng giải phẫu học, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh*, tr. 19-24.
15. **Hellberg K, de Vivie ER, Fuchs K, et al** (1981), "Stabilization of flail chest by compression osteosynthesis-experimental and clinical results", *Thorac Cardiovasc Surg.* 29, tr. 275-281.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020- 2021

Chu Thị Hà^{1,3}, Vũ Thị Yến^{1,2}, Đỗ Thị Thuý Hằng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020- 2021 và nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân trên. **Đối tượng nghiên cứu:** 48 trẻ sơ sinh được chẩn đoán xác định là nhiễm khuẩn huyết dựa trên các tiêu chuẩn Sepsis III năm 2016. Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2020 đến 31/12/2021. **Phương pháp:** mô tả 1 loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu. **Kết quả:** có 60,4% bệnh nhân là trẻ đẻ non, 89,6% nhập viện trước 7 ngày tuổi, tỷ lệ trẻ nam/ nữ là 1,8/1. Triệu chứng lâm sàng gồm: refill > 2s (85,4%), rút lõm lồng ngực mạnh (83,3%), thở rên (77,1%), li bì (79,2%), da nổi vân tím (70,8%), nôn (64,6%). Có 64,6% cấy máu mọc vi khuẩn Gram (-), trong đó Klebsiella chiếm tỷ lệ cao nhất (47,9%) sau đó là Acinetobacter (12,5%). Tỷ lệ khỏi là 37,5%, thời gian điều trị trung bình là $15,60 \pm 11,32$ ngày. Các yếu tố liên quan tử vong/chuyển viện gồm tuổi nhập viện < 7 ngày, đẻ non, có thông khí nhân tạo và tần số tim khi vào viện ≥ 180

lần/phút. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh rất đa dạng và không đặc hiệu. Đẻ non và nhịp tim khi vào viện ≥ 180 ck/phút là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tử vong/chuyển viện trong điều trị ở bệnh nhi sơ sinh nhiễm khuẩn huyết.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, sốt, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF NEONATAL SEPSIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021 – 2022

Objectives: to describe clinical and subclinical features of neonatal sepsis and evaluate results of treatment of the above patients at Hai Phong Children's Hospital in 2020-2021. **Study subjects:** Subjects included 48 newborns with neonatal sepsis based on Sepsis III in 2016. **Methods:** It was as case-series study using retrospective data. **Results:** there were 60.4% preterm patients in which 89.6% were hospitalized before 7 days of age, the male/female ratio was 1.8/1. The main clinical symptoms included refill > 2s (85.4%), lower chest wall indrawing (83.3%), moaning (77.1%), lethargy (79.2%), skin purple veins (70.8%), vomiting (64.6%). The rate of positive blood culture for Gram (-) was 64.6%. Klebsiella had the highest rate (47.9%) then Acinetobacter (12.5%). The rate of remission was 37.5% and average time for hospitalization was $15,60 \pm$

¹Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Khoa Nhi, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

⁴Sinh viên Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà

Email: ctha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2023

Ngày duyệt bài: 18.7.2023

11,32 days. Factors associated with increased mortality/hospitalization in neonatal sepsis treatment were age of admission < 7 days, preterm delivery, artificial ventilation and heart rate on admission ≥ 180 beats/min. **Conclusion:** Clinical symptoms of neonatal sepsis were varied and non-specific. Preterm birth and hospital admission heart rate ≥ 180 bpm were statistically significant of death/ hospital transfer in the treatment of neonatal sepsis.

Keywords: Sepsis, newborn, fever, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một trong các nguyên nhân thường gặp của bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ đẻ non, cân nặng thấp. Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là bệnh nhiễm trùng toàn thân nặng do sự xâm nhập ồ ạt lặp đi lặp lại của các vi khuẩn và độc tố của chúng vào trong máu, gây nên tổn thương cho các mô và cơ quan. Năm 2013, các nước khu vực Châu phi cận Sahara có tỷ lệ tử vong sơ sinh do nhiễm khuẩn huyết ở mức rất cao là 49,6% [1] và tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết sơ sinh ở Ấn Độ năm 2016 là 17.000 / 1.000.000 trẻ sơ sinh sống [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2003 tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ NKH là 2,1%, viêm màng não mủ là 0,9 – 1,5%, viêm phổi sơ sinh chiếm tỷ lệ rất cao 90,3% (9,7% tử vong) [3]. Căn nguyên gây NKH rất đa dạng. Cây máu tìm vi khuẩn là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán cao, tuy nhiên tỉ lệ cây máu dương tính còn thấp và thời gian chờ kết quả khá lâu. Hơn nữa, các dấu hiệu lâm sàng trong NKH ở trẻ sơ sinh rất đa dạng phức tạp hoặc nghèo nàn, không có triệu chứng đặc hiệu. Hiện nay, điều trị NKH ở trẻ sơ sinh còn gặp nhiều khó khăn do chẩn đoán muộn, lựa chọn kháng sinh không phù

hợp với tác nhân gây bệnh, kết quả điều trị tại các cơ sở rất khác nhau, phụ thuộc vào nhiều yếu tố và nếu được điều trị khỏi đôi khi vẫn để lại những di chứng nặng nề. Tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, hàng năm tiếp nhận và điều trị nhiều trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn huyết. Vậy đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị NKH sơ sinh tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng hiện nay như thế nào? Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020- 2021

2. Nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Trẻ ≤ 28 ngày tuổi, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo Sepsis 3 năm 2016 [4]

Có ít nhất 2/4 tiêu chuẩn đáp ứng viêm hệ thống:

· Sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (đo hậu môn) hoặc hạ thân nhiệt $\leq 36^{\circ}\text{C}$ (đo hậu môn).

· Nhịp tim nhanh ≥ 180 nhịp/phút.

· Nhịp thở nhanh ≥ 60 nhịp/phút.

· Bạch cầu máu ngoại vi $\geq 25.000/\text{mm}^3$ hoặc $\leq 5.000/\text{mm}^3$.

Và có tác nhân gây bệnh được phân lập từ một hoặc nhiều lần cấy máu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Trẻ > 28 ngày tuổi.

+ Cây máu không mọc vi khuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả 1 loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và trong thời gian nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Thu thập số liệu

Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế từ trước.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 48 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=48)**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi vào viện (ngày)	< 7	43	89,6
	≥ 7	5	10,4
Giới	Nam	31	64,6
	Nữ	17	35,4
Tuổi thai (tuần)	< 37	29	60,4
	≥ 37	19	39,6
Cân nặng lúc sinh (gr)	< 1500	33	68,8
	1500- 2500	9	18,8
	≥ 2500	6	12,5

Nhận xét: Có 89,6% trẻ có tuổi vào viện trước 7 ngày tuổi, 64,6% trẻ có giới tính nam, 60,4% bệnh nhân là trẻ đẻ non, cân nặng lúc sinh < 1500 gr chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,8%.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các biểu hiện lâm sàng (n= 48)

Biểu hiện lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	Thở rên	37	77,1
	Rút lõm lồng ngực mạnh	40	83,3
	Tím tái	32	66,7
	Cơn ngừng thở > 15s	21	43,8
Thần kinh	Li bì	38	79,2
	Kích thích	1	2,1
	Giảm trương lực cơ	9	18,7
	Tăng trương lực cơ	0	0,0
	Co giật	0	0,0
Tuần hoàn	Mạch ≥ 180 (nhịp/phút)	14	29,2
	Refill > 2s	41	85,4
	Da nổi vân tím	34	70,8
Tiêu hóa	Nôn	31	64,6
	Bụng chướng	25	52,1
	Gan/lách to	17	35,4

Da, niêm mạc	Vàng da sớm	8	16,7
	Xuất huyết dưới da	10	20,8
	Phù	20	41,7
Nhiệt độ khi vào viện (nhiệt độ hậu môn)	< 36 °C	9	18,8
	36- 38 °C	35	72,9
	≥ 38 °C	4	8,3

Nhận xét: Các triệu chứng li bì, rút lõm lồng ngực, nôn, refill>2s, phù là những biểu hiện lâm sàng thường gặp của bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh.

Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo kết quả cấy máu (n=48)

	Vi khuẩn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gram (-)	Acinetobacter	6	12,5
	Klebsiella	23	47,9
	E.coli	1	2,1
	P.aeruginosa	1	2,1
Gram (+)	S.aureus	9	18,7
	S.epidermidis	2	4,1
	S.viridans	1	2,1
	S.pneumoniae	3	6,3
	Sta.hemolyticus	1	2,1
	L.monocytogens	1	2,1

Nhận xét: Kết quả nuôi cấy máu cho thấy vi khuẩn thường gặp nhất là Klebsiella (47,9%).

3.2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh

Bảng 4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo kết quả điều trị (n = 48)

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	18	37,5
Tử vong/ Chuyển viện	30	62,5
Thời gian điều trị trung bình (ngày)	15,60 ± 11,32	

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình của đối tượng nghiên cứu là 15,60 ± 11,32 ngày. Có 30 bệnh nhân tử vong/ chuyển viện chiếm tỷ lệ cao là 62,5%.

Bảng 5. Một số dịch tễ liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n= 48)

Kết quả điều trị		Chuyển viện/ Tử vong	Khỏi/ Ra viện	P
Các yếu tố	< 7	29 (60,42 %)	14 (29,17 %)	< 0,05
	≥ 7	1 (2,08%)	4 (8,33%)	
Tuổi vào viện (ngày)	< 37	24 (50%)	5 (10,42%)	< 0,01
	≥ 37	6 (12,5%)	13 (27,08%)	
Cân nặng lúc sinh (gram)	< 1500	26 (54,17%)	7 (14,58%)	< 0,01
	≥ 1500	4 (8,33%)	11 (22,92%)	
	≥ 180	18 (37,5%)	2 (4,17%)	
	Không	5 (10,42 %)	8 (16,67%)	

Nhận xét: Trẻ có tuổi vào viện trước 7 ngày tuổi, trẻ đẻ non (<37 tuần), trẻ có cân nặng lúc sinh thấp < 1500 gr có tỷ lệ chuyển viện/ tử vong cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tần số tim với kết quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n= 48)

	Khỏi/ Ra viện n (%)	Chuyển viện/ Tử vong n (%)	P
Tần số tim < 180	16 (33,33%)	12 (25%)	< 0,05
Tần số tim $\geq$ 180	2 (4,17%)	18 (37,5%)	

Nhận xét: Tần số tim $\geq$ 180 lần/ phút có mối liên quan đến kết quả điều trị, $p < 0,05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa thông khí nhân tạo với kết quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n= 48)

Thông khí nhân tạo	Khỏi/ Ra viện n (%)	Chuyển viện/ Tử vong n (%)	P
Có	10 (20,83%)	25 (52,08%)	< 0,05
Không	8 (16,67%)	5 (10,42 %)	

Nhận xét: Những bệnh nhân có thông khí nhân tạo có tỉ lệ khỏi ra viện khác biệt với nhóm không cần thông khí nhân tạo, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,8/1, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Adatara tại Ghana năm 2019 với tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 50,8% và 49,2% [5]. Một vài nghiên cứu trong nước cũng có kết quả tương đồng như tác giả Trần Văn Lân bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 54,7% [6]. Có nhiều giả thuyết đưa ra lý giải cho sự chênh lệch này như yếu tố miễn dịch nằm trên NST X hay do sự thiếu hụt 25-OH(D) ở trẻ sơ sinh trai có liên quan đến việc mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Từ bảng 1 cho thấy, nhóm trẻ sinh non tháng chiếm 60,4% cao hơn so với trẻ đủ tháng là 39,6%. Kết quả của chúng tôi

tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Xương năm 2016 [7].

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh rất đa dạng và phức tạp. Sốt là triệu chứng thường gặp trong các tình trạng nhiễm khuẩn, tuy nhiên ở trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn huyết thì hạ thân nhiệt gặp nhiều hơn là tình trạng sốt (theo bảng 2 có 18,8% hạ thân nhiệt so với 8,3% bệnh nhân có sốt). Điều này có thể giải thích do trung tâm điều nhiệt của trẻ sơ sinh chưa trưởng thành đặc biệt là trẻ đẻ non, đồng thời khi xảy ra tình trạng nhiễm khuẩn, việc chống đỡ lại các rối loạn do nhiễm khuẩn tạo ra trong khi khả năng tích trữ năng lượng và oxy ở trẻ sơ sinh thường kém, vì vậy đến tình trạng thiếu năng lượng và hạ thân nhiệt. Nhóm triệu chứng về rối loạn hô

hấp thì dấu hiệu thở rên và rút lõm lồng ngực là 2 dấu hiệu hay gặp nhất. Tần số thở của trẻ thường tăng trên 60 lần/phút lý giải bởi nhu cầu oxy tăng lên, trong khi đó thể tích khí lưu thông ở trẻ sơ sinh gần như không thay đổi do đó tần số thở phải tăng lên để đáp ứng với tình trạng thiếu oxy ở các khu vực như não và tim. Cùng với việc tăng tần số thở, để làm tăng thời gian trao đổi oxy trong phế nang, ở trẻ sơ sinh có hình thành tiếng thở rên giúp giữ lượng khí cặn chức năng trong phế nang được lâu hơn, do đó tỷ lệ trẻ có triệu chứng thở rên rất cao chiếm 77,1% và tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Lâm triệu chứng thở rên là 83,3% [6]. Ở Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, việc đo huyết áp của trẻ sơ sinh chưa được đưa vào quy trình thường quy, do đó để quan sát các biểu hiện về tuần hoàn, chúng tôi dựa vào các biểu hiện lâm sàng như da tái, nổi vân tím trên da, refill > 2s hay nhịp tim nhanh ≥ 180 lần/phút. Trong đó, biểu hiện giảm tưới máu ngoại vi là refill > 2s chiếm 41/48 trường hợp (85,4%) và da nổi vân tím chiếm 34/48 trường hợp (70,8%), dấu hiệu nhịp tim nhanh chỉ có 20 trường hợp chiếm 41,67%.

Từ bảng 3 cho thấy, căn nguyên gây bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh thường gặp là vi khuẩn Gram âm chiếm 64,6%, trong đó Klebsiella là vi khuẩn có tỷ lệ cao nhất (47,9%). Điều này có thể do tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện đang ngày một gia tăng, hầu hết các bệnh nhân đến khoa đều đã được điều trị một bệnh nhiễm trùng trước đó hoặc điều trị từ bệnh viện tuyến dưới.

4.2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có 30 bệnh nhân tử vong/ chuyển viện chiếm tỷ lệ cao là 62,5%.

Kết quả bảng 5,6,7 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân vào viện trước 7 ngày tuổi rất cao (89,58%) tương đồng với nghiên cứu của Adatara tại Ghana năm 2019, kết quả của nghiên cứu này là có 78,7% trẻ khởi phát nhiễm khuẩn huyết ở độ tuổi < 7 ngày tuổi [5]. Trẻ sơ sinh NKH có hỗ trợ thông khí nhân tạo có kết quả điều trị là tử vong hoặc chuyển tuyến chiếm tỷ lệ cao (52,08%), trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm trẻ sơ sinh không phải hỗ trợ thông khí nhân tạo là 10,42%, $p < 0,05$. Thông khí nhân tạo là một can thiệp xâm lấn gây ra nguy cơ nhiễm khuẩn cao, thủ thuật này có thể là đường vào cho các căn nguyên nhiễm khuẩn bệnh viện cũng như suy yếu khả năng bảo vệ và đào thải của cơ thể. Nhóm trẻ có tần số tim ≥ 180 lần/phút có kết cục điều trị là chuyển viện/ tử vong cao hơn hẳn so với nhóm trẻ có tần số tim < 180 lần/ phút, với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Peter Adatara [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng trẻ sơ sinh đẻ non bị nhiễm khuẩn huyết có tỷ lệ tử vong/ chuyển viện cao hơn nhiều so với nhóm trẻ đủ tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Xương [7]. Bởi lẽ, sức đề kháng của trẻ sơ sinh, đặc biệt sinh non kém hơn trẻ lớn, cơ thể của trẻ sinh non rất nhạy cảm với nhiễm trùng do thiếu hụt miễn dịch, thiếu C3, IgA, IgM, đại thực bào, lympho hoạt tính làm thay đổi toàn bộ các giai đoạn chống lại nhiễm trùng. Đáp ứng miễn dịch kém đồng thời sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn trong và

sau đẻ như đẻ ngạt, đẻ non tháng, đẻ thiếu cân... làm cho trẻ sơ sinh dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng thường gặp của NKHSS là rút lõm lồng ngực mạnh (83,3%), thở rên (77,1%), li bì (79,2%), da nổi vân tím (70,8%), refill > 2s (85,4%), nôn (64,6%). Vi khuẩn Gram âm *Klebsiella* là nguyên nhân thường gặp nhất trong bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (47,9%).

Tỷ lệ khỏi 37,5% và thời gian nằm trung bình là $15,60 \pm 11,32$ ngày. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong/ chuyển viện trong điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là tuổi nhập viện < 7 ngày, đẻ non, có thông khí nhân tạo, cân nặng lúc sinh < 1500 gram và tần số tim khi vào viện ≥ 180 lần/phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu L, Oza S, Hogan D et al, (2016) "Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2016 priorities: an updated systematic analysis". Lancet, vol. 385: p. 430-440.
2. Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P et al, (2018) "The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review". Lancet Respir Med. 6(3): p. 223-230.
3. Khu Thị Khánh Dung, (2003) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh". Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Singer, Mervyn et al., (2016) "The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)". JAMA. 315(8): p. 801- 810.
5. Peter Adatara, et al., (2019) "Risk Factors Associated with Neonatal Sepsis: A Case Study at a Specialist Hospital in Ghana". The Scientific World Journal, 2019: p. 9369051-9369051.
6. Trần Văn Lân (2017) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng". Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. Phạm Văn Xương, (2016) "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết trẻ sơ sinh tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng". Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Hải Phòng.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ HORMON SINH SẢN Ở PHỤ NỮ VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Phương¹, Phạm Thị Thu Trang^{1,2}, Phạm Minh Khánh¹,
Đỗ Lan Phương², Phạm Thị Nguyệt², Khúc Quỳnh Mai⁴,
Bùi Văn Ngọc³, Lưu Vũ Dũng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của hormon hướng sinh dục (FSH, LH), hormon sinh dục (Estradiol, Progesteron, AMH) và nhận xét mối tương quan giữa hai nhóm hormon ở phụ nữ vô sinh nguyên phát tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 136 phụ nữ vô sinh nguyên phát; Mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu. **Kết quả:** Nồng độ trung bình của các hormon hướng sinh dục FSH và LH là $6,8 \pm 3,3$ mIU/ml và $6,6 \pm 3,9$ mIU/ml. Nồng độ trung bình của các hormon sinh dục Estradiol, Progesteron, và AMH lần lượt là $40,5 \pm 35,1$ pg/ml; $0,4 \pm 0,5$ ng/ml; và $4,3 \pm 2,8$ ng/ml. FSH có mối tương quan nghịch ở mức độ vừa với AMH ($r = -0,349$; $p < 0,001$). FSH có mối tương quan nghịch mức độ rất yếu với Estradiol ($r = -0,094$; $p < 0,05$) và Progesteron ($r = -0,047$; $p < 0,05$). LH có mối tương quan thuận ở mức độ vừa với nồng độ AMH ($r = 0,476$; $p < 0,05$). LH có mối tương quan thuận mức độ thấp với nồng độ Estradiol ($r = 0,244$; $p < 0,05$) và tương quan thuận mức độ rất thấp với nồng độ Progesteron ($r = 0,017$; $p > 0,05$). Kết luận: FSH, LH có mối

tương quan có ý nghĩa với AMH ở phụ nữ vô sinh nguyên phát. FSH, LH không có mối tương quan có ý nghĩa với Estradiol, Progesteron ở phụ nữ vô sinh nguyên phát.

Từ khóa: vô sinh nguyên phát, FSH, LH, Estradiol, Progesteron

SUMMARY

RESEARCH OF CHARACTERISTICS OF SOME REPRODUCTIVE HORMONS IN WOMEN WITH INFERTILITY AT HAI PHONG GYNECOLOGY HOSPITAL 2022

Purpose: Research on characteristic FSH, LH and Estradiol, Progesteron, AMH and the relationship between 2 hormone groups in women with primary infertility at Hai Phong Gynecology Hospital (2022). **Subjects and methods:** 136 women with primary infertility; cross-sectional descriptive study. **Results:** FSH has a moderately negatively correlation with AMH ($r = -0.349$; $p < 0.001$). FSH has a low negative correlation between Estradiol ($r = -0.094$; $p < 0.05$) and Progesterone ($r = -0.047$; $p < 0.05$). LH has a moderate positive correlation with AMH ($r = 0.476$; $p < 0.05$). LH has a low positive correlation with estradiol concentration ($r = 0.244$; $p < 0.05$) and a low positive correlation with progesterone ($r = 0.017$; $p > 0.05$). **Conclusion:** FSH, LH and AMH were significantly correlated in women with primary infertility. There is no significantly correlated between FSH, LH and Estradiol, Progesteron in women with primary infertility

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Tiệp

³Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

⁴Sở Y tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Trang

Email: phamtranghsyhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

Keywords: primary infertility, FSH, LH, Estradiol, Progesteron

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ 7,7%, trong đó vô sinh nguyên phát là 3,9% và vô sinh thứ phát là 3,8% [1]. Ở nữ giới, các bất sự bất thường về nồng độ các nội tiết tố tuyến yên và nội tiết tố sinh dục là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh và quan trọng nhất là sự bất thường của các hormon thuộc trục nội tiết sinh sản dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng, bao gồm các hormon hướng sinh dục (FSH, LH) và các hormon sinh dục (estradiol, progesteron, AMH). Trục nội tiết sinh sản này giúp điều hoà chu kỳ kinh nguyệt và hoạt động sinh sản của người phụ nữ [2]. Việc nghiên cứu đặc điểm các hormon sinh sản cũng như sự tương quan giữa các hormon trong một số bệnh, hội chứng có liên quan đến rối loạn nội tiết góp phần cho công tác tư vấn phòng, chẩn đoán ban đầu nguyên nhân vô sinh. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của hormon hướng sinh dục (FSH, LH) và hormon sinh dục (Estradiol, Progesteron, AMH) và nhận xét mối tương quan giữa hai nhóm hormon ở phụ nữ vô sinh nguyên phát tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, thời gian và địa điểm nghiên cứu: các bệnh nhân nữ được chẩn đoán là vô sinh nguyên phát (vô sinh I) từ một năm trở lên theo WHO (2010). Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh án các bệnh nhân nữ được chẩn đoán là vô sinh nguyên phát (vô sinh I) từ một năm trở lên theo WHO

(2010) và có kết quả xét nghiệm hormon FSH, LH, Estradiol, Progesteron, AMH tại khoa Sinh hóa bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 6-12/2019. Bệnh nhân chưa điều trị vô sinh lần nào, còn đủ buồng trứng hai bên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tiền mãn kinh, mãn kinh; bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính, nội tiết...

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

2.3. Phương pháp chọn mẫu:

Áp dụng công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{\Delta^2}$$

Với $\Delta = 0,05$ và $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (với $\alpha=0,05$).

Nghiên cứu tương tự của Olooto và cs. cho độ lệch chuẩn (s) của chỉ số Estradiol ở phụ nữ vô sinh là 0,26 [4]; thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 103,88.

Trên thực tế chúng tôi thu thập được 136 nữ chẩn đoán vô sinh nguyên phát tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng tham gia vào nghiên cứu để tăng tính chính xác.

2.4. Biến số nghiên cứu

Nồng độ các hormon: FSH, LH, Estradiol, Progesteron, AMH và mối liên quan giữa của các hormon và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Mối tương quan giữa các hormon hướng sinh dục và các hormon sinh dục.

2.5. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Các biến số lượng được kiểm tra theo phân phối chuẩn bằng kiểm định Kolmogorov – Smirnov. Các thuật toán sử dụng: Test χ^2 , T-Student,...

2.6. Đạo đức nghiên cứu: giữ bí mật thông tin bệnh nhân, được sự cho phép của Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm một số hormone sinh sản của phụ nữ vô sinh nguyên phát tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2022: 136 đối tượng nghiên cứu

** Thời gian vô sinh*

Bảng 3.1. Thời gian vô sinh của đối tượng nghiên cứu

Thời gian vô sinh	n = 136	%
1 năm	28	20,6
2 năm	48	35,3
3 năm	24	17,6
4-5 năm	18	13,2
6-10 năm	12	8,8
>10 năm	6	4,4
$\bar{x} \pm SD$	4,2 $\pm$ 2,4	

Nhận xét: 136 đối tượng nghiên cứu có thời gian vô sinh 2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 35,3% (n=48), đứng thứ hai là thời gian vô sinh một năm 20,6% (n=28); thời gian vô sinh trung bình là 4,2 $\pm$ 2,4 năm.

** Đặc điểm các hormon*

Bảng 3.2. Nồng độ trung bình của các hormon hướng sinh dục

Các chỉ số	$\bar{x} \pm SD$	Min-Max
FSH (mIU/ml)	6,8 $\pm$ 3,3	0,63 – 61,73
LH (mIU/ml)	6,6 $\pm$ 3,9	0,38 – 38,88

Nhận xét: Nồng độ FSH trung bình: 6,8 $\pm$ 3,3 mIU/ml

Bảng 3.3. Nồng độ trung bình của các hormon sinh dục

Các chỉ số	$\bar{x} \pm SD$	Min-Max
Estradiol (pg/ml)	40,5 $\pm$ 35,1	5 – 1001
Progesteron (ng/ml)	0,4 $\pm$ 0,5	0,05 – 6,07
AMH (ng/ml)	4,3 $\pm$ 2,8	0,01 – 15,55

Nhận xét: Nồng độ Estradiol trung bình của ĐTNC là 40,5 $\pm$ 35,1 pg/ml; Progesteron: 0,4 $\pm$ 0,5 ng/ml, AMH: 4,3 $\pm$ 2,8 ng/ml.

Bảng 3.4. Nồng độ các hormon hướng sinh dục theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	FSH (mIU/ml) $\bar{x} \pm SD$	LH (mIU/ml) $\bar{x} \pm SD$
≤ 25 (n =19) (1)	6,0 $\pm$ 1,5	8,4 $\pm$ 5,8
26 – 30 (n = 47) (2)	6,2 $\pm$ 1,6	6,9 $\pm$ 3,6
31 – 35 (n = 34) (3)	7,1 $\pm$ 5,1	6,6 $\pm$ 3,2
>35 (n = 36) (4)	7,7 $\pm$ 3,0	5,7 $\pm$ 3,3
p	1-2=0.6415	1-2=0.2075
	1-3=0.3646	1-3=0.1501
	1-4=0.0245	1-4=0.0317
	2-3=0.2589	2-3=0.6994
	2-4=0.0044	2-4=0.1227
	3-4=0.5479	3-4=0.2512

Nhận xét: Nồng độ FSH trung bình có sự khác biệt giữa nhóm tuổi >35 với các nhóm ≤25 và 36-30 (lần lượt p=0.0245 và 0.0044); nồng độ LH trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tuổi ≤25 và nhóm >35 (p=0.0317).

Bảng 3.5. Nồng độ các hormon sinh dục theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Estradiol (pg/ml) $\bar{x} \pm SD$	Progesteron (ng/ml) $\bar{x} \pm SD$	AMH (ng/ml) $\bar{x} \pm SD$
≤ 25 (n =19) (1)	38,1 ± 11,4	0,4 ± 0,1	5,1 ± 2,8
26 – 30 (n = 47) (2)	42,5 ± 53,6	0,3 ± 0,2	4,7 ± 2,8
31 – 35 (n = 34) (3)	39,1 ± 18,7	0,3 ± 0,4	4,1 ± 2,4
>35 (n = 36) (4)	40,9± 19,8	0,4 ± 0,6	2,2 ± 1,8
p	1-2= 0.7252	1-2=0.0424	1-2=0.4
	1-3=0.8332	1-3=0.2910	1-3=0.1767
	1-4=0.5730	1-4=1.0000	1-4=0.0001
	2-3=0.7242	2-3=1.0000	2-3=0.3159
	2-4=0.8653	2-4=0.2881	2-4=0.0001
	3-4=0.6974	3-4=0.4176	3-4=0.0004

Nhận xét: Nồng độ Estradiol và Progesteron trung bình giữa các nhóm tuổi không có sự khác biệt (p>0,05), ngoại trừ nồng độ Progesteron giữa nhóm tuổi ≤25 và nhóm tuổi từ 26-30 tuổi (p=0.0424). Nồng độ AMH trung bình giữa nhóm >35 với các

nhóm tuổi còn lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.2. Mối tương quan giữa các hormon hướng sinh dục và các hormon sinh dục của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Mối tương quan giữa FSH với các hormon sinh dục

Hormon sinh dục	Hệ số tương quan r	p-value
Estradiol	0.094	>0,05
Progesteron	0.47	>0,05
AMH	0.349	<0,001

Nhận xét: FSH với Estradiol và Progesteron không có tương quan có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Nồng độ FSH và nồng độ AMH có mối tương quan nghịch, mức độ vừa (r = - 0,349, p < 0,001).

Bảng 3.7. Mối tương quan giữa LH với các hormon sinh dục

Hormon sinh dục	Hệ số tương quan r	p-value
Estradiol	0,244	<0,05
Progesteron	0,017	>0,05
AMH	0,476	<0,05

Nhận xét: LH và Estradiol có sự tương quan thuận mức độ thấp có ý nghĩa thống kê (r = 0,244, p<0,05). LH và Progesteron không có tương quan có ý nghĩa thống kê (p>0,05). LH có sự tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ AMH (r = 0,476, p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nồng độ các hormon

*** Thời gian vô sinh của đối tượng nghiên cứu:** 136 đối tượng nghiên cứu có thời gian vô sinh trung bình là $4,2 \pm 2,4$ năm; trong đó thời gian vô sinh 2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 35,3% (n=48), đứng thứ hai là thời gian vô sinh một năm 20,6% (n=28) (Bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với thời gian vô sinh trung bình trong nghiên cứu của Trịnh Thế Sơn là $3,2 \pm 2,9$ [4].

*** Các hormon hướng sinh dục:**

Nồng độ FSH trung bình của đối tượng nghiên cứu là $6,8254 \pm 3,27385$ mIU/ml (Bảng 3.2) và kết quả cho thấy nồng độ FSH tăng dần theo nhóm tuổi (Bảng 3.4). FSH là một trong những hormon quan trọng của cơ thể nói chung và đối với buồng trứng nói riêng, bất kỳ một thay đổi nào của FSH cũng ảnh hưởng của khả năng sinh sản. Nồng độ FSH giảm thấp khi xuất hiện ở các bệnh nhân có suy trục dưới đồi - tuyến yên. Nồng độ FSH tăng cao khi xuất hiện ở các bệnh nhân suy buồng trứng.

Nồng độ LH trung bình trong nghiên cứu là $6,6279 \pm 3,90076$ mIU/ml (Bảng 3.2) và nồng độ LH giảm dần theo nhóm tuổi (Bảng 3.4). Nồng độ LH trong máu tăng sẽ xuất hiện phổ biến trong các bệnh nhân suy buồng trứng và đặc biệt là các bệnh nhân buồng trứng đa nang. Trong hội chứng buồng trứng đa nang nồng độ tuyệt đối của hormon LH tăng đáng kể trong máu. Theo nghiên cứu của Mohan và cộng sự sự suy giảm nồng độ LH so với mức trung bình chung của quần thể nói lên sự rối loạn trong quá trình phóng noãn, ảnh hưởng đến khả năng rụng trứng,

một trong những nguyên nhân dẫn đến vô sinh [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Trịnh Thế Sơn về giá trị của FSH ($6,02 \pm 1,70$ mIU/ml); LH = $5,68 \pm 3,12$ mIU/ml ở phụ nữ vô sinh nguyên phát [4]

*** Các hormon sinh dục:**

Nồng độ trung bình của Estradiol là $40,4815 \pm 35,08730$ pg/ml (Bảng 3.3) và kết quả cho thấy nồng độ của Estradiol tăng dần theo nhóm tuổi ($p > 0,05$) (Bảng 3.5); cũng như FSH, nồng độ Estradiol ngày thứ hai hoặc ngày thứ ba của chu kỳ kinh nguyệt là một trong những chỉ tiêu quan trọng để đánh giá chức năng buồng trứng [6]. Hai hormon hướng sinh dục là FSH và LH rất cần thiết cho sự phát triển nang và sự sản xuất Estrogen cũng như Estradiol. Progesteron có tác dụng đối kháng với Estrogen trên nội mạc tử cung, nếu thừa Estrogen quá mức mà không có Progesteron đối kháng trong những trường hợp không phóng noãn (dậy thì, tiền mãn kinh, hội chứng buồng trứng đa nang)-một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng vô sinh nữ [6].

Nồng độ trung bình của Progesteron là $0,3557 \pm 0,48302$ ng/ml (Bảng 3.3) và nồng độ trung bình Progesterol của đối tượng nghiên cứu giảm dần theo nhóm tuổi (Bảng 3.5). Vai trò của Progesteron được xác định hết sức quan trọng trong giai đoạn hoàng thể và ảnh hưởng của nó trong thai kỳ của người phụ nữ, chưa có nghiên cứu nào ghi nhận nồng độ của Progesteron ở các đối tượng phụ nữ vô sinh nguyên phát trong giai đoạn nang noãn [6]

Nồng độ trung bình của AMH là $4,3377 \pm 2,78449$ ng/ml (Bảng 3.3) và AMH của đối tượng nghiên cứu giảm dần theo nhóm tuổi (Bảng 3.5); AMH được sản xuất nhiều nhất ở những nang noãn còn non và đang phát triển, do đó nồng độ AMH phản ánh số nang noãn non hiện có trong buồng trứng, hay còn gọi là dự trữ buồng trứng. Dự trữ buồng trứng càng tốt có nghĩa là khả năng sinh sản của buồng trứng càng cao và ngược lại. Nồng độ AMH là yếu tố quan trọng đánh giá chức năng của buồng trứng. AMH là yếu tố có giá trị cao hơn so với yếu tố tuổi, nồng độ FSH, estradiol và Inhibin B trong đánh giá dự đoán sự lão hóa cũng như dự trữ và đáp ứng buồng trứng [7].

Kết quả nồng độ các hormon sinh dục của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Thị Hoàng Hà với nồng độ Estradiol là $33,66 \pm 11,84$ pg/ml; AMH trung bình $5,82 \pm 4,95$ ng/ml. Sự khác biệt có thể do thời điểm và vị trí nghiên cứu khác nhau mặc dù trên cùng đối tượng phụ nữ vô sinh nguyên phát.

4.2. Mối liên quan giữa các hormon hướng sinh dục và các hormon sinh dục

*** FSH với các hormon sinh dục:**

Trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy một mối tương quan nghịch ở mức độ vừa giữa nồng độ FSH với nồng độ AMH ($FSH = -0,287 \times AMH + 7,819$, $r = -0,349$, $p < 0,001$) (Hình 3.1). Ở các bệnh nhân có chức năng buồng trứng kém thì nồng độ AMH sẽ thấp, khi đó, do chức năng của buồng trứng giảm sẽ tác động lên tuyến yên theo cơ chế điều hoà ngược, từ đó kích thích tuyến yên tăng tiết FSH. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thế Sơn và

cộng sự [4]. Các nghiên cứu cho thấy nồng độ FSH thay đổi trong chu kì kinh nguyệt, nên nồng độ FSH chỉ đo vào ngày thứ hai của vòng kinh mới có ý nghĩa trong đánh giá dự trữ buồng trứng; trong khi đó nồng độ AMH không bị ảnh hưởng và có giá trị ổn định trong suốt chu kì kinh. Do đó, trong thực tế lâm sàng thường sử dụng nồng độ AMH để theo dõi và đánh giá dự trữ buồng trứng cũng như điều trị vô sinh cho bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự tương quan giữa nồng độ FSH với nồng độ Estradiol và Progesteron trong nghiên cứu này là rất thấp ($r = -0,094$; $r = -0,47$) và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

*** LH với Estradiol, Progesteron và AMH**

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ LH có sự tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ AMH ($LH = 0,654 \times AMH + 3,980$, $r = 0,476$, $p < 0,05$) (Hình 3.2). Mối tương quan này được thấy rất rõ nét ở các bệnh nhân buồng trứng đa nang. Hội chứng buồng trứng đa nang là một trong những nguyên nhân dẫn đến vô sinh nữ do làm rối loạn phóng noãn và đây là nguyên nhân rất hay gặp. Ở bệnh nhân buồng trứng đa nang khi xét nghiệm máu thì thường có đặc điểm là LH và AMH cao. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Thế Sơn và trên 68 bệnh nhân tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Trung tâm nghiên cứu Y – Dược học quân sự - Học viện Quân Y cho kết quả tương quan nghịch giữa nồng độ LH và AMH với $p < 0,001$ và hệ số $r = 0,68$ [4].

Trong nghiên cứu giữa LH và Estradiol cũng có mối tương quan thuận mức độ thấp:

LH = $0,053 \times \text{Estradiol} + 4,617$, $r = 0,244$, $p < 0,05$. LH và Progesteron có tương quan thuận mức độ rất thấp, phương trình: LH = $0,126 \times \text{Progesterol} + 6,276$, $r = 0,017$, $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Hoàng Hà và Garcia J.E và cộng sự [4], [8].

V. KẾT LUẬN

FSH, LH không có mối tương quan có ý nghĩa với Estradiol, Progesteron ở phụ nữ vô sinh nguyên phát. FSH có mối tương quan nghịch với AMH. Có thể sử dụng kết quả AMH để đánh giá dự trữ buồng trứng có giá trị như FSH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Tiến, Ngô Văn Toàn và Ngô Thị Ngọc Phụng** (2012). Dịch tễ học vô sinh và các phương pháp điều trị. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng** (2010), Nội tiết sinh sản, Nhà xuất bản Y học - Thành phố Hồ Chí Minh
3. **Olooto W. E, Adeleye A. O, Amballi A. A, Mosuro A. O** (2012), "Pattern of Reproductive Hormones (Follicle Stimulating Hormone, Luteinizing Hormone, Estradiol, Progesterone, and Prolactin) Levels in Infertile Women in Sagamu South Western Nigeria", *Der Pharmacia Lettre*, 4 (2), pp. 549-553.
4. **Trịnh Thế Sơn, Vũ Văn Tâm, Đỗ Thị Hoàng Hà** (2014), Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ một số hormon sinh sản với thời gian vô sinh ở bệnh nhân vô sinh nguyên phát, *Tạp chí Y học Dược Quân sự* số 9, tr. 88-94.
5. **Mohan K, Mazher S** (2010), Follicle Stimulating Hormone, Luteinizing Hormone and Prolactin Levels in Infertile Women in North Chennai, Tamilnadu, *J. Biosci. Res*, Vol 1(4), pp. 279-284.
6. **Jessica E. McLaughlin** (2022), *Female Reproductive Endocrinology*.
7. **Lê Đức Trình, Hormon và nội tiết học** (2003), Nhà xuất bản Y học Hà Nội
8. **Garcia J.E, Jones G.S, Wright G.L Jr** (1981), Prediction of the time of ovulation, *Fertil Steril*, 36 (3), pp. 308-15.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM ĐỘT BIẾN GEN THALASSEMIA VÀ TƯ VẤN DI TRUYỀN Ở ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ CAO ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Luu Vũ Dũng^{1,2}, Trần Thị Thanh Huyền²,
Phạm Thị Thu Trang^{1,2}, Vũ Văn Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Thalassemia là bệnh lý di truyền phổ biến ở Việt Nam. Việc xác định sớm tình trạng mang gen và tư vấn di truyền trước khi kết hôn và mang thai có ý nghĩa rất thiết thực. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ mang gen Thalassemia ở nhóm đối tượng nguy cơ cao đến khám tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng; (2) Phân tích các dạng đột biến và tư vấn di truyền cho đối tượng mang gen Thalassemia. **Đối tượng:** 352 trường hợp có nguy cơ mang gen Thalassemia được chỉ định xét nghiệm Thalassemia Multiplex PCR tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 6/2021 đến hết tháng 8/2022. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ mang gen Thalassemia trong nhóm đối tượng nguy cơ cao là 73,86% trong đó, tỷ lệ mang gen Alpha Thalassemia và Beta Thalassemia lần lượt là 49,15% và 11,65%. Tỷ lệ mang gen HbE và thể phối hợp là 9,66% và 4,62%. Trong các trường hợp alpha thalassemia: đột biến dạng SEA chiếm tỷ lệ cao nhất (130/173 trường hợp), sau đó là $\alpha^{3.7}$ (33/173 trường hợp). Các trường hợp Beta thalassemia chủ yếu gặp đột biến β^0 bao gồm cd17, cd41/42, cd71/72 và cd95. Chỉ có 2 trường hợp là thể β^+ (-28; IVS II 654). **Kiến nghị:** Cần

sàng lọc Thalassemia sớm từ giai đoạn tiền hôn nhân để xác định tình trạng mang gen bệnh. Đối với các cặp vợ chồng cùng mang gen Thalassemia, cần được tư vấn di truyền cụ thể theo từng loại đột biến.

Từ khóa: Thalassemia, sàng lọc tiền hôn nhân, tư vấn di truyền.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF THALASSEMIA GENE MUTATION AND GENETIC COUNSELING IN HIGH-RISK SUBJECTS AT HAI PHONG GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL

Thalassemia is a common genetic disease in VietNam. Early identification of carrier status and genetic counseling before marriage and pregnancy are necessary. **Objectives:** (1) To determine the prevalence and genetic mutation of thalassemia of high-risk subjects at Hai Phong Gynecology and Obstetrics Hospital; (2) Analysis of mutations and genetic counseling for Thalassemia carriers. **Subjects:** 352 cases at risk of carrying the thalassemia gene were assigned to test Thalassemia Multiplex PCR at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital from June 2021 to the end of August 2022. **Results and conclusions:** The thalassemia gene carrier rate in a high-risk group is 73.86%. In which, the carrier rate of Alpha Thalassemia and Beta Thalassemia genes is 49.15% and 11.65%, respectively. The

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Vũ Dũng

Email: luuvudung1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

prevalence of the HbE gene and the combination was 9.66% and 4.62%. In cases of alpha thalassemia: mutation SEA accounted for the highest rate (130/173 cases), followed by $\alpha^{3.7}$ (33/173 cases). Beta thalassemia cases mainly encountered β^0 mutations include cd17, cd41/42, cd71/72 and cd95. Only 2 cases were β^+ (-28; IVS II 654). **Motional:** Thalassemia should be screened early from the pre-marital period to determine the carrier status. For couples carrying the same Thalassemia gene, genetic counseling specific to each type of mutation is needed to produce healthy children.

Keywords: Thalassemia, Premarital screening, Genetic counseling.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh lý di truyền phổ biến ở Việt Nam. Bệnh là gánh nặng cả về vật chất và tinh thần cho những gia đình có trẻ mắc bệnh. Bệnh nhân Thalassemia có triệu chứng bệnh nặng nề do tình trạng thiếu máu và ứ sắt trong cơ thể. Ngày nay, cơ chế di truyền phân tử của bệnh thalassemia đã được mô tả rõ ràng. Các bằng chứng đã chỉ ra rằng việc mở rộng sàng lọc, tư vấn di truyền kết hợp với chẩn đoán trước sinh ở những cặp đôi có nguy cơ cao sinh con mắc bệnh thalassemia thể nặng đã giúp giảm tỷ lệ chết và tỷ lệ mắc bệnh thalassemia [1][2]. Việc xác định sớm tình trạng mang gen trước khi kết hôn và mang thai có ý nghĩa rất thiết thực. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ mang gen Thalassemia ở nhóm đối tượng nguy cơ cao đến khám tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.*

2. *Phân tích các dạng đột biến và tư vấn di truyền cho đối tượng mang gen Thalassemia.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 352 trường hợp có nguy cơ mang gen Thalassemia được chỉ định xét nghiệm Thalassemia Multiplex PCR tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 6/2021 đến hết tháng 8/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng có nguy cơ mang gen Thalassemia: Gia đình có người mang gen thalassemia: bố, mẹ, anh chị em ruột, hoặc có con đã được xác định mang gen bệnh thalassemia. Sàng lọc bằng xét nghiệm công thức máu và điện di huyết sắc tố nghi ngờ mang gen. Tiền sử sinh con phù thai. Vợ hoặc chồng mắc bệnh/mang gen Thalassemia. Đối tượng đã loại trừ thiếu máu do các nguyên nhân khác.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân sau ghép tế bào gốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

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

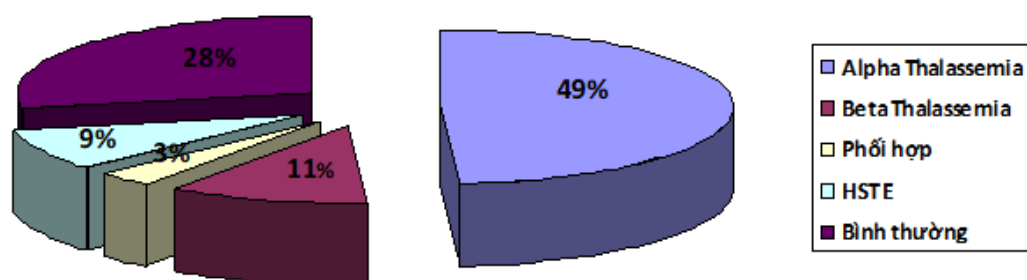
$Z_{(1-\alpha/2)}$: Độ tin cậy ở mức xác suất 95% ($\approx 1,96$). p : Tỷ lệ mang gen Thalassemia ở nhóm đối tượng nguy cơ cao với $p = 0.31$ theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Hân Hoan (2011). $\varepsilon = 0,15$. Thay vào công thức (*) ta được $n = 350$

2.4. Các bước tiến hành: Sàng lọc đối tượng nguy cơ cao mang gen Thalassemia. Lập hồ sơ bệnh án di truyền. Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm Thalassemia Multiplex PCR. Đánh giá đột biến Thalassemia - Tư vấn di truyền. Xử lý số liệu nghiên cứu.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mang gen Thalassemia



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mang gen Thalassemia được phát hiện

Trong 352 trường hợp có nguy cơ mang gen Thalassemia, phát hiện 260 trường hợp mang gen Thalassemia (73,86%). Trong đó đột biến Alpha thalassemia chiếm 49,15%, Beta Thalassemia chiếm 11,65%, bệnh Huyết sắc tố E chiếm 9,66%. Có 12/260 trường hợp là thể phôi hợp.

3.2. Các dạng đột biến Alpha thalassemia được phát hiện

Bảng 3.1: Các dạng đột biến α -thalassemia được phát hiện

Bảng 3.11: Các dạng dị biến α thalassemia được phát hiện					
Kiểu gen		n	%	n	%
α^0	Dị hợp tử SEA	130	100	130	75,14
α^+	Dị hợp tử α 3.7	33	76,74	43	24,86
	Dị hợp tử α 4.2	3	6,97		
	Dị hợp tử HbCs	3	6,97		
	Dị hợp tử HbQs	2	4,66		
	Dị hợp tử C2DelT	1	2,33		
	Đồng hợp tử α 4.2	1	2,33		
Tổng		173			100

Nhận xét: Trong các trường hợp phát hiện mang gen Thalassemia, Alpha thalassemia chiếm tỷ lệ lớn (173/260 trường hợp). Trong đó, đột biến dị hợp tử SEA gặp với tần suất cao nhất (130/173 trường hợp), đột biến dị hợp tử 3.7 cũng gặp với tần suất

cao (33/173 trường hợp). Các đột biến dị hợp tử khác gặp với tỷ lệ thấp. Phát hiện 1 trường hợp đồng hợp tử 4.2.

3.3. Các dạng đột biến Beta thalassemia được phát hiện

Bảng 3.2: Các dạng đột biến β -thalassemia được phát hiện

Kiểu gen		n	%	n	%
β^0	Dị hợp tử CD17	16	41,03	39	95,12
	Dị hợp tử CD41/42	14	35,9		
	Dị hợp tử CD71/72	6	15,38		
	Dị hợp tử CD95	3	7,69		
β^+	Dị hợp tử IVSII-654	1	50	2	4,88
	Dị hợp tử -28	1	50		
Tổng		41		100	

Nhận xét: Trong 260 trường hợp phát hiện mang gen, Beta Thalassemia gặp với tỷ lệ thấp hơn (41 trường hợp) tuy nhiên phần lớn đều là đột biến β^0 bao gồm cd17, cd41/42, cd71/72 và cd95. Chỉ có 2 trường hợp là thể β^+ (-28; IVS II 654).

Bảng 3.3: Các dạng đột biến khác được phát hiện

Kiểu gen		n	%	n	%
Bệnh Huyết sắc tố E	Dị hợp tử CD26	33	97,06	34	13,08
	Đồng hợp tử cd26	1	2,94		
Phối hợp	SEA + cd26	5	41,67	12	4,62
	Cs + cd26	2	16,67		
	Cs +3.7	2	16,67		
	Cd71/72 +3.7	1	8,33		
	SEA +3.7	2	16,67		
Tổng		46			100

Nhận xét: Bệnh Huyết sắc tố E chiếm 13,08%. 12/260 trường hợp là thể phối hợp nhiều gen (4,62%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ phát hiện đột biến trong nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện trong biểu đồ 3.1. Trong 352 trường hợp có nguy cơ mang gen Thalassemia, phát hiện 260 trường hợp mang gen Thalassemia (73,86%). Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam trên nhóm nguy cơ cao mang gen Thalassemia. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hân Hoan và cs (2008) tại bệnh viện Từ Dũ trong 236 trường hợp nguy cơ cao cần chẩn đoán phân tử cho bệnh thalassemia có 197 trường hợp phát hiện mang gen đột biến thalassemia (83,47%) [3]. Nguyễn Khắc Hân Hoan và cs (2013) tiến hành nghiên cứu trên 1818 thai phụ có kết quả xét nghiệm huyết đồ tầm soát thalassemia dương tính phát hiện 1416 đối tượng nguy cơ cao mang gen thalassemia (77,9%). Trong đó alpha thalassemia chiếm 59,8%, beta thalassemia chiếm 23,9%, 3,1% là thể phối hợp [4]. Nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện (2019) tại bệnh viện Phụ

Sản Trung Ương trên 194 mẫu xét nghiệm phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang gen bệnh thalassemia phát hiện 159 trường hợp mang đột biến gen (82%) trong đó 78% thai phụ mang gen α -thalassemia, 9,8% thai phụ mang gen β -thalassemia, 6,5% thai phụ mang gen phối hợp α , β và 5,7% HbE [5]. Nhiều nghiên cứu đã xác định tỷ lệ người mang gen α – thalassemia chung trên toàn thế giới khá cao (miền bắc Thái Lan và Lào là 30 – 40%, nam Trung Quốc là 8,53%, Malaysia là 4,5% và Philipin là 5%) [6][7][8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Alpha thalassemia chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn (66,53%) so với beta thalassemia (15,76%). Nghiên cứu của Lê Phương Thảo và cs (2015) trên kết quả chẩn đoán trước sinh của 92 cặp vợ chồng có nguy cơ cao sinh con mắc Thalassemia, có 64 trường hợp tìm đột biến α -thalassemia (69,6%) và 28 trường hợp được sàng lọc tìm đột biến β -thalassemia (30,4%) [9]. Nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện (2019), số lượng đột biến α –

thalassemia cao hơn gấp 4,3 lần so với số lượng đột biến β – thalassemia được phát hiện[5]. Sự khác biệt về kết quả có thể do sự chênh lệch về đặc điểm địa dư, cỡ mẫu nghiên cứu và các điều kiện cụ thể của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ người mang bệnh α thalassemia đều cao hơn ít nhất 2 lần so với người mang gen β thalassemia. Người mang gen α – thalassemia thường không biểu hiện triệu chứng, không cần bất cứ điều trị gì. Tuy nhiên, do bệnh có khả năng di truyền nên nếu người vợ hoặc chồng của họ cũng mang gen α – thalassemia thì có nguy cơ sinh con α – thalassemia. Đứa trẻ sinh ra là bình thường hay mang gen bệnh mức độ nhẹ/trung bình/nặng phụ thuộc vào kiểu gen của bố và mẹ. Đặc biệt, trường hợp nặng có thể phù thai, thai lưu, tử vong sau sinh (HbBart's). Vì vậy việc xác định tình trạng mang gen và kiểu gen α – thalassemia là rất cần thiết và có vai trò quan trọng trong phòng ngừa bệnh α – thalassemia cho cộng đồng.

α – thalassemia: Với α -thalassemia, tỷ lệ đột biến dạng SEA là phổ biến nhất với 130/173 trường hợp (75,14%) sau đó là $\alpha^{3.7}$ (33/173 trường hợp), các đột biến $\alpha^{4.2}$, Cs, Qs, C2delT gặp với tỷ lệ thấp. Nghiên cứu của Ngô Diễm Ngọc (2015), trong số 299 bệnh nhân nghi ngờ mắc thalassemia, tỷ lệ phát hiện có đột biến gen α globin là 61,5% trong đó đột biến SEA chiếm 50%, 3.7 (4,6%), 4.2 (4,6%), Cs (32,45%), Qs (8,35%) [10]. Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2017) tiến hành nghiên cứu trên nhóm đối tượng có nguy cơ cao mang gen thalassemia Viện

Huyết học – Truyền máu Trung ương cho kết quả tỷ lệ các đột biến phát hiện là SEA (70,9%), HbCs (15,0%), 3.7 (10,2%), (2,4%), Pakse (1,6%) [11]. Tỷ lệ phân bố kiểu gen alpha thalassemia trong các nghiên cứu là khác nhau nhưng đều cho thấy đột biến SEA dị hợp tử chiếm tỷ lệ lớn, tiếp theo là đột biến $\alpha^{3.7}$. Các đột biến khác gặp với tần suất thấp. Trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện 1 trường hợp mang đột biến C2delT là đột biến hiếm gặp trên quần thể người Việt Nam và chưa được ghi nhận nhiều trong các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện được trường hợp nào mang đột biến THAI. Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn và thực hiện trên một nhóm đối tượng nhất định trong phạm vi hẹp nên chưa đủ để khái quát về các loại đột biến thường gặp ở Việt Nam.

β – thalassemia: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đột biến beta thalassemia gặp với tỷ lệ thấp hơn alpha thalassemia (15,76%), phần lớn đều là đột biến β^0 bao gồm cd17, cd41/42, cd71/72 và cd95. Chỉ có 2 trường hợp là thể β^+ (-28; IVS II 654). Phân bố các loại đột biến này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện (2019) tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trên 194 mẫu xét nghiệm phụ nữ có thai có nguy cơ cao mang gen bệnh thalassemia phát hiện 19 thai phụ mang gen beta thalassemia. Trong đó, nhiều nhất là cd26 HbE (53%) sau đó là cd41/42 (28,1%), cd17 (15,6%) và cd28 (3,1%) [5]. Tần suất các loại đột biến beta thalassemia là khác nhau giữa các nghiên cứu do sự khác biệt về địa lý, chủng tộc, đặc điểm của đối tượng

nguyên cứu và số lượng mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy đột biến β^0 gặp thường xuyên hơn so với β^+ . Các đối tượng này thường chỉ có biểu hiện thiếu máu mức độ nhẹ hoặc vừa, tuy nhiên nếu kết hôn với nhau sẽ có nguy cơ sinh con dị hợp tử kép hoặc đồng hợp tử và biểu hiện bệnh. Chính vì vậy, việc tầm soát phát hiện sớm những trường hợp này trước khi kết hôn, mang thai có ý nghĩa lớn trong việc giảm nguy cơ sinh ra những đứa trẻ bị bệnh, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Đột biến cd26 (G>A) được xếp vào nhóm bệnh Huyết sắc tố bất thường, tuy nhiên đột biến này cũng gây giảm tổng hợp chuỗi beta globin mức độ nhẹ và gặp với tần suất cao, do đó, trong các nghiên cứu, đôi khi cd26 cũng được đánh giá và xếp cùng nhóm beta thalassemia. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác với tỷ lệ HbE khá cao (45,33%) và phù hợp với đặc điểm dịch tễ Thalassemia tại Việt Nam [12].

Thể phối hợp: Trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện 12 trường hợp mang kiểu gen kết hợp ít nhất 2 đột biến khác nhau gồm 4 trường hợp là kết hợp 2 đột biến α – thalassemia (SEA+3.7; Cs+3.7), 1 trường hợp kết hợp 1 đột biến α – thalassemia (cd71+3.7) và 1 đột biến biến β – thalassemia, 7 trường hợp kết hợp 1 đột biến biến α – thalassemia và CD26 HbE. Tùy theo loại đột biến phối hợp mà nguy cơ sinh con bị bệnh là khác nhau. Việc phát hiện các trường hợp này rất quan trọng, giúp đưa ra lời khuyên di truyền kịp thời cho các cặp vợ chồng và tư vấn cho họ các phương pháp sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, nhằm hạn

chế sinh ra những đứa trẻ bị bệnh, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Tư vấn di truyền một số case lâm sàng

Ca lâm sàng 1: Thai phụ N.T.L, 32 tuổi, có tiền sử 2 lần đình chỉ thai liên tiếp do phù thai năm 2010 và 2017, có một con khỏe mạnh. Lo lắng về tiền sử phù thai nên khi mang thai lần 4 (thai 6 tuần), thai phụ đã đến Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng với mong muốn được khám sàng lọc và tư vấn di truyền. Qua quá trình sàng lọc, kết quả công thức máu của thai phụ có thiếu máu nhẹ hồng cầu nhỏ nhược sắc, nghi ngờ mang gen tan máu Thalassemia nên được tư vấn làm sàng lọc Thalassemia. Kết quả cả 2 vợ chồng chị đều mang gen tan máu Thalassemia SEA dị hợp tử. Với kết quả trên lý giải được phần nào nguyên nhân dẫn đến phù thai 2 lần liên tiếp của chị do thai nhi mắc hội chứng Hb Bart's. Trong trường hợp này, xác suất về lý thuyết sẽ có 25% con bị bệnh (đồng hợp Hb Bart's), 50% con mang gen giống bố hoặc mẹ, 25% con bình thường không mang gen bệnh. Lần mang thai này, vợ chồng anh chị cần làm sàng lọc trước sinh bằng phương pháp chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau. Nếu thai nhi được chẩn đoán mắc hội chứng Hb Bart's sẽ có chỉ định đình chỉ thai nghén do tiên lượng phù thai ở tuần thai lớn, thai hầu như không có khả năng sống. Trường hợp con mang gen giống bố mẹ sẽ chỉ có biểu hiện thiếu máu mà không biểu hiện bệnh. Anh chị em ruột của cặp vợ chồng này nếu đang trong độ tuổi sinh sản cần xét nghiệm sàng lọc để phát hiện sớm tình trạng mang gen.

Ca lâm sàng 2: Anh Đ. Q. H. và chị H. T. H đã có một con gái chưa phát hiện bất

thường gò về lâm sàng và đang mang thai cháu thứ hai 12 tuần. Khi sàng lọc nghi ngờ mang gen Thalassemia, hai vợ chồng đã được chỉ định xét nghiệm gen để chẩn đoán. Kết quả cho thấy, chồng mang đột biến phối hợp SEA +3.7 với biểu hiện thiếu máu mức độ vừa phải (MCV 65,6fL – MCH 19,6pg), không phụ thuộc truyền máu, vợ mang đột biến SEA dị hợp tử. 2 gen này khi đứng độc lập thường biểu hiện nhẹ. Tuy nhiên, khi mang thai, đứa trẻ sẽ có xác suất lý thuyết 25% khỏe mạnh, 50% mang 1 trong các gen đột biến và 25% Hb H do kết hợp SEA và 3.7 của bố mẹ. Thai lần này cần được chẩn đoán trước sinh để xác định chính xác tình trạng mang gen. Con gái lớn chắc chắn sẽ mang ít nhất 1 gen đột biến. Đột biến này không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của đứa trẻ tuy nhiên nên được xét nghiệm xác định chính xác loại đột biến để có cơ sở xác định nguy cơ sinh sản khi kết hôn.

Ca lâm sàng 3: Thai phụ L. T. X. mang thai lần 2, con lần 1 chưa phát hiện bất thường. Khi thai phụ đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện được chỉ định xét nghiệm công thức máu. Kết quả cho thấy, MCV 67,4fL, MCH 20,6pg. Bệnh nhân chỉ định làm xét nghiệm gen thalassemia cho kết quả mang đột biến 4.2 đồng hợp tử. Đây là đột biến thể α^+ , ở dạng đồng hợp tử vẫn có khả năng tổng hợp chuỗi alpha globin. Do đó người mắc thường có biểu hiện nhẹ, không phát hiện ra tình trạng bệnh. Trên thực tế, biểu hiện thiếu máu của bệnh nhân không quá nặng nề dù bệnh nhân đang có thai. Khi xét nghiệm công thức máu của chồng cho kết quả bình thường. Như vậy, bệnh nhân này không nhất thiết phải làm chẩn đoán trước

sinh cho thai do thai sẽ có xác suất 50% bình thường và 50% mang gen giống mẹ.

Ca lâm sàng 4: Hai vợ chồng anh T. Đ. T. và chị V. Q. N. đến khám và tư vấn tiền hôn nhân tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, qua quá trình sàng lọc, anh chị đều có kết quả công thức máu nghi ngờ mang gen Thalassemia và được chỉ định xét nghiệm gen để xác định chính xác tình trạng mang gen bệnh. Kết quả cho thấy, anh L. mang đột biến Cd17 dị hợp tử, chị H mang đột biến Cd 41/42 dị hợp tử, đều là đột biến thể β^0 . Như vậy, nếu kết hôn hai vợ chồng sẽ có nguy cơ sinh con bị bệnh. Trường hợp này, nếu muốn kết hôn, hai vợ chồng cần được tư vấn các biện pháp sàng lọc và chẩn đoán trước sinh như sàng lọc tiền làm tổ, chọc ối làm chẩn đoán trước sinh cho thai để xác định chính xác tình trạng của thai nhi, từ đó có thể sinh được những đứa trẻ khỏe mạnh. Anh chị em ruột của cặp vợ chồng này nếu đang trong độ tuổi sinh sản cần xét nghiệm sàng lọc để phát hiện sớm tình trạng mang gen.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ mang gen Thalassemia trong nhóm đối tượng nguy cơ cao là 73,86% trong đó, tỷ lệ mang gen Alpha Thalassemia và Beta Thalassemia lần lượt là 49,15% và 11,65%. Tỷ lệ mang gen HbE và thể phối hợp là 9,66% và 4,62%.

2. Trong các trường hợp alpha thalassemia: đột biến dạng --SEA chiếm tỷ lệ cao nhất (130/173 trường hợp), sau đó là - α 3.7 (33/173 trường hợp). Các trường hợp Beta thalassemia chủ yếu gặp đột biến β^0 bao gồm cd17, cd41/42, cd71/72 và cd95. Chỉ có 2 trường hợp là thể β^+ (-28; IVS II 654).

VI. KIẾN NGHỊ

1. Cần sàng lọc Thalassemia sớm từ giai đoạn tiền hôn nhân để xác định tình trạng mang gen bệnh.

2. Đối với các cặp vợ chồng cùng mang gen Thalassemia, cần được tư vấn di truyền theo từng loại đột biến để xác định nguy cơ sinh sản và chẩn đoán trước sinh khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Theodoridou S., Prapas N., Balassopoulou A. et al.** (2018). Efficacy of the National Thalassaemia and Sickle Cell Disease Prevention Programme in Northern Greece: 15-Year Experience, Practice and Policy Gaps for Natives and Migrants. *Hemoglobin*, 1-6.
2. **Sargolzaie N., Montazer Zohour M., Ayubi E. et al.** (2018). Relationship Between Social Determinants of Health and the Thalassemia Prenatal Diagnosis Test in Zahedan, South Eastern Iran. *Hemoglobin*, 1-5.
3. **Nguyễn Khắc Hân Hoan** (2008). Chẩn đoán trước sinh bệnh thalassemia trên 290 trường hợp thai. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 74(3), 1-7.
4. **Nguyễn Khắc Hân Hoan, Phạm Việt Thanh, Trương Đình Kiệt và cộng sự.** (2011). Chẩn đoán trước sinh bệnh thalassemia trên 290 trường hợp thai. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 3, 34-35.
5. **Đặng Thị Hồng Thiện** (2019). Nghiên cứu sàng lọc tình trạng thalassemia ở phụ nữ có thai đến khám và điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội*.
6. **Wibhasiris Srisuwan et al.** (2013). Diagnosis of thalassemia carriers commonly found in Northern Thailand via a combination of MCV or MCH and PCR-based methods. *Bulletin Chiang Mai Associated Medical Sciences*, 46, 22-32.
7. **Rahimah Ahmad et al.** (2013). Distribution of a Thalassemia Gene Variants in Diverse Ethnic Populations in Malaysia: Data from the Institute for Medical Research. *Int. J. Mol. Sci.*, 14, 1859-1861.
8. **X. M. Xu et al.** (2004). The prevalence and spectrum of alpha and beta thalassemia in Guangdong Province: implications for the future health burden and population screening. *J Clin Pathol*, 57, 517-522.
9. **Lê Phương Thảo** (2015). Chẩn đoán trước sinh bệnh Thalassemia bằng kỹ thuật lai phân tử (Reverse hybridization). *Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
10. **Ngô Diễm Ngọc, Lý Thị Thanh Hà, Ngô Thị Tuyết Nhung** (2015). Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh bệnh α và β thalassemia trên các thai phụ có nguy cơ cao tại bệnh viện Nhi TW. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 9, 83-92.
11. **Nguyễn Thị Thu Hà** (2017). Nghiên cứu đặc điểm đột biến gen globin và theo dõi điều trị thải sắt ở bệnh nhân thalassemia tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2013 - 2016. *Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội*.
12. **Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Triệu Vân, Ngô Mạnh Quân và cộng sự** (2021). Tổng quan Thalassemia, thực trạng, nguy cơ và giải pháp kiểm soát bệnh Thalassemia ở Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502, 3-16.

NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC DI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Vũ Đỗ¹, Trần Quang Phục², Phạm Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, x-quang và kết quả sớm của nội soi lồng ngực trong phôi hợp điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao. **Đối tượng và phương pháp:** 98 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, tràn dịch màng phổi do lao được điều trị các di chứng qua nội soi lồng ngực phôi hợp tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 01/2020 đến 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 6/1. Ổ dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi là di chứng phổ biến nhất, gặp trên 81 bệnh nhân (82,7%). Có 15 trên tổng số 98 trường hợp (15,3%) có chẩn đoán trước thủ thuật là ổ cặn màng phổi. Sau can thiệp điều trị phôi hợp, bệnh nhân được ra viện trong tình trạng hết dịch màng phổi và phổi nở hoàn toàn. Thời gian rút dẫn lưu sau can thiệp thủ thuật trung bình là $6,4 \pm 3,1$ ngày. Thời gian nằm viện sau can thiệp thủ thuật trung bình là $10,0 \pm 4,9$ ngày. Có 3/98 trường hợp (3%) bệnh nhân có biến chứng nhẹ sau can thiệp thủ thuật. Không có tử vong trên nhóm đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** Nội soi lồng ngực phôi hợp trong điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao là phương pháp điều trị an toàn, cho kết quả điều trị tốt, có tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi do lao, di chứng, can thiệp nội soi lồng ngực

SUMMARY

THORACOSCOPIC INTERVENTION IN COMBINED TREATMENT OF TUBERCULOUS PLEURITIS SEQUELAE AT CENTRAL LUNG HOSPITAL

Objectives: To describe clinical, radiological aspects and also early results of thoracoscopic intervention in combined treatment of tuberculous pleural effusion sequelae cases. **Subjects and methods:** 98 patients aged 16 years and above hospitalized at Central Lung Hospital during period ranging from 01/2021 to 12/2022 whose sequelae complicated from tuberculous pleural effusion were treated by thoracoscopic intervention in combined treatment. **Results:** The male/female ratio in the studied population was 6/1. Loculated pleural effusion (LPE) associated with residual pleural thickening (RPT) was the most common sequelae, described in 81 patients (82.7%). There were 15 cases (15.3%) that were diagnosed with empyema cavity before thoracoscopic intervention. After thoracoscopic intervention and combined treatment, all the patients involved in the study were discharged from the hospital with their pleural effusion complete resolved, their involved lungs fully expanded. The mean time to keep drainage tubes in was 6.4 ± 3.1 days and the average hospital stay after thoracoscopic intervention was 10.0 ± 4.9 days. There are no cases with serious complications and only 3/98 cases (3%) that have minor complications. **Conclusion:** Thoracoscopic intervention indicated in combined treatment of tuberculous pleuritis sequelae is safe procedure with good short-term outcomes and low complication rate.

Keywords: Tuberculous pleural effusion, sequelae, thoracoscopic intervention

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao màng phổi là thể lao ngoài phổi đứng hàng thứ hai sau lao hạch, gặp nhiều ở các nước đang phát triển, chiếm tới 95% số bệnh nhân của toàn thế giới. Tỷ lệ lao màng phổi trên tổng số các ca lao tại các nước có tình hình bệnh lao trầm trọng, theo nhiều nghiên cứu dao động từ 3-30% [1], [2].

Từ khi được áp dụng lần đầu tiên năm 1985 tại Việt nam đến nay, nội soi lồng ngực được chỉ định ngày càng rộng rãi trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý màng phổi, phổi và trung thất cho kết quả tốt. Đối với các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao, qua nội soi lồng ngực, bác sĩ còn có thể cắt các mảng xơ dày dính, lấy các giả mạc, hút sạch dịch màng phổi đặc biệt những ổ dịch khu trú được bao bọc bởi các màng xơ viêm giúp giải phóng phần nhu mô phổi bị chèn ép, tránh biến chứng dày dính và giúp hồi phục chức năng hô hấp cho người bệnh [3]. Việc can thiệp sớm với NSLN ít xâm lấn (còn gọi là NSLN nội khoa) được kỳ vọng rút ngắn thời gian điều trị và dự phòng các biến chứng lâu dài về sau. Mặt khác, ở chiều ngược lại, NSLN ngoại khoa sử dụng chung nền tảng kỹ thuật của giàn thiết bị phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) được khuyến cáo tiến hành mở rộng như một thủ thuật can thiệp điều trị cho các trường hợp TDMP do lao ở giai đoạn muộn đã có các di chứng và có thể tiến hành sớm hơn với mục tiêu kết hợp. Với nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng nội soi lồng ngực phối hợp trong điều trị các trường hợp được xác định là di chứng của tràn dịch màng phổi do lao với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, x-quang và kết quả ngắn hạn của can thiệp điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao, được điều trị lao theo phác đồ của Chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG), được chỉ định điều trị các di chứng bằng nội soi lồng ngực phối hợp tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian từ 01/2020 đến 12/2022.

Bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao, điều trị trên 2 tuần không hết dịch màng phổi, có các di chứng như ổ cận màng phổi, ổ dịch vách hóa, dày dính màng phổi, được chỉ định nội soi lồng ngực phối hợp để điều trị các di chứng.

Không lấy vào nghiên cứu các trường hợp người bệnh HIV/AIDS giai đoạn cuối, bệnh nhân có chống chỉ định gây mê hoặc nội soi lồng ngực, các trường hợp bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Với thiết kế mô tả tiến cứu, mẫu nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên theo thứ tự thời gian ghi nhận. Với mục tiêu mô tả tần suất các biểu hiện lâm sàng, các bất thường về chẩn đoán hình ảnh, và tỷ lệ của các kết cục sớm sau can thiệp điều trị trên nhóm đối tượng nghiên cứu, chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ, với mức chính xác mong muốn chọn là 0,1; p chọn là 0,5 (50%) để ước tính cỡ mẫu tối thiểu cho phép ước tính một tỷ lệ ở mức bất kỳ trong khoảng từ 0,3 – 0,7 với mức chính xác dao động là 5% xung quanh tỷ lệ thực.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Thay vào công thức tính cỡ mẫu sử dụng cho ước tính một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối lựa chọn, số đối tượng tối thiểu tính được là 97 trường hợp [11]

Trong nghiên cứu này, 98 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn gặp trong thời gian tiến hành nghiên cứu được đưa vào phân tích cuối cùng.

Biến số theo các nhóm gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới tính
- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thực thể
- Tổn thương trên x-quang (vị trí, mức độ tràn dịch, tổn thương nhu mô)
- Tổn thương mô tả trên siêu âm.
- Chẩn đoán và điều trị trước can thiệp.
- Thủ thuật tiến hành trong can thiệp NSLN.
- Thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện
- Kết quả đánh giá tại thời điểm xuất viện
- Biến chứng sau can thiệp thủ thuật.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm KoboToolBox và xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA 17.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các biến số nghiên cứu - số lượng, tỉ lệ % đối với biến định tính; trung bình, độ lệch chuẩn với biến định lượng).

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và cho phép thực hiện bởi Ban Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả, quan sát không can thiệp vào quy trình điều trị thường quy của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trên nhóm đối tượng nghiên cứu là từ 25 tới dưới 45 tuổi, chiếm tỷ lệ 37.8%. Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 14,28% (14/98) tổng số nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.1. Tỉ lệ phân bố theo tuổi và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
15-25	9	10.7	4	28.6	13	13.3
25-35	16	19.1	4	28.6	20	20.4
35-45	15	17.9	2	14.3	17	17.4
45-55	14	16.7	0	0.0	14	14.3
55-65	17	20.2	2	14.3	19	19.4
>65	13	15.5	2	14.3	15	15.3
Tổng	84	85,7	14	14,3	98	100
Trung bình	45,6 ± 17,0		37,1 ± 20,9		44,4 ± 17,8	

Các triệu chứng cơ năng hay gặp trên nhóm đối tượng là đau ngực (95,9%), khó thở (45,9%). Dấu hiệu thực thể chủ yếu có hội chứng ba giảm (94,3%)

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng biểu hiện trên nhóm bệnh nhân

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Ho khan	23	23.5
Ho có đờm	37	37.8

Ho ra máu	3	3.1
Sốt	20	20.4
Đau ngực	94	95.9
Khó thở	45	45.9
Gầy sút dưới 2 kg	8	8.7
Gầy sút 2 kg trở lên	5	5.4
Khác	5	5.4

Đa số bệnh nhân (86,7%) được phát hiện và chọc dịch màng phổi từ tuyến trước. Có 54,1% bệnh nhân được điều trị lao từ tuyến trước không đỡ phải chuyển tuyến trên. Có 13,3% bệnh nhân vào viện chưa được điều trị gì trước đó.

Bảng 3.3. Điều trị trước can thiệp nội soi

Điều trị tuyến trước	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	36	36.7
Thuốc lao	53	54.1
Phẫu thuật	2	2.0
Thủ thuật	85	86,7
Không điều trị	13	13.3

Bảng 3.4. Tổn thương trên Xquang, CT lồng ngực và siêu âm màng phổi

Đặc điểm tổn thương		Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Phải	51	52.0
	Trái	43	43.9
	Cả hai bên	4	4.1
Mức độ tràn dịch	Ít	55	56.1
	Trung bình	29	29.6
	Nhiều	14	14.3
Tổn thương nhu mô	Thâm nhiễm	25	25,5
	Nốt	52	53,1
	Hang	4	4,1
Tổn thương màng phổi qua siêu âm	Dịch màng phổi tự do, vách	22	22.4
	Dày màng phổi	46	46.9
	Vách	42	42.9
	Dịch màng phổi nhiều ổ	10	10.2
	Dịch màng phổi nhiều ổ, vách, dày màng phổi	88	89.8

Trên phim x-quang chụp ngực thường quy và CT lồng ngực thấy vị trí tổn thương bên phải nhiều hơn bên trái, mức độ tràn dịch chủ yếu là ít (54,6%) và trung bình (31,6%). Siêu âm phân lớn các bệnh nhân

(89,8%) có tổn thương dịch màng phổi nhiều ổ vách và dày màng phổi. Tổn thương nhu mô kèm theo trong nhóm bệnh nhân này gặp nhiều nhất là tổn thương nốt (53,1%), tiếp đó là thâm nhiễm (25,5%).

Bảng 3.5. Chẩn đoán trước can thiệp thủ thuật của bệnh nhân

Chẩn đoán trước can thiệp nội soi	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi có vách, CRNN	2	2
Vách và dày dính màng phổi	81	82,7
Ổ cận màng phổi	15	15,3
Tổng	98	100

Chỉ định can thiệp hầu hết là tràn dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi (82,7%). Có 2 bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi có vách chưa rõ nguyên nhân do lao (chưa điều trị lao), được chỉ định

can thiệp nội soi chẩn đoán và điều trị. Có 15 bệnh nhân được chẩn đoán ổ cận màng phổi.

3.2. Kết quả sớm của can thiệp nội soi lồng ngực trong điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao

Bảng 3.6. Diễn biến của can thiệp nội soi tiến hành trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Diễn biến can thiệp nội soi	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Can thiệp nội soi đơn thuần	94	95,9
Can thiệp nội soi chuyển mổ mở	4	4,1

Hầu hết nhóm bệnh nhân nghiên cứu (95,9%) được điều trị bằng nội soi can thiệp đơn thuần. Có 4/98 bệnh nhân (4,1%) phải chuyển mổ mở. Các can thiệp tiến hành qua nội soi chủ yếu là phá vách, bóc vỏ màng phổi, gỡ dính phổi.

Bảng 3.7. Diễn biến sau can thiệp thủ thuật

Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày)	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Thời gian dẫn lưu màng phổi	6,4 ± 3,1	0	20
Thời gian từ can thiệp đến khi ra viện	10,0 ± 4,9	5	28

Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình là 6,4 ± 3,1 ngày.

Tất cả bệnh nhân được ra viện khi đã hết dịch màng phổi, phổi nở hoàn toàn. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,0 ± 4,9 ngày (ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 28 ngày ở bệnh nhân có biến chứng mũ màng phổi)

Bảng 3.8. Các biến chứng và tai biến

Biến chứng	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	95	97
Rò khí kéo dài	2	2
Viêm mũ màng phổi	1	1
Tử vong sau mổ	0	0

Ba trường hợp trên tổng số 98 bệnh nhân được can thiệp nội soi lồng ngực với mục đích điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao được đánh giá là có biến chứng có liên quan tới can thiệp nội soi lồng ngực. Cả 3 trường hợp đều là các biến chứng nhẹ với 2 trường hợp có rò khí kéo dài (2%) và 1 trường hợp có biến chứng mũ màng phổi (1%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này có 62,5% tổng số bệnh nhân ở trong độ tuổi từ 25 tới dưới 45, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng với 62 % bệnh nhân trong độ tuổi 20 - 60 tuổi [4], nghiên cứu của Vũ Khắc Đại với 63 % bệnh nhân trong độ tuổi từ 21-60 tuổi [5]. Số bệnh nhân nữ chỉ chiếm 8,3 % trên tổng số người bệnh được lựa chọn ngẫu nhiên theo thứ tự thời gian. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Madan (Ấn Độ) về can thiệp nội soi lồng ngực can thiệp trong đó tỉ lệ nữ chỉ chiếm 5% [6]. Tuy nhiên kết quả này của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ giới thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Khắc Đại với tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 36,2 % [5]. Sự tương đồng và khác biệt này có thể liên quan tới mục đích và kỹ thuật sử dụng khác nhau trong các nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 46,9% số bệnh nhân có dấu hiệu dày màng phổi phát hiện và mô tả trên siêu âm. Siêu âm cũng xác định 89,8% trên tổng số bệnh nhân có dịch màng phổi nhiều ổ. Tỷ lệ dày màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự như nghiên cứu của Jeon.D về lao màng phổi gặp trong khoảng 50% số bệnh nhân [7]. Sự hình thành vách và dày màng phổi là các dấu hiệu di chứng quan trọng được cân nhắc chỉ định can thiệp nội soi lồng ngực với mục đích điều trị. Bên cạnh các mục tiêu giảm triệu chứng và dự phòng tái phát trong một thể lao hoạt động, mục tiêu tổng thể chung của điều trị các trường hợp tràn dịch màng phổi do lao còn là ngăn ngừa tổn thương xơ hoá lan rộng đưa tới di chứng co rút lồng ngực và hạn chế ở mức nặng hoạt động hô hấp của người bệnh [2].

Trong nghiên cứu có 86,7 % bệnh nhân đã được dẫn lưu dịch màng phổi nhưng chỉ có 54,1% được điều trị lao từ tuyến trước. Như vậy việc chẩn đoán tràn dịch màng phổi là tương đối tốt ở các tuyến trước, tuy nhiên

việc chẩn đoán và điều trị nguyên nhân còn chậm. Việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị lao là một trong những điều kiện thuận lợi hình thành các vách và màng dính trong ổ dịch, dày dính màng phổi [8]. Mặt khác, để đạt được ở mức tốt hơn các mục tiêu dự phòng, can thiệp điều trị qua nội soi lồng ngực có thể tiến hành sớm hơn kết hợp cùng ngay trong thăm dò chẩn đoán và sử dụng các thiết bị nội soi cho phép tiến hành các thủ thuật có tính xâm lấn thấp hơn [5][12].

Chỉ định can thiệp do tràn dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi hay gặp nhất, với 81 bệnh nhân (82,7%). Trong nhóm nghiên cứu có 15 bệnh nhân (15,3%) có chẩn đoán trước nội soi lồng ngực can thiệp là ổ cận màng phổi. Trong số các bệnh nhân được can thiệp điều trị di chứng của tràn dịch màng phổi do lao có 95,9 % bệnh nhân được tiến hành các thủ thuật điều trị qua nội soi lồng ngực và chỉ có 4,1% phải chuyển mổ mở. Phương pháp can thiệp chủ yếu được tiến hành là phá vách, gỡ dính phổi và bóc vỏ màng phổi. Các bệnh nhân sau mổ được điều trị lao, tập thở phục hồi chức năng hô hấp, rút sonde khi hết dịch màng phổi và phổi nở. Bệnh nhân được ra viện chuyển điều trị lao ngoại trú hoặc chuyển điều trị tiếp ở tuyến dưới khi hết dịch màng phổi và phổi nở hoàn toàn. Diễn biến sau can thiệp nhìn chung thuận lợi với thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình $6,4 \pm 3,1$ ngày và thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình là $10,0 \pm 4,9$ ngày (ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 28 ngày ở bệnh nhân có biến chứng mũ màng phổi).

Tỉ lệ biến chứng thấp (3%) với chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Nghiên cứu này cho thấy các biến chứng gồm rò khí kéo dài (2%) và viêm mũ màng phổi (1%). Không có tử vong liên quan tới can thiệp thủ thuật. Tác giả Nguyễn Chi Lăng (2009) nghiên cứu trên 85 bệnh nhân mổ mở bóc vỏ màng phổi, tỉ lệ biến

chúng sau mổ là 42,4%, tỷ lệ tử vong 1,2% [9]. Sự khác biệt cho thấy nội soi lồng ngực can thiệp có tỉ lệ tử vong và tỉ lệ biến chứng thấp hơn rất nhiều, tuy nhiên can thiệp nội soi lồng ngực chỉ có thể áp dụng ở giai đoạn sớm, vì vậy việc phát hiện và ra chỉ định can thiệp kịp thời là rất quan trọng [8] [10]

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 98 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao có các di chứng sớm dày màng phổi, vách hóa ổ dịch màng phổi, ổ cận màng phổi được điều trị bằng can thiệp nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian 2 năm từ 01/2021 đến 12/2022, chúng tôi thấy đây là phương pháp điều trị tương đối an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp, đem lại kết quả tốt giúp khoang màng phổi hết dịch nhanh, phổi nở hoàn toàn, người bệnh được xuất viện sớm. Có thể xem xét nghiên cứu tiếp về việc sử dụng các thiết bị nội soi cho phép tiến hành các thủ thuật can thiệp có tính xâm lấn thấp hơn cũng như tiến hành các thủ thuật can thiệp sớm hơn khi kết hợp cùng các thăm dò chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shaw, J.A, A.H. Diacon, C.F.N. Koegelenberg (2019), Tuberculous pleural effusion, *Respirology*, 24(10), pp. 962-971.
2. Zhai, K., Y. Lu, H.Z. Shi (2016), Tuberculous pleural effusion, *J Thorac Dis*, 8(7), pp. 486-94.
3. Ali, M.S., R.W. Light, F. Maldonado (2019), Pleuroscopy or video-assisted thoracoscopic surgery for exudative pleural effusion: a comparative overview, *J Thorac Dis*, 11(7), pp. 3207-3216.
4. Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Duy Gia, Đoàn Quốc Hưng, et al. (2022), Phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân

của tràn dịch tiết khoang màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 159(11), pp. 220-228.

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*, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Madan, K., P. Tiwari, B. Thankgakunam, et al. (2021), A survey of medical thoracoscopy practices in India, *Lung India*, 38(1), pp. 23-30.
7. Jeon, D. (2014), Tuberculous pleurisy: an update, *Tuberc Respir Dis (Seoul)*, 76(4), pp. 153-9.
8. Chen, B., J. Zhang, Z. Ye, et al. (2015), Outcomes of Video-Assisted Thoracic Surgical Decortication in 274 Patients with Tuberculous Empyema, *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 21(3), pp. 223-8.
9. Nguyễn Chi Lăng, Lê Ngọc Thành, Đinh Văn Lượng (2009), Một số nhận xét về căn nguyên và kết quả mổ mở bóc vỏ màng phổi qua 85 trường hợp tại khoa ngoại Bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương (2006-2007), *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III*, pp. 679-684.
10. Hajjar, W.M., I. Ahmed, S.A. Al-Nassar, et al. (2016), Video-assisted thoracoscopic decortication for the management of late stage pleural empyema, is it feasible?, *Ann Thorac Med*, 11(1), pp. 71-8.
11. Lwanga S. K., Lemeshow S. (1991). Sample size determination in health studies: A practical manual. In: S. K. Lwanga and S. Lemeshow. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
12. M. Munavvar, M. A. I. Khan, J. Edwards, Z. Waqaruddin, J. Mills (2007), The autoclavable semirigid thoracoscope: the way forward in pleural disease? *Eur Resp J*, 29: 571-574; DOI: 10.1183/09031936.00101706

THỰC TRẠNG SUY GIẢM NĂNG LỰC NỘI TẠI Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Nguyễn Thị Thắm^{1,2}, Nguyễn Thị Thúy Hiếu^{1,2},
Nguyễn Văn Hùng¹, Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Ngô Tùng Lâm¹, Bùi Thị Huệ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng suy giảm năng lực nội tại ở người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2022, nghiên cứu thu thập được 326 đối tượng. Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại ở người cao tuổi là 78,8%, trong đó tỉ lệ suy giảm nhận thức là 21,5%, suy dinh dưỡng 3,7%, tâm lý 11,4%, vận động 13,8%, thính lực 56,4% và thị lực là 54,3%. Nhóm người cao tuổi suy giảm 1 năng lực gặp nhiều nhất là 29,4%. Tỷ lệ suy giảm 2, 3 và 4 năng lực lần lượt là 27,6%, 16,3% và 4,6%. Nhóm suy giảm 5 năng lực có tỉ lệ thấp nhất là 0,9%.

Từ khóa: Người cao tuổi, suy giảm năng lực nội tại, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

SUMMARY

THE SITUATION OF INTRINSIC CAPACITY DECLINE IN GERIATRICS ADMITTING THE EXAMINATION

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Trung tâm tiêm chủng Medivac Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: ntlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

DEPARTMENT, HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022

Objectives: This study aims to describe the situation of intrinsic capacity decline in elderly people visiting the medical examination department, Hai Phong Medical University hospital. **Methods:** The research was conducted by cross-sectional descriptive study with convenience sampling method. **Results:** During July to September 2022, 326 elderly patients were recruited. Analysis revealed that 78,8% of them have at least one intrinsic capacity decline. The rate of decline in cognition, vitality, psychological function, locomotion, hearing and vision were 21,5%, 3,7%, 11,4%, 13,8%, 56,4% and 54,3%, respectively. Patients with one intrinsic capacity decline the most prominent (29,4%), followed by 2, 3 and 4 intrinsic capacity decline groups the rate of 27,6%, 16,3% and 4,6%, respectively. The lowest rate was group who has five intrinsic capacity decline (0,9%).

Keywords: Geriatrics, intrinsic capacity decline, Hai Phong Medical University hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới, suy giảm năng lực nội tại là tình trạng suy giảm các năng lực bao gồm: nhận thức, dinh dưỡng, vận động, tâm lý và giác quan (thính lực, thị lực). Người cao tuổi (NCT) là những người từ 60 tuổi trở lên. Những năm gần đây, tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại ở người NCT là

cao dao động từ (69,1% - 94,3%) [1-4]. Suy giảm năng lực nội tại ở NCT tạo ra gánh nặng cho hệ thống chăm sóc y tế, kinh tế, xã hội cho thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu thực hiện đánh giá năng lực nội tại ở NCT theo hướng dẫn Chăm sóc tích hợp cho NCT của Tổ chức Y tế thế giới năm 2015, tuy nhiên hướng dẫn này mới được công bố tại Việt Nam vào năm 2019 [5]. Khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là nơi hàng ngày tiếp đón NCT đến khám, hiện nay tình trạng suy giảm năng lực nội tại ở NCT ra sao? Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở NCT đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người ≥ 60 tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người mắc các bệnh lý tâm thần, bị câm, điếc, không thể hiểu và trả lời phỏng vấn được

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 - 225C Lạch Tray, Ngô Quyền, Hải Phòng từ tháng 7/2022 đến tháng 9/2022.

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 ước lượng một tỉ lệ

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; 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 tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại NCT từ nghiên cứu của tác giả Angela Y M Leung tại 11 trung tâm cộng đồng Hồng Kông là 0,727 [2]; d là khoảng sai lệch giữa tỉ lệ của mẫu nghiên cứu và tỉ lệ thực trong quần thể (lấy $d = 0,05$). Tính cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 305 NCT. Ước tính tỉ lệ phiếu hỏng khoảng 5%, được cỡ mẫu là 321. Thực tế thu được 326 phiếu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện đến khi đủ cỡ mẫu cần nghiên cứu. Mỗi NCT đến khám trong ngày đồng ý tham gia nghiên cứu được chúng tôi ghi lại danh sách người phỏng vấn kèm theo mã số khám bệnh lần đó. Trước khi phỏng vấn chúng tôi sẽ đối chiếu với lịch sử các mã khám bệnh trên phần mềm quản lý bệnh nhân của bệnh viện với mã khám bệnh trong danh sách chúng tôi đã thu thập để đảm bảo mỗi người chỉ được phỏng vấn một lần duy nhất trong toàn bộ thời gian thực hiện nghiên cứu.

2.6. Các biến số nghiên cứu

Thông tin của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng sống chung, tình trạng bệnh lý). Thông tin về suy giảm năng lực nội tại (nhận thức, dinh dưỡng, vận động, tâm lý, thính giác, thị giác).

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

NCT tham gia nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn các nội dung: thông tin chung.

Sử dụng cân điện tử Tanita-BC 543 và thước Microtoise để đo cân nặng và chiều cao.

Sử dụng công cụ đánh giá năng lực nội tại theo hướng dẫn chăm sóc tích hợp cho NCT của Tổ chức Y tế thế giới [5] bao gồm 2 bước, bước 1 sàng lọc bằng các câu hỏi

đơn giản, bước 2 đánh giá chi tiết nhận thức – GPCOG, Dinh dưỡng – MNA SF, Vận động – SPPB, tâm lý – PHQ9. Sử dụng test nói thầm ở khoảng cách 0,5m để đánh giá tình trạng nghe kém, NCT được xác định là suy giảm thính lực khi không vượt qua bài test nói thầm ở cả 2 tai. NCT tự báo cáo về tình trạng khó nhìn xa, khó nhìn gần, và được xác định là có suy giảm năng lực thị lực khi có khó nhìn gần hoặc khó nhìn xa.

NCT được xác định là có suy giảm năng lực nội tại thì có suy giảm ít nhất một năng lực.

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

test thống kê mô tả tính trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất với biến định lượng, tính tần suất và tỉ lệ với biến định tính.

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 nghiên cứu. Thông tin không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài mục đích nghiên cứu.

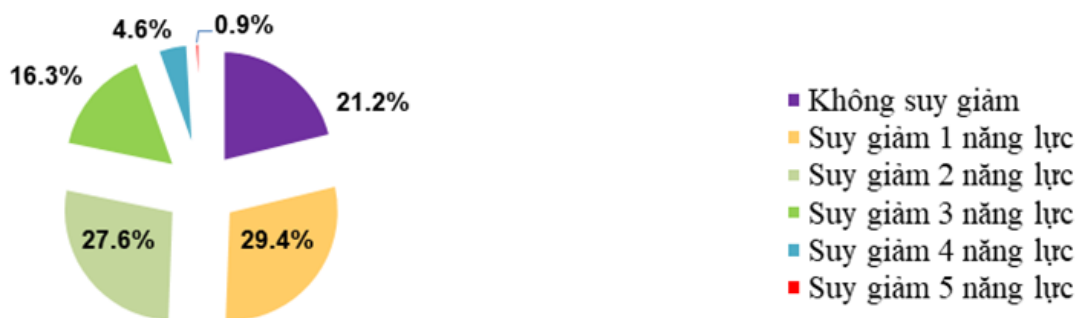
Trong NC, không có bất kì can thiệp xâm lấn gây nguy cơ cho NCT. Đánh giá năng lực vận động luôn có 1 nghiên cứu viên theo sát và đảm bảo an toàn cho NCT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

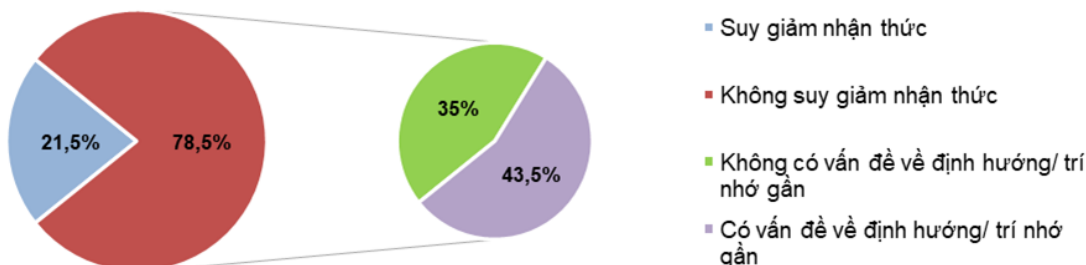
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	125	38,3
	Nữ	201	61,7
Tuổi	60 – 69	174	53,4
	70 – 79	121	37,1
	≥ 80	31	9,5
	Tuổi trung bình	70,68 ± 6,86 (Min-Max: 60-93)	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	31	9,5
	THCS	141	43,3
	THPT trở lên	154	47,2
Tình trạng sống chung	Một mình	16	4,9
	Cùng người thân	310	95,1
Mắc bệnh mạn tính	Có	253	77,6
	Không	73	22,4

Nhận xét: Trong số 326 NCT tham gia nghiên cứu, tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 38,3% và 61,7%. NCT có tuổi trung bình là 70,68 ± 6,86, trong đó nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi tuổi gặp với tỉ lệ nhiều nhất (53,4%), nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm 9,5%; chỉ có 9,5% là tiểu học trở xuống; 95,1% đối tượng nghiên cứu sống cùng người thân. 77,6% NCT có mắc bệnh mạn tính.



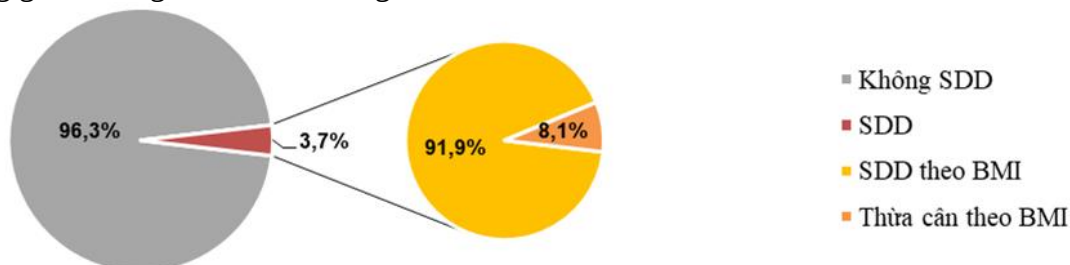
Hình 1. Tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại chung

Nhận xét: Tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại ở NCT là cao 78,8%. Trong đó, nhóm NCT suy giảm 1 năng lực gặp nhiều nhất là 29,4%, tiếp đến nhóm suy giảm 2,3,4 năng lực lần lượt là 27,4%, 16,3%, 4,6% và thấp nhất khi NCT có suy giảm 5 năng lực 0,9%.



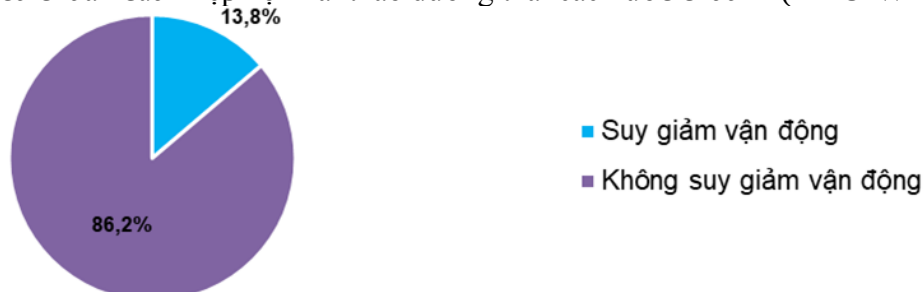
Hình 2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức

Nhận xét: Tỷ lệ NCT suy giảm nhận thức là 21,5%, 43,5% NCT có vấn đề về định hướng không gian/ thời gian hoặc trí nhớ gần.



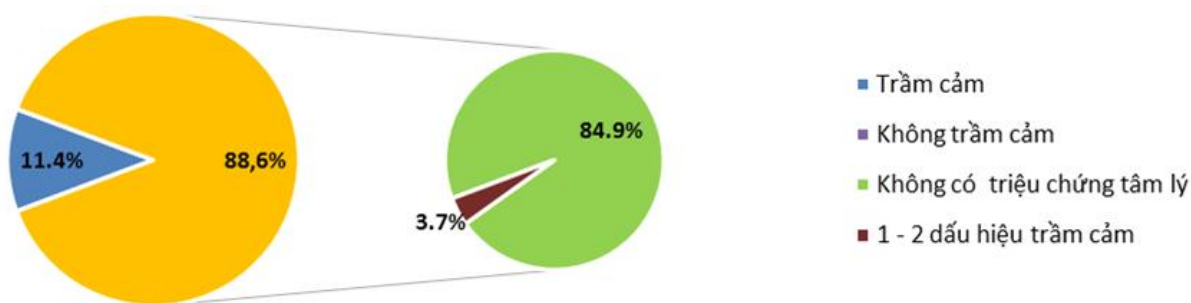
Hình 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD)

Nhận xét: 3,7% NCT suy dinh dưỡng, trong đó có 8,1% được xếp loại thừa cân khi phân loại theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường thai các nước châu Á (IDI & WPRO).

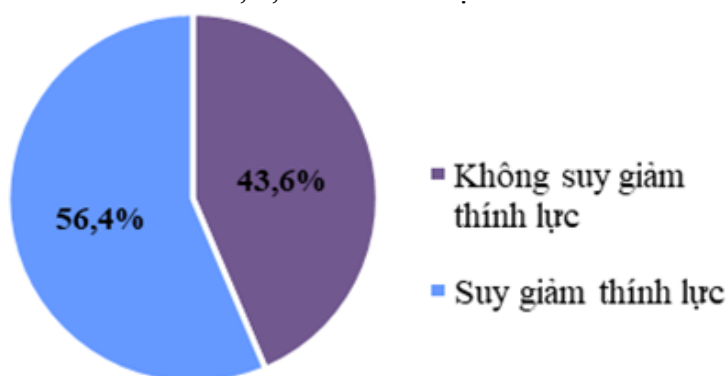


Hình 4. Tỷ lệ suy giảm vận động

Nhận xét: 13,8% NCT có suy giảm vận động.

**Hình 5. Tỷ lệ trầm cảm**

Nhận xét: 11,4% NCT trầm cảm, 3,7% có dấu hiệu trầm cảm.

**Hình 6. Tỷ lệ suy giảm thính lực**

Nhận xét: 56,4% NCT có suy giảm thính lực

Bảng 2. Tỷ lệ suy giảm thị lực

Thị lực		Số NCT	Tỷ lệ %
Khó nhìn xa	Có	147	45,1
	Không	179	54,9
Khó nhìn gần	Có	154	47,2
	Không	172	52,8
Suy giảm	Có	174	53,4
	Không	152	46,6

Nhận xét: Tỷ lệ suy giảm thị lực của NCT là 53,4%. Có 45,1% NCT bị khó nhìn xa và 47,2% NCT bị khó nhìn gần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 326 NCT đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm, trong đó tỷ lệ NCT nam và nữ lần lượt là 38,3% và 61,7%; tuổi trung bình NCT là $70,68 \pm 6,86$, 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%; 9,5% là tiểu học trở xuống; 95,1% đối tượng nghiên cứu sống cùng người thân. 77,6% NCT có mắc bệnh mạn tính Theo kết quả hình 1, 78,8% NCT có suy giảm ít nhất một năng lực nội tại. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới trong những năm gần đây. Cụ thể, tỷ lệ suy giảm năng lực

nội tại của tác giả Lina Ma thực hiện trên NCT tại khoa Lão Khoa bệnh viện Xuanwu, Trung Quốc năm 2019 là 69,1%. Năm 2021, nghiên cứu của tác giả Angela Y M Leung cho thấy tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở NCT là 72,7%. Nghiên cứu của tác giả Luis Miguel Guitérrez-Robledo ở Mexico vào năm 2015 có tỉ lệ 87,8%. Năm 2020 -2021, nghiên cứu của tác giả Neda Tavassoli thực hiện trên người từ 60 tuổi trở lên ở Pháp cho thấy tỉ lệ cao hơn 94,3%. Nhìn chung, tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở NCT giữa các nghiên cứu là cao, tỉ lệ này dao động từ 69,1% đến 94,3% [1-4].

Nghiên cứu cũng thu được kết quả với suy giảm năng lực từ 1, 2 năng lực chiếm tỷ lệ cao nhất 29,4%, 27,6% tiếp đến 3,4 năng lực với tỉ lệ thấp hơn là 16,3% và 4,6% và thấp nhất là suy giảm ở cả 5 năng lực là 0,9%. Nghiên cứu cắt ngang trên NCT của tác giả Angela Y M Leung tại Hồng Kông và tác giả Lina Ma tại Trung Quốc vào năm 2021 cũng cho thấy tỉ lệ suy giảm ở 1 năng lực là cao nhất lần lượt là 28,8% và 26%. [2, 4, 6].

Kết quả ở hình 2 cho thấy, 21% (70 NCT) suy giảm nhận thức. Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu ở nước ta tỉ lệ suy giảm nhận thức chênh lệch không đáng kể, năm 2018 -2019 nghiên cứu của tác giả Võ Văn Thắng ở Tỉnh Thừa Thiên Huế là 30%, năm 2018 kết quả của tác giả Nguyễn Trung Anh ở bệnh viện Lão khoa trung ương là 31,7% hay nghiên cứu của tác giả Hoàng Hải Vân là 33,3% [7-9]. Sự khác biệt này có thể do việc sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Anh được thực hiện trên đối tượng NCT mắc đái

tháo đường typ 2, và đây là đối tượng có nguy cơ mắc các bệnh mạch máu và suy giảm nhận thức cao hơn. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Hải Vân sử dụng bộ công cụ Mini-Cog để đánh giá, đây là bước đầu tiên trong việc đánh giá nhận thức của NCT trong nghiên cứu của chúng tôi, sau đó chúng tôi đánh giá thêm 1 bước sâu hơn để khẳng định kết quả. Nghiên cứu của tác giả Angela Y M Leung tại Hồng Kông vào năm 2021 tỉ lệ suy giảm nhận thức là 25,5%. Nghiên cứu INSPIRE ICOPE – CARE của tác giả Neda Tavassoli ở Pháp năm 2020 -2021 cho thấy kết quả cao hơn là 65%. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về yếu tố địa dư, chủng tộc, vùng miền hay sử dụng công cụ đánh giá nhận thức cho ra kết quả khác nhau [2, 4]. Suy giảm nhận thức trải qua nhiều giai đoạn khác nhau, ban đầu có thể biểu hiện là giảm khả năng định hướng hoặc trí nhớ ngắn hạn về sau mức độ suy giảm nặng hơn có thể dẫn đến các bệnh sa sút trí tuệ, Alzheimer khi đó người tuổi bị phụ thuộc vào người chăm sóc và có nguy cơ lạm dụng cao đồng thời là gánh nặng chăm sóc, kinh tế cho gia đình và xã hội. Phát hiện suy giảm nhận thức ở giai đoạn sớm, nhẹ giúp NCT có cơ hội cải thiện hoặc làm chậm suy giảm. Tuy nhiên việc phát hiện NCT suy giảm nhận thức còn chưa được quan tâm ở cả trong cộng đồng và các cơ sở y tế.

Kết quả nghiên cứu ở hình 3 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở NCT là thấp 3,7%. Nghiên cứu của tác giả Angela Y M Leung phù hợp với kết quả của chúng tôi 2,7% [2]. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Lina Ma là 11,1,% [6], Nghiên cứu của tác giả Neda Tavassoli trên hơn 10000 NCT tại Pháp cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng là 18,7%,

[4, 10]. Hầu hết các nghiên cứu đều dùng thang đánh giá dinh dưỡng MNA theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, tuy nhiên sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. NCT trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thọ trung bình là $70,68 \pm 6,86$ và chỉ có 9,5% từ 80 tuổi trở lên, trong khi NC của tác giả Lina Ma tỉ lệ NCT từ 80 tuổi chiếm tới 15,2%, NCT trong NC của tác giả Neda Tavassoli có tuổi trung bình là $76 \pm 10,5$. Tuổi cao là một yếu tố làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng do sự suy giảm hấp thu của cơ quan tiêu hóa. Bên cạnh đó, dinh dưỡng còn ảnh hưởng bởi khả năng ăn nhai, tình trạng mắc các bệnh cấp tính..., tuy nhiên các đặc điểm này không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong 3,7% (12 NCT) suy dinh dưỡng có 1 trường hợp được phân loại xếp loại thừa cân theo BMI của Hiệp hội Đái tháo đường các nước châu Á (IDI & WPRO) [11]. BMI là một công cụ đơn giản có thể dùng để đánh giá dinh dưỡng trên mọi đối tượng tuy nhiên nó không phản ánh trung thực tình trạng khối cơ, mỡ của đối tượng được đánh giá. Bên cạnh đó, NCT có tình trạng tăng tích mỡ trong cơ thể và giảm khối cơ dần theo độ tuổi khiến cho cân nặng, BMI không thay đổi nhưng khối cơ giảm đi làm giảm khả năng vận động và tăng nguy cơ xuất hiện té ngã cho NCT. Vì vậy, chúng tôi khuyến nghị việc sử dụng công cụ phù hợp hơn, chuyên biệt hơn như MNA để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở NCT.

Theo hình 4, tỉ lệ suy giảm vận động ở NCT là 13,8 %. Tỉ lệ này ở các nghiên cứu khác trong và ngoài nước là cao hơn. Cụ thể,

năm 2018 nghiên cứu của Võ Văn Thắng tại Thừa Thiên Huế là 30,9%; nghiên cứu tại Trung Quốc (2021), Hồng Kông (2021), Pháp (2020 – 2021) dao động từ (17,8% - 44,9%) [2, 4, 6-7]. Theo Tổ chức Y tế thế giới, vận động là một trong những yếu tố quyết định sự khỏe mạnh, duy trì sự độc lập khả năng tự chăm sóc bản thân., Suy giảm vận động làm gia tăng tình trạng té ngã và phụ thuộc ở NCT. Suy giảm vận động là một trong những tình trạng thường gặp ở NCT và , nhiều người có suy nghĩ đó là điều không tránh khỏi. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy việc can thiệp có thể cải thiện đáng kể tình trạng suy giảm năng lực vận động của NCT [5].

Nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy, 11,4% NCT bị trầm cảm và 3,7% có triệu chứng trầm cảm. Năm 2019, nghiên cứu của tác giả Lina Ma tại Trung Quốc cho kết quả tương tự 12% trong số 376 NCT tham gia nghiên cứu có trầm cảm. Nghiên cứu tại Hồng Kông, tỉ lệ này là 11,6% [1, 2]. Trầm cảm là vấn đề gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng nhận thức cũng như dinh dưỡng của NCT vì vậy cần phải được quan tâm đánh giá ở tất cả NCT trong cộng đồng. Tuy nhiên, với nguồn lực cộng đồng hạn chế nên cần đánh giá năng lực cảm xúc của NCT ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu để phát hiện và can thiệp sớm nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT.

Kết quả từ hình 6 và bảng 2 cho thấy, tỉ lệ suy giảm năng lực giác quan trong nghiên cứu của chúng tôi là cao, suy giảm thính lực là 56,4% và suy giảm thị lực là 53,4%. Nghiên cứu của tác giả Angela Y M Leung ở Hồng Kông có tỉ lệ thấp hơn với tình trạng suy giảm thính lực là 27,9%, thị lực (24,7%)

[2]. Sự khác biệt này có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như đặc điểm các bệnh mắc kèm dẫn đến ảnh hưởng đến thị lực và thính lực hay phương pháp đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi do có sự hạn chế về nguồn lực con người, không gian và thời gian nên chỉ sử dụng test nói thầm để sàng lọc suy giảm thính lực, và tự báo cáo về tình trạng khó nhìn gần, khó nhìn xa để sàng lọc về suy giảm thị lực. Để có độ chính xác cao hơn chúng ta cần đo thính lực và sử dụng bảng thị lực như trong nghiên cứu của các tác giả kể trên. Tuy nhiên, Nghiên cứu của tác giả Neda Tovassoli tại Pháp cũng sử dụng phương pháp đo thính lực và dùng bảng thị lực để đánh giá cho thấy tỉ lệ suy giảm thính lực và thị lực có tỉ lệ cao tương đương với nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 50,6% và 68,1% [4]. Vì vậy, các khu vực khác nhau, đối tượng khác nhau có tỉ lệ gặp phải là khác nhau. Suy giảm thính lực và thị lực là yếu tố làm tăng nguy cơ cô lập xã hội, trầm cảm, suy giảm nhận thức, té ngã cũng như giảm chất lượng cuộc sống của NCT. Sàng lọc suy giảm thính lực và thị lực là đơn giản, với chi phí tiết kiệm và thời gian ngắn, có thể thực hiện được ở bất kỳ phòng khám nào. Nhiều trường hợp suy giảm thính lực, thị lực có thể được cải thiện đáng kể nhờ các can thiệp đơn giản như lấy bỏ ráy tai, sử dụng kính mắt phù hợp. Điều đáng nói là, NCT thường xem những điều này là hiển nhiên ở độ tuổi của họ nên không chia sẻ khi khám bệnh và thói quen chăm sóc hướng bệnh tật chưa chú ý đến tổng thể chung của NCT mà khiến bác sĩ bỏ lọt. Vì vậy các bác sĩ cần chú ý phát hiện suy giảm thính lực và thị lực ở NCT.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở NCT đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng năm 2022 là cao 78,8%. Trong đó, tỉ lệ suy giảm nhận thức là 21,5%, suy dinh dưỡng 3,7%, tâm lý 11,4%, vận động 13,8%, thính lực 56,4% và thị lực là 54,3%. Nhóm NCT suy giảm 1 năng lực gặp nhiều nhất là 29,4%, tiếp đến là nhóm suy giảm 2, 3, 4 năng lực với tỷ lệ lần lượt là 27,6%, 16,3%, 4,6% và nhóm suy giảm 5 năng lực có tỉ lệ thấp nhất là 0,9%.

VI. KIẾN NGHỊ

Nên sử dụng các công cụ sàng lọc phát hiện sớm các suy giảm năng lực NCT ở trong cộng đồng và các cơ sở y tế, tư vấn các giải pháp chăm sóc, can thiệp cho người để duy trì và cải thiện năng lực nội tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ma L., Chhetri J.K., Zhang Y., et al.** (2020). Integrated Care for Older People Screening Tool for Measuring Intrinsic Capacity: Preliminary Findings From ICOPE Pilot in China. *Front Med (Lausanne)*, 7, 576079–576079.
2. **Angela Y M Leung, Su J.J., Lee E.S.H., et al.** (2022). Intrinsic capacity of older people in the community using WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 22(1), 304–304.
3. **Gutiérrez-Robledo L.M., García-Chanes R.E., and Pérez-Zepeda M.U.** (2021). Screening intrinsic capacity and its epidemiological characterization: a secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Rev Panam Salud Publica*, 45, 121–121.

4. **Tavassoli N., de Souto Barreto P., Berbon C., et al.** (2022). Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(6), 394–404.
5. **World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific** (2020). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila.
6. **Ma L., Chhetri J.K., Zhang L., et al.** (2021). Cross-sectional study examining the status of intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults in China: prevalence, associated factors and implications for clinical care. *BMJ Open*, 11(1), 43062–43062.
7. **Võ Văn Thắng và cộng sự** (2021) Đánh giá tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe NCT tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 498(2).
8. **Nguyễn Trung Anh và cộng sự** (2020). Các hội chứng lão khoa thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi có đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhân. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, (38), 47–52.
9. **Hoàng Thị Hải Vân** (2020). Tình trạng suy giảm nhận thức ở NCT qua sàng lọc tại một số huyện thuộc tỉnh Hà Nam năm 2018. *Tạp chí Y học nghiên cứu*, 129(5), 121–127.
10. **Tay L., Tay E.-L., Mah S.M., et al.** Association of Intrinsic Capacity with Frailty, Physical Fitness and Adverse Health Outcomes in Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Frailty & Aging*, 12, 7–15.
11. **Viện dinh dưỡng quốc gia** (2015). Bảng phân loại tình trạng dinh dưỡng. *Y Học Cộng đồng*, <<https://yhoccongdong.com/thongtin/bang-phan-loai-tinh-trang-dinh-duong/>>, ngày truy cập: 05/10/2023.
12. **Muneera K., Muhammad T., and Althaf S.** (2022). Socio-demographic and lifestyle factors associated with intrinsic capacity among older adults: evidence from India. *BMC Geriatr*, 22(1), 851–851.

KẾT QUẢ CỦA THÔNG KHÍ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC, CAN THIỆP THAY ĐỔI HÀNH VI SỨC KHOẺ KẾT HỢP TẬP LUYỆN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỒNG MẮC HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thị Hồng Liên¹, Dương Quý Sỹ², Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu trong ngắn hạn kết quả của thông khí áp lực dương (CPAP) khi ngủ, thay đổi thói quen hướng tới các hành vi sức khỏe và tập luyện trên đối tượng có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (NTTNKN) có đồng mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) được chẩn đoán, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên các nhóm đối tượng mắc HCCH, đồng mắc NTTNKN từ mức trung bình đến mức nặng đồng ý tham gia nghiên cứu. Trên tổng số 97 người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa đồng mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức trung bình đến nặng, có 30 trường hợp lựa chọn điều trị CPAP trong đó có 24 trường hợp tuân thủ tốt điều trị CPAP (nhóm ‘CPAP’) là nhóm nghiên cứu chính. Trên 67 người bệnh còn lại, có 23 trường hợp tuân thủ tốt các nội dung trong chương trình can thiệp với các bài tập và các hướng dẫn thay đổi thói quen và hành vi sức khỏe (nhóm ‘tập luyện’). Trong các trường hợp không lựa chọn hay không tuân thủ CPAP đồng thời không tuân thủ tốt các nội dung trong chương trình can thiệp tập luyện có 26 người bệnh hoàn thành quá trình theo dõi và đánh giá định kỳ sau 3 tháng tạo thành nhóm chứng ‘không tuân thủ’. **Kết quả:** Sau 3 tháng theo dõi và đánh giá, điều trị CPAP làm giảm có ý nghĩa

các triệu chứng lâm sàng của bệnh (triệu chứng mệt mỏi và buồn ngủ thái quá vào ban ngày cải thiện ngay sau đêm đầu tiên), cải thiện huyết áp và các chỉ số LDL-C, AHI, SpO2 trung bình và SpO2 thấp nhất trong khi ngủ. Tăng cường hoạt động thể lực kết hợp với tập cơ vùng hầu họng, thay đổi tư thế giúp cải thiện một số triệu chứng. **Kết luận:** Tuân thủ điều trị CPAP, thay đổi hành vi sức khỏe và luyện tập giúp cải thiện ở mức có ý nghĩa các triệu chứng điển hình và một số chỉ số đặc trưng ở nhóm người bệnh mắc HCCH kèm tình trạng NTTNKN ở mức trung bình tới nặng.

Từ khóa: Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, hội chứng chuyển hóa, CPAP, tập luyện cơ

SUMMARY

RESULTS OF CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE VENTILATION, COMBINED HABIT CHANGE INTERVENTION AND OROPHARYNGEAL MUSCLE EXERCISE IN PATIENTS WITH COMORBID METABOLIC SYNDROME AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Objectives: To study the short-term results of positive airway pressure (CPAP) ventilation during sleep, combined habit change and oropharyngeal muscle exercise on patients with comorbid obstructive sleep apnea (OSA) and metabolic syndrome (MetS) diagnosed, treated and monitored at Hai Phong Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Prospective cohort study carried out on groups of subjects with MetS and comorbid moderate-to-severe

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Cao đẳng Y tế Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Linh

Email: pvlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

OSA, consented to the study. Of total 97 patients, 24 adhered to CPAP treatment (group 'CPAP') represent the main study group. Among the remaining patients, 23 cases complied with the combined intervention program with specific guides to healthy habits and exercises targeting oropharyngeal muscle strength (group 'exercises'). Patients who did not choose or could not adhere CPAP and the combined intervention were monitored as a self-created control group.

Results: After 3 months of follow-up and evaluation, CPAP treatment significantly reduced the typical clinical symptoms of OSA (symptoms of fatigue and excessive daytime sleepiness improved remarkably even after the first night), improved blood pressure, AHI, LDL-C, average and minimum SpO₂ levels during the night. Regular physical activity combined with oropharyngeal muscle exercises and possibly with changing sleeping position also helps to improve some aspects relating to OSA.

Conclusion: Adherence to CPAP treatment, healthy behaviors and exercises help to improve some significant symptoms and indexes in patients with comorbid metabolic syndrome and moderate-to-severe OSA.

Keywords: Obstructive sleep apnea, metabolic syndrome, CPAP, oropharyngeal muscle exercise

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (NTTNKN) là một rối loạn hô hấp thường gặp trong khi ngủ, với tỷ lệ mắc khá cao trong cộng đồng, nhưng thường được chẩn đoán dưới mức ngay cả ở các nước có nền y học phát triển. Nghiên cứu thuần tập Wisconsin về giấc ngủ cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng này ở nam là 24% và ở nữ là 9% [1]. Một phần bảy dân số trưởng thành trên thế giới, tương đương khoảng một tỷ người, được ước tính mắc NTTNKN. Tại Việt Nam, một nghiên cứu đa trung tâm đã được thực

hiện tại thành phố Hồ Chí Minh và tại tỉnh Lâm Đồng (nghiên cứu EPSASIE) cho thấy tỷ lệ mắc NTTNKN ở người lớn trên 25 tuổi là 8,5% [2]. Hội chứng chuyển hóa gồm loạt các rối loạn thành phần (huyết áp tăng, đường huyết tăng, rối loạn mỡ máu, chu vi vòng bụng tăng) là yếu tố nguy cơ cao cho các bệnh lý tim mạch, đã được chứng minh có liên kết với NTTNKN. Có 74-85% các trường hợp người bệnh có hội chứng chuyển hóa gặp NTTNKN. NTTNKN liên quan chặt chẽ với thừa cân, béo phì và là yếu tố nguy cơ độc lập của tăng huyết áp và tình trạng đề kháng insulin. Cho tới hiện tại, mặc dù có nhiều lựa chọn điều trị khác nhau song hỗ trợ thông khí áp lực dương liên tục (CPAP, APAP) vẫn được xem là điều trị chuẩn mang lại hiệu quả tốt nhất đặc biệt đối với các trường hợp người bệnh có tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở các mức vừa và nặng [3][4][5][6]. Mặt khác, các biện pháp can thiệp giáo dục sức khỏe (GDSK) hướng tới thay đổi thói quen và tập luyện cũng được cho là có các tác động tích cực đến người bệnh có hội chứng chuyển hóa hay có tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ [7]. Nghiên cứu này bước đầu xác định kết quả của các biện pháp can thiệp (1) kết hợp tư vấn thay đổi thói quen với luyện tập, và (2) hỗ trợ thông khí áp lực dương liên tục (CPAP) khi ngủ lên đối tượng đồng mắc hội chứng chuyển hóa và ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức vừa và nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu về đáp ứng với CPAP và với các biện pháp can thiệp kết hợp tư vấn thay đổi thói quen với luyện tập trên người bệnh đồng mắc hội chứng chuyển hóa và ngưng

thở tắc nghẽn khi ngủ.

Nghiên cứu can thiệp so sánh trước-sau và so sánh đối chiếu với nhóm chứng. Cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu can thiệp đối chứng trước sau được tính theo công thức:

$$n = \frac{2C(1-r)}{(ES)^2}$$

$$C = (z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \quad ES = \frac{\bar{d}}{s}$$

Trong đó:

Kết cục chính là sự cải thiện chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI.

Theo nghiên cứu của Susanna và cộng sự thì can thiệp lối sống tích cực sau 12 tháng làm giảm AHI 16,9 lần/giờ ở các trường hợp OSA trung bình-nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi các nhóm can thiệp (thở CPAP và can thiệp thay đổi thói quen kết hợp tập các cơ miệng-họng) trong thời gian 3 tháng và đặt kỳ vọng giảm AHI 2,8 lần/giờ với nhóm can thiệp CPAP, độ lệch chuẩn s của chỉ số AHI là 6,1 khi đó hệ số ảnh hưởng $ES = 2,8/6,1$.

Chọn $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$ tính được $C = 7,85$; chọn hệ số tương quan $r=0,7$ tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm của nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu là 23. Cỡ mẫu tối thiểu này cũng cho phép các so sánh trước sau đối với nhóm can thiệp CPAP (AHI được kỳ vọng có thay đổi lớn hơn) cũng như so sánh các số trung bình giữa các nhóm.

Nghiên cứu lựa chọn các trường hợp có hội chứng chuyển hóa khám và quản lý tại Khoa Khám bệnh và Khoa Hô hấp-Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ 2/2019 đến 2/2023.

Hội chứng chuyển hoá được xác định dựa trên tiêu chuẩn hợp nhất năm 2009 (căn bản dựa trên tiêu chuẩn NCEP- ATPIII điều chỉnh năm 2005, với vòng eo áp dụng cho

người Châu Á) khi có 3 trong 5 yếu tố bao gồm: Béo bụng (vòng eo ≥ 90 cm đối với nam và ≥ 80 cm đối với nữ); Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg; Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; HDL-C $< 1,0$ mmol/L với nam và $< 1,3$ mmol/L với nữ; Glucose máu lúc đói: $\geq 5,6$ mmol/L) hoặc đang dùng thuốc điều trị [8]. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, giới, HA tâm thu/tâm trương, BMI, chu vi vòng bụng, tình trạng buồn ngủ ban ngày quá mức (đánh giá theo thang điểm Epworth), xét nghiệm Glucose, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C máu lúc đói.

Đa ký hô hấp được ghi bằng máy đa ký Alice NightOne của hãng Philips Respironics (Mỹ) với phần mềm phân tích Sleepware G3. Các trường hợp NNTNKN mức trung bình trở lên ($AHI \geq 15$) được tư vấn, giải thích về hiệu quả của các phương pháp điều trị. Bệnh nhân tự lựa chọn phương pháp can thiệp và đồng ý tham gia nghiên cứu được đánh giá lại các chỉ tiêu nghiên cứu sau 3 tháng.

Kết thúc nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 24 trường hợp thở được áp dụng các biện pháp điều trị trong đó có can thiệp CPAP, 23 trường hợp không lựa chọn điều trị CPAP song tuân thủ can thiệp thay đổi thói quen và luyện tập (đi bộ tối thiểu 30 phút một lần và ít nhất 5 lần trong 1 tuần, tập 4 bài tập tăng sức cơ vùng hầu họng tối thiểu 5 ngày trong 1 tuần, cai thuốc lá, rượu bia, điều chỉnh tư thế ngủ). Có 26 trường hợp tham gia nghiên cứu nhưng không lựa chọn CPAP và không tuân thủ can thiệp trở thành nhóm chứng trong nghiên cứu này.

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, kiểm tra, nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 sử dụng các test thống kê phù hợp. Ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$.

Đối tượng người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua tại hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 146 trường hợp mắc hội chứng chuyển hóa được xác định trong thời gian nghiên cứu, đa ký hô hấp đưa tới xác định được 121 trường hợp mắc NTTNKN. Trong đó có 97 trường hợp mắc NTTNKN từ mức trung bình trở lên. Trên nhóm mắc NTTNKN từ mức trung bình trở lên, 24 người bệnh

tuân thủ các biện pháp điều trị trong đó có can thiệp CPAP và hoàn thành quá trình theo dõi trong thời gian 3 tháng (nhóm ‘CPAP’) là nhóm nghiên cứu chính. Trong số 67 trường hợp không chọn can thiệp điều trị CPAP, có 23 trường hợp tuân thủ tốt các nội dung trong chương trình can thiệp với các bài tập và các hướng dẫn thay đổi thói quen và hành vi sức khỏe (nhóm ‘*luyện tập*’). Nhóm người bệnh không lựa chọn hay không tuân thủ CPAP đồng thời không đảm bảo tuân thủ các nội dung trong chương trình can thiệp với các bài tập và các hướng dẫn thay đổi thói quen và hành vi sức khỏe trong thời gian theo dõi (nhóm “*không tuân thủ*”) tạo lập nhóm đối chứng chính của nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc trưng các nhóm đối tượng thời điểm tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm “CPAP” (n=24)	Nhóm “luyện tập” (n=23)	Nhóm “không tuân thủ” (n=26)	p
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ ĐLC	51,4 $\pm$ 11,4	55,5 $\pm$ 12,8	54,9 $\pm$ 9,7	0,4 (2)
Giới nam, tần số (%)	13 (39,4)	10 (30,3)	10 (30,3)	0,5 (1)
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ ĐLC	24,4 $\pm$ 2,1	24,6 $\pm$ 1,3	24,4 $\pm$ 1,2	0,9 (2)
Chu vi vòng bụng (cm), trung bình $\pm$ ĐLC	92,4 $\pm$ 6,4	91,6 $\pm$ 6,3	91,7 $\pm$ 5,9	0,8 (2)
Ngáy to, tần số				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần	23	22	25	0,9 (1)
Không hoặc ngáy < 3 đêm một tuần	1	1	1	
Ngưng thở được chứng kiến, tần số				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần	12	14	12	0,6 (1)
Không hoặc < 3 đêm một tuần	12	9	14	
Tiểu đêm, tần số				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần	21	20	21	0,8 (1)
Không hoặc < 3 đêm một tuần	3	3	5	
Ngộ thở đêm, tần số				
Có $\geq$ 3 đêm một tuần	16	19	20	0,4 (1)
Không hoặc < 3 đêm một tuần	8	4	6	
Đau đầu buổi sáng, tần số				
Có $\geq$ 3 ngày một tuần	15	16	17	0,9 (1)
Không hoặc < 3 ngày một tuần	9	7	9	

Khô miệng buổi sáng, tần số				
Có ≥ 3 ngày một tuần	11	15	13	
Không hoặc < 3 ngày một tuần	13	8	13	0,4 (1)
Điểm Epworth, trung bình $\pm$ ĐLC	15,0 $\pm$ 1,9	14,5 $\pm$ 1,6	14,6 $\pm$ 1,8	0,6 (2)
HA tâm thu (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	142,8 $\pm$ 9,3	146,3 $\pm$ 10,8	143,3 $\pm$ 12,1	0,5 (2)
HA tâm trương (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	90,2 $\pm$ 4,4	90,7 $\pm$ 4,2	88,1 $\pm$ 4,4	0,08 (2)
Glucose đói (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	6,25 $\pm$ 0,97	6,65 $\pm$ 1,32	6,68 $\pm$ 1,06	0,3 (2)
Cholesterol (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	5,79 $\pm$ 1,17	5,30 $\pm$ 1,56	4,86 $\pm$ 1,23	0,053 (2)
Triglyceride (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	3,67 $\pm$ 1,88	2,66 $\pm$ 1,17	2,64 $\pm$ 1,59	0,06 (3)
LDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	2,88 $\pm$ 1,09	3,06 $\pm$ 1,50	2,69 $\pm$ 1,04	0,56 (2)
HDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	1,24 $\pm$ 0,23	1,24 $\pm$ 0,24	1,31 $\pm$ 0,29	0,52 (2)
AHI (lần/giờ), trung bình $\pm$ ĐLC	39,7 $\pm$ 12,6	35,9 $\pm$ 8,3	32,5 $\pm$ 8,7	0,06 (2)
SpO2 trung bình (%), trung bình $\pm$ ĐLC	92,3 $\pm$ 0,8	92,4 $\pm$ 0,8	92,4 $\pm$ 0,8	0,8 (2)
SpO2 thấp nhất (%), trung bình $\pm$ ĐLC	80,8 $\pm$ 4,4	82,6 $\pm$ 3,3	83,1 $\pm$ 5,0	0,2 (2)

(1): *p* được xác định dựa vào kiểm định Chi bình phương (Chi Square)

(2): *p* được xác định dựa vào kiểm định ANOVA một phía (one way ANOVA)

(3): *p* được xác định dựa vào kiểm định phi tham số Mann Whiney U

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số nhân trắc học, biểu hiện triệu chứng lâm sàng, cân lâm sàng giữa các nhóm ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của các nhóm sau 3 tháng can thiệp

Đặc điểm	Nhóm “CPAP” ⁽¹⁾ (n = 24)	Nhóm “luyện tập” ⁽²⁾ (n = 23)	Nhóm “không tuân thủ” ⁽³⁾ (n=26)	P
Ngáy to:				0,003 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 đêm một tuần	1	10	25	< 0,001 ^{(1)&(3)}
Không hoặc ngáy < 3 đêm một tuần	23	13	1	0,001 ^{(2)&(3)}
Ngưng thở được chứng kiến:				0,001 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 đêm một tuần	1	11	12	0,001 ^{(1)&(3)}
Không hoặc < 3 đêm một tuần	23	12	14	0,9 ^{(2)&(3)}
Tiểu đêm nhiều lần:				0,005 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 đêm một tuần	5	14	19	0,001 ^{(1)&(3)}
Không hoặc < 3 đêm một tuần	19	9	7	0,3 ^{(2)&(3)}
Ngộp thở đêm:				0,005 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 đêm một tuần	5	14	20	< 0,001 ^{(1)&(3)}
Không hoặc < 3 đêm một tuần	19	9	6	0,2 ^{(2)&(3)}
Đau đầu buổi sáng:				0,01 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 ngày một tuần	1	7	18	< 0,001 ^{(1)&(3)}
Không hoặc < 3 ngày một tuần	23	16	8	0,007 ^{(2)&(3)}

Khô miệng lúc ngủ dậy:				0,02 ^{(1)&(2)}
Có ≥ 3 ngày một tuần	5	12	13	0,03 ^{(1)&(3)}
Không hoặc < 3 ngày một tuần	19	11	13	0,8 ^{(2)&(3)}

p được xác định với kiểm định Chi-bình phương

Nhận xét: Các biểu hiện hay gặp ở người mắc NTTNKN như ngáy to, ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm và ngộp thở 3 đêm trở lên mỗi tuần, đau đầu buổi sáng và khô miệng lúc ngủ dậy từ 3 ngày trở lên mỗi tuần đều giảm đáng kể và giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm “CPAP” so với nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” ($p < 0,001$ đến $p = 0,03$). Ngáy to từ 3 đêm trở lên mỗi tuần

và đau đầu buổi sáng từ 3 ngày trở lên mỗi tuần cũng giảm có ý nghĩa ở nhóm “luyện tập” so với nhóm “không tuân thủ” ($p = 0,001$ và $p = 0,007$). Các triệu chứng ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm và ngộp thở từ 3 đêm trở lên mỗi tuần và khô miệng khi thức dậy từ 3 ngày trở lên mỗi tuần không khác nhau giữa nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của các nhóm sau 3 tháng can thiệp

Đặc điểm	Nhóm “CPAP” ⁽¹⁾ (n=24)	Nhóm “luyện tập” ⁽²⁾ (n=23)	Nhóm “không tuân thủ” ⁽³⁾ (n=26)	p
HA tâm thu (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	137,6 $\pm$ 9,3	145,9 $\pm$ 10,5	143,2 $\pm$ 10,4	0,02(2)
HA tâm trương (mmHg), trung bình $\pm$ ĐLC	87,3 $\pm$ 3,9	90,5 $\pm$ 4,2	87,7 $\pm$ 4,9	0,03(2)
Điểm Epworth, trung bình $\pm$ ĐLC	9,0 $\pm$ 1,6	14,0 $\pm$ 1,7	14,8 $\pm$ 1,5	<0,001(2)

(2): *p* được xác định với kiểm định ANOVA một phía

Nhận xét: Sau 3 tháng can thiệp, các trị số HA tâm thu và tâm trương, điểm Epworth khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm. Phân tích post-hoc cho thấy có sự khác biệt về HA tâm thu và HA tâm trương giữa nhóm “CPAP”

và nhóm “luyện tập” ($p = 0,02$ và $p = 0,03$ tương ứng) và có sự khác biệt rõ rệt về điểm Epworth giữa nhóm “CPAP” và nhóm “luyện tập”, giữa nhóm “CPAP” và nhóm “không tuân thủ” ($p < 0,001$).

Bảng 3.4. Thay đổi các chỉ số cận lâm sàng của các nhóm sau 3 tháng can thiệp

Đặc điểm	Nhóm “CPAP” ⁽¹⁾ (n=24)	Nhóm “luyện tập” ⁽²⁾ (n=23)	Nhóm “không tuân thủ” ⁽³⁾ (n=26)	p
Glucose đói (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	6,05 $\pm$ 0,81	6,22 $\pm$ 0,98	6,73 $\pm$ 1,06	0,1 (1)
Cholesterol (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	5,02 $\pm$ 0,88	4,97 $\pm$ 0,98	5,61 $\pm$ 1,23	0,053 (1)
Triglyceride (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	2,37 $\pm$ 1,22	2,01 $\pm$ 0,79	2,28 $\pm$ 1,14	0,6 (2)

LDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	2,59 $\pm$ 0,8	2,79 $\pm$ 0,95	3,3 $\pm$ 1,07	0,03 (1)
HDL-C (mmol/l), trung bình $\pm$ ĐLC	1,35 $\pm$ 0,29	1,27 $\pm$ 0,23	1,29 $\pm$ 0,35	0,6 (1)
AHI (lần/giờ), trung bình $\pm$ ĐLC	3,7 $\pm$ 1,7	35,1 $\pm$ 7,8	33,1 $\pm$ 8,9	<0,001 (1)
SpO2 trung bình (%), trung bình $\pm$ ĐLC	95,3 $\pm$ 0,6	93,2 $\pm$ 0,8	92,7 $\pm$ 0,9	<0,001 (1)
SpO2 thấp nhất (%), trung bình $\pm$ ĐLC	95,1 $\pm$ 1,0	85,0 $\pm$ 3,2	83,5 $\pm$ 5,4	<0,001 (1)

(1): *p* được xác định dựa vào phép kiểm one way ANOVA

(2): *p* được xác định dựa vào phép kiểm Mann Whiney U

Nhận xét: Sau 3 tháng can thiệp, các trị số LDL-C, AHI, SpO2 trung bình khi ngủ và SpO2 thấp nhất khi ngủ khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm. Phân tích post-hoc cho thấy sự khác biệt về trị số LDL-C giữa nhóm “CPAP” và nhóm “không tuân thủ” ($p=0,03$) và sự khác biệt rõ rệt về trị số AHI, SpO2 trung bình khi ngủ, SpO2 thấp nhất khi ngủ giữa nhóm “CPAP” và nhóm “luyện tập”, giữa nhóm “CPAP” và nhóm “không tuân thủ” ($p < 0,001$). Không thấy sự khác biệt các trị số glucose đói, cholesterol, triglyceride, HDL-C máu giữa các nhóm “CPAP”, nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” sau 3 tháng can thiệp.

Ngoài ra, sự thay đổi ở một số chỉ số nhân trắc, biểu hiện lâm sàng, chỉ số thăm dò và xét nghiệm cận lâm sàng trên mỗi nhóm (so sánh với thời điểm trước can thiệp) cũng được ghi nhận theo chiều tương ứng với sự thay đổi ghi nhận được khi so sánh giữa 3 nhóm đối tượng. Nhóm “CPAP” có sự cải thiện rõ rệt về các chỉ số lâm sàng và thăm dò liên quan tới tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (đánh giá qua các thang điểm và chỉ số khách quan). Nhóm “luyện tập” cũng ghi nhận bước đầu các thay đổi có ý nghĩa về một số chỉ số nhân trắc như chu vi vòng bụng, chu vi vòng cổ, BMI.

IV. BÀN LUẬN

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và các rối loạn thành phần hội chứng chuyển hóa đều là những yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng, có thể có tác động hiệp đồng gây ra các bệnh lý hay biến cố tim mạch. Thở áp lực dương liên tục CPAP đến nay là lựa chọn điều trị ưu tiên cho các trường hợp NTTNKN từ mức độ trung bình trở lên và có thể hữu ích đối với người mắc hội chứng chuyển hóa hoặc hữu ích đối với các bất thường chuyển hóa liên quan đến NTTNKN. Các biện pháp GDSK để thay đổi thói quen đưa tới giảm cân (nếu thừa cân, béo phì), tăng cường thể lực, thay đổi tư thế nằm ngủ (ngủ nghiêng) và luyện tập tăng sức cơ vùng hầu họng) cũng góp phần làm giảm AHI, giảm triệu chứng của NTTNKN và giảm mức độ nặng của bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn những trường hợp mắc HCCH, có NTTNKN từ mức độ trung bình trở lên ($AHI \geq 15$ lần/giờ ngủ). Đây là những trường hợp có nguy cơ cao đột tử trong khi ngủ hoặc có các hậu quả xấu liên quan bệnh lý tim mạch chuyển hóa. Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy các chỉ số nhân trắc học, lâm sàng và cận lâm sàng của ba nhóm ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu tương đồng với nhau. Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy, sau 3 tháng can thiệp, các biểu hiện hay gặp ở người mắc NTTNKN như ngáy to, ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm và

ngộ thở 3 đêm trở lên mỗi tuần, đau đầu buổi sáng và khô miệng lúc ngủ dậy từ 3 ngày trở lên mỗi tuần đều giảm đáng kể và giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm thở CPAP so với nhóm chỉ can thiệp thay đổi thói quen và luyện tập (nhóm “*luyện tập*”) và nhóm không tuân thủ can thiệp các can thiệp CPAP hay luyện tập (nhóm “*không tuân thủ*”) ($p < 0,001$ đến $p = 0,03$). Ngáy to từ 3 đêm trở lên mỗi tuần và đau đầu buổi sáng từ 3 ngày trở lên mỗi tuần cũng giảm có ý nghĩa ở nhóm “CPAP” so với nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” ($p = 0,001$ và $p = 0,007$). Các triệu chứng ngưng thở được chứng kiến, tiểu đêm và ngộ thở từ 3 đêm trở lên mỗi tuần và khô miệng khi thức dậy từ 3 ngày trở lên mỗi tuần không khác nhau giữa nhóm “CPAP”, nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” ($p > 0,05$ ở cả hai so sánh). Kết quả này tiếp tục khẳng định hiệu quả của CPAP giúp cải thiện nhanh và rõ rệt các triệu chứng của người bệnh. Các biện pháp tăng cường hoạt động thể lực, tập tăng sức cơ vùng hầu họng cũng giúp cải thiện một số triệu chứng điển hình của NTDKN.

Bảng 3.3 ghi nhận các trị số HA tâm thu và tâm trương, điểm Epworth khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm. Phân tích post-hoc cho thấy có sự khác biệt về HA tâm thu và HA tâm trương giữa nhóm “CPAP” và nhóm “luyện tập” ($p = 0,02$ và $p = 0,03$) và có sự khác biệt rõ rệt về điểm Epworth giữa nhóm “CPAP” và nhóm “luyện tập”, giữa nhóm thở CPAP và nhóm “không tuân thủ” ($p < 0,001$). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng có kết quả tương tự về lợi ích của thở CPAP đối với việc làm hạ huyết áp. Tình

trạng tăng huyết áp hay gặp ở người NTDKN có thể liên quan đến sự phân mảnh giấc ngủ và giảm độ bão hòa oxy máu trong đêm dẫn đến hoạt hóa hệ giao cảm. Giả thuyết này càng được củng cố thêm với bằng chứng từ sự giảm đáng kể các trị số huyết áp ở người tuân thủ điều trị CPAP, trong khi không thấy rõ sự cải thiện huyết áp ở người thiếu tuân thủ CPAP. Liệu pháp CPAP giúp cải thiện rõ rệt buồn ngủ quá mức ban ngày, do đó có thể giúp tăng các hoạt động thể lực hôm sau do người đó tỉnh táo và sáng khoái hơn.

Bảng 3.4 cho thấy các trị số LDL-C, AHI, SpO2 trung bình khi ngủ và SpO2 thấp nhất khi ngủ khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm. Phân tích post-hoc cho thấy sự khác biệt về trị số LDL-C giữa nhóm “CPAP” và nhóm “không tuân thủ” ($p = 0,03$) và sự khác biệt rõ rệt về trị số AHI, SpO2 trung bình khi ngủ và SpO2 thấp nhất khi ngủ giữa nhóm “CPAP” và nhóm “luyện tập”, giữa nhóm thở CPAP và nhóm “không tuân thủ” ($p < 0,001$). Nghiên cứu không thấy có sự khác biệt ở các chỉ số glucose đói, cholesterol, triglyceride, HDL-C máu giữa các nhóm “CPAP”, nhóm “luyện tập” và nhóm “không tuân thủ” sau 3 tháng can thiệp. Một số nghiên cứu đã cho thấy CPAP và/hoặc can thiệp thay đổi lối sống tích cực có thể làm cải thiện các rối loạn thành phần của HCCH, trong đó có triglyceride, HDL-C, đường máu [3][7]. Nghiên cứu này của chúng tôi mới chỉ thấy có sự khác biệt về LDL-C, và sự thay đổi triglyceride trong theo dõi trước sau trên nhóm “CPAP”. Có thể với thời gian theo dõi dài hơn và qui trình can thiệp và giám sát

chặt chẽ hơn các thay đổi ở các chỉ số có liên quan tới các rối loạn của HCCH sẽ thấy rõ hơn.

V. KẾT LUẬN

Ở những trường hợp đồng mắc hội chứng chuyển hóa và NTTNKN mức trung bình trở lên, thở CPAP giúp cải thiện rõ rệt mức độ nặng và các triệu chứng của bệnh, giúp giảm huyết áp và một số rối loạn lipid máu. Các biện pháp tư vấn thay đổi thói quen và luyện tập trong ngắn hạn cũng đưa tới thay đổi có ý nghĩa về một số chỉ số nhân trắc và sự cải thiện một triệu chứng lâm sàng điển hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyons M. M., et al.** (2020), "Global burden of sleep-disordered breathing and its implications", *Respirology*. 25(7), pp. 690-702.
2. **Duong Quy Sy, et al.** ((2018), "Study about the prevalence of the obstructive sleep apnoea syndrome in Vietnam", *Rev Mal Respir*. 35(1), pp. 14-24.
3. **Sharma S. K., et al.** (2011), "CPAP for the metabolic syndrome in patients with OSA ", *N Engl J Med*. 365(24), pp. 2277-86.
4. **Mota P. C., et al.** (2011), "APAP impact on metabolic syndrome in obstructive sleep apnea patients", *Sleep Breath*. 15(4), pp. 665-72.
5. **Lozano L., et al.** (2010), "CPAP treatment in sleep apnea patients with resistant hypertension: a randomized, controlled trial", *J Hypertens*. 28(10), pp. 2161-8.
6. **Robinson G. V., et al.** (2006), "CPAP does not reduce blood pressure in nonsleepy hypertensive OSA patients", *Eur Respir J*. 27(6), pp. 1229-35.
7. **Susanna S.S.Ng, Chan Ruth S.M, Woo J et al.** (2015), "A Randomized Controlled Study to Examine the Effect of a Lifestyle Modification Program in OSA", *Chest*. 148(5), pp. 1193-1203.
8. **K.G. Alberti, R.H. Eckel, S.M. Grundy, et al.** (2009). "Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the international diabetes federation Task Force on Epidemiology and prevention; NHLBI; AHA; world heart federation; international Atherosclerosis society; and international association for the study of obesity", *Circulation*, 120 (16), pp. 1640-1645

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY GIẢM NĂNG LỰC NỘI TẠI Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Nguyễn Thị Thắm^{1,2}, Nguyễn Thị Thùy Linh¹,
Ngô Tùng Lâm¹, Nguyễn Thị Thúy Hiếu^{1,2},
Nguyễn Văn Hùng¹, Nguyễn Thị Lan³, Bùi Thị Huệ⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục đích xác định một số yếu tố liên quan đến suy giảm năng lực ở người cao tuổi (NCT) đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Kết quả: Nghiên cứu thu thập được 326 đối tượng. Các yếu tố liên quan đến suy giảm năng lực nội tại ở người cao tuổi là: Tuổi trên 80 ($p < 0,05$); mắc bệnh thoái hóa khớp (OR = 3,8; 95%CI: 1,7-9,5; $p < 0,05$); mắc ≥ 2 bệnh mạn tính (OR=1,85; 95%CI: 1,1-3,3; $p < 0,001$); tiểu không tự chủ (OR=2,6; 95%CI: 1,1-7; $p < 0,05$); giảm khả năng thực hiện hoạt động hàng ngày (OR=16,8; 95%CI: 2,7-68,1; $p < 0,001$). Người cao tuổi cần được sàng lọc phát hiện sớm các bệnh mạn tính, dự phòng và điều trị thoái hoá khớp cũng như tăng cường các can thiệp nhằm làm chậm xuất hiện hội chứng lão khoa để phòng ngừa SGNLNT

Từ khóa: Người cao tuổi, năng lực nội tại, suy giảm năng lực nội tại, bệnh viện đại học Y Hải Phòng

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE INTRINSIC CAPACITY DECLINE IN THE ELDERLY PEOPLE WHO VISITED TO MEDICAL EXAMINATION DEPARTMENT - HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022

Objectives: This study aims to describe some factors related to intrinsic capacity decline in elderly people visiting the medical examination department, Hai Phong Medical University hospital. **Methods:** The research was conducted by cross-sectional descriptive study. **Results:** Some factors associated with intrinsic capacity decline in the elderly are: elderly age ≥ 80 years old ($p < 0,05$); degenerative joint diseases ($p < 0,05$); having ≥ 2 chronic diseases ($p < 0,001$); urinary incontinence ($p < 0,05$); decreased daily activity ($p < 0,001$). Older adults need to screening and detect chronic diseases, detect and treatment degenerative joint disease, perform intervenes to slow down geriatrics syndromes to prevent intrinsic capacity decline.

Key word: Elderly people, intrinsic capacity, intrinsic capacity decline, Hai Phong Medical university hospital

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Trung tâm Y tế huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh

⁴Trung tâm tiêm chủng Medivac VN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: ntlinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới đang già đi nhanh chóng, số lượng và tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng nhanh [1], vì vậy người cao tuổi cần được quan tâm nhiều hơn đến vấn đề sức khỏe. Suy giảm năng lực nội tại (SGNLNT) được định nghĩa là tình trạng suy giảm các năng lực bao gồm: nhận thức, dinh dưỡng, vận động, tâm lý và giác quan (thính lực, thị lực). Đây là vấn đề quan trọng cần được quan tâm để giúp NCT có thể độc lập trong sinh hoạt.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về suy giảm năng lực nội tại ở người cao tuổi như Trung Quốc (2021) tỷ lệ này là 43% [2], HongKong (2021) là 72,7% [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Võ Văn Thắng 2019 cho thấy tỷ lệ suy giảm năng lực nhận thức: 30%; thị lực 14,5%; thính lực 23,8%; vận động 30,9% [4]. Theo tác giả Nguyễn Trung Anh nghiên cứu tại bệnh viện lão khoa cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức 31,7%; trầm cảm 10,9%; dinh dưỡng 19,8% [5]. Tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại ở người tuổi ngày càng cao tạo ra gánh nặng cho hệ thống chăm sóc y tế, kinh tế, xã hội cho thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Các báo cáo nghiên cứu đã chỉ ra suy giảm năng lực nội tại có liên quan tới các đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử mắc các bệnh lý mạn tính, sử dụng đa thuốc, hành vi lối sống, gia đình, sự tham gia xã hội. Vì vậy việc xác định được các yếu tố nguy cơ liên quan đến suy giảm năng lực nội tại của người cao tuổi góp phần quan trọng trong việc cải thiện các năng lực nội tại của họ..

Khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng có người cao tuổi đến khám hàng ngày. Để tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến suy giảm năng lực nội tại của người cao tuổi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này

nhằm xác định một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người ≥ 60 tuổi đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người mắc các bệnh lý về tâm thần mà không thể hiểu và trả lời được bảng hỏi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2022.

Quá trình lấy mẫu được thực hiện tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng - 225C Lạch Tray, Ngô Quyền, Hải Phòng từ tháng 7/2022 đến tháng 9/2022.

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 ước lượng một tỉ lệ

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần cho 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 người cao tuổi suy giảm năng lực nội tại (tham khảo tỉ lệ từ nghiên cứu của tác giả Angela Y.M. Leung và cộng sự tại Hồng Kông lấy p = 0,727 [3]); d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận (chọn d = 0,05). Sau khi tính toán được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 305. Thực tế

nghiên cứu được thực hiện trên 326 người cao tuổi

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện đến khi đủ cỡ mẫu cần nghiên cứu. Mỗi người cao tuổi đến khám trong ngày đồng ý tham gia nghiên cứu được ghi lại danh sách người phỏng vấn kèm theo mã số khám bệnh lần đó. Trước khi phỏng vấn sẽ được đối chiếu với lịch sử các mã khám bệnh trên phần mềm quản lý bệnh nhân của bệnh viện với mã khám bệnh trong danh sách đã thu thập để đảm bảo mỗi người chỉ được phỏng vấn một lần duy nhất trong toàn bộ thời gian thực hiện nghiên cứu.

2.6. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, tình trạng sống chung, trình độ học vấn.
- Tình trạng sức khỏe bản thân: mắc tăng huyết áp; đái tháo đường; thoái hóa khớp; rối loạn lipid máu; mắc 1 hoặc từ 2 bệnh trở lên.
- Khả năng hoạt động hàng ngày (Activities of daily living: ADL): là hoạt động tự chăm sóc cơ bản bao gồm tự ăn uống, tự đi lại, tự đi vệ sinh, tự tắm rửa, tự chăm sóc bản thân và tự mặc quần áo.
- Ngã: là tình trạng không chủ ý rơi xuống đất, sàn nhà hoặc mức khác thấp hơn; được xác định trong vòng 1 năm tính đến thời điểm nghiên cứu.
- Năng lực nội tại của đối tượng nghiên cứu: năng lực nhận thức, năng lực vận động, năng lực tâm lý, tình trạng dinh dưỡng, thính lực, thị lực.
- Yếu tố liên đến suy giảm năng lực nội tại: tuổi, giới, tình trạng sống chung, bệnh hiện mắc, số bệnh hiện mắc, khả năng hoạt động hàng ngày, bệnh hiện mắc, tiểu không tự chủ, ngã.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Người cao tuổi tham gia nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn các nội dung: thông tin chung.

Sử dụng cân điện tử Tanita-BC 543 và thước Microtoise để đo cân nặng và chiều cao.

Sử dụng công cụ đánh giá năng lực nội tại theo hướng dẫn chăm sóc tích hợp cho người cao tuổi của Tổ chức Y tế thế giới [6]: NCT được đánh là có suy giảm năng lực nội tại khi có ít nhất 1 năng lực bị suy giảm.

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 test thống kê mô tả, tính tần suất và tỉ lệ với biến định tính.. Sử dụng test thống kê y học Chi-square 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. 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 nghiên cứu. Thông tin không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài mục đích nghiên cứu.

Trong NC, không có bất kì can thiệp xâm lấn gây nguy cơ cho NCT. Đánh giá năng lực vận động luôn có 1 nghiên cứu viên theo sát và đảm bảo an toàn cho NCT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích số liệu cho thấy tỷ lệ người cao tuổi có suy giảm năng lực nội tại (là 78,8%. Trong đó, tỷ lệ suy giảm từ 1,2,3,4 đến 5 năng lực lần lượt là 29,4%; 27,6%; 16,3%; 4,6%, 0,9%.

Bảng 1: Mối liên quan giữa suy giảm năng lực nội tại với một số yếu tố nhân khẩu học

Nhân khẩu học \ SGNLNT		Có n (%)	Không n (%)	P
Giới	Nữ	165 (82,1)	36 (17,9)	0,068
	Nam	92 (73,6)	33 (26,4)	
Nhóm tuổi	60-69	144 (72,6)	43 (27,4)	0,018*
	70-79	106 (82,8)	22 (17,2)	
	≥80	37 (90,2)	4 (9,8)	
Học vấn	Tiểu học trở xuống	24 (77,4)	7 (25,6)	0,964*
	THCS	112 (79,4)	33 (20,6)	
	THPT trở lên	121 (78,8)	33 (21,2)	
Sống cùng người thân	Có	245 (79,0)	54 (21,0)	0,89*
	Không	12 (75,0)	4 (25,0)	

* Fisher's exact test

Tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở nhóm từ 80 tuổi trở lên là 90,2%, cao hơn so với các nhóm còn lại (72,6% và 82,8%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không tìm thấy mối liên quan giữa suy giảm năng lực nội tại với giới; trình độ học vấn; sống cùng với người thân.

Bảng 2: Mối liên quan giữa suy giảm năng lực nội tại với tiền sử mắc bệnh

Tiền sử mắc bệnh \ SGNLNT		Có n (%)	Không n (%)	P
Tăng huyết áp	Có	197 (77,9)	56 (22,1)	0,42
	Không	60 (82,2)	13 (17,8)	
Đái tháo đường	Có	137 (77,4%)	40 (22,6%)	0,49
	Không	120 (80,5%)	29 (19,5%)	
Rối loạn lipid	Có	177 (80,5)	43 (19,5)	0,30
	Không	80 (75,5)	26 (24,5)	
Thoái hóa khớp	Có	85 (91,4)	8 (8,6)	<0,001
	Không	172 (73,8)	61 (26,2)	

Nhóm NCT mắc thoái hóa khớp có tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc thoái hóa khớp (91,4% so với 73,8%) với $p < 0,001$. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mắc tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu với suy giảm năng lực nội tại ($p > 0,05$)

Bảng 3: Mối liên quan giữa suy giảm năng lực nội tại và số bệnh hiện mắc

Số bệnh hiện mắc \ SGNLNT	Có n (%)	Không n (%)	P
≥ 2 bệnh	158 (83,2)	32 (16,8)	0,02
< 2 bệnh	99 (72,8)	37 (27,2)	

Nhóm người cao tuổi mắc từ 2 bệnh mạn tính trở lên có tỉ lệ SGNLNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mắc dưới 2 bệnh (83,2% so với 72,8%, $p = 0,02 < 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa SGNLNT với một số tình trạng lão khoa

Tình trạng lão khoa \ SGNLNT	Có	Không	P
Tiểu không tự chủ	58 (89,2)	7 (10,8)	0,02
	199 (76,2)	62 (23,8)	
Ngã	41 (83,7)	8 (16,3)	0,37
	216 (78)	61 (22)	
Khả năng hoạt động hàng ngày	51 (98,1)	1 (1,9)	<0,001*
	206 (75,2)	68 (24,8)	

* Fisher's exact test

Tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại ở nhóm người cao tuổi có tình trạng tiểu không tự chủ cao hơn so với nhóm không có tình trạng tiểu tiện không tự chủ (89,2% so với 76,2%). ($p < 0,05$) Nhóm người cao tuổi có giảm khả năng hoạt động hàng ngày có tỉ lệ suy giảm năng lực nội tại cao hơn so với nhóm bình thường (98,1% so với 75,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 326 người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh - Bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2022, mô tả một số yếu tố liên quan đến suy giảm năng lực nội tại của người cao tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SGNLNT chung của người cao tuổi là 78,8%. Tỷ lệ SGNLNT ở nhóm người cao tuổi là nữ (82,1%) cao hơn so với nhóm nam (73,6%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu tại Hồng Kong (2021) [7] và tại Trung Quốc (2019), tỷ lệ SGNLNT cũng không có sự khác biệt giữa nam và nữ [7].

Tại Ấn Độ, nghiên cứu về suy giảm năng lực nội tại và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi (2017 – 2018), tỷ lệ SGNLNT ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam với (OR = 0,17; 95%CI: 0,25 - 0,08). Tuy nhiên khi đưa

vào mô hình hồi quy logistic thì không có mối liên quan thực sự giữa SGNLNT và giới [8]. Tại Hồng Kong, nghiên cứu của tác giả Angela Y.M. Leung năm 2021 cho thấy điểm năng lực nội tại trung bình ở nhóm người cao tuổi ≥ 80 tuổi là $4,07 \pm 1,39$ so với nhóm 60 – 69 tuổi ($5,30 \pm 0,75$) [3]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SGNLNT ở nhóm tuổi ≥ 80 tuổi là cao nhất với (90,2%), tiếp theo là nhóm 70-79 tuổi có tỷ lệ (82,8%). Cuối cùng nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 72,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Nghiên cứu cho thấy tuổi người cao tuổi càng cao thì khả năng suy giảm năng lực nội tại càng lớn, từ 60 tuổi đã bắt đầu có nguy cơ SGNLNT và tăng cao rõ rệt ở nhóm từ 80 tuổi trở lên. Điều này giải thích được do tuổi càng cao cơ thể càng lão hóa kèm theo các rối loạn chuyển hóa trong cơ thể dễ bị SGNLNT.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy trình độ học vấn người cao tuổi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với SGNLNT. Theo Angela Y.M Leung (2021) nhóm mù chữ có khả năng SGNLNT cao nhất chiếm tỷ lệ 94,23%, sau đó là nhóm Tiểu học, THCS, THPT giảm dần 66,17%; 65,90%; 55,38% với $p < 0,001$ [3]. Điều này phù hợp với nghiên cứu của K. muneera tại Ấn Độ đã chứng minh trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ SGNLNT càng thấp. Hay nghiên cứu của Lina Ma năm 2021, quan sát được nhóm người không biết chữ có khả năng SGNLNT cao gấp 2,4 lần so với nhóm biết chữ với $95\%CI = 1,8 - 3,2$; $p < 0,001$ [8]. Trình độ học vấn càng cao, người cao tuổi có nhiều kiến thức tốt hơn về sức khỏe, cải thiện các năng lực nội tại. Ngược lại, học vấn thấp là một bất lợi cho NCT kém hiểu biết hơn các yếu tố bảo vệ sức khỏe.

Chúng tôi không tìm ra mối liên quan giữa trình độ học vấn và tình trạng suy giảm năng lực nội tại ở người cao tuổi. Có sự khác biệt kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác do nghiên cứu nhóm NCT tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn tiểu học hoặc mù chữ chiếm tỉ lệ thấp ($< 10\%$).

Tuổi cao, nhiều bệnh lý đồng mắc ảnh hưởng đến các chức năng của cơ thể kèm theo quá trình lão hóa dẫn đến suy giảm năng lực nội tại càng cao nếu không phát hiện sớm. Kết quả ở bảng 2 cho thấy NCT có tiền sử mắc bệnh thoái hóa khớp mạn tính có tỉ lệ SGNLNT cao hơn nhóm không mắc thoái hóa khớp (91,4% so với 73,8%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của tác giả Lina Ma tại Trung Quốc năm 2021 cũng cho thấy NCT mắc bệnh xương

khớp có tỷ lệ SGNLNT cao hơn so với nhóm không mắc ($p < 0,001$) [2]. Điều này có thể giải thích vì các bệnh lý xương khớp có thể gây ra tình trạng hạn chế vận động vì vậy gây suy giảm năng lực vận động ở NCT. Bên cạnh đó, đau cũng là tình trạng thường gặp khi NCT mắc các bệnh lý về xương khớp, điều này có thể gây ảnh hưởng đến tâm lý, tâm trạng và là nguyên nhân dẫn đến các triệu chứng của trầm cảm, suy giảm năng lực tâm lý của bệnh nhân. Các bệnh lý về xương khớp là phổ biến và có thể phòng, kiểm soát được để làm giảm ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Vì vậy các bác sỹ lâm sàng cần chú ý đánh giá phát hiện và điều trị các bệnh lý xương khớp của bệnh nhân để giảm tình trạng SGNLNT ở NCT. .

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm ra mối liên quan giữa SGNLNT với việc mắc các bệnh lý đái tháo đường, tăng huyết áp hoặc rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của tác giả Ya – Chi Cheng tại Đài Loan năm 2019 cũng cho thấy đái tháo đường, tăng huyết áp không có mối liên quan với SGNLNT. Tuy nhiên, nghiên cứu có chỉ ra mối liên quan với rối loạn lipid máu, cụ thể, tỷ lệ SGNLNT ở người cao tuổi mắc rối loạn lipid máu cao gấp 2,15 lần so với nhóm không mắc rối loạn lipid máu với khoảng tin cậy $95\%CI (1,27 - 3,7)$, $p = 0,005$ [9]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt trong cỡ mẫu nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu nhỏ vì vậy có thể không thấy rõ được sự khác biệt này. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xem xét lại vấn đề này.

Theo kết quả bảng 3, nhóm người cao tuổi mắc từ 2 bệnh mạn tính trở lên có tỉ lệ

SGNLNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mắc dưới 2 bệnh (83,2% so với 72,8%, $p = 0,02 < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lina Ma, Trung Quốc năm 2021, tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại ở những người mắc bệnh mãn tính ≥ 5 cao hơn khoảng hai lần so với những người không mắc bệnh mãn tính (62,5% so với 30,9%, $p < 0,001$) [2]. Bệnh mạn tính là vấn đề thường gặp ở NCT và có thể phòng được, vì vậy cần phòng chú ý phòng và kiểm soát các bệnh mạn tính để tránh gặp tình trạng SGNLNT.

Kết quả ở bảng 4 cho thấy, nhóm người cao tuổi tiểu không tự chủ có tỷ lệ suy giảm năng lực nội tại cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không gặp tình trạng tiểu tiện không tự chủ (89,2% so với 76,2%, $p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lina Ma năm 2021 [2], cho thấy mối liên quan giữa tỷ lệ SGNLNT và tiểu không tự chủ ở người cao tuổi, người gặp tình trạng tiểu không tự chủ có SGNLNT cao gấp 1,97 lần so với người tiểu bình thường với khoảng tin cậy 95% (1,31 – 2,97); $p = 0,001$. 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. Vì vậy cần chú ý phát hiện các tình trạng tiểu tiện không tự chủ cho NCT.

Nghiên cứu tìm được nhóm người cao tuổi suy giảm khả năng hoạt động hàng ngày (ADL) tỷ lệ SGNLNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường (98,1% so

với 75,2%, $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Jang Zhao, người suy giảm ADL có tỷ lệ SGNLNT cao hơn so với người không có suy giảm ADL với OR (95CI%) = 1,4(1,11 – 1,76), $p < 0,001$ [10]. Trong một nghiên cứu khác của John R. Beard thực hiện trên 2560 ở nước Anh về mối liên quan giữa SGNLNT và ALD ở người cao tuổi, cho thấy NLNT có ảnh hưởng tích cực tới hoạt động sống hàng ngày của NCT với $p < 0,001$ [11].

Hoạt động thường ngày là khả năng tự chăm sóc bản thân mà không cần người khác giúp đỡ. Khả năng này sẽ suy giảm dần theo quá trình lão hóa của cơ thể. Tuy nhiên, nó sẽ diễn ra chậm hơn suy giảm năng lực nội tại, NLNT và môi trường sống đóng vai trò quan trọng, tương tác lẫn nhau để hỗ trợ cho các hoạt động hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 326 người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2022 chúng tôi rút ra kết luận sau: Các yếu tố liên quan đến suy giảm năng lực nội tại của người cao tuổi là: Tuổi trên 80 tuổi, mắc bệnh thoái hóa khớp,; mắc từ 2 bệnh mạn tính trở lên; tiểu không tự chủ; giảm khả năng thực hiện hoạt động hàng ngày.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị người cao tuổi cần được sàng lọc phát hiện sớm các bệnh mạn tính, dự phòng và điều trị thoái hóa khớp cũng như tăng cường

các can thiệp nhằm làm chậm xuất hiện hội chứng lão khoa để phòng ngừa SGNLNT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNFPA Viet Nam and Duc N.M.** Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, 7–8.
2. **Ma L., Chhetri J.K., Zhang L., et al.** (2021). Cross-sectional study examining the status of intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults in China: prevalence, associated factors and implications for clinical care. *BMJ Open*, 11(1), 43062–43062.
3. **Angela Y M Leung, Su J.J., Lee E.S.H., et al.** (2022). Intrinsic capacity of older people in the community using WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 22(1), 304–304.
4. **Võ Văn Thắng và cộng sự** (2021) Đánh giá tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 498(2)
5. **Nguyễn T.A., Nguyễn T.T.H., Lại T.H., et al.** (2020). Các hội chứng lão khoa thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi có đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhân. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, (38), 47–52.
6. **World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific** (2020), *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila.
7. **Angela Y M Leung, Su J.J., Lee E.S.H., et al.** (2022). Intrinsic capacity of older people in the community using WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 22(1), 304–304.
8. **Muneera K., Muhammad T., and Althaf S.** (2022). Socio-demographic and lifestyle factors associated with intrinsic capacity among older adults: evidence from India. *BMC Geriatr*, 22(1), 851–851.
9. **Cheng Y.-C., Kuo Y.-C., Chang P.-C., et al.** (2021). Geriatric Functional Impairment Using the Integrated Care for Older People (ICOPE) Approach in Community-Dwelling Elderly and Its Association with Dyslipidemia. *Vasc Health Risk Manag*, 17, 389–394.
10. **Zhao J., Chhetri J.K., Chang Y., et al.** (2021). Intrinsic Capacity vs. Multimorbidity: A Function-Centered Construct Predicts Disability Better Than a Disease-Based Approach in a Community-Dwelling Older Population Cohort. *Frontiers in Medicine*, 8, 753295.
11. **Beard J.R., Jotheeswaran A.T., Cesari M., et al.** (2019). The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open*, 9(11), 026119.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN THEO PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN LƯƠNG TÀI TỈNH BẮC NINH GIAI ĐOẠN TỪ 1/2019 - 6/2023

Ngô Xuân Nam¹, Hoàng Thị Hoa Lê², Vũ Thị Hồng Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein tại Trung tâm y tế huyện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 78 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật điều trị theo phương pháp Lichtenstein tại Trung tâm y tế huyện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh từ 01/01/2019 đến 30/06/2019. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình $56,15 \pm 12,19$ phút. Thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 40 phút, chậm nhất là 90 phút. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ trung bình là $16,65 \pm 3,39$ giờ, sớm nhất là 10 giờ, muộn nhất là 25 giờ. Mức độ đau sau mổ giảm dần theo ngày, đến ngày thứ hai chỉ có 5,1% bệnh nhân đau vừa, có 94,9% đau nhẹ. Về biến chứng sớm sau phẫu thuật, có 6,4% bệnh nhân sưng nề, tụ dịch vết mổ, có 1 bệnh nhân sưng bìu và tinh hoàn và tụ dịch vết mổ chiếm 1,3%. Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình là $7,4 \pm 1,7$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 15 ngày. **Kết luận:** Kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn có nhiều ưu điểm, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm, khuyến nghị triển khai kỹ thuật này tại Trung tâm Y tế

huyện Lương Tài và tại các trung tâm y tế hoặc bệnh viện hạng 3 trở lên.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật, kỹ thuật Lichtenstein, Bắc Ninh.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA BY LICHTENSTEIN METHODS AT LUONG TAI DISTRICT HEALTH CENTER, BAC NINH PROVINCE FROM 1/2019 - 6/2023

Objective: The study aimed to evaluate the results of Lichtenstein's method of inguinal hernia surgery at the Medical Center of Luong Tai district, Bac Ninh province. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study were conducted on 78 inguinal hernia patients who underwent Lichtenstein surgery at Luong Tai District Medical Center, Bac Ninh Province, from January 1st, 2019, to June 30th, 2023. **Results:** The average surgical time was 56.15 ± 12.19 minutes. The fastest surgery time was 40 minutes, the slowest was 90 minutes. The average recovery time for personal activities after surgery was 16.65 ± 3.39 hours; the earliest was 10 hours, and the latest was 25 hours. The degree of postoperative pain decreased gradually by day, only 5.1% of patients had moderate pain and 94.9% had minor pain by the second day. Regarding early complications after surgery, 6.4% of patients had swelling incisional fluid collection, one with swelling of the scrotum and testicles, and 1.3% of incisional fluid collection.

¹ Trung tâm Y tế huyện Lương Tài, Bắc Ninh

² Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

³ Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Nam

Email: nxnam2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

The average postoperative treatment time was 7.4 ± 1.7 days; the shortest was five days, and the longest was 15 days. **Conclusion:** The Lichtenstein technique in treating inguinal hernia has advantages, early recovery time for personal activities, we strongly recommended to implement this technique at Luong Tai District Health Center and other medical centers or Hospital grade 3 or higher.

Keywords: Inguinal hernia, surgery, Lichtenstein technique, Bac Ninh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng bệnh lý khi có các tạng trong ổ bụng như mạc nối, ruột... bị chui qua các lỗ tự nhiên ở bẹn, cũng là điểm yếu của thành bụng. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, kể cả 2 giới, nhưng gặp nhiều ở nam hơn ở nữ. Tỷ lệ thoát vị bẹn có nội tạng hoặc mạc nối lòi qua ống bẹn hoặc ống đui là 27–43% ở nam giới và 3–6% ở phụ nữ. Thoát vị bẹn hầu như luôn luôn có triệu chứng và cách điều trị duy nhất là phẫu thuật [1], [2].

Trên thế giới, phẫu thuật thoát vị bẹn được thực hiện trên hơn 20 triệu người hàng năm. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn thành công trong đa số trường hợp, nhưng tỷ lệ tái phát có thể lên đến 10–15% và đau mãn tính sau phẫu thuật (đau kéo dài hơn 3 tháng) xảy ra ở 10–12% bệnh nhân (BN). Khoảng 1–3% BN bị đau mãn tính nghiêm trọng. Điều này có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và chi phí chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu [1].

Điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật sử dụng mô tự thân, đến nay đã có hơn 100 loại kỹ thuật khác nhau như: Bassini, Mc Vay, Nyhus, Ferguson, Shouldice, Berliner... Tuy nhiên, các phẫu thuật kinh điển này có tỉ lệ tái phát khá cao. Theo nghiên cứu đa trung tâm tỉ lệ tái phát của phương pháp: Shouldice 6,1%, Bassini 8,6%, Mc Vay 11,2% [2].

Hiện nay, trên thế giới có nhiều kỹ thuật mổ dùng mảnh ghép nhân tạo như Lichtenstein, Rutkow, Gilbert, Stoppa... [3], [4]. Trong các kỹ thuật đó, kỹ thuật Lichtenstein nổi bật lên nhờ tính đơn giản, ít đau, thời gian mổ và nằm viện ngắn, cho phép BN sớm phục hồi sinh hoạt cá nhân và lao động sau mổ, tỉ lệ tái phát thấp.

Tại Việt Nam, điều trị thoát vị bẹn sử dụng đặt “tấm lưới nhân tạo”, bằng kỹ thuật mổ mở của Lichtenstein ra chuộng ở hầu hết các bệnh viện. Tác giả Nguyễn Mạnh Linh qua nghiên cứu 62 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật điều trị theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với thời gian theo dõi từ 6 đến 32 tháng cho các bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên cho thấy kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như bệnh nhân sau phẫu thuật đau ít, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm, ít biến chứng (tỷ lệ biến chứng theo dõi 5%), tỷ lệ tái phát thấp (0%) [5]. Như vậy, ứng dụng kỹ thuật Lichtenstein rất thiết thực, tính khả thi cao, tiết kiệm chi phí.

Tại Trung tâm y tế huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh đã áp dụng phẫu thuật Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn từ năm 2014, mỗi năm có từ 18 đến 25 bệnh nhân (BN) bị thoát vị bẹn được phẫu thuật theo phương pháp Lichtenstein. Việc đánh giá kết quả điều trị, tỷ lệ biến chứng như thế nào, các yếu tố nào liên quan đến kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein là cần thiết nhằm nâng cao kết quả điều trị. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein tại Trung tâm y tế huyện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh giai đoạn từ 1/2019 - 6/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng: tất cả BN bị thoát vị bẹn, từ 18 tuổi trở lên, được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein

- Địa điểm, thời gian: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023 tại khoa ngoại tổng hợp trung tâm y tế Lương Tài, huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 2 giai đoạn hồi cứu từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022 bằng thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, và tiền cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2023.

2.3. 2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, giai đoạn hồi cứu gồm 73 BN và giai đoạn tiền cứu gồm 5 BN.

2.4. 2.4. Kỹ thuật Lichtenstein

- Dụng cụ: tấm lưới nhân tạo polypropylene, kích thước tấm lưới 6x11cm, trọng lượng trung bình là 60 g/m², do hãng B/Braun- CH Đức sản xuất có tên thương mại Premilene, và hãng Johnson & Johnson - Mỹ sản xuất có tên thương mại là Prolene; chỉ phẫu thuật gồm prolene 2.0/3.0, chỉ vicryl 3.0/2.0 và chỉ line khâu da.

- Các bước phẫu thuật:

Bước 1: Rạch da song song với dây chằng bẹn, trên dây chằng bẹn 2 cm, đường rạch đủ dài đi từ gai mu đến lỗ bẹn sâu dài 5 - 6 cm, qua da và tổ chức mỡ dưới da đến lớp cân nông, rạch cân cơ chéo bụng ngoài để vào vùng bẹn.

Bước 2: Xử lý túi thoát vị. Với túi thoát vị gián tiếp bằng mở và cắt bỏ bao thoát vị, bóc lộ thùng tinh, tách túi thoát vị ra khỏi bao xơ chung, bóc tách cẩn thận cắt và khâu

kín cổ túi thoát vị ngay lỗ bẹn sâu; với túi thoát vị trực tiếp không mở và không cắt bỏ túi thoát vị trừ khi cổ thoát vị hẹp do xơ hoá, lộn túi thoát vị vào trong và khâu lại. Đặt tấm lưới nhân tạo vào ống bẹn: phẫu tích bóc lộ dây chằng bẹn từ củ mu đến quá lỗ bẹn sâu từ 3 - 4 cm, dùng sonde nelaton cao su để kéo thùng tinh lên trên và vào trong để thực hiện cố định bờ dưới tấm lưới nhân tạo vào dây chằng bẹn.

Bước 3: Đặt và cố định lưới nhân tạo. Đặt mũi khâu đầu tiên từ củ mu buộc chỉ hướng ra ngoài, đầu dưới trong của tấm lưới phải phủ vượt quá củ mu 2 cm, khâu bờ dưới tấm lưới nhân tạo vào mặt trong dây chằng bẹn từ phía củ mu đi ra ngoài bằng các mũi khâu vắt liên tục bằng chỉ Prolene 2.0 cho đến khi vượt quá bờ ngoài của lỗ bẹn sâu chừng 3 - 4 cm. Xẻ đôi một phần đầu ngoài tấm lưới nhân tạo thành hai vạt đi song song, 2/3 trên và 1/3 dưới đến ngang lỗ bẹn sâu, cho phù hợp vị trí của thùng tinh ngay lỗ bẹn sâu và thùng tinh đi qua giữa hai vạt, khâu 2,3 mũi đặt hai vạt tạo thành 1 lỗ bẹn sâu mới ôm lấy thùng tinh. Cuối cùng, cố định bờ trên và đầu trong tấm lưới nhân tạo bằng mũi khâu rời chỉ Prolene 2.0, khâu bờ trên tấm lưới vào bao cơ thẳng bụng, gân cơ kết hợp (nếu có) hoặc cân cơ chéo bụng trong cho đến khi vượt quá lỗ bẹn sâu chừng 3 cm.

Bước 4: Đóng lại vết mổ theo từng lớp giải phẫu khi đã cầm máu tốt, khâu cân cơ chéo bụng ngoài bằng chỉ vicryl 2.0 hoặc 3.0, khâu tái tạo lại lỗ bẹn nông, khâu cân nông Scarpa, khâu da.

2.5. 2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- **Biến số nghiên cứu thu thập thông tin** từ bệnh án bao gồm tuổi bệnh nhân, giới, lâm sàng (TVB 1 bên, 2 bên, bên trái/phải), thời

gian phẫu thuật, biến chứng trong mổ (chảy máu, tụ máu, tổn thương bó mạc tinh...). Đánh giá sau mổ: đau, thời gian hồi phục sinh hoạt sau mổ, thời gian nằm viện.

- **Chỉ số nghiên cứu:** Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật (tham khảo tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Văn Liễu (2007) [6]: 1) Tốt: không có tai biến và biến chứng trong phẫu thuật, thời gian hậu phẫu bìn chỉ sung nhẹ, không cần điều trị kháng viêm. Đau vết mổ nhẹ. 2) Khá: Không có tai biến trong phẫu thuật, sung nhẹ vùng bìu đòi hỏi phải điều trị kháng viêm. Đau vừa, không nhiễm trùng vết mổ. 3) Trung bình: Không có tai biến trong phẫu thuật, tụ máu vùng bìu hoặc/và nhiễm trùng nông vết mổ. Đau nhiều nhưng không cần mổ lại. 4) Kém: Tai biến trong mổ, đau rất nhiều hoặc/và tụ máu vùng bìu phải phẫu thuật lại hoặc/và nhiễm trùng sâu vết mổ hoặc/và nhiễm trùng mảnh ghép.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích số liệu được tiến hành bằng phần mềm SPSS.22.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, tỉ lệ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua. Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của BN và không chịu bất kỳ một sự ép buộc nào, được giải thích rõ ràng về ưu điểm và nhược điểm của phẫu thuật. Các thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng đều tuân thủ qui định của trung tâm y tế huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật cho BN.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn

Trong thời gian nghiên cứu có 78 bệnh nhân được phẫu thuật thoát vị bẹn, tuổi trung bình là $61,87 \pm 16,08$ tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là ≥ 60 tuổi chiếm 51,3%. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới là chủ yếu (98,7%). Thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chiếm đa số với 55,1%. Có 35 bệnh nhân (44,9%) có mắc các bệnh kèm theo như tăng huyết áp, lao phổi, viêm phổi tắc nghẽn mạn tính, u xơ tiền liệt tuyến... 37 bệnh nhân (47,4%) còn lao động nhẹ và nặng (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội học của bệnh nhân

	Số lượng	Tỷ lệ %	Trung bình $\pm$ SD	Min-Max
Giới nam	77	98,7		
Nhóm tuổi	18 - < 40	9,0	61,87 $\pm$ 16,08	23-97
	40 - < 60	39,7		
	≥ 60	51,3		
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	55,1		
	1 - < 3 năm	15,4		
	≥ 3 năm	29,5		
Bệnh lý kèm theo	35	44,9		
Bệnh tăng huyết áp	25	32,1		
Lao phổi cũ	4	5,1		
Viêm phổi tắc nghẽn mạn tính	1	1,3		

U xơ tiền liệt tuyến		15	19,2		
Các bệnh khác		10	12,8		
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ	18	23,0		
	Lao động nặng	19	24,4		
	Quá tuổi lao động	41	52,6		

Về lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn, tỷ lệ khối thoát vị xuất hiện thường xuyên có 23 bệnh nhân chiếm 29,5%, bệnh nhân đi đứng và tăng áp lực ổ bụng xuất hiện khối vùng bẹn chiếm 70,5%. Tỷ lệ bệnh nhân không đẩy được khối vào ổ phúc có 2 bệnh nhân chiếm 2,6%. Triệu chứng đau hoặc tức nhẹ vùng bẹn bều gặp ở 77 bệnh nhân (98,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có khối thoát vị ở vùng bẹn chiếm 67,9%, bệnh nhân có khối thoát vị xuống đến bìu chiếm 32,1% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khối thoát vị

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
1. Khối thoát vị xuất hiện khi	Khi tăng áp lực ổ bụng (Đi đứng, ho, rặn)	55	70,5
	Xuất hiện thường xuyên	23	29,5
2. Khối thoát vị vào ổ phúc mạc khi	Nằm	2	2,6
	Dùng tay đẩy vào	1	1,3
	Có khi nằm có khi dùng tay đẩy vào	73	93,6
	Không vào ổ phúc mạc	2	2,6
3. Khi khối thoát vị xuất hiện	Đau tức vùng bẹn bìu	77	98,7
	không đau	1	1,3
4. Đặc điểm khối thoát vị	Còn ở vùng bẹn	53	67,9
	Xuống đến vùng bìu	25	32,1
5. Đẩy khối thoát vị vào ổ phúc mạc	Được	76	97,4
	Không được	2	2,6
6. Vị trí thoát vị	Thoát vị 1 bên	77	98,7
	Thoát vị 2 bên	1	1,3

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein

Trong phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân không có tạng trong khối thoát vị chiếm 76,9%, có 8 bệnh nhân có mạc nối lớn chiếm 10,3%, có 6 bệnh nhân chiếm 7,7% tạng thoát vị có cả ruột non và mạc nối lớn (Bảng 3).

Bảng 3. Thành phần khối thoát vị trong phẫu thuật

Tạng thoát vị	Số lượng	Tỷ lệ
Không có tạng	60	76,9
Ruột non	2	2,6
Mạc nối	8	10,3
Kết tràng	1	1,3

Ruột non và mạc nối lớn	6	7,7
Kết tràng và mạc nối lớn	1	1,3
Tổng	78	100

Bệnh nhân có thời gian phẫu thuật lớn nhất là 90 phút, thời gian phẫu thuật thấp nhất là 40, trung bình $56,15 \pm 12,19$. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian phẫu thuật nhỏ hơn 60 chiếm 82,1% (Bảng 4).

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %	Trung bình $\pm$ SD (phút)	Độ rộng (phút)
< 60 phút	64	82,1	$56,15 \pm 12,19$	40-90
≥ 60 phút	14	17,9		
Tổng	78	100		

*SD: độ lệch chuẩn

Về kết quả điều trị sau phẫu thuật, kết quả cho thấy mức độ đau giảm dần theo ngày, đến ngày thứ hai chỉ có 5.1 % bệnh nhân đau vừa, có 94.9% đau nhẹ. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ trung bình là $16,65 \pm 3,39$ giờ, sớm nhất là 10 giờ, muộn nhất là 25 giờ. Về biến chứng sau phẫu thuật, có 6,4% bệnh nhân sưng nề, tụ dịch vết mổ, có 1 bệnh nhân sưng bìu và tinh hoàn và tụ dịch vết mổ chiếm 1,3%. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật cho thấy, xếp loại Tốt 91%, Khá 7,7%, có 1bệnh nhân xếp loại kém chiếm 1,3%. Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình là $7,4 \pm 1,7$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 15 ngày (Bảng 5).

Bảng 5. Kết quả điều trị sau phẫu thuật

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ %	Trung bình $\pm$ SD	Độ rộng
Đau sau mổ					
Ngày thứ nhất	Đau nhẹ	9	11,5		
	Đau vừa	65	83,3		
	Đau nhiều	4	5,1		
Ngày thứ 2	Đau nhẹ	74	94,9		
	Đau vừa	4	5,1		
Thời gian hồi phục sinh hoạt cá nhân (giờ)				$16,65 \pm 3,39$	10-25
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Sưng bìu, tinh hoàn và tụ dịch vết mổ	1	1,3		
	Tụ dịch vết mổ	5	6,4		
Kết quả sớm sau phẫu thuật	Tốt	71	91,0		
	Khá	6	7,7		
	Kém	1	1,3		
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)				$7,4 \pm 1,7$	5-15

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $56,15 \pm 12,19$ phút, với khoảng dao động từ 40 phút đến 90 phút (Bảng 4). Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Phong (2015) thời gian phẫu thuật trung bình là $54 \pm 9,99$ phút, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 100 phút [7]. Bên cạnh đó, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh (2019), với thời gian trung bình là $62,02 \pm 14,6$ phút (40-120 phút) [5]. Các sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về độ thành thạo kỹ thuật giữa các phẫu thuật viên, các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân như mức độ triệu chứng, các bệnh lý kèm theo, loại thoát vị tái phát tổ chức viêm dính nhiều, giải phẫu bị biến đổi, phẫu tích khó khăn nên thời gian phẫu thuật ở những bệnh nhân này dài hơn cũng như các yếu tố về tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân là thoát vị bẹn 1 bên, gián tiếp và không có tạng trong khối thoát vị nên có thể thời gian phẫu thuật sẽ rút ngắn hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá đau dựa vào mức độ cảm giác đau bằng lời nói của bệnh nhân theo 5 mức từ đau ít cho đến đau rất nhiều. Kết quả từ bảng 5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau vừa ngày thứ nhất chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%, đau nhẹ ngày thứ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 94,9%, trong đó đau nhiều ngày thứ 1 chiếm 5,1%. Như vậy, chỉ sau hai ngày theo dõi thì cảm giác đau sau phẫu thuật đã giảm đáng kể. Điều này cho thấy ưu điểm của phương pháp phẫu thuật điều trị theo phương pháp Lichtenstein, như đã được chứng minh trong một số nghiên cứu [5].

Để đánh giá thời gian phục hồi sau phẫu thuật, chúng tôi đánh giá thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ (tính bằng giờ),

được tính từ khi kết thúc cuộc mổ cho đến khi BN tự đứng dậy, đi lại được không cần người trợ giúp, trung tiện và tự đi đại tiện, ghi nhận bằng cách hỏi BN và thân nhân. Kết quả cho thấy thời gian phục hồi cá nhân trung bình là $16,65 \pm 3,39$ giờ, thời gian phục hồi chậm nhất là 25 giờ và nhanh nhất là 10 giờ (Bảng 5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh (2019) cũng cho thấy thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ trong vòng 24 giờ đầu có 52 bệnh nhân chiếm 83,9%, tuy nhiên tỷ lệ hồi phục sau 24 giờ có đến 10 bệnh nhân chiếm 16,1%. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố trước phẫu thuật, khi nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Linh có tỷ lệ thoát vị bẹn 2 bên cao hơn, bệnh nhân có túi thoát vị to, tái phát tổ chức viêm dính nhiều, giải phẫu bị biến đổi, phẫu tích khó khăn nên thời gian phục hồi sau phẫu thuật ở những bệnh nhân này cũng dài hơn [5]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tùng (2015) thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân ngắn hơn nghiên cứu của chúng tôi với trung bình là $13,8 \pm 5,5$ giờ, sớm nhất là 10 giờ, muộn nhất là 30 giờ [8]. Sự khác biệt này có thể do độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, nên có thể cần những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai để có thể đánh giá được bao quát hơn sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân.

Về biến chứng sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 72 bệnh nhân (chiếm 92,2%) không có biến chứng, 5 bệnh nhân (6,4%) bị tụ dịch vết mổ và chỉ có 1 bệnh nhân (1,3%) bị cả sưng bìu, tinh hoàn và tụ dịch vết mổ (Bảng 5). Không có trường hợp nào có các tai biến khác trong mổ như

tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương động mạch đùi, tĩnh mạch đùi, tổn thương động mạch thượng vị dưới, tổn thương tạng thoát vị, tổn thương thần kinh chậu-bẹn, tổn thương thần kinh chậu – hạ vị, tổn thương bàng quang, tổn thương bó mạch tinh. Biến chứng tụ máu sau mổ thường do cầm máu không tốt trong quá trình phẫu thuật, tụ dịch thường gặp ở những bệnh nhân có túi thoát vị lớn, viêm dày, dính chặt vào thừng tinh, bóc tách cầm máu khó khăn. Tụ máu, tụ dịch thường làm phù nề vùng bẹn - bìu, yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng vết mổ. Như vậy các biến chứng trong nghiên cứu này của chúng tôi chủ yếu là nhẹ, có thể xử lý bằng điều trị nội khoa như chống viêm, giảm phù nề và chăm sóc tốt vết thương sau phẫu thuật. Kết quả về tỷ lệ biến chứng sớm của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh và Nguyễn Thanh Tùng [5], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng sau mổ, có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trước mổ và kháng sinh sau mổ. Nhiễm trùng vết mổ là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nói chung. Khi sử dụng tấm lưới, có hai loại nhiễm khuẩn thường xảy ra sau đặt tấm lưới nhân tạo đó là nhiễm trùng sớm (nông) và nhiễm trùng muộn (sâu). Với nhiễm trùng sớm, thời kỳ hậu phẫu chỉ cần dùng kháng sinh, chăm sóc vết mổ tốt sẽ khỏi và thường không kéo dài, việc lấy bỏ tấm lưới là không cần thiết. Có thể kết hợp sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Nhiễm trùng muộn thường ít gặp, bao gồm nhiễm trùng tại các lớp cân, cơ và tấm lưới nhân tạo xảy ra sau nhiều tháng, thường một năm sau phẫu thuật. Việc dùng kháng sinh dự phòng trước mổ có thể làm giảm

đáng kể tình trạng nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật thoát vị bẹn, bao gồm cả phẫu thuật mở và nội soi.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi tính từ khi bệnh nhân nhập viện cho đến khi xuất viện, tất cả bệnh nhân thực hiện phẫu thuật chỉ sau <24h từ khi nhập viện. Kết quả cho thấy thời gian nằm viện của bệnh nhân dao động từ 5 đến 15 ngày, trung bình $7,4 \pm 1,7$ ngày. Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh có thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,1 \pm 2,3$ ngày, dao động từ 3 ngày đến 16 ngày. Tác giả cũng chỉ ra biến chứng sớm làm tăng thời gian nằm điều trị sau phẫu thuật [5]. Tuy nhiên, thời gian nằm viện của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng [8]. Chúng tôi cho rằng thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn có thể là do tâm lý của phẫu thuật viên khi tiếp cận kỹ thuật mới nên muốn giữ bệnh nhân để theo dõi và điều trị, mặt khác do chi phí điều trị của bệnh nhân được bảo hiểm y tế chi trả phần lớn và tâm lý muốn được chăm sóc tốt tại bệnh viện nên bệnh nhân chưa muốn ra viện sớm. Đồng thời, có thể do các vấn đề về mặt hành chính, mỗi bệnh viện có cách vận hành quản lý, thực hiện thủ tục hành chính riêng biệt phụ hợp với cơ cấu tổ chức và bộ máy hiện hành điều này dẫn tới thời gian bệnh nhân chờ đợi thực hiện các thủ tục hành chính là khác nhau. Chính vì vậy việc đánh giá thời gian nằm viện sau mổ có thể không phản ánh đúng về lĩnh vực chuyên môn.

Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá tốt chiếm đa số với 91%. Kết quả đánh

giá tốt của chúng tôi khá cao so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh với cùng phương pháp Lichtenstein, có 44 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 71%, 16 bệnh đạt kết quả khá, chiếm 25%, trung bình có 2 bệnh nhân chiếm 3,2 %. Không có xếp loại đánh giá kém [5]. Kết quả này lần nữa cho thấy phương pháp phẫu thuật bằng Lichtenstein có ưu điểm và phù hợp với trung tâm y tế tuyến huyện.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 78 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật điều trị theo phương pháp Lichtenstein tại Trung tâm y Tế huyện Lương Tài, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn cho các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có nhiều ưu điểm, bệnh nhân sau phẫu thuật đau ít, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm, ít biến chứng. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn theo Lichtenstein là phương pháp an toàn hiệu quả cao có thể áp dụng thường quy tại Trung tâm Y tế huyện Lương Tài và tại các trung tâm y tế hoặc bệnh viện hạng 3 trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ezio Gianetta** (2018). Lichtenstein Onlay Mesh Hernioplasty: Original Technique and Personal Modifications: A Step-by-Step Guide", *The Art of Hernia Surgery*: , tr. 251-262.
2. **Hori T. và Yasukawa D.** (2021). Fascinating history of groin hernias: Comprehensive recognition of anatomy, classic considerations for herniorrhaphy, and current controversies in hernioplasty. *World J Methodol*, **11**(4), 160–186.
3. **Berger D** (2016), "Evidence-based hernia treatment in adults", *Dtsch Arztebl Int*, tr. 150-158.
4. **Bulyk I., Shkarban V., Vasyliuk S. và cộng sự.** (2023). The history of inguinal hernia surgery. *Rozhl Chir*, **102**(4), 149–153.
5. **Nguyễn Mạnh Linh** (2019), "Kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn mắc phải theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Luận văn bác sỹ nội trú. Đại học Y Thái Nguyên.
6. **Nguyễn Văn Liễu** (2007), "Điều trị thoát vị bẹn", Nhà xuất bản đại học Huế, tr. 9 – 105. .
7. **Lê Quốc Phong** (2015), "Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân 40 tuổi trở lên", Luận án tiến sỹ Y học.
8. **Nguyễn Thanh Tùng** (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị thoát vị bẹn người lớn theo phương pháp Lichtenstein tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh", Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Thái Nguyên.