

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng¹, Trịnh Doãn Đông², Phùng Thị Thuý Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 20 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 . Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 45%, 1/3 dưới chiếm 55%. giai đoạn IB (80%) với nhóm không HXT tiền phẫu và giai đoạn I (40%) với nhóm HXT tiền phẫu. Tổng số hạch nạo vét trung bình là $70,80 \pm 17,83$. Tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTQ giữa là 11,1%. UTTQ 1/3 giữa di căn hạch ngực nhiều hơn UTTQ 1/3 dưới, ngược lại UTTQ 1/3 dưới di căn hạch bụng nhiều hơn UTTQ 1/3 giữa. Tổng số biến chứng chung là 45% trong đó biến chứng tổn thương dây TKTQQN hay gặp nhất chiếm 35% và 100% gặp ở dây TKTQQN trái, biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 25%, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản có tính khả thi, giúp tăng khả năng nạo vét hạch triệt để 3 vùng cổ ngực bụng. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng còn cao, khuyến cáo nên thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật tiêu hóa lớn, được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cần có thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi để đánh giá chất lượng cuộc sống của kỹ thuật này. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, nạo vét hạch 3 vùng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY WITH THREE FIELD LYMPH NODE DISSECTION IN TREATMENT OF ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objectives: To assess the short-term outcomes of minimally invasive esophagectomy with three-field lymph node dissection in treatment of esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study on 20 patients with esophageal squamous carcinoma undergoing minimally invasive esophagectomy with three field lymph node dissection. **Results and discussion:** The mean age was 59.75 ± 6.96 . 100% was male. Tumor location: middle third 45%, lower third 55%. Staging: Among patients without

neoadjuvant chemotherapy, 80% were at IB stage. Among patients on neoadjuvant chemotherapy, 40% were at stage I. Mean number of lymph nodes collected was $70,80 \pm 17,83$. Patients with middle third esophageal cancer had a rate of cervical lymph node metastasis of 11,1% Middle third tumor patient group had higher rate of metastasis to thoracic lymph nodes, while lower third group had higher rate of abdominal lymph nodes. Complications were seen in 45% cases, with recurrent laryngeal nerve injury was the most common (35%), with all the injured nerve on the left, respiratory complications were witnessed in 25% cases. No intraoperative and postoperative mortality has been notified. **Conclusion:** Minimally invasive esophagectomy with three-field lymph node dissection is feasible in treatment of esophageal carcinoma. However, since the morbidity rate was high, the technique should only be performed in high-volume center, by experienced surgeons. More studies should be conducted with more patients and longer follow-up period to assess postoperative quality of life from this technique. **Keywords:** Esophageal cancer, three-field lymph node dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là ung thư xảy ra ở đoạn đầu của ống tiêu hóa. Theo Globocan, tại Việt Nam năm 2020 ung thư thực quản đứng thứ 14 về số ca mắc mới trong năm 2020, đứng thứ 9 về tỷ lệ tử vong. Tiên lượng ung thư thực quản vẫn còn kém trên toàn thế giới. Trong hầu hết các bài báo cáo tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 20%(1)

Thực quản là đoạn đầu của ống tiêu hóa kéo dài từ cổ qua ngực đến bụng, bạch huyết xung quanh thực quản cũng nằm ở cổ, ngực, bụng. UTTQ có thể di căn từ hạch cổ, ngực đến bụng. Đối với UTTQ phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Việc nạo vét hạch 3 vùng làm tăng tính triệt căn, cải thiện thời gian sống sau phẫu thuật (2).

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản điều trị UTTQ, tuy nhiên số lượng nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng còn khiêm tốn. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại khoa Ngoại tiêu hóa gan mật – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023.*

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch 3 vùng từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư tế bào biểu mô vảy, chưa di căn xa, giai đoạn T1 – T4a, bệnh nhân đồng ý thực hiện. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng ngực phải, ung thư thực quản cổ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Biến số nghiên cứu đáp ứng cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023 có 20 người bệnh ung thư thực quản biểu mô vảy được thực hiện cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch 3 vùng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội.

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh. Nam giới chiếm 100%, tuổi trung bình là $57,05 \pm 7,437$ (46 – 76 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ 50%. Có 90 % người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường, 20% người bệnh có bệnh lý kèm theo trong đó người bệnh có bệnh lý đái tháo đường kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 10%. Tỷ lệ người bệnh bị UTTQ có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 95%, 80%, 80%. Tỷ lệ vị trí UTTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 45% và 55%.

3.2. Kết quả sống

Bảng 3.1. Đặc điểm phẫu thuật

Biến	Min	Max	TB	SD
Thời gian mổ (phút)	300	400	361	34
Lượng máu mất (ml)	50	200	111	60
Thời gian nằm ICU (giờ)	24	216	43,2	48,38
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7	34	11,8	6,14
Thời gian rút sonde dẫn lưu màng phổi (ngày)	5	11	6,78	1,77

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi chỉ gặp tai biến rách màng phổi chiếm 40%, không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, chảy máu, tổn thương khí phế quản, tĩnh mạch cửa, tử vong trong mổ...

Bảng 3.2. Số lượng hạch nạo vét

Vị trí	Trung bình	SD	Min	Max
Hạch cổ P	13,80	7,16	3	29
Hạch cổ T	13,65	4,80	5	22
Hạch cổ	27,4	8,51	12	42

Hạch dọc TKTQQN P	6,90	3,70	2	16
Hạch dọc TKTQQN T	5,65	4,85	0	20
Hạch ngực	18,85	6,64	8	32
Hạch bụng	11,95	6,88	3	26
Tổng	70,80	17,83	40	108

Nhận xét: Tổng số lượng hạch nạo vét trung bình là $70,80 \pm 17,83$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ di căn hạch

Vị trí u Số ca	1/3 giữa	1/3 dưới	Tổng
Hạch cổ dương tính	1 (11,1%)	0	1 (5%)
Hạch dọc TKTQQN P dương tính	1 (11,1%)	1 (9,09%)	2 (10%)
Hạch dọc TKTQQN T dương tính	1 (11,1%)	0	1 (5%)
Hạch ngực dương tính	2 (22,2%)	1 (9,09%)	3 (15%)
Hạch bụng dương tính	1 (11,1%)	2 (18,18%)	3 (15%)
Tổng	9	11	20 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTQ giữa là 11,1 %. UTTQ 1/3 giữa di căn hạch ngực nhiều hơn UTTQ 1/3 dưới, ngược lại UTTQ 1/3 dưới di căn hạch bụng nhiều hơn UTTQ 1/3 giữa

Bảng 3.4. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh pTNM	n	%	Giai đoạn bệnh ypTNM	n	%
IA	0	0	I	6	40
IB	4	80	II	3	20
IIA	1	20	IIIA	2	13,3
IIB	0	0	IIIB	4	26,7
Tổng	5	100	Tổng	15	100

Nhận xét: Trong cả hai nhóm chủ yếu ở giai đoạn IB (80%) với nhóm không HXT tiền phẫu và giai đoạn I (40%) với nhóm HXT tiền phẫu.

Bảng 3.5. Biến chứng sớm

Loại tai biến biến chứng		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng hô hấp		5	25
Phân loại biến chứng	Viêm phổi	4	20
	TDMP	4	20
	Viêm phổi + TDMP	3	15
Tổn thương TKTQQN		7	35
Rò miệng nổi		1	5
Rò dưỡng chấp		2	10
Hẹp miệng nổi		1	5
Tử vong		0	0
Biến chứng khác		0	0
Tổng		9	45

Nhận xét: Tổng số biến chứng chung là 45% trong đó biến chứng tổn thương dây TKTQQN hay gặp nhất chiếm 35% và 100% gặp ở dây TKTQQN trái, biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 25%, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ (trong thời gian hậu phẫu).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $57,05 \pm 7,437$ trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 50 – 59 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 20/0; tỷ lệ người bệnh bị UTTQ có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 95%, 80%, 80%. Kết quả này tương đồng với các tác giả trong nước^{6,7} (3) nhưng có sự khác biệt với các tác giả trên thế giới (2). Điều này được lý giải có thể do tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu ở nước ta còn cao, chủ yếu là nam giới, nhiều người bệnh đã hút thuốc lá và uống rượu từ rất sớm cũng như điều kiện kinh tế xã hội còn chưa cao là yếu tố nguy cơ UTTQ.

UTTQ có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, hầu hết các người bệnh khi phát hiện đã ở giai đoạn muộn, trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết người bệnh vào viện với triệu chứng nuốt nghẹn (80%) trong đó chủ yếu là nghẹn đặc (70%) và không nghẹn (20%) không có trường hợp nào nghẹn hoàn toàn. Kết quả này có sự khác biệt so với tác giả Phạm Đức Huân, tương đồng với Nguyễn Xuân Hòa. Điều này cho thấy đời sống kinh tế tốt hơn, người bệnh quan tâm đến sức khỏe đi khám phát hiện bệnh được sớm hơn^{(4), (5)}.

4.2. Kết quả sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là dài hơn so với các nghiên cứu về cắt thực quản, nạo vét hạch 2 vùng trong nước, so sánh với các nghiên cứu của Lâm Việt Trung⁷ và trên thế giới, có sự khác nhau như vậy do trong quá trình phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng thì cổ cần thêm nhiều thời gian hơn để nạo vét hạch cổ 2 bên. Tuy nhiên lượng máu mất trung bình không có sự khác biệt với các báo cáo về phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 2 vùng (3,5). Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tai biến trong mổ thường gặp nhất là rách màng phổi trái (40%), chủ yếu gặp ở người bệnh đã hóa xạ trị, không còn thấy rõ lớp phễu tích u và màng phổi trái. Chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu trong phẫu thuật và tử vong trong mổ.

Một số phẫu thuật viên cho rằng việc nạo vét hạch triệt để hơn có thể mang lại lợi ích kiểm

soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống. Isono so sánh 2 nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng và 2 vùng trên 4590 người bệnh cho thấy nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng có tỷ lệ sống 5 năm là 34,3% cao hơn so với 26,7% ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 2 vùng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001(6)$. Một nghiên cứu khác ngẫu nhiên đối chứng của Tetsuro Nishihira báo cáo trên 32 người bệnh phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch rộng (3 vùng) và 30 người bệnh phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch chuẩn cho thấy tỷ lệ sống thêm 2 năm và 5 năm lần lượt là 83,3% và 66,2% ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch rộng (3 vùng); tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch chuẩn (2 vùng) lần lượt là 64,8% và 48% (7).

Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng nạo vét hạch trung bình là 70,8 cao hơn so với các báo cáo về nạo vét hạch 3 vùng trong nước và trên thế giới⁴⁻⁷, có sự khác biệt về số lượng hạch như vậy do kỹ thuật nạo vét hạch vùng cổ của chúng tôi hình chữ V khác với các tác giả khác hình chữ U. Với kỹ thuật nạo vét hạch cổ hình chữ V có phẫu trường phẫu thuật rộng rãi, thuận lợi cho vét hạch, tuy nhiên về mặt thẩm mỹ thì lại kém ưu việt hơn so với kỹ thuật nạo vét hạch cổ hình chữ U.

Tỷ lệ hạch cổ di căn của chúng tôi là 5% thấp hơn so với các báo cáo của tác giả trong nước và trên thế giới: Lâm Việt Trung báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ ở UTTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 20,8% và 9,7%. Isono (6) nạo vét hạch cổ trên 1791 người bệnh có tỷ lệ di căn hạch cổ là 27,4%, trong nhóm 200 người bệnh được B Li (8) thực hiện cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng từ năm 2013 đến năm 2016. Có sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi và các tác giả trong nước và trên thế giới được lý giải có thể do cỡ mẫu tổng nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ ($n=20$) so với các báo cáo của các tác giả khác; các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn bệnh sớm hơn so với các tác giả khác.

Nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN cao, đây là nơi giao nhau thường xuyên của các hạch bạch huyết cổ và ngực. Kato (9) nghiên cứu trên 43 người bệnh UTTQ có tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN phải là 16,3% cao nhất. Trong khi K Ye (10) nghiên cứu trên 120 người bệnh cho thấy tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN là 34,2% trong đó 15,8% di căn hạch dọc TKTQQN trái và 20,8% di căn hạch dọc

TKTQQN phải cho thấy sự cần thiết của nạo vét hạch dọc TKTQQN điều trị UTTQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN phải và trái lần lượt là 10% và 5%, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các báo cáo của các tác giả trên thế giới, điều này được lý giải do người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn sớm, cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ hơn nhiều so với các tác giả khác. Có một điều cần lưu ý là hạch dọc TKTQQN không phải lúc nào cũng có, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp không có hạch dọc TKTQQN trái.

Biến chứng hô hấp là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản và được cho là nguyên nhân chính của 55% đến 65% trường hợp tử vong sau phẫu thuật cắt thực quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng hô hấp là 25% cao hơn nhiều so với các báo cáo của các tác giả trong nước và trên thế giới. Trong đó tỷ lệ viêm phổi là 20%, các trường hợp viêm đều được dùng kháng sinh theo ý kiến chuyên gia hô hấp; có 1 trường hợp viêm phổi kèm bệnh cơ tim takutsubo người bệnh phải nằm ICU thở máy 9 ngày, ra viện sau 34 ngày. Tỷ lệ TDMP trong nghiên cứu của chúng tôi là 20%, tràn dịch màng phổi xảy ra ở nhóm người bệnh có tổn thương rách màng phổi trái trong đó có 1 người bệnh có biểu hiện suy hô hấp xuất hiện vào ngày thứ 1 sau mổ sau khi chuyển từ ICU về khoa, người bệnh được chuyển lại ICU đặt dẫn lưu màng phổi trái ra 540ml dịch hồng, người bệnh được hỗ trợ thở máy không xâm nhập, chuyển lại khoa Ngoại tiêu hóa gan mật sau 3 ngày rút dẫn lưu màng phổi vào hậu phẫu ngày thứ 9, xuất hiện viêm phổi vào ngày thứ 12 được đổi kháng sinh (cephalosporine thế hệ 4 và Levofloxacin), người bệnh được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 22; 1 người bệnh xuất hiện TDMP trái vào hậu phẫu ngày thứ 11, trường hợp này được liên hệ chọc hút dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm, người bệnh được ra viện sau đó 3 ngày, khám lại sau 1 tháng trường hợp này ko còn dịch màng phổi. Trong mổ chúng tôi có trường hợp bị tổn thương rách màng phổi trái, chúng tôi không thực hiện dẫn lưu màng phổi trái thường quy ở những trường hợp này. Tỷ lệ biến chứng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả: Lâm Việt Trung (3) (tỷ lệ viêm phổi 7,1%), B Li (8) (tỷ lệ viêm phổi 10% ở nhóm nạo vét hạch 3 vùng); điều này được lý giải do chúng tôi mới triển khai kỹ thuật nên còn chưa có nhiều kinh nghiệm trong điều trị người bệnh, một phần nữa do tỷ lệ liệt dây TKTQQN của chúng tôi cao gây ảnh hưởng

đến chức năng hô hấp của người bệnh sau mổ.

Tổn thương dây TKTQQN: Trong quá trình phẫu tích thực quản, đặc biệt là nạo vét hạch trung thất trên và vùng cổ, các tác động như nhiệt, kéo căng, chèn ép hoặc tổn thương các vi mạch có thể gây ra liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược với tỉ lệ từ 0% tới 59% tùy theo phương pháp phẫu thuật, mức độ rộng của nạo vét hạch (2 vùng, 3 vùng), kích thước và giai đoạn khối u. Trong phẫu thuật nạo vét hạch 3 vùng, TKTQQN trái dễ tổn thương nhất do nó nằm ở vị trí sau khí quản (khi thực hiện PTNS ngực phải), các hạch dọc TKTQQN trái phân bố chạy dọc trên dưới và có thể nằm cả mặt sau TKTQQN trái. Để thuận lợi trong phẫu tích hạch dọc TKTQQN trái chúng tôi sử dụng ống Blockage đặt vào nội khí quản giúp việc vén khí quản xuống dưới dễ dàng hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho nạo vét hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ liệt TKTQQN là 45%, và tất cả đều liệt TKTQQN trái. Kết quả này cao hơn so với Lâm Việt Trung (3) (10,7% - đều hồi phục), Tỷ lệ này của Otsuka (2) là 0%. Điều này được lý giải là do mới triển khai kỹ thuật còn chưa có nhiều kinh nghiệm, trong phẫu tích nạo vét hạch dọc TKTQQN, đặc biệt là TKTQQN trái chúng tôi nạo vét hạch triệt để, làm trơ dây TKTQQN đồng thời tác động cơ kéo dây TKTQQN cũng gây tổn thương, mặc dù sử dụng dao năng lượng hạn chế khả năng bỏng nhưng tỷ lệ tổn thương TKTQQN của chúng tôi còn cao; một phần do trong nghiên cứu của chúng tôi chưa theo dõi đánh giá được lâu nên chưa đánh giá được khả năng hồi phục của tổn thương TKTQQN. Theo một số tác giả sử dụng corticoid sau mổ có thể làm giảm tiến triển của tổn thương viêm dây TKTQQN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nổi là 5%, người bệnh xuất hiện rò miệng nổi vào ngày thứ 21 sau mổ, vết mổ vùng cổ nề đỏ, người bệnh được điều trị nội khoa ổn định, dinh dưỡng qua mở thông hồng tràng, không cần phẫu thuật. Tỷ lệ rò dưỡng chấp là 10% các người bệnh này đều được điều trị nội khoa ổn định, không cần can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản có tính khả thi, giúp kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng còn cao, khuyến cáo nên thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật tiêu hóa lớn, được thực hiện bởi khác phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cần có

thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi để đánh giá chất lượng cuộc sống của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hulscher JB, Tijssen JG, Obertop H, van Lanschot JJ.** Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg.* 2001 Jul;72(1):306–13.
2. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, Ariyoshi T, Yamashita T, Saito A, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020 Jun;34(6):2749–57.
3. **Viet Trung Lam.** Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2018;22(1):1; 2018.
4. **Phạm Đức Huân.** Nghiên Cứu Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Thực Quản Ngực. Luận Án Tiến Sĩ Học. 2003;
5. **Nguyễn Xuân Hòa.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực - Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Isono K, Sato H, Nakayama K.** Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. *Oncology.* 1991;48(5):411–20.
7. **Nishihira T, Hirayama K, Mori S.** A prospective randomized trial of extended cervical and superior mediastinal lymphadenectomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Am J Surg.* 1998 Jan;175(1):47–51.
8. **Li B, Hu H, Zhang Y, Zhang J, Miao L, Ma L, et al.** Three-field versus two-field lymphadenectomy in transthoracic oesophagectomy for oesophageal squamous cell carcinoma: short-term outcomes of a randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2020 May;107(6):647–54.
9. **Kato H, Watanabe H, Tachimori Y, Iizuka T.** Evaluation of neck lymph node dissection for thoracic esophageal carcinoma. *Ann Thorac Surg.* 1991 Jun;51(6):931–5.
10. **Ye K, Xu JH, Sun YF, Lin JA, Zheng ZG.** Characteristics and clinical significance of lymph node metastases near the recurrent laryngeal nerve from thoracic esophageal carcinoma. *Genet Mol Res GMR.* 2014 Aug 25;13(3):6411–9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG THẤP CÓ LOÃNG XƯƠNG NẶNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM CEMENT SINH HỌC CÓ BÓNG

Nguyễn Đình Đức¹, Đỗ Mạnh Hùng², Đinh Mạnh Hải³

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bằng phương pháp bơm cement sinh học có bóng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 45 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bơm cement sinh học có bóng tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 4/1, tuổi trung bình 71.3 tuổi (44-93), 44.4% người bệnh có xẹp đốt sống cũ, 28.9% người bệnh có trượt đốt sống, 82.2% người bệnh có thoái hóa cột sống. Triệu chứng chính: đau đột ngột hoặc từ từ tại cột sống do chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên kèm hạn chế vận động do đau. VAS trung bình 7.1 điểm (4-9), tổng số 52 đốt sống bị xẹp, vị trí tổn thương nhiều nhất ở L3 (31 đốt) chủ yếu lõm 2 mặt và lún ép thân đốt sống, T-score trung bình -3.5. **Kết luận:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp do loãng

xương chủ yếu ở bệnh nhân cao tuổi, nữ giới, có tiền sử xẹp đốt sống cũ, có tình trạng trượt đốt sống và thoái hóa cột sống kèm theo, khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, mức độ loãng xương nặng. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp, lâm sàng và cận lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER LUMBAR OSTEOPOROTIC COMPRESSION FRACTURES TREATED BY PERCUTANEOUS KYPHOPLASTY

Objectives: Analyzing clinical, subclinical features of the patients was diagnosed lower lumbar osteoporotic vertebral compression fractures (LLOVCFs) was treated by percutaneous kyphoplasty (KP). **Methods:** Cross-sectional descriptive prospective study of 45 LLOVCFs underwent KP in Viet Duc hospital from 7/2022 to 6/2023. **Result:** The female-male ratio is 4 with mean age of 71.3 (44-93 years old), the ratio of old compression fracture is 44.4%, 28.9% of patients have spondylolisthesis, 82.2% of patients have degenerative spine. The patients frequently presented with sudden or gradual onset of pain in proportion to VCFs because of light trauma or natural happening with decreasing of spinal mobility because of pain, the mean of VAS score is 7.1, L3 is the most in 52 new injured segments (31 segments), fracture type: flat-type fractures is the

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

highest ratio (50%), mean T-Score is -3.5. **Conclusion:** Lower lumbar osteoporotic vertebral compression fracture frequently present in elder woman underwent a light injury or have not reason, frequently prolonged pain and severe osteoporosis. The ratio of old compression fracture, spondylolisthesis and degenerative spine are high.

Keywords: Lower lumbar osteoporotic vertebral compression fracture, clinical and subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh toàn thân, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương trên một đơn vị thể tích, sức bền của xương bị suy giảm, dẫn đến việc xương bị ảnh hưởng dễ gãy. Các yếu tố nguy cơ gây loãng xương và gãy xương ngày càng tăng là tuổi tác, giới tính nữ, chủng tộc da trắng, cắt bỏ buồng trứng sớm, bất động kéo dài và sử dụng corticosteroid kéo dài.

Xẹp đốt sống là biến chứng phổ biến nhất của bệnh loãng xương, ảnh hưởng đến hơn 700.000 người Mỹ hàng năm. Xẹp đốt sống có thể dẫn đến đau mãn tính, biến dạng, giảm chiều cao, suy giảm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, tăng nguy cơ loét tì đè, viêm phổi và đau khổ tâm lý.

Có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị XĐS do loãng xương, tùy theo nguyên nhân, mức độ tổn thương và biểu hiện lâm sàng. Trong nhiều phương pháp điều trị, điều trị tạo hình đốt sống qua da (THĐSQD) là phương pháp điều trị được lựa chọn nhiều nhất bởi tính an toàn và hiệu quả giảm đau nhanh mà nó mang lại.¹

Trong số các chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng, 50–60% ảnh hưởng đến vùng chuyển tiếp (T11 – L2), 25–40% ảnh hưởng đến cột sống ngực và 10–14% ảnh hưởng đến cột sống thắt lưng dưới và xương cụt. Xẹp đốt sống thường xảy ra ở đốt sống vùng bản lề ngực thắt lưng, bởi vì đó là vùng chuyển tiếp giữa vùng cố định và vùng di động, tổn thương xẹp đốt sống ngực cao và đốt sống thắt lưng thấp gặp trên lâm sàng với tỷ lệ ít hơn. Những trường hợp xẹp thân đốt sống thắt lưng thấp thường xảy ra ở những người bệnh loãng xương nặng, tuổi cao có tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng kèm theo và hầu như không có bất cứ một chấn thương nào cả.²

Ở Việt Nam đến thời điểm hiện tại tất cả nghiên cứu đang tập trung vào vùng ngực và bản lề ngực thắt lưng, chưa có bất cứ một nghiên cứu nào về xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp. Vì tính cấp thiết của vấn đề chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 45 bệnh nhân chẩn đoán xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cuống tại khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán xẹp đốt sống thắt lưng thấp được phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng, đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các biến nghiên cứu. *Lâm sàng:* Tuổi (phân loại tuổi theo Cooper), giới, tiền sử bệnh nền, hoàn cảnh khởi phát (sau chấn thương, tự nhiên), thời gian diễn biến bệnh, tính chất khởi phát (đột ngột, từ từ), điểm VAS, hạn chế vận động (theo các mức độ: hạn chế đi lại, không ngồi được, không đi lại được), đáp ứng với thuốc giảm đau (có đáp ứng, kém đáp ứng hoặc không đáp ứng dựa trên sự thay đổi điểm VAS của bệnh nhân).

Cận lâm sàng: Tổng số đốt xẹp mới (giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2), vị trí đốt xẹp, đặc điểm hình thái theo phân loại Kanis, mức độ xẹp theo phân loại Genant, mật độ xương cột sống tính theo T-score, vị trí XTĐS, hình ảnh trượt và thoái hóa cột sống thắt lưng.

2.6. Xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	9	20
	Nữ	36	80
Tuổi	Dưới 60 tuổi	6	13,3
	Từ 60 -69 tuổi	13	28,9
	Từ 70 đến 79	15	33,3
	Từ 80 tuổi trở lên	11	24,4
	Mean ± SD	71,3 ± 10,5	
	Min –Max	44 - 93	

Nhận xét: Có 36 BN nữ chiếm 80%, 9 BN nam chiếm 20%, tỷ lệ nữ/nam 4. Tuổi trung bình

71.3, cao nhất là 93 tuổi, thấp nhất là 44 tuổi. Tỷ lệ nhóm tuổi cao nhất là từ 60 đến 69 tuổi (28.9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Đặc điểm về tiền sử của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tiền sử liên quan		Số lượng (N=45)	Tỷ lệ %
Tiền sử chấn thương	Có	21	46,7
	Không	24	53,3
Tiền sử bệnh	Xẹp đốt sống cũ	20	44,4
	Đã bơm cement trước đó	4	8,9

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi; có 44,4% đối tượng nghiên cứu có tiền sử xẹp đốt sống từ trước; có 8,9% đối tượng nghiên cứu đã từng được bơm xi măng. Có 53,3% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương, có 46,9% đối tượng nghiên cứu không có tiền sử chấn thương.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng.

Diễn biến lâm sàng		Số bệnh nhân (N=45)	Tỷ lệ %
Hạn chế vận động	Không đi lại	11	24,4
	Không đứng	12	26,7
	Không ngồi	22	48,9
VAS	Mean \pm SD	7,1 \pm 1,5	
	Min-Max	4 – 9	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi; tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hạn chế vận động không ngồi được (48,9%); không đứng được (26,7%); không đi lại được (24,4%). VAS trung bình 7.1 điểm.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4: Mức độ loãng xương qua thang điểm T-Score đo ở cột sống

T-Score	
-3,5 \pm 0,8	Mean \pm SD
(-2,5) – (-6)	Min - Max

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số T-score trung bình là -3,5 \pm 0,8. Chỉ số T-score lớn nhất là -2,5 và chỉ số T-score nhỏ nhất -6.

Bảng 3.5: Đặc điểm XTĐS trên X-quang

Phân loại XTĐS		Số đốt xẹp (N=52)	Tỷ lệ %
Phân loại Kanis	Hình chêm	8	15,4
	Lõm 2 mặt	18	34,6
	Lùn ép thân đốt sống	26	50
Phân loại Genant	Nhẹ 20-25%	12	23,1
	Trung bình 25-40%	29	55,8
	Nặng >40%	11	21,2

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu

của chúng tôi, 52 đốt sống được tiến hành bơm xi măng tạo hình thân đốt sống; có 15,4% đốt sống xẹp kiểu hình chêm, có 34,6% đốt sống bị xẹp kiểu lõm 2 mặt, có đến 50% đốt sống xẹp kiểu lùn ép thân đốt sống.

Bảng 3.6: Vị trí đốt sống bị xẹp

Vị trí	Số lượng (N=52)	Tỷ lệ %
L3	31	59,6
L4	16	30,8
L5	5	9,6
Tổng	52	100

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 52 đốt sống được tiến hành BXM sinh học có bóng tạo hình thân đốt sống. Trong đó, có 59,6%

đốt sống L3 được BXM; có 30,8% đốt sống L4 được BXM; có 9,6% đốt sống L5 được BXM.

Bảng 3.7: Hình ảnh trượt đốt sống và thoái hóa cột sống trên phim X-quang và MRI

Hình ảnh trượt và thoái hóa cột sống	SỐ NB (N=45)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh trượt đốt sống	Có	13
	Không	32
Hình ảnh thoái hóa cột sống	Có	37
	Không	8
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có 13 trường hợp (28,9%) có trượt đốt sống thắt lưng, tất cả đều ở độ I, có 37 trường hợp (82,2%) có thoái hóa cột sống thắt lưng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số đối tượng nghiên cứu là 45. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71.3 \pm 10.5. Nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs³ trên 30 BN xẹp đốt sống thắt lưng thấp, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 79,3. Chúng tôi nhận thấy rằng có sự phù hợp về độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trong nước và ngoài nước.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 36 đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 80%, có 9 đối tượng nghiên cứu là nam chiếm 20%. Theo Đỗ Mạnh Hùng⁴, khi nghiên cứu trên 73 đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ nữ chiếm 89%, tỉ lệ nam chiếm 11%. Như vậy ta thấy tỷ lệ nữ giới XTĐS do loãng xương chiếm tỉ lệ cao hơn rất nhiều so với nam giới. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng bệnh lý loãng xương xảy ra chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 46,7% đối tượng nghiên cứu có yếu tố

khởi phát do chấn thương, có 53,3% đối tượng nghiên cứu không có yếu tố khởi phát do chấn thương. Trong nghiên cứu của Seok Han và cộng sự⁵ trên 120 đối tượng nghiên cứu chia làm 2 nhóm, nhóm 1 là những bệnh nhân xẹp đốt sống L4 hoặc L5 thì có 25% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương trước đó, nhóm 2 là những bệnh nhân xẹp đốt sống L3 thì có 49% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương trước đó. Như vậy so với các nghiên cứu về đốt sống ngực và bàn lè ngực thắt lưng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có yếu tố khởi phát do chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Điều này có thể được lý giải là do vùng đốt sống thắt lưng thấp là vùng chịu tải trọng cao nhất và đóng góp nhiều chuyển động nhất cho cột sống trong mặt phẳng đứng dọc. Chính sự khác nhau về cơ chế sinh bệnh học này chính là nguồn gốc cho sự khác biệt này.

Trong nhóm nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại chỗ tương ứng vị trí xẹp đốt sống (100%), hạn chế vận động do đau ở các mức độ khác nhau: hạn chế đi lại 24.4%, không đứng (26.7%), không ngồi (48.9%), điểm VAS trung bình là 7.1, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁴.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 20/45 trường hợp (44,4%) đối tượng nghiên cứu có XDS từ trước chủ yếu vùng bàn lè ngực và thắt lưng, cũng theo Hideaki Nakajima³ nghiên cứu trên 30 người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp ghi nhận rằng tất cả bệnh nhân đều có xẹp đốt sống vùng ngực và thắt lưng. Như vậy chúng ta có thể nhận thấy rằng xẹp đốt sống cũ vùng ngực thắt lưng là một yếu tố nguy cơ đối với xẹp đốt sống thắt lưng thấp. Điều này có thể lý giải rằng vùng cột sống thắt lưng thấp vốn dĩ đã là vùng phải chịu tải trọng của cơ thể lớn nhất, nay cột sống bị biến dạng gù hơn do xẹp cũ các đốt sống vùng ngực thắt lưng, làm mất đi độ ưỡn vùng cột sống thắt lưng thấp, thì nay tải trọng đó sẽ tăng lên rất nhiều làm cho nguy cơ xẹp các đốt sống thắt lưng thấp sẽ tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình đối tượng nghiên cứu tự điều trị hoặc điều trị ở tuyến dưới trước khi vào Bệnh viện Việt Đức là $22,8 \pm 19$ (từ 1 – 90 ngày). Nghiên cứu của Xiong và cs⁶ trên 25 đối tượng được THDS bằng bơm xi măng sinh học có bóng, khoảng thời gian từ khi đau lưng cho đến khi can thiệp là $13,0 \pm 12,1$ ngày. Như vậy, ở nghiên cứu của chúng tôi thời gian diễn biến bệnh kéo dài hơn, do các bệnh nhân đa phần xẹp không có yếu tố chấn thương rõ ràng, nên NB xẹp đốt sống

thường chịu đựng đau trong một khoảng thời gian trước khi đến viện hoặc là do người bệnh tự điều trị tại nhà hoặc được giữ lại điều trị tại những cơ sở không có khả năng phẫu thuật. Và chỉ khi thất bại với các phương pháp điều trị đó, người bệnh mới chuyển đến các tuyến y tế cao hơn.

Chỉ số T-score trung bình đo tại cột sống thắt lưng của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $-3,5 \pm 0,8$. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁴, chỉ số T-score trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $-3,9 \pm 0,9$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của các tác giả khác. Như vậy, đo mật độ xương là cần thiết cho các bệnh nhân có xẹp đốt sống.

Chúng tôi nghiên cứu trên X quang 52 đốt sống bị xẹp, và phân vào 3 nhóm chính, lún xẹp chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), lõm 2 mặt chiếm 34.6% và hình chêm chiếm 15.4%. Còn theo nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs³ trên 30 BN xẹp đốt sống thắt lưng thấp, không có người bệnh nào xẹp đốt sống dạng hình chêm, có 16 người bệnh xẹp đốt sống dạng lõm 2 mặt và có 14 người bệnh xẹp đốt sống dạng lún xẹp. Như vậy xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp thường có kiểu xẹp đốt sống dạng lõm 2 mặt và dạng lún xẹp phổ biến hơn dạng hình chêm. Điều này có thể được lý giải vì đoạn cột sống thắt lưng có độ ưỡn nhất định, nên trọng tâm của cơ thể dồn lên toàn bộ đốt sống thay vì tập trung chủ yếu ở mặt trước như ở các đốt sống ngực và bàn lè ngực thắt lưng.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 13 trường hợp (28,9%) có tình trạng trượt đốt sống, đồng thời cũng ghi nhận 37 trường hợp (82,2%) có thoái hóa cột sống. Cũng theo Peng Wang⁷ nghiên cứu trên 864 trường hợp loãng xương được chia làm 2 nhóm có và không có xẹp đốt sống thắt lưng, kết quả cho thấy rằng trượt đốt sống chiếm 4,2% trong nhóm người bệnh không bị xẹp đốt sống và chiếm 9,7% trong nhóm người bệnh bị xẹp đốt sống, sự khác biệt giữa 2 nhóm là đáng kể ($p < 0.05$), đồng thời ghi nhận nhóm bị xẹp đốt sống có tỷ lệ thoái hóa cột sống cao hơn nhóm không bị xẹp đốt sống, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Như vậy đối với những người bệnh có tình trạng trượt đốt sống và thoái hóa cột sống thắt lưng sẽ làm tăng nguy cơ bị xẹp đốt sống thắt lưng thấp. Điều này có thể được lý giải là các bệnh lý cột sống thắt lưng từ trước như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp đốt sống, trượt đốt sống... làm cho cấu trúc giải phẫu tại vùng cột sống thắt lưng thấp thay đổi, cột sống trở nên gù, vẹo nhiều hơn, mất cân bằng và độ ưỡn của cột sống thắt lưng, làm cho

cột sống thắt lưng thấp đã phải chịu sức ép của trọng lực cơ thể nay lại phải gánh thêm sức nặng nhiều hơn do thay đổi hình dạng cột sống, nó làm tăng nguy cơ xẹp đốt sống thắt lưng thấp.

Trong 52 đốt sống được THDS bằng bơm xi măng sinh học, chúng tôi nhận thấy có 59,6% là đốt sống L3, 30,8% là đốt sống L4, 9,6% là đốt sống L5. Cũng theo Phạm Văn Hữu⁸ nghiên cứu trên 100 đốt sống thắt lưng thấp do chấn thương, có 74,5% đốt sống L3, 17,6% đốt sống L4 và 7,8% đốt sống L5. Như vậy ta có thể thấy đa số đốt sống bị xẹp là đốt sống L3, tiếp đến là đốt sống L4 và ít nhất là đốt sống L5. Điều này có thể được giải thích là đốt sống L3 nằm gần vùng chuyển tiếp nên có nguy cơ xẹp cao hơn, đồng thời đốt sống L4 và L5 có hệ thống cơ nâng rất khỏe bám vào cùng với các dây chằng cổ định đốt sống với khung chậu bên dưới nên ít bị tổn thương hơn.

V. KẾT LUẬN

Xẹp cột sống thắt lưng thấp xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân nữ giới, cao tuổi khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, tỷ lệ thoái hóa cột sống, trượt đốt sống, mức độ loãng xương và tỷ lệ xẹp đốt sống cũ cao. XĐSTLT cần được đánh giá, điều trị sớm tránh tiến triển thành đau mạn tính. Ngoài điều trị tình trạng xẹp đốt sống cần quan tâm điều trị tình trạng loãng xương, điều trị các bệnh lý nền gây loãng xương thứ phát nhằm hạn chế nguy cơ xẹp đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mathis M, John DHaBMS.** Percutaneous Vertebroplasty and Kyphoplasty. Springer Science+Business Media, New York, USA.
2. **Marcia S, Saba L, Marras M, Suri JS, Calabria E, Masala S.** Percutaneous stabilization of lumbar spine: a literature review and new options in treating spine pain. The British journal of radiology. 2016;89(1065):20150436.
3. **Nakajima H, Uchida K, Honjoh K, Sakamoto T, Kitade M, Baba H.** Surgical treatment of low lumbar osteoporotic vertebral collapse: a single-institution experience. Journal of neurosurgery Spine. 2016;24(1):39-47.
4. **Đỗ Mạnh Hùng** (2018). Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Han S, Park HS, Pee YH, Oh SH, Jang IT.** The clinical characteristics of lower lumbar osteoporotic compression fractures treated by percutaneous vertebroplasty: a comparative analysis of 120 cases. Korean Journal of Spine. 2013;10(4):221-226.
6. **Xiong J, Dang Y, Jiang B-g, Fu Z-g, Zhang D-yJCJoT.** Treatment of osteoporotic compression fracture of thoracic/lumbar vertebrae by kyphoplasty with SKY bone expander system. 2010;13(05):270-274.
7. **Wang P, Wang F, Gao YL, et al.** Lumbar spondylolisthesis is a risk factor for osteoporotic vertebral fractures: a case-control study. The Journal of international medical research. 2018; 46(9):3605-3612.
8. **Phạm Văn Hữu** (2011). Nghiên cứu tổn thương giải phẫu bệnh lý gãy cột sống thắt lưng thấp và kết quả điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít qua cuống. Luận văn thạc sĩ y học Trường đại học y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN VÙNG RÌA BIỂU HIỆN TẠI HỐC MẮT

Nguyễn Ngọc An Nguyên¹, Đỗ Huyền Nga², Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 56 bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu

thực hiện trên 56 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,2 \pm 12,8$; tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Sở thấy u là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (21,4%). Khoảng 1/4 bệnh nhân có tổn thương ngoài hốc mắt, chủ yếu là hệ thống hạch (66,6%) và 87,5% bệnh nhân ở giai đoạn I, II. Tỉ lệ đạt bệnh ổn định với các bệnh nhân có chỉ định theo dõi không điều trị do không có triệu chứng lâm sàng sau 12 tháng là 83,3%. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là 40,6%, trong đó hóa trị kết hợp Rituximab là 52,4%, với Rituximab đơn trị là 50%, với tia xạ là 0%. Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất và đạt được đáp ứng hoàn toàn tốt nhất (60%). **Kết luận:** Theo dõi không điều trị mang lại hiệu quả cao. Tỉ lệ đáp ứng với các bệnh nhân có chỉ định điều trị khả tích cực, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có hiệu quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc An Nguyên

Email: nnan484@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

lớn nhất, đặc biệt là phác đồ R-bendamustin. Điều trị đích hoặc tia xạ cũng là một phương pháp điều trị khả quan với giai đoạn I.

Từ khóa: U lympho vùng rìa, u lympho tại hốc mắt, điều trị

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF MARGINAL ZONE LYMPHOMA IN THE OCULAR ADNEXAL AREA

Objective: To evaluate the initial treatment results of marginal zone lymphoma in the ocular adnexal area. **Patients and Methods:** Descriptive, case-cluster-study in 56 patients with newly diagnosed marginal zone lymphoma in the ocular adnexal area at Vietnam National Cancer Hospital from March 2019 to June 2023. **Results:** The study was carried out on 56 patients. Median age was $39,5 \pm 12,7$; male:female ratio was 2,3:1. Palpable masses was the common presenting symptom (21,4%). A quarter of all patients had extraocular disease, primarily involving the lymph nodes (66,6%) and 87,5% patients were in stage I or II. The rate of stable disease after a 12-month observation treatment was 83,3%. For patients with treatment indications, the rate of complete response following treatment was 40,6%, with combination chemotherapy including Rituximab, it was 52,4%, Rituximab resulting in 50%, and radiation therapy showing 0%. The R-bendamustin regimen was the most frequently used and yielded the highest complete response rate at 60%. **Conclusion:** Observational management leads to a high level of effectiveness. The response rate among patients with treatment indications is positive, with combination chemotherapy targeted treatment being the most effective, especially with the R-bendamustin regimen. Targeted therapy and radiation therapy are also viable treatment approaches for stage I. **Keywords:** marginal zone lymphoma, ocular adnexal lymphoma, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULKH) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ bạch huyết. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ULKH đứng thứ 11 ở cả 2 giới về cả số ca mới mắc và số ca tử vong toàn cầu¹. Ước tính mỗi năm có 544.352 ca mới mắc và 259.793 ca tử vong. Tại Việt Nam, ULKH đứng thứ 12 về cả số ca mới mắc và số ca tử vong, ước tính mỗi năm có 3725 ca mới mắc và 2214 ca tử vong¹.

Các u lympho không Hodgkin biểu hiện ở hốc mắt đại diện cho một phần nhỏ của tất cả các u lympho không Hodgkin toàn thân (6% của tất cả các ULKH vùng rìa nguyên phát,²). Tuy nhiên, chúng là một trong những khối u phổ biến nhất xảy ra ở phần phụ của mắt (26%)². Gần như tất cả các u lympho biểu hiện ở hốc mắt đều thuộc kiểu hình tế bào B, phần lớn là các u lympho vùng rìa của mô lympho liên kết với niêm mạc (MALT lymphoma). Ở vị trí này, u lympho MALT chiếm từ 35% đến 90%, trong khi các u lympho

tế bào lớn dạng nang và lan tỏa, mỗi khối chiếm khoảng 10%²⁻⁵. Điều này trái ngược rõ rệt với tỷ lệ chung của u lympho MALT, chỉ chiếm 7% đến 8% của tất cả các ULKH, ít phổ biến hơn các u lympho tế bào lớn và nang lan tỏa^{6,7}.

Cũng giống như các thể mô bệnh học của ULKH, đối với u lympho vùng rìa nói chung và u lympho vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt nói riêng, việc lựa chọn phương pháp điều trị chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và khu vực liên quan, bao gồm xạ trị, điều trị hóa chất và điều trị đích. Tuy nhiên, vẫn còn một số băn khoăn trong lựa chọn phương pháp điều trị, nhất là trong giai đoạn khu trú, ở những bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng hay thể trạng già yếu. Tại Việt Nam, số bệnh nhân mắc u lympho không Hodgkin vùng rìa tại hốc mắt được điều trị tương đối ổn định qua các năm. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào phân tích và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. Để đóng góp vào vốn hiểu biết tổng thể về bệnh lý u lympho không Hodgkin vùng rìa tại hốc mắt trên các phương diện: lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng, các phương pháp điều trị, kết quả, biến chứng... tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin vùng rìa bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.
- Bệnh phẩm sinh thiết được sinh thiết tại u hốc mắt.
- Có tổn thương đích để đánh giá trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (CLVT/MRI).
- Không mắc các bệnh đồng mắc nghiêm trọng có nguy cơ tử vong gần: suy gan, suy thận,...
- Lần đầu được chẩn đoán
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ tái khám và theo dõi định kỳ.
- Có đầy đủ thông tin lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- U lympho không Hodgkin tái phát hoặc chuyển dạng.
- Tình trạng toàn thân quá nặng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K**2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện hốc mắt tại Bệnh viện K.

2.4. Các bước tiến hành:

- Lập danh sách BN được chẩn đoán u lympho vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn

- Ghi nhận thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất (mô tả trong phụ lục)

- Đánh giá kết quả điều trị sau xạ trị, hóa trị hoặc điều trị đích dựa trên kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng (CLVT toàn thân, MRI đầu cổ, siêu âm hốc mắt,...)

- Phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với một số yếu tố: phương pháp điều trị, kích thước u, vị trí u, hội chứng B, thay đổi nồng độ LDH, giai đoạn bệnh,...

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan, được thông qua hội đồng mã số 8720108.

2.7. Phương pháp điều trị:

- Giai đoạn I

• BN được điều trị xạ trị tại chỗ (ISRT) với liều 24-30 Gy chia trong 20 buổi **HOẶC**

• Rituximab đơn trị (nếu CD20 dương tính) với BN thể trạng kém, nhiều bệnh lý kèm theo, từ chối điều trị xạ trị,... **HOẶC**

• Theo dõi, đánh giá lại sau 3 tháng nếu BN không có triệu chứng lâm sàng.

- Giai đoạn II, III và IV:

• BN được điều trị hóa chất với phác đồ Bendamustin hoặc CHOP hoặc CVP kết hợp Rituximab nếu CD20 dương tính

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm tuổi****Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân**

	n	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	56	19	83	59,2	12,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là $59,2 \pm 12,8$, cao nhất là 83 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50-70 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	39	69,6
	Nữ	17	30,4
Lí do vào viện	Sờ thấy u	12	21,4
	Phù mí mắt	11	19,6
	Lồi mắt	11	19,6
	Đau nhức mắt	9	16,1
	Cộm mắt	4	7,1
	Sụp mí	3	5,4
	Khác	6	10,7
Vị trí tổn thương	Chỉ hốc mắt	40	71,4
	Nhiều vị trí	16	28,6
Vị trí tổn thương ngoài hốc mắt	Hạch	12	66,6
	Trung thất	4	22,2
	Phổi	1	5,6
	Xương	1	5,6
	Tổng	18	100
Giai đoạn bệnh	I	27	48,2
	II	22	39,3
	III	4	7,1
	IV	3	5,4
Hội chứng B	Có	6	10,7
	Không	50	89,3
Thể giải phẫu bệnh	ULP không Hodgkin vùng rìa, CD20 (+)	56	100
	Khác	0	0

Nhận xét: Tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Lí do vào viện thường gặp nhất là sờ thấy u (21,4%) sau đó là phù mí mắt (19,6%) và lồi mắt (19,6%). Phần lớn bệnh nhân chỉ biểu hiện tổn thương tại hốc mắt (71,4%), tổn thương ngoài hốc mắt gặp ở 16 bệnh nhân (28,6%). Bệnh nhân chủ yếu phát hiện ở giai đoạn I (48,2%) và giai đoạn II (39,3%). 6 bệnh nhân (10,7%) có hội chứng B (sốt không rõ nguyên nhân, vã mồ hôi đêm, gầy sút cân) trước khi điều trị. Thể giải phẫu bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu đều là u lympho không Hodgkin vùng rìa, CD20 (+).

3.2. Kết quả điều trị**Bảng 3.3. Phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị		Số BN	Tỉ lệ (%)
Theo dõi		24	42,9
Điều trị đích		8	14,3
Xạ trị		3	5,4
Hóa trị + điều trị đích		21	37,5
Phác đồ điều trị	RCHOP	3	14,3
	RCVP	7	33,3
	RB	10	47,6
	RR	1	4,8
	Tổng	21	100

Nhận xét: Trong số 56 bệnh nhân nghiên cứu, có 42,9% được theo dõi kể từ thời điểm được chẩn đoán, 21 bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích (37,5%), còn lại sẽ được điều trị đích hoặc xạ trị, lần lượt là 14,3% và 5,4%. Trong số 21 bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất (47,6%), tiếp theo đó là phác đồ R-CVP (33,3%). Còn lại có 3 bệnh nhân (14,3%) sử dụng phác đồ RCHOP và 1 bệnh nhân (4,8%) sử dụng phác đồ R-lenalidomide.

Bảng 3.4. Thời gian từ khi theo dõi đến khi cần điều trị

	N	%
--	---	---

< 3 tháng	2	8,3
3 -6 tháng	1	4,2
> 12 tháng	1	4,2
Không cần điều trị	20	83,3
Tổng	24	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, trong tổng số 24 bệnh nhân được theo dõi, có 20 bệnh nhân vẫn chưa tiến triển (83,3%), có 2 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán, 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3-6 tháng và 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng > 12 tháng.

Bảng 3.5. Liên quan đến đáp ứng và phương pháp điều trị

	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng một phần		Bệnh ổn định		Bệnh tiến triển	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tia xạ	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Điều trị đích	2	25,0	2	25,0	4	50,0	0	0,0
Hóa trị + điều trị đích	11	52,4	10	47,6	0	0,0	0	0,0
Có điều trị	13	40,6	14	43,8	5	15,6	0	0,0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào tiến triển trong quá trình điều trị. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 40,6% và 43,8%, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có tỷ lệ đáp ứng lớn nhất, với đáp ứng hoàn toàn là 52,4%

và đáp ứng một phần là 47,6%. Khi điều trị đích, có 4 bệnh nhân đạt được đáp ứng, chiếm tỉ lệ 50%, trong đó có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn. Còn đối với phương pháp điều trị tia xạ, có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần (66,7%) và 1 bệnh nhân bệnh ổn định (33,3%)

Bảng 3.6. Đáp ứng liên quan đến phác đồ được sử dụng

	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng một phần		Bệnh ổn định		Bệnh tiến triển	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RB	6	60,0%	4	40,0%	0	0,0	0	0,0
RCVP	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0	0	0,0
RCHOP	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0	0	0,0
RR	1	100%	0	0%	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất trong số các bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60,0% và đáp ứng một phần là 40%. Phác đồ R-CVP được sử dụng nhiều tiếp theo, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 37,5% và 62,5%. Có 3 bệnh nhân được sử dụng phác đồ R-CHOP và 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ R-R, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 66,7% và 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 56 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là $59,2 \pm 12,8$. Bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Lý do vào viện thường gặp nhất là sờ thấy u (21,4%) sau đó là phù mi mắt (19,6%) và lồi mắt (19,6%). Vị trí tổn thương chỉ

tại hốc mắt chiếm 71,4%. Có 16 bệnh nhân có tổn thương ngoài hốc mắt, trong đó có 12 bệnh nhân biểu hiện tại hệ thống hạch (66,6%). Điều này phản ánh đặc trưng của bệnh u lympho ác tính là bệnh lý của hệ thống hạch. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn I (48,2%) và II(39,3%). Về thể giải phẫu bệnh, u lympho không Hodgkin vùng rìa, không phải những thể đặc biệt khác là thể hay gặp nhất (100%), kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới².

Ở các bệnh nhân được chỉ định theo dõi do không có triệu chứng lâm sàng, với thời gian theo dõi trung bình 12 tháng, 20/24 bệnh nhân của chúng tôi đạt được trạng thái bệnh ổn định, chiếm 83,3%. Có 2 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán (8,3%), 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3-6 tháng (4,2%) và 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng >

12 tháng (4,2%). Kết quả này đặc biệt tương đồng với nghiên cứu của K.Tanimoto trên 36 bệnh nhân u lympho vùng rìa tại hốc mắt được theo dõi với 25 bệnh nhân (69%) không cần phải điều trị⁸.

Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 40,6% và 43,8%, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có hiệu quả lớn nhất, với đáp ứng hoàn toàn là 52,4% và đáp ứng một phần là 47,6%. Khi điều trị đích, có 4 bệnh nhân đạt được đáp ứng, chiếm tỉ lệ 50%, trong đó có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn. Còn đối với phương pháp điều trị tia xạ, có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần (66,7%) và 1 bệnh nhân bệnh ổn định (33,3%). Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất trong số các bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60,0% và đáp ứng một phần là 40%. Phác đồ R-CVP được sử dụng nhiều tiếp theo, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 37,5% và 62,5%. Có 3 bệnh nhân được sử dụng phác đồ R-CHOP và 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ R-R, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 66,7% và 100%. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng ghi nhận kết quả tương tự như chúng tôi. Trong nghiên cứu của Emanuele Zucca, tỉ lệ đáp ứng tăng lên khi kết hợp hóa chất với Rituximab so với Rituximab đơn thuần^{9,10}. Phác đồ hóa trị liệu ưu tiên khi kết hợp với Rituximab chưa được xác định rõ ràng và phụ thuộc bệnh lý đi kèm cũng như độc tính dự kiến. Phác đồ R-bendamustin có vẻ được ưa thích hơn do được dung nạp tốt hơn và ít độc tính đi kèm, ngoài ra tỷ lệ đạt được đáp ứng toàn bộ tốt hơn, tương tự như các nghiên cứu của Jan W Flinn và Mathias Rummel khi so sánh phác đồ R-bendamustin với R-CHOP và R-CVP.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân U lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt, phương pháp theo dõi không điều trị mang lại hiệu quả cao với tỉ lệ đạt bệnh ổn định là 83,3%, với thời gian theo dõi trung bình 12 tháng. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn là 40,6%, trong đó hóa trị kết hợp với điều trị đích có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lớn nhất (52,4%). Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất và đạt hiệu quả cao nhất, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60%. Ngoài ra, phương pháp điều trị đích đơn thuần hoặc tia xạ cũng là những lựa chọn cân nhắc, đặc biệt với những

bệnh nhân giai đoạn I, thể trạng yếu có chỉ định điều trị nhưng không muốn điều trị hóa chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **McKelvie PA, McNab A, Francis IC, Fox R, O'Day J.** Ocular adnexal lymphoproliferative disease: a series of 73 cases. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2001;29(6): 387-393. doi: 10.1046/j.1442-9071.2001.d01-18.x
3. **Coupland SE, Krause L, Delecluse HJ, et al.** Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa: Analysis of 112 cases. *Ophthalmology.* 1998; 105(8): 1430-1441. doi: 10.1016/S0161-6420(98)98024-1
4. **Nakata M, Matsuno Y, Katsumata N, et al.** Histology according to the Revised European-American Lymphoma Classification significantly predicts the prognosis of ocular adnexal lymphoma. *Leuk Lymphoma.* 1999;32(5-6):533-543. doi:10.3109/10428199909058411
5. **Jenkins C, Rose G, Bunce C, et al.** Histological features of ocular adnexal lymphoma (REAL classification) and their association with patient morbidity and survival. *Br J Ophthalmol.* 2000;84(8):907-913. doi:10.1136/bjo.84.8.907
6. **Harris N, Jaffe E, Stein H, et al.** A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group [see comments]. *Blood.* 1994;84(5): 1361-1392. doi: 10.1182/blood.V84.5.1361.1361
7. **Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al.** The World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues. Report of the Clinical Advisory Committee meeting, Airlie House, Virginia, November, 1997. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 1999;10(12): 1419-1432. doi: 10.1023/a:1008375931236
8. **Tanimoto K, Kaneko A, Suzuki S, et al.** Long-term follow-up results of no initial therapy for ocular adnexal MALT lymphoma. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2006;17(1): 135-140. doi: 10.1093/annonc/mdj025
9. **Zucca E, Conconi A, Laszlo D, et al.** Addition of rituximab to chlorambucil produces superior event-free survival in the treatment of patients with extranodal marginal-zone B-cell lymphoma: 5-year analysis of the IELSG-19 Randomized Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2013; 31(5): 565-572. doi: 10.1200/JCO.2011. 40.6272
10. **Zucca E, Conconi A, Martinelli G, et al.** Final Results of the IELSG-19 Randomized Trial of Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma: Improved Event-Free and Progression-Free Survival With Rituximab Plus Chlorambucil Versus Either Chlorambucil or Rituximab Monotherapy. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2017;35(17): 1905-1912. doi:10.1200/JCO.2016.70.6994

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG UNG THƯ MI TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Vương Thị Phương Dung¹, Nguyễn Ngân Hà^{1,2}, Phạm Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng ung thư mi tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ năm 2017 đến năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 190 bệnh nhân ung thư mi được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 190 bệnh nhân. Ung thư biểu mô tế bào đáy xuất hiện với tỷ lệ cao nhất 57,9%, ung thư biểu mô tuyến bã chiếm 27,4%. U hắc tố ác tính và các ung thư khác ít xuất hiện lần lượt là 6,8% và 7,9%. Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng như thấy khối bất thường ở mi (98,9%), loét da mi (42,1%), chảy máu (37,4%), Biến dạng mi và rụng lông mi chiếm hơn 26%, đau nhức (23,7%). **Kết luận:** Ung thư tế bào đáy là loại ung thư da mi phổ biến nhất tại Việt Nam. Phần lớn bệnh nhân ung thư da mi có biểu hiện khối bất thường ở mi, loét da mi và chảy máu.

Từ khóa: Ung thư mi, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF EYELID CARCINOMA AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Objective: To analyze the clinical characteristics of eyelid carcinoma at the Vietnam National Eye Hospital from 2017 to 2021. **Subjects and research methods:** A retrospective description was performed on 190 eyelid carcinoma patients who were surgically treated at the Vietnam National Eye Hospital from January 2017 to December 2021. **Results:** Research was conducted on 190 patients. Basal cell carcinoma appeared with the highest rate of 57.9%, sebaceous carcinoma accounted for 27.4%. Malignant melanoma and other cancers were less common with 6.8% and 7.9%, respectively. The majority of patients had mass on eyelids (98.9%), eyelid ulcer (42.1%), bleeding (37.4%), deformity of the eyelashes (26%) and pain (23.7%). **Conclusion:** Basal cell carcinoma is the most common eyelid cancer in Vietnam. The majority of the patients had mass on eyelids, eyelid ulcer and bleeding. **Keywords:** Eyelid carcinoma, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư mi là một tổn thương của mi mắt

thường gặp trên lâm sàng, chiếm khoảng 5% đến 10% trong tổng số ung thư da.¹ Biểu hiện lâm sàng của ung thư mi rất đa dạng, dễ bỏ sót và có thể ảnh hưởng tới tính mạng. Nhiều y văn trên thế giới đã đề cập về đặc điểm của ung thư mi, trong đó hơn 85% là ung thư biểu mô tế bào đáy.² Tuy nhiên ở khu vực châu Á đã có những báo cáo cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến bã chiếm tỷ lệ cao.^{3,4} Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu lớn nào về đặc điểm ung thư mi. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng ung thư mi tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ năm 2017 đến năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 190 bệnh nhân u mi mắt được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ năm 2017 đến năm 2021 có kết quả mô bệnh học khẳng định là ung thư mi.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là những bệnh nhân ung thư mi được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.
- Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học khẳng định chẩn đoán ung thư mi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là 190 bệnh nhân.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án lưu
- Bệnh án nghiên cứu
- Phần mềm thu thập và xử lý số liệu

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu

- Thông tin nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian xuất hiện u, số lượng u.
- Đặc điểm lâm sàng: Loại u, vị trí u, loét, chảy máu, biến dạng mi, rụng lông mi, tăng sắc tố, tân mạch.

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

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Bộ môn Mắt, Phòng đào tạo Sau đại học trường Đại học Y Hà Nội, Ban Giám đốc và Phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Mắt Trung Ương.
- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyennghanha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu được khảo sát trên 190 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ung thư mi được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật từ năm 2017 đến năm 2021 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Trong đó, 64 bệnh nhân là nam và 126 bệnh nhân là nữ. Tỷ lệ nữ/nam là 1,97, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 66, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 28 và lớn tuổi nhất là 98. Ung thư mi xuất hiện ở tất cả các nhóm tuổi, tuy nhiên vẫn hay gặp nhất ở nhóm trên 60 tuổi chiếm 69,5%, sau đó lần lượt là nhóm 40-60 tuổi 26,3% và nhóm nhỏ hơn 40 tuổi chiếm 4,2%. Thời gian xuất hiện khối u khai thác được ở 151 bệnh nhân trung bình là 18 tháng đến khi phát hiện, thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là 120 tháng.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ xuất hiện 1 khối u duy nhất (98,4%). Hai bệnh nhân xuất hiện khối u thứ 2 trong đó bao gồm ung thư biểu mô tế bào đáy và u hắc tố ác tính (1,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong 190 hồ sơ nghiên cứu, ung thư biểu mô tế bào đáy xuất hiện với tỷ lệ cao nhất 57,9%, ung thư biểu mô tuyến bã chiếm 27,4%. U hắc tố ác tính và các ung thư khác ít xuất hiện lần lượt là 6,8% và 7,9%. Vị trí thường gặp của ung thư mi là góc trong mi mắt, trong đó góc trong mi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,4%, góc trong mi trên chiếm 27,4%.

Bảng 1. Phân bố vị trí u theo loại u

Vị trí	UTBM tế bào đáy	UTBM tuyến bã	U hắc tố ác tính	Khác
Mi trên	29 (26,4%)	33 (63,5%)	7 (53,8%)	5 (33,3%)
Mi dưới	80 (72,7%)	19 (36,5%)	6 (46,2%)	10 (66,7%)
Hai mi	1(0,9%)	0	0	0
Tổng	110 (100%)	52 (100%)	13 (100%)	15 (100%)

Phần lớn bệnh nhân ung thư mi trong nghiên cứu được phát hiện u với các biểu hiện như thấy khối bất thường ở mi (98,9%), loét da mi (42,1%), chảy máu (37,4%). Biến dạng mi và rụng lông mi chiếm hơn 26%, đau nhức (23,7%)... Tỷ lệ tăng sắc tố u trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 14,7%.

Bảng 2. Phân bố ung thư theo đặc điểm tân mạch khối u

Giải phẫu bệnh	Tân mạch khối u			
	Có		Không	
	n	%	n	%
UTBM TB đáy	19	17,3	91	82,7

UTBM tuyến bã	7	13,5	45	86,5
U hắc tố ác tính	0	0	13	100
Khác	3	20,0	12	80,0
Tổng số	29	15,3	161	84,7

Tỷ lệ xuất hiện tân mạch ở ung thư biểu mô tế bào đáy và ung thư biểu mô tuyến bã lần lượt là 17,3% và 13,5%. Tân mạch không xuất hiện ở nhóm u hắc tố ác tính và tỷ lệ là 20% ở các ung thư mi ít gặp khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được khảo sát trên 190 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ung thư mi được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật từ năm 2017 đến năm 2021 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Tỷ lệ nữ/nam là 1,97, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, tương đồng với báo cáo của Nguyễn Quốc Anh và cộng sự (2004) tỷ lệ nữ/nam là 2,17.⁵ Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn các báo cáo trên thế giới.^{4,6} Nguyên nhân có thể do nữ giới quan tâm hơn về những biến đổi trên khuôn mặt, từ đó phát hiện kịp thời những tổn thương ác tính. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với y văn trên thế giới, có thể do lượng thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.^{4,7}

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư biểu mô tế bào đáy chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,9%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ được nhắc đến trong nghiên cứu các nước Âu Mỹ (80%-90%)^{2,6,8} và tương đồng với báo cáo của Huang tại Đài Loan (57,8%).⁴ Sự khác biệt giữa các chủng tộc này có thể lý giải bởi sự khác biệt về kiểu gen giữa các quần thể khác nhau, mức độ tiếp xúc với ánh nắng mặt trời ở các vĩ độ khác nhau.⁷ Nhóm nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến bã xuất hiện với tỷ lệ cao 27,4%, đặc điểm này tương đồng với các báo cáo khu vực châu Á, trong đó tỷ lệ này gần nhất với công bố của Huang (2015) là 21,1%, tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự xuất hiện của ung thư biểu mô tế bào vảy. U hắc tố ác tính chiếm 6,8%, có sự tương đồng với báo cáo của Huang (2015) là 3,5%, tuy nhiên 2 tỷ lệ này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.⁴

Ung thư biểu mô tế bào đáy xuất hiện chủ yếu ở mi dưới chiếm 72,7%, trong khi ung thư biểu mô tuyến bã tập trung ở mi trên với tỷ lệ 63,5%, các tỷ lệ này tương đương với báo cáo của Huang (2015).⁴ Tỷ lệ biểu hiện sắc tố trên ung thư biểu mô tế bào đáy và ung thư biểu mô tuyến bã thấp hơn so với báo cáo của Nguyễn

Quốc Anh và cộng sự (2004), với $p < 0,01$.⁵ Ung thư biểu mô tuyến bã và các ung thư da mi khác tỷ lệ xuất hiện tăng sắc tố thấp chỉ 5,8% và 6,75%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phân bố ung thư mi khác nhau ở các chủng tộc, vùng địa lý khác nhau. Ung thư biểu mô tế bào đáy là loại ung thư mi chiếm tỷ lệ cao tại Việt Nam. Mi dưới là vị trí thường xuất hiện của ung thư mi. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là xuất hiện khối bất thường tại mi, loét da mi và chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nerad JA. All skin cancers are not created equal. Br J Ophthalmol. 2007;91(3): 276-277. doi: 10.1136/bjo.2006.105676
2. Zieliński T, Pisera P, Siewiera I, Sporny S, Iljin A. [Surgical treatment of malignant eyelid tumors]. Pol Merkurius Lek Organ Pol Tow Lek. 2013;34(202):214-218.
3. Gupta R, Bhaduri A, Desai S, Das S, Menon V. Malignant tumors of the eyelid in India: A multicenter, multizone study on clinicopathologic features and outcomes. Indian J Ophthalmol.

- 2020;68(11): 2466-2470. doi: 10.4103/ijo. IJO_2306_19
4. Huang YY, Liang WY, Tsai CC, et al. Comparison of the Clinical Characteristics and Outcome of Benign and Malignant Eyelid Tumors: An Analysis of 4521 Eyelid Tumors in a Tertiary Medical Center. BioMed Res Int. 2015;2015: 453091. doi:10.1155/2015/453091
5. Nguyễn Quốc Anh. Nghiên cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Của u Mi. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
6. Burgić M, Iljazović E, Vodencarević AN, et al. Clinical Characteristics and Outcome of Malignant Eyelid Tumors: A Five-Year Retrospective Study. Med Arch. 2019;73(3):209-212. doi:10.5455/medarch.2019.73.209-212
7. Baş Z, Sharpe J, Yaghy A, Zhang Q, Shields CL, Hyman L. Prevalence of and Associated Factors for Eyelid Cancer in the American Academy of Ophthalmology Intelligent Research in Sight Registry. Ophthalmol Sci. 2022;3(1): 100227. doi:10.1016/j.xops.2022.100227
8. Asproudis I, Sotiropoulos G, Gartzios C, et al. Eyelid Tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: A 30-year Retrospective Study. Middle East Afr J Ophthalmol. 2015;22(2):230-232. doi:10.4103/0974-9233.151881

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN HẠ NÁTRI MÁU TẠI KHOA NỘI TIẾT - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Thắng¹, Nguyễn Quang Bảy^{1,2}, Lê Quang Toàn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân hạ Natri máu điều trị nội trú tại khoa Nội tiết- Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 50 bệnh nhân có Natri máu giảm < 135 mmol/L được điều trị tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $65,86 \pm 12,71$, nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,4:1. 42% bệnh nhân có hạ Natri máu cấp tính và 58% có hạ Natri máu mạn tính. Nồng độ Natri lúc vào viện trung bình là $121,38 \pm 9,07$, 40% bệnh nhân có hạ Natri máu nặng < 120 mmol/L, bệnh nhân có nồng độ Natri từ 120-129 mmol/L và ≥ 130 mmol/L lần lượt chiếm 36% và 24%. Tỷ lệ bệnh nhân hạ natri máu không có triệu chứng là 46%, chủ yếu thuộc nhóm hạ Natri máu

nhẹ; triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu với 46%, thường xảy ra ở nhóm bệnh nhân hạ Natri máu cấp tính, mức độ trung bình đến nặng. Sau 24 giờ điều trị thì nồng độ Natri trung bình là $126,36 \pm 6,78$ mmol/L và 16% bệnh nhân có Natri máu vẫn < 120 mmol/L. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hạ Natri máu rất đa dạng và không đặc hiệu, phụ thuộc nhiều vào mức độ và tốc độ hạ Natri máu cũng như nguyên nhân gây hạ Natri và các bệnh đồng mắc. **Từ khóa:** Hạ natri máu, Hạ natri máu ở khoa nội tiết

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF HYPONATREMIC PATIENTS IN ENDOCRINOLOGY & DIABETES DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe clinical and laboratory characteristics of hyponatremic patients treated in Endocrinology & Diabetes Department of Bach Mai Hospital. **Subjects and Method:** Descriptive study on 50 patients with a blood sodium concentration of less than 135 mmol/L at Endocrinology Department in Bachmai Hospital from 1/2023 to 7/2023. **Results:** Average age is 65.86 ± 12.71 , the most common age group is over 60, male to female is 1.4:1. 42% of patients have acute hyponatremia and 58% with

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thắng

Email: thangctpbcb@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

chronic hyponatremia. The average sodium concentration at admission is 121.38 ± 9.07 ; 40% of patients have blood sodium concentration < 120 mmol/L, patients with sodium concentration between 120-129 mmol/L and ≥ 130 mmol/L account for 36% and 24% respectively. The proportion of asymptomatic hyponatremia patients is 46%, mainly in the mild hyponatremia group; The most common symptom is headache with 46%, often occurring in acute, moderate to severe hyponatremia. After 24 hours of treatment, the average sodium concentration is 126.36 ± 6.78 mmol/L and 16% of patients still have blood sodium < 120 mmol/L. **Conclusion:** Clinical and laboratory characteristics of patients with hyponatremia are variable and nonspecific, depending on the degree and rate of hyponatremia as well as the cause of hyponatremia and comorbidities.

Keywords: Hyponatremia, Hyponatremia at endocrinology department

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ natri máu (Hyponatremia) là một trong những rối loạn điện giải hay gặp nhất trong thực hành lâm sàng và liên quan trực tiếp tới sự gia tăng tỷ lệ tàn tật và tỷ lệ tử vong¹. Hạ natri máu xuất hiện trong khoảng 20-35% các bệnh nhân điều trị nội trú². Trên thực tế lâm sàng, hạ natri máu thường ít được phát hiện bởi các biểu hiện triệu chứng lâm sàng, một phần bởi vì các triệu chứng phổ biến của hạ natri máu thường không đặc hiệu hoặc do các yếu tố bệnh đồng mắc làm nhiễu chẩn đoán và muốn xác định phải có kết quả xét nghiệm điện giải đồ máu, dẫn đến những vấn đề như: Hạ natri máu không được phát hiện; chẩn đoán bị chậm trễ và điều trị muộn; hoặc điều trị tăng Natri máu quá nhanh gây hậu quả nặng. Ở Việt Nam, các trường hợp hạ natri máu gặp khá thường xuyên, trong đó các nguyên nhân gây bệnh rất đa dạng, khó chẩn đoán hoặc không có khả năng làm đủ các xét nghiệm, dẫn đến nhiều trường hợp không rõ chẩn đoán, nhiều bệnh nhân không được điều trị đúng, không được điều trị theo nguyên nhân và bỏ điều trị. Tuy nhiên ở nước ta các công trình nghiên cứu về hạ natri máu là rất ít, chủ yếu tiến hành trên những đối tượng ở các bệnh nhân tại khoa hồi sức cấp cứu³, các bệnh nhân nhiễm trùng thần kinh trung ương⁴, tai biến mạch máu não⁵ và chưa có phân tích sâu. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân hạ Natri máu tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Nội tiết – Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 07/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân có natri máu < 135 mmol/L điều trị nội trú tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi vì những bệnh nhân độ tuổi < 18 mang những đặc điểm sinh bệnh học khác với người lớn

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phụ nữ có thai
- Bệnh nhân có nhiều bệnh nội khoa nặng, phức tạp gây nhiễu đến các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tình trạng hạ Natri máu như: Bệnh nhân tai biến mạch máu não nặng, hôn mê sâu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang; cỡ mẫu thuận tiện chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

tuổi, nhóm tuổi, giới.

2.4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân:

Lý do vào viện (đau đầu, nôn, chóng mặt, các triệu chứng khác), Triệu chứng cơ năng thần kinh- cơ (Nôn, đau đầu, chóng mặt, co giật, co rút cơ, điểm Glasgow), Tình trạng dịch ngoại bào, nồng độ Natri máu lúc nhập viện, mức độ hạ Natri máu (nhẹ, trung bình, nặng), phân loại hạ natri máu (cấp tính, mạn tính), nồng độ Natri máu sau 24 giờ điều trị, nguyên nhân.

2.5. Xử lý số liệu:

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Mọi thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật. Các xét nghiệm tiến hành theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, không lạm dụng. Các số liệu thu thập được giúp bác sĩ lâm sàng có cái nhìn chung về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân hạ Natri máu, giúp cho việc chẩn đoán, hiệu quả điều trị và tiên lượng cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian 7 tháng từ tháng 1/2023 đến tháng 07/2023 chúng tôi thu nhận được 50 bệnh nhân hạ Na máu có đặc điểm sau:

Bảng 3.1. Phân bố hạ Natri máu theo độ tuổi và giới tính

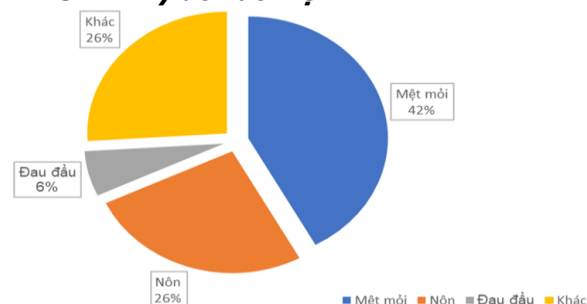
Đặc điểm	Nam (N=28)	Nữ (N=22)	Toàn bộ (N=50)
Tuổi trung bình (Nhỏ nhất – Lớn)	68.0±10.9	66.5±14.95	65.86±12.71

	nhất)	(32-87)	(33-95)	(32-95)
Số bệnh nhân	< 50 tuổi	2	2	4 (8,0%)
	50-59 tuổi	3	5	8(16,0%)
	60-69 tuổi	12	5	17(34,0%)
	Trên 70 tuổi	11	10	21(42,0%)
	Toàn bộ	28	22	50(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ hạ Natri máu ở bệnh nhân nam giới khá tương đương với nữ giới với tỷ lệ nam nữ là 1,4:1. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $65,86 \pm 12,71$; tuổi thấp nhất là 32, cao nhất là 95. Hạ Natri máu gặp ở mọi lứa tuổi, gặp nhiều nhất ở những bệnh nhân trên 60 tuổi với 76%, nhóm tuổi ít gặp nhất là dưới 50 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hạ Natri máu

3.2.1. Lý do vào viện



Biểu đồ 3.1. Phân loại lý do vào viện của bệnh nhân hạ Natri máu

Bảng 3.2. Liên quan giữa tốc độ hạ Na máu và triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Hạ Natri máu cấp tính (<48 giờ) (N=21)			Hạ Natri máu mãn tính (> 48 giờ) (N=29)			Giá trị P (2 nhóm cấp và mãn tính)
	Nồng độ Na < 120 mmol/L (N=6)	120-129 mmol/L (N=4)	130-134 mmol/L (N=11)	< 120 mmol/L (N=14)	120-129 mmol/L (N=14)	130-134 mmol/L (N=1)	
Đau đầu	6 (100)	3 (75)	1 (9.1)	8(57.1)	5(35.7)	0	0.845
Chóng mặt	6 (100)	4 (100)	0	8(57.1)	2(14.3)	0	0.349
Nôn	2 (33.3)	3 (75)	0	7 (50.0)	5(35.7)	0	0.196
Giảm điểm Glasgow	5 (83.3)	1 (25)	0	2 (14.3)	1 (7.1)	0	0.140
Co giật cơ	2 (33.3)	1 (25)	0	2 (14.3)	1 (7.1)	0	0.686
Không triệu chứng	0	0	10 (90.9)	4(28,6)	8(57,1)	1 (100)	0.845

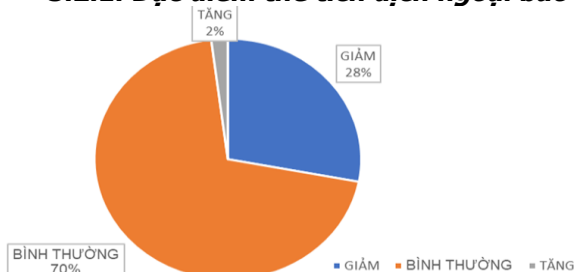
Nhận xét: Trong số 50 bệnh nhân, 42% bệnh nhân thuộc nhóm hạ Natri máu cấp tính và 58% bệnh nhân thuộc nhóm hạ Natri máu mãn tính. Có 20 bệnh nhân hạ Natri máu nặng, 18 bệnh nhân có mức độ hạ Natri máu trung bình và 12 bệnh nhân hạ Natri máu nhẹ > 130 mmol/L. Các triệu chứng thường gặp là đau đầu, chóng mặt, nôn với tỷ lệ lần lượt là 46%, 40% và 34% tổng số bệnh nhân; 18% bệnh nhân có biểu hiện nặng rối loạn ý thức, 12% bệnh nhân có co giật cơ.

3.2.3. Sự thay đổi nồng độ Natri máu sau điều trị

bệnh nhân hạ Natri máu

Nhận xét: Mệt mỏi, nôn, đau đầu là các lý do nhập viện chủ yếu trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 42%, 26% và 6%. Các lý do khác như sốt, tê bì chân tay,... chiếm 26% tổng số bệnh nhân.

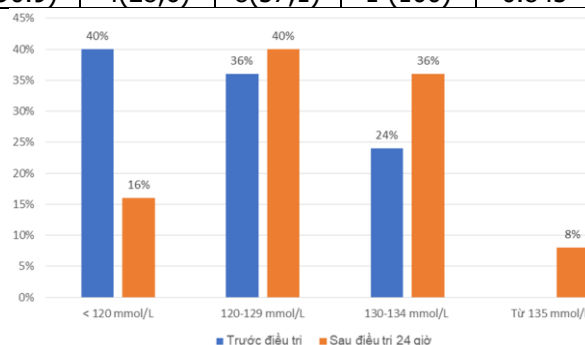
3.2.1. Đặc điểm thể tích dịch ngoại bào



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm thể tích dịch ngoại bào ở các bệnh nhân hạ Natri máu

Nhận xét: Đặc điểm về thể tích dịch ngoại bào rất cần thiết để phân loại hạ Natri máu, định hướng nguyên nhân và điều trị. Bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tích dịch ngoại bào bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 70%, số bệnh nhân với thể tích dịch ngoại bào giảm có tỷ lệ 28%, và 2% bệnh nhân có thể tích dịch ngoại bào tăng.

3.2.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng



Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi nồng độ Natri máu sau 24 giờ điều trị

Nhận xét: Có 42% bệnh nhân hạ Natri máu do kết hợp của nhiều nguyên nhân, hay gặp là do dùng lợi tiểu (32%) và mất qua đường tiêu hóa (30%).

Nồng độ Natri trung bình (mmol/L) ban đầu là 121.38 ± 9.07 và sau 24 giờ điều trị bù Natri (bằng NaCl đẳng trương hoặc NaCl 3%) là 126.36 ± 6.78 , sự thay đổi nồng độ Natri máu biểu hiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hạ Natri máu < 120 mmol/L tại thời điểm nhập viện là 40% và thời điểm sau 24 giờ điều trị tỷ lệ này là 16%. Theo kiểm định Mc Nemar với $p = 0.000 < 0,01$, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hạ Natri máu nặng (Natri máu < 120 mmol/L) giảm sau 24 giờ điều trị với độ tin cậy 99%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $65,86 \pm 12,71$, trong đó độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 76%, nam có tuổi trung bình cao hơn so với nữ. Các nghiên cứu khác trên bệnh nhân hồi sức hoặc bệnh nhân nội trú như của tác giả Đặng Học Lâm⁵, Rajesh Padhi⁶ đều cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân trên 58 tuổi.

Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu là 1,4:1, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ cũng gặp trong nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Toàn³ với tỷ lệ nam nữ là 1,2:1. Theo chúng tôi tỷ lệ nam nữ trên bệnh nhân hạ natri máu không có ý nghĩa, mà hạ natri máu phụ thuộc vào nguyên nhân gây hạ natri máu. Sở dĩ tỷ lệ nam cao hơn nữ trong nghiên cứu có thể do bệnh nhân nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh nền hơn, dẫn đến hạ Natri máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân hạ Natri máu với thể tích dịch ngoại bào bình thường là hay gặp nhất và chiếm 70%. Theo Phan Thanh Toàn và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân hạ Natri máu có thể tích dịch ngoại bào bình thường là 55%³, hay theo Wiebke Fenske tỷ lệ này là 48% bệnh nhân⁷. Những tỷ lệ khác nhau từ các nghiên cứu có thể do sự khác nhau trên từng đối tượng bệnh nhân được lựa chọn của mỗi tác giả, nhưng nhìn chung bệnh nhân hạ Natri máu với thể tích dịch ngoại bào bình thường là khá phổ biến.

Triệu chứng của hạ natri máu phụ thuộc tuổi, bệnh đi kèm và nhất là mức độ và tốc độ hạ Natri (cấp tính hay từ từ/ mạn tính), có thể từ buồn nôn, mệt mỏi nếu là hạ natri máu nhẹ, mạn tính, cho đến lừ đừ, đau đầu, thay đổi tri giác, co giật hay hôn mê nếu là hạ natri máu nặng. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các triệu chứng

thần kinh trung ương là biểu hiện lâm sàng chính của tình trạng hạ Natri máu, cơ chế do gây ra phù não. Có 23 bệnh nhân nghiên cứu (chiếm 46%) tuy giảm Natri máu nhưng không có triệu chứng lâm sàng. Những bệnh nhân có mức độ hạ Natri máu nhẹ chỉ có 1 bệnh nhân có triệu chứng. Các triệu chứng tương đối không đặc hiệu, thường gặp là đau đầu (46%), chóng mặt (40%), nôn (34%), xảy ra phổ biến ở những bệnh nhân hạ Natri máu cấp tính hoặc hạ Natri máu mạn tính mức độ trung bình đến nặng. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài như của tác giả Kanchana S Pillai và cộng sự⁸ trên 75 bệnh nhân hạ Natri máu điều trị tại khoa hồi sức ghi nhận 69,3% bệnh nhân có triệu chứng nôn, 80% bệnh nhân có biểu hiện đau đầu và khó chịu. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các triệu chứng nặng như co giật, rối loạn ý thức xảy ra lần lượt ở 12% và 18% bệnh nhân, thường thấy ở nhóm bệnh nhân có nồng độ Natri huyết thanh giảm rõ rệt (< 120 mmol/L) và cấp tính (< 48 giờ).

Điều trị tình trạng hạ Natri máu phụ thuộc vào mức độ, thời gian hạ Natri máu, mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, và nguyên nhân gây hạ Natri máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm ban đầu và sau 24 giờ, sự thay đổi nồng độ Natri máu biểu hiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), sự thay đổi này thể hiện sự hiệu quả của điều trị, tuy nhiên có 3 bệnh nhân (chiếm 6%) có sự tăng Natri quá nhanh (> 12 mEq/L) trong 24 giờ, điều này có thể gây hội chứng hủy Myelin do thẩm thấu (ODS) đặc biệt trên những đối tượng nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân hạ Natri máu vào viện đa phần là tuổi cao, nhóm tuổi trên 60 chiếm ưu thế, nam nhiều hơn nữ, chủ yếu là bệnh nhân có hạ Natri máu mức độ trung bình và nặng, nhóm hạ Natri máu cấp tính và mạn tính gặp với tỷ lệ gần tương đương. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hạ Natri máu rất thay đổi và không đặc hiệu, phổ biến là các biểu hiện về thần kinh trung ương, nhưng cũng có 46% bệnh nhân không có triệu chứng, phụ thuộc nhiều vào mức độ và tốc độ hạ Natri máu cũng như nguyên nhân gây hạ Natri và các bệnh đồng mắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Waikar SS, Mount DB, Curhan GC. Mortality after hospitalization with mild, moderate, and severe hyponatremia. *Am J Med.* 2009;122(9):857-865.
2. Rondon H, Badireddy M. Hyponatremia. In:

- StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed September 4, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470386/>
3. **Phan Thanh Toàn** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan tử vong ở bệnh nhân hạ Natri máu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Chợ Rẫy.
 4. **Trần Thị Thu Hương** (2006). Bước đầu nghiên cứu tình trạng hạ Natri máu trên bệnh nhân viêm não ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương.
 5. **Đặng Học Lâm** (2009). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị hạ Natri máu ở bệnh nhân TBMN cấp, điều trị tại BV Bạch Mai, khoa cấp cứu- hồi sức từ 2005-2009.
 6. **Padhi R, Panda BN, Jagati S, Patra SC.** Hyponatremia in critically ill patients. Indian J Crit Care Med. 2014;18(2):83-87.
 7. **Fenske W, Maier SKG, Blechschmidt A, Allolio B, Störk S.** Utility and limitations of the traditional diagnostic approach to hyponatremia: a diagnostic study. Am J Med. 2010;123(7):652-657.
 8. **Pillai KS, Trivedi TH, Moulick ND.** Hyponatremia in ICU. J Assoc Physicians India. 2018;66(5):48-52.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA VIÊM MŨ NỘI NHÃN NỘI SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Ngân Hà^{1,2}, Nguyễn Minh Phú², Nguyễn Phú Trang Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của VMNN nội sinh ở trẻ em tại bệnh viện Mắt Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân là trẻ em độ tuổi từ 0-18 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm mù nội nhãn tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ ngày 1/1/2016 đến ngày 31/12/2020. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt bệnh với cỡ mẫu 162 bệnh nhân. Bệnh án được thu thập và ghi nhận các thông tin liên quan đặc điểm đối tượng nghiên cứu, triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 2-5 tuổi là chiếm tỉ lệ cao nhất với 42%. Đa số bệnh nhân thấy có nhìn mờ (82,2%), đau mắt (81,1%), và đỏ mắt (68%). Giác mạc phù là triệu chứng thực thể thường gặp nhất với 88,9%, tiếp đó đến mù tiền phòng (74,1%) và xuất tiết diện đồng tử (43,8%). Dịch kính chỉ quan sát được ở 45,7% bệnh nhân trong đó 21% đục độ 4 và 24,7 % đục độ 5. **Kết luận:** Ba triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nhìn mờ, đau nhức và đỏ mắt. Viêm mù nội nhãn gây tổn thương nặng nề các cấu trúc nội nhãn, trong đó phù giác mạc chiếm tỉ lệ lớn, gây khó khăn cho việc đánh giá các tổn thương phía sau.

Từ khóa: Viêm mù nội nhãn, nội sinh, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ENDOGENOUS ENDOPHTHALMITIS IN CHILDREN AT NATIONAL EYE HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of endogenous endophthalmitis in children at National Eye Hospital. **Methods:** The study was conducted in children aged 0-18 years who were diagnosed and

treated for endogenous endophthalmitis at National Eye Hospital from 1/1/2016 to 31/12/2020. Retrospective study described a series of diseases with a sample size of 162 patients. The medical records were collected and recorded information related to epidemiology, symptoms and signs. **Results:** The age group from 2-5 years old highest proportion with 42%. The majority of patients reported blurred vision (82,2%), eye pain (81,1%) and red eyes (68%). Corneal edema is the most common physical symptom with 88,9%, followed by hypopyon (74,1%) and pupillary discharge (43,8%). Vitreous humor was only observed in 45,7% of patients. **Conclusion:** Blurred vision, pain and red eyes are three most common symptoms. Endophthalmitis causes severe damage to intraocular structures. Corneal edema is a common sign which results in difficult to evaluate posterior lesions. **Keywords:** Endophthalmitis, endogenous, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mù nội nhãn (VMNN) là tình trạng viêm của tổ chức nội nhãn đáp ứng với sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh, dẫn đến phá hủy các thành phần dịch kính, võng mạc, hắc mạc... (1,2,3,4) VMNN nội sinh là tình trạng viêm mù nội nhãn mà các nhiễm trùng lây lan qua đường mạch máu. (4) VMNN ở trẻ em xảy ra trong hoàn cảnh rất đa dạng, bệnh cảnh thường nặng nề. Mặt khác do những đặc điểm sinh lý, giải phẫu, hệ thống miễn dịch chưa phát triển hoàn thiện ở trẻ em nên diễn biến phức tạp, phản ứng viêm xảy ra mạnh mẽ nên việc chẩn đoán, điều trị gặp nhiều khó khăn và tỷ lệ di chứng cao. Việc chẩn đoán sớm có thể cải thiện tiên lượng bệnh nhưng thường gặp khó khăn do đối tượng trẻ em không phối hợp tốt trong quá trình thăm khám và các tổn thương, quá trình viêm nhiễm của chấn thương che lấp triệu chứng của VMNN. Xuất phát từ thực tế lâm sàng, với mong muốn hiểu biết

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyenngha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

sâu hơn về các đặc điểm tổn thương VMNN nội sinh ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng VMNN nội nhãn nội sinh ở trẻ em tại bệnh viện Mắt Trung ương*” với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của VMNN nội sinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân là trẻ em độ tuổi từ 0-18 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm mủ nội nhãn nội sinh tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ ngày 1/1/2016 đến ngày 31/12/2020.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện mắt Trung ương từ tháng 9/2021 đến 5/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt bệnh.

2.3.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu. Chọn mẫu toàn thể: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng và giải phẫu bệnh là viêm mủ nội nhãn nội sinh tại bệnh viện Mắt Trung ương 1/2016 đến 12/2020. Cỡ mẫu là 162 bệnh nhân.

2.3.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu. Toàn bộ bệnh án của bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu được lựa chọn và thu thập các thông tin sau:

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian diễn biến bệnh, địa dư.

- Đặc điểm lâm sàng

+ Triệu chứng cơ năng: Bên mắt bệnh, tiền sử, điều trị trước đó, nhìn mờ, đau mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, chói mắt, ...

+ Triệu chứng thực thể: Kết mạc cương tụ, giác mạc, tiền phòng, hình dạng đồng tử, ánh sáng đồng tử, xuất tiết diện đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc, bong hắc mạc.

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

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ quy tắc đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bộ Y tế. Toàn bộ các thông tin dữ liệu về tình trạng bệnh của người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối. Số liệu trung thực khách quan được xử lý chính xác, khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

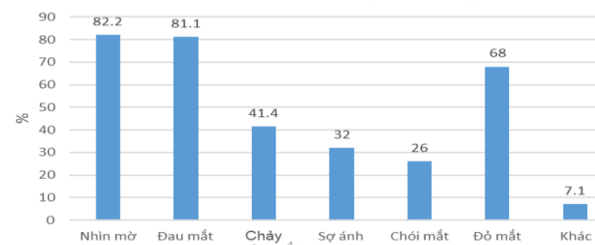
STT	Biến số	Tần số n	Tỷ lệ %
1	Giới	Nam	85
		Nữ	77
2	Tuổi	0-1	16

		2-5	68	42
		6-10	52	32,1
		11-15	25	15,4
		16-18	1	0,6
3	Địa dư	Nông thôn	139	85,8
		Thành thị	23	14,2
4	Mắt bệnh	Mắt phải	79	48,8
		Mắt trái	83	51,2

Nhìn chung không thấy có sự khác biệt đáng kể về giới trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nhóm tuổi từ 2-5 tuổi là chiếm tỉ lệ cao nhất với 42% và nhóm tuổi từ 16-18 là nhỏ nhất với 0.6%. Trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 16 tuổi còn nhỏ nhất là 1 tháng tuổi. Đa số bệnh nhân ở nông thôn với tỉ lệ 85.8%. Mắt trái chiếm tỉ lệ lớn hơn mắt phải, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Đặc điểm triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.1. Phân bố đặc điểm triệu chứng cơ năng của bệnh nhân viêm mủ nội nhãn nội sinh

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân thấy có nhìn mờ (82.2%). Hiện tượng đau mắt cũng thường gặp với 81.1%, tiếp đó đến đỏ mắt với 68%. Các triệu chứng ít gặp hơn là chảy nước mắt chiếm 41.4%, sợ ánh sáng và chói mắt lần lượt chiếm 32% và 26%.

3.3. Đặc điểm triệu chứng thực thể. Trong số 162 bệnh nhân, giác mạc phủ là triệu chứng thực thể thường gặp nhất với 88,9%. Tủa sau giác mạc chỉ chiếm 6,8%. Về tiền phòng, 120 mắt có mủ tiền phòng chiếm 74,1%. Xuất tiết diện đồng tử cũng thường gặp với 43,8%. Có tới 50% bệnh nhân không thể quan sát được thể thủy tinh do tình trạng viêm bán phần trước quá nặng nề, còn lại 29,7% thể thủy tinh trong và 14,2% đục thể thủy tinh, 6% hoá mủ và 1,2% đã đặt IOL. Dịch kính chỉ quan sát được ở 45,7% bệnh nhân trong đó 21% đục độ 4 và 24,7 % đục độ 5.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 162 bệnh nhân là đối tượng trẻ em, có 85 bệnh nhân nam (52,5%) và 77 bệnh nhân nữ (47,5%). Số

lượng bệnh nhân nghiên cứu được thu thập từ những bệnh án đáp ứng đủ điều kiện một cách ngẫu nhiên. Vì vậy có thể thấy tỉ lệ mắc bệnh giữa 2 giới là khá tương đồng và không có sự khác biệt quá lớn. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì đa số đang sinh sống tại vùng nông thôn với 85.8% còn lại là thành thị chiếm một phần rất nhỏ 14.2%. Thành thị có môi trường sống sạch sẽ hơn, điều kiện chăm sóc và vệ sinh tốt hơn có thể giảm thiểu sự lây nhiễm yếu của tổ gây bệnh.

4.2. Triệu chứng cơ năng. Thị lực khi vào viện thường giảm nghiêm trọng (82.2%) điều này nói lên rằng VMNN nội sinh là một bệnh rất nặng, tổn thương nghiêm trọng tới thị lực của bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Kim Xuân với tỉ lệ thị lực sáng tối chiếm 31,1%, thị lực từ 20/200 trở lên chỉ đạt 3,34%.⁽⁵⁾ Theo Jackson và cộng sự, tỉ lệ này là 83.3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu chỉ ra rằng đau nhức mắt cũng là triệu chứng cơ năng thường gặp với tỷ lệ 81,1%. Kết quả trên phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hải Vân và Jackson.^(4; 6) Triệu chứng đỏ mắt gặp ở 110 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 68%. Kết quả trên cho thấy giảm thị lực, đau nhức mắt và đỏ mắt là ba triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của viêm mủ nội nhãn.

4.3. Triệu chứng thực thể. Phù đục giác mạc là triệu chứng thực thể thường gặp nhất với tỉ lệ 88,9%. Hiện tượng này gây khó khăn trong việc quan sát và đánh giá các tổn thương nội nhãn. Mủ tiền phòng cũng gặp ở số lượng lớn bệnh nhân chiếm tỉ lệ 74,1%. Thể thủy tinh và dịch kính cũng ảnh hưởng nặng nề do bệnh lý

ng nghiêm trọng này. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, viêm mủ nội nhãn nội sinh xuất hiện nhiều ở lứa tuổi 2-10 tuổi, đa phần sống ở nông thôn, không có sự khác biệt đáng kể về giới. Ba triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nhìn mờ, đau nhức và đỏ mắt. Viêm mủ nội nhãn gây tổn thương nặng nề các cấu trúc nội nhãn, trong đó hiện tượng phù giác mạc chiếm tỉ lệ lớn, gây khó khăn cho việc quan sát và đánh giá các tổn thương phía sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jackson TL, Eykyn SJ, Graham EM et al. (2003) Endogenous bacterial endophthalmitis: a 17-year prospective series and review of 267 reported cases. Survey of ophthalmology 48, 403-423.
2. Lim HW, Shin JW, Cho HY et al. (2014) Endogenous endophthalmitis in the Korean population: a six-year retrospective study. Retina 34, 592-602.
3. Cho H, Shin YU, Siegel NH et al. (2018) Endogenous endophthalmitis in the American and Korean population: an 8-year retrospective study. Ocular Immunology and Inflammation 26, 496-503.
4. Jackson TL, Paraskevopoulos T, Georgalas I (2014) Systematic review of 342 cases of endogenous bacterial endophthalmitis. Survey of Ophthalmology 59, 627-635.
5. Xuan LTK (2011) Đặc điểm lâm sàng và tác nhân gây viêm mủ nội nhãn nội sinh ở trẻ em Tạp chí Y học Thực hành 6, 15-18.
6. Van VTH (2019) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mủ nội nhãn tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn 2012 đến 2017, Luận văn Thạc sĩ Nhân khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN XỬ LÝ GIÁC QUAN Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ DƯỚI 15 TUỔI

Phạm Thu Thuý¹, Nguyễn Hoài Nam¹, Vũ Thị Bích Hạnh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Thuý

Email: phamthuy9706@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 75 trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi trong năm 2023 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Có 63 trẻ (84%) có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan (RLXLGQ), trong đó 23 trẻ (30,7%) mắc rối loạn ở 3 giác quan trở lên. Rối loạn xử lý vận động chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%) trong đó 48% rối loạn mức độ nhẹ, 5,3% rối loạn mức độ nặng tiếp theo là rối loạn xúc giác và cảm thụ bản thể. Số trẻ có mẫu cảm giác Ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất (52%). Có 22 trẻ (29,3%) không thuộc mẫu cảm giác nào và 7 trẻ (9,3%) thuộc cả 4 mẫu cảm giác. Trẻ tự kỷ có mức độ nặng hơn (CARS \geq 37 điểm) có tỷ lệ mắc RLXLGQ cao hơn. **Kết luận:** RLXLGQ gặp phổ biến ở trẻ RLPTK và mỗi trẻ có thể nằm trong

nhiều mẫu cảm giác khác nhau. Do đó, cần có nhiều nghiên cứu hơn về RLXLGQ ở nước ta và đưa ra phương pháp can thiệp sớm.

Từ khóa: Tự kỷ; Rối loạn xử lý giác quan

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF SENSORY PROCESSING DISORDER IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER UNDER 15 YEARS OLD

Objectives: To find out the prevalence, clinical features of sensory processing disorder in children with autism spectrum disorder under 15 years old. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 75 autistic children under 15 years old in Department of Psychiatry of National Hospital of Pediatrics (2023). **Result:** There were 63 children (84%) had at least one sensory processing disorder (SPD), of which 23 children (30,7%) had 3 disorders or more senses. Motor processing disorder accounted for the highest rate (53,3%) in which 48% had mild disorder, 5,3% had severe disorder, followed by somatic and tactile processing disorder. Registration accounted for the highest rate (52%). There are 22 children (29,3%) who do not belong to any sensory patterns and 7 children (9,3%) belong to all four sensory patterns. Children with more severe autism (CARS \geq 37 points) have a higher rate of ASD. **Conclusions:** Sensory processing disorder is common in children with autism spectrum disorder and each child may have many different sensory patterns. The study highlights the importance of a comprehensive evaluation the symptoms of sensory processing disorder in children with autism spectrum disorder.

Keywords: Autism; Sensory processing disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) được đặc trưng bởi các đặc điểm cốt lõi trong hai lĩnh vực: giao tiếp xã hội và sự hạn chế, lặp đi lặp lại của các hành vi vận động, cảm giác, những rối loạn này không phân biệt văn hóa, chủng tộc, dân tộc hoặc nhóm kinh tế xã hội [4]. Tỷ lệ trẻ RLPTK ngày càng tăng lên theo thời gian, theo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), năm 2014 tỷ lệ RLPTK là 1/59 trẻ, năm 2016 là 1/54 trẻ và năm 2018 tỷ lệ này là 1/44 [5]. Thống kê tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2016-2018 cho thấy tỷ lệ trẻ RLPTK tại phòng khám ngoại trú chiếm 18,26%, cao nhất trong các nguyên nhân trẻ đến khám tại đây [1].

Rối loạn xử lý giác quan (RLXLGQ) (Sensory Processing Disorders - SPD) là tình trạng não gặp khó khăn trong việc tiếp nhận, xử lý và phản hồi thông tin đầu vào từ các giác quan. Theo Tomcheck và Dunn năm 2007, có tới 95% trẻ em bị RLPTK được chứng minh có một số rối loạn chức năng xử lý giác quan kèm theo trên theo dựa trên thang điểm Short Sensory Profile[6].

Nghiên cứu của Thành Ngọc Minh năm 2017 cho thấy 77,7% trẻ Tự kỷ có ít nhất một loại RLXLGQ, 46,9% trẻ mắc trên 3 loại [2]. Đặc biệt theo DSM-5 RLXLGQ là một phần tiêu chí của lĩnh vực những mẫu hành vi, sở thích, hoặc hoạt động thu hẹp, lặp đi lặp lại để chẩn đoán Rối loạn phổ tự kỷ.

Mặc dù RLXLGQ xảy ra phổ biến ở trẻ RLPTK, tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu được thực hiện về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi*" với mục tiêu: *Xác định đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 75 trẻ được chẩn đoán Rối loạn phổ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 10/2022 – 08/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em dưới 15 tuổi được chẩn đoán là RLPTK tại khoa Tâm thần, bệnh viện Nhi Trung ương theo tiêu chuẩn DSM-5.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh cơ thể nặng hoặc dị tật bẩm sinh, khuyết tật các cơ quan vận động, cảm giác, đang điều trị bằng thuốc thần kinh hoặc thuốc hướng thần, gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

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

Các công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Thang đánh giá giác quan trẻ em 2 (Sensory Profile 2), Thang đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ nhỏ (CARS)

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

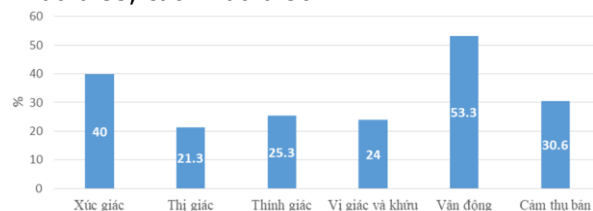
Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, mức độ nặng tự kỷ của đối tượng nghiên cứu (n=75)

		Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi (tháng)	36-48	38	50,7	13	17,3	51	68,0
	49-60	10	13,3	1	1,3	11	14,7
	>60	9	1,0	4	5,3	13	17,3
	Tổng	57	76,0	18	24,0	75	100,0
	X \pm SD	48,77 \pm 16,67					
Điểm CARS	30-36,5	17	22,7	4	5,3	21	28,0
	37-60	40	53,4	14	18,6	54	72,0
	X \pm SD	38,29 \pm 3,09					

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 48,77 \pm 16,67 (tháng). Trong đó nhóm tuổi 36 – 48 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với

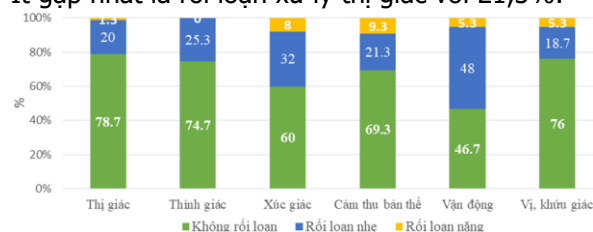
50,7%, thấp nhất là nhóm >60 tháng với 12,0 %. Đa số trẻ trong nghiên cứu là nam giới (76%). Tỷ lệ nam/nữ = 3.2/1.

Các đối tượng trong nghiên cứu đa số là tự kỷ mức độ nặng (72,0 %), với điểm CARS thấp nhất là 33, cao nhất là 50.



Biểu đồ 1: Tần suất các rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Nhận xét: Trong các RLXGQ thì rối loạn xử lý vận động chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,3%. Ít gặp nhất là rối loạn xử lý thị giác với 21,3%.



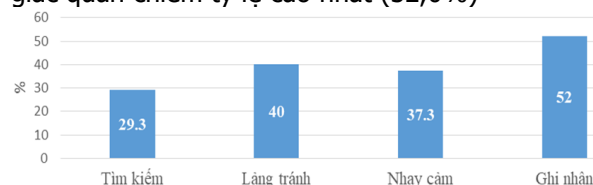
Biểu đồ 2: Mức độ nặng của các rối loạn giác quan

Nhận xét: Các rối loạn xử lý giác quan đa số ở mức rối loạn nhẹ. Rối loạn xử lý thính giác không có trường hợp nào rối loạn mức độ nặng.

Bảng 2: Số lượng các giác quan bị rối loạn ở trẻ Rối loạn phổ tự kỷ (n=75)

Số giác quan	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không rối loạn	8	10,7	4	5,3	12	16,0
1 giác quan	14	18,7	2	2,7	16	21,3
2 giác quan	17	22,7	7	9,3	24	32,0
3 giác quan	11	14,7	3	4,0	14	18,7
4 giác quan	4	5,3	2	2,7	6	8,0
5 giác quan	2	2,7	0	0,0	2	2,7
6 giác quan	1	1,3	0	0,0	1	1,3

Nhận xét: Có 84,0% trẻ có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan. Trong đó có 30,7% có từ 3 rối loạn xử lý giác quan trở lên. Số trẻ rối loạn 2 giác quan chiếm tỷ lệ cao nhất (32,0%)



Biểu đồ 3: Tần suất các rối loạn giác quan theo các mẫu cảm giác (n=75)

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện rối loạn giác quan ở mẫu cảm giác Ghi nhận là cao nhất với 52,0%, thấp nhất ở mẫu cảm giác Tìm kiếm với 29,3%.

Bảng 3: Mức độ rối loạn xử lý giác quan theo mẫu cảm giác

	Bình thường		Rối loạn nhẹ		Rối loạn nặng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tìm kiếm	53	70.7	21	28	1	1.3
Nhảy cảm	47	62.7	23	30.7	5	6.7
Lảng tránh	45	60	25	33.3	5	6.7
Ghi nhận	36	48.0	24	32.0	15	20.0

Nhận xét: Các rối loạn xử lý giác quan theo các mẫu cảm giác đa số ở mức rối loạn nhẹ.

Bảng 4. Tỷ lệ các dưới nhóm phụ theo các mẫu cảm giác

	SL	%
Không thuộc nhóm nào	22	29,3
Thuộc 1 nhóm	14	18,7
Thuộc 2 nhóm	19	25,3
Thuộc 3 nhóm	13	17,3
Thuộc cả 4 nhóm	7	9,3

Nhận xét: Có 22 trẻ (29,3%) không thuộc mẫu cảm giác nào, là những trẻ có phản ứng cân bằng với đầu vào giác quan. Có 7 trẻ (9,3%) nằm trong cả 4 mẫu cảm giác là những trẻ có phản ứng mãnh liệt với rối loạn đầu vào giác quan.

Bảng 5. Môi liên quan mức độ RLPTK và số lượng giác quan rối loạn

	30-36.5		37-60		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Thính giác	3	14,3	16	29,6	0,241	2,53 (0,65-9,79)
Thị giác	3	14,3	13	24,1	0,532	1,90 (0,48-7,50)
Xúc giác	5	23,8	25	46,3	0,115	2,76 (0,88-8,61)
Vị khứu giác	2	9,5	16	29,6	0,079	4,0 (0,83-19,22)
Vận động	9	42,9	31	57,4	0,308	1,80 (0,65-4,98)
Cảm thụ bản thể	4	19,1	19	45,2	0,265	2,31 (0,68-7,85)

Nhận xét: Nhìn chung, nhóm trẻ mức độ tự kỷ nặng thì tỷ lệ mắc các rối loạn xử lý giác quan cao hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Môi liên quan mức độ RLPTK với các mẫu cảm giác

	30-36.5		37-60		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Tìm kiếm	3	14,3	19	35,2	0,094	3,26 (0,85-12,49)
Lảng	5	23,8	25	46,3	0,115	2,76

tránh						(0,88-8,61)
Ghi nhận	8	38,1	31	57,4	0,308	1,80 (0,65-4,98)
Nhạy cảm	4	19,0	24	44,4	0,041	3,40 (1,01-11,49)

Nhận xét: Nhìn chung, nhóm trẻ mức độ tự kỷ nặng thì tỷ lệ thuộc các mẫu cảm giác cao hơn, tuy nhiên chỉ có mẫu cảm giác Nhạy cảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1. Tỷ lệ này cũng tương tự với tỷ lệ của các nghiên cứu khác về tỷ lệ phân bố giới tính ở trẻ tự kỷ khoảng 4 trẻ trai/1 trẻ gái [7]. Đa số trẻ tự kỷ ở mức độ nặng (72%) với điểm CARS trung bình là 38.29 ± 3.09 , tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) với 88,2% [2] và Nguyễn Thế Tài (2022) với 82,7% [3]. Sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở cả các trẻ can thiệp tại khoa và các trẻ ở phòng khám khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương. Tỷ lệ người chăm sóc chính của trẻ đa số là mẹ (88%). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 48.77 ± 16.67 tháng, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Thành Ngọc Minh năm 2017 45 ± 8.14 tháng tuổi [2] do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở trẻ từ 3 đến dưới 15 tuổi so với 3-6 tuổi của tác giả Thành Ngọc Minh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan. Trong 75 trẻ RLPTK trong nghiên cứu của chúng tôi, có 84,0% trẻ có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan, trong đó có 30,7% có từ 3 rối loạn xử lý giác quan trở lên tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Ben-sasson năm 2009 là khoảng 80%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Thành Ngọc Minh (2017) với 77,7% và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Tài (2022) với 90,7%. Sự khác nhau này do sự khác nhau trong cách chọn mẫu và bộ công cụ đánh giá. Như vậy có thể thấy tỷ lệ trẻ RLPTK mắc RLXLGQ ở nước ta khá tương đồng so với các nghiên cứu trên thế giới.

Theo kết quả nghiên cứu rối loạn vận động chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Nguyên nhân dẫn đến các rối loạn vận động là do trẻ gặp các rối loạn trong xử lý cảm giác tiền đình khiến trẻ có xu hướng tìm kiếm hoặc lảng tránh vận động. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) với 55,3% [2]. Trong số đó, đa số trẻ gặp rối loạn vận động mức độ nhẹ (48%), trong khi rối loạn mức độ nặng chỉ chiếm 5,3%.

RLXLGQ hay gặp tiếp theo là rối loạn xử lý xúc giác 40%, trong đó trẻ rối loạn mức độ nhẹ chiếm 32%, rối loạn mức độ nặng chiếm 8%. Rối loạn này khiến trẻ có xu hướng tránh xa người khác hoặc nhu cầu được đụng chạm, âu yếm, là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến những hành vi bất thường khiến người xung quanh cảm thấy khó chịu.

Rối loạn xử lý cảm thụ bản thể chiếm 30,6% với tỷ lệ mức độ rối loạn nhẹ là 21,3% và tỷ lệ mức độ rối loạn nặng là 9,3%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) là 30,9% [2]. Rối loạn xử lý cảm thụ bản thể khiến trẻ khó khăn trong kiểm soát vận động ví dụ như không kiểm soát sức mạnh khi đóng cửa, khi bước đi khiến dáng đi của trẻ cứng nhắc, khiến trẻ dễ dàng vấp ngã, không biết tránh các vật cản khi di chuyển trên đường.

Rối loạn xử lý thị giác gặp 21,3% trẻ RLPTK trong nghiên cứu, trong đó có 20% trẻ rối loạn mức độ nhẹ, 1,3% trẻ rối loạn mức độ nặng. Có 25,3% trẻ RLPTK rối loạn xử lý thính giác mức độ nhẹ, không có trẻ nào rối loạn mức độ nặng. Tỷ lệ trẻ rối loạn xử lý vị giác và khứu giác là 24% với 18,7% rối loạn mức độ nhẹ và 5,3% rối loạn mức độ nặng. Rối loạn vị giác và khứu giác là một trong những nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng kén ăn của trẻ RLPTK. Theo nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) tỷ lệ trẻ rối loạn thị giác 36,2%, rối loạn xử lý thính giác là 23,4 % và rối loạn xử lý vị giác và khứu giác là 41,4%. Sự khác biệt này do cách thu thập mẫu và sử dụng bộ công cụ đánh giá khác nhau.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Thang đánh giá giác quan Trẻ em 2 của Dunn gồm 4 mẫu cảm giác Tìm kiếm, Nhạy cảm, Lảng tránh và Ghi nhận. Trong đó trẻ thuộc mẫu Ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, tiếp đó là Lảng tránh 40%, Nhạy cảm 37,3% và thấp nhất là Tìm kiếm 29,3%. Như vậy trẻ RLPTK có xu hướng bỏ lỡ kích thích đầu vào cảm giác cao nhất. Trong số đó, đa số các rối loạn xử lý giác quan theo các mẫu cảm giác ở mức độ nhẹ.

Trong mẫu nghiên cứu, có 29,3% trẻ không thuộc mẫu cảm giác nào, trẻ có cấu hình cảm giác cân bằng đặc trưng bởi điểm số thấp ở cả 4 mẫu cảm giác. Những trẻ trong phân nhóm này có thể khám phá các kích thích giác quan khác nhau và dễ dàng tham gia vào các trải nghiệm giác quan khác nhau. Có 9,3% trẻ thuộc trong cả 4 mẫu cảm giác, chúng có cấu hình cảm giác mãnh liệt với điểm số cao ở cả 4 mẫu cảm giác Tìm kiếm, Lảng tránh, Nhạy cảm và Ghi nhận. Những trẻ trong nhóm này có thể không thích nhiều trải nghiệm giác quan nhưng cũng gặp khó

khăn trong việc ghi nhận các kích thích giác quan và tham gia vào các hành vi tìm kiếm giác quan với tốc độ cao. Theo nghiên cứu của Little (2016), trẻ có cấu hình cảm giác cân bằng chiếm 35,1%, có cấu hình cảm giác mãnh liệt là 19,5% [8]. Ausderau và cộng sự (2014) cũng đã tìm thấy một 'phân nhóm cảm giác nhẹ' cho thấy tần số thấp tổng thể của các tính năng cảm giác, với 29% trẻ em mắc RLPTK từ 2-12 tuổi thuộc nhóm này. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do sự khác nhau trong cách chọn mẫu và mô hình bệnh tật ở quốc gia khác nhau.

Với mức độ tự kỷ nặng (CARS ≥ 37 điểm), tỷ lệ trẻ RLPTK rối loạn xử lý ở từng loại giác quan và thuộc các mẫu cảm giác đều cao hơn so với trẻ có mức độ tự kỷ nhẹ và trung bình (CARS 30-36,5 điểm), tuy nhiên khác biệt hầu hết không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) [2] và Nguyễn Thế Tài (2022) [3], sự khác biệt này là do sử dụng công cụ đánh giá khác nhau.

V. KẾT LUẬN

RLXLGQ gặp phổ biến ở trẻ RLPTK và mỗi trẻ có thể nằm trong nhiều mẫu cảm giác khác nhau. Không có mối liên quan rõ rệt nhưng RLXLGQ có xu hướng tăng lên ở trẻ có mức độ tự kỷ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mai Hương, Thành Ngọc Minh, Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Hồng

Thúy, Đào Thị Thuý (2019). Khảo sát mô hình bệnh tật tại phòng khám ngoại trú khoa tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2016 đến 2018. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa, tháng 2 năm 2019.

2. Thành Ngọc Minh, Mai Thị Xuân Thu, Nguyễn Mai Hương, Nguyễn Thị Hồng Thuý (2018). Đặc điểm những rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y học Việt Nam, tập 473 số tháng 11, số chuyên đề năm 2018 (79-89).
3. Nguyễn Thế Tài, Nguyễn Doãn Phương (2022). Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y Học Việt Nam, tập 519 số 2 tháng 10 năm 2022
4. Khan N.Z., Gallo L.A., Arghir A., et al. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health. Autism Res Off J Int Soc Autism Res, 5(3), 156-159.
5. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder CDC. Centers for Disease Control and Prevention.
6. Tomchek S.D. and Dunn W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc, 61(2), 190-200.
7. Maenner M.J., Shaw K.A., Bakian A.V., et al. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ, 70(11), 1-16.
8. Little L.M., Dean E., Tomchek S.D., et al. (2017). Classifying sensory profiles of children in the general population. Child Care Health Dev, 43(1), 81-88.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHÌNH MẠCH NÃO VỠ BẰNG VI PHẪU THUẬT KẸP CỔ TÚI PHÌNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đình Hưởng¹, Phạm Thị Thanh Huyền², Nguyễn Hữu Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị túi phình động mạch não bằng phẫu thuật kẹp clip vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, trên 31 bệnh nhân mắc bệnh phình động mạch não có chỉ định phẫu thuật kẹp clip túi phình Khoa Ngoại Thần kinh- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 9/2019 đến 10/2022. **Kết quả:** Về mặt lâm sàng, tại thời điểm ra viện, 77,4% bệnh

nhân phục hồi tốt (GOS 4 và 5 điểm), kết quả trung bình (GOS 3 điểm) chiếm 9,7%, kết quả xấu (GOS 2 điểm) chiếm 9,7%. Có 1 bệnh nhân tử vong (1 điểm) chiếm 3,2%. Tỷ lệ cải thiện sau 3 tháng chiếm 36,7%. Chụp CTA kiểm tra sau mổ, kết quả 97,4% túi phình được loại bỏ hoàn toàn. **Kết luận:** Phình động mạch não vỡ chiếm tỷ lệ khá thấp nhưng để lại nhiều hậu quả nặng nề. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh phình động mạch nhưng phẫu thuật vẫn có nhiều ưu điểm riêng, vẫn đang tiếp tục được cải thiện nhằm đem lại kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

Từ khóa: túi phình động mạch não, kẹp clip vi phẫu

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT OF INTRACRANIAL ANEURYSM MICROSURGICAL TREATMENT BY CLIPPING

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưởng

Email: bshuonngtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

Objective: To describe of clinical features, imaging finding and evaluate the results of intracranial aneurysm microsurgical treatment by clipping. **Methods:** Prospective described study of 31 cases of cranial aneurysm indicated to surgical treatment at Neurosurgery Department – Thái Nguyên national hospital from 9/2019 to 10/2022. **Results:** The outcome at the time discharged from hospital, 77,4% had good recovery (GOS 4-5), 9,7% had moderate outcome (GOS 3) and 9,7% had bad outcome (GOS 2), 1 patients died (3,2%). The proportion of better recovery after 3 months was 36,7%, and 1 patient died at home. Checked CTA after surgery, 97,4% of aneurysm was completely removed. **Conclusions:** The proportion of ruptured intracranial aneurysm is very low, but the outcome is often bad. Nowadays, there are many method treatment for intracranial aneurysm, but microsurgical treatment still remains its important roles and is improvement for better outcome. **Keywords:** intracranial aneurysm, microsurgical treatment by clipping

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là tình trạng khá thường gặp, được tìm thấy khoảng 3,2% (1,9-5,2%) dân số trên thế giới và tỷ lệ ngày càng tăng nhờ sự phát triển vượt bậc của các kỹ thuật thăm khám hình ảnh mạch máu não như CLVT đa dãy dựng hình mạch não, chụp CHT mạch não hay chụp mạch não số hóa xóa nền (DSA), sự tiến bộ về kỹ thuật siêu âm doppler xuyên sọ nên chẩn đoán TP mạch não ngày càng được phát hiện sớm hơn [1]. Phần lớn túi phình động mạch não không vỡ trong suốt cuộc đời. Trung bình 1 triệu người trưởng thành trong quần thể chung có khoảng 32 nghìn người có túi phình động mạch và chỉ 0,25% trong số này (1/200-1/400) sẽ vỡ [5]. Tuy nhiên, nếu túi phình động mạch vỡ sẽ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng và để lại nhiều di chứng nặng nề. Điều trị túi phình động mạch não trong trong sọ vẫn là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng, cần phải phối hợp chặt chẽ các chuyên ngành hồi sức, gây mê, nội thần kinh để từ đó đưa ra chiến lược điều trị hợp lý nhất. Trong đó, phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn túi phình động mạch não khỏi vòng tuần hoàn đóng vai trò quan trọng nhằm giải quyết nguyên nhân, tránh biến chứng chảy máu tái phát, đồng thời giải quyết các biến chứng như chống co thắt mạch não, giãn não thất, khối máu tụ trong não... Điều trị can thiệp nội mạch được nâng cao về kỹ thuật với nhiều phương pháp, vật liệu mới được áp dụng trong điều trị ngay cả khi túi phình động mạch não vỡ. Tuy nhiên, các báo cáo đã được công bố tại Việt Nam cũng như trên thế giới cho rằng điều trị can thiệp mạch não có nguy cơ tái thông cao 14- 33% và đây cũng là nguyên nhân gây chảy máu tái phát của túi

phình - biến chứng không mong muốn nhất trong điều trị túi phình động mạch não [3] [6]. Xuất phát từ thực tế mong muốn đánh giá toàn diện về bệnh cảnh vỡ túi phình động mạch não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả bước đầu điều trị phình mạch não vỡ bằng vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên" Nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phình mạch não vỡ bằng vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình mạch não tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ phình động mạch não và được phẫu thuật kẹp cổ túi phình vi phẫu tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện trung ương Thái Nguyên thời gian nghiên cứu: 9/2019 đến 10/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu. BN được chẩn đoán lâm sàng xác định phình động mạch não vỡ

BN được chụp cắt lớp vi tính đa dãy.

BN được phẫu thuật kẹp cổ túi phình vi phẫu

BN hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

BN được theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng sau phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: BN được chuẩn đoán phình động mạch não vỡ nhưng có lâm sàng nặng, GCS < 5 điểm

BN được chuẩn đoán phình động mạch não vỡ nhưng không can thiệp phẫu thuật.

BN có phình động mạch não vỡ nhưng có tiền sử bệnh lý toàn thân nặng: suy tim độ 4, suy thận giai đoạn cuối có chạy thận chu kỳ, rối loạn đông máu.

BN hoặc gia đình không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ 9/2019 đến 10/2022.

Địa điểm nghiên cứu: khoa ngoại thần kinh – cột sống Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu và tiến cứu các trường hợp vỡ phình mạch não được phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn lựa và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được can thiệp phẫu thuật trong thời gian tiến hành nghiên cứu 31 bệnh nhân.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi: BN được thu thập các giá trị tuổi, thống kê tuổi trung bình mắc bệnh, tuổi lớn nhất và nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán xác định.

Cách khởi phát bệnh:

- Đột ngột: các triệu chứng lâm sàng diễn ra đột ngột dưới 30 phút

- Cấp tính: các triệu chứng lâm sàng diễn ra: 30 - 60 phút

- Từ từ tăng dần: các triệu chứng diễn ra trên 60 phút đến nhiều ngày.

Các triệu chứng lâm sàng khi khởi phát bệnh: Lý do chính khiến BN than phiền được ghi nhận: đau đầu, buồn nôn và nôn, mất tri giác tạm thời, co giật động kinh, hôn mê sau đột quỵ hay các dấu hiệu TK khu trú: liệt vận động, sụp mí, nhìn mờ...

Các triệu chứng và hội chứng lâm sàng khi đến viện: theo Phân độ Hunt – Hess

2.4.2. Nghiên cứu hình ảnh học của túi phình động mạch não vỡ

a. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính không tiêm thuốc cản quang

- Thống kê các biến chứng của vỡ túi phình động mạch não trên phim chụp: chảy máu nhu mô não, giãn não thất, chảy máu não thất, chảy máu dưới màng cứng.

b. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA). Nghiên cứu vị trí, kích thước túi phình động mạch não.

Đánh giá sự tồn dư túi phình sau can thiệp

2.4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Đánh giá kết quả điều trị ở thời điểm ra viện và 3 tháng sau ra viện

Đánh giá lâm sàng: dựa vào tình trạng lâm sàng sau phẫu thuật (1-2 tuần) và thời điểm xuất viện dựa theo thang điểm GOS.

Đánh giá phim chụp mạch não CLVT thời điểm ra viện và 3 tháng sau ra viện.

2.4.4. Các tai biến, biến chứng

Vỡ túi phình trong mổ

Thiếu máu, co thắt mạch sau mổ

Phù não, Dẫn não thất, viêm màng não

2.5. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo bảng phần mềm SPSS. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ minh họa.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Các vấn đề của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tôn trọng và bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Việc công bố kết quả nghiên cứu chỉ thể hiện dưới dạng số liệu, không ảnh hưởng đến đời sống của đối tượng nghiên cứu. BN được cung cấp số điện thoại của nghiên cứu sinh để liên lạc trực tiếp.

Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Phân bố theo tuổi

Độ tuổi	n	%
<40	4	12,9
40-59	19	61,3
≥60	8	25,8
Tổng	31	100
Tuổi trung bình	52,7±11,1 (28;76)	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 52,7±11,1; tuổi hay gặp là từ 40 – 59 tuổi chiếm 61,3%

Bảng 3.2. Bảng cách thức khởi phát bệnh

Cách thức khởi phát	Số BN	Tỉ lệ %
Đột ngột	31	100
Từ từ	0	0

Nhận xét: 100% các trường hợp vỡ phình mạch có triệu chứng khởi phát đột ngột

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng khi khởi phát

Triệu chứng	n	%
Đau đầu dữ dội	29	93,5%
Buồn nôn	18	58,1%
Nôn	10	32,2%
Rối loạn ý thức	8	25,8
Co giật	1	3,2%

Nhận xét: Đau đầu dữ dội là triệu chứng khởi phát thường gặp 93,5%, bên cạnh đó buồn nôn hoặc nôn cũng rất hay gặp 90,3%, rối loạn ý thức gặp 25,8%. Co giật chỉ gặp 1 trường hợp chiếm 3,2%.

Bảng 3.4. Phân độ Hunt – Hess lúc vào viện và trước mổ

		Tổng	Phân độ Hunt-Hess trước mổ				
			Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Phân độ Hunt-Hess lúc vào viện	Độ 1	4 (12,9%)	3	1	0	0	p<0,001
	Độ 2	11 (35,5%)	0	10	1	0	
	Độ 3	7 (22,5%)	0	0	5	2	
	Độ 4	9 (29,1%)	0	0	0	9	
Tổng		31 (100%)	3 (9,7%)	11 (35,5%)	6 (19,4%)	11 (35,5%)	

Nhận xét: Độ 2 là mức độ hay gặp nhất khi vào viện chiếm 35,5%. Trước mổ có sự tiến triển xấu đi, Độ Hunt- Hess hay gặp là độ 2, độ IV cùng chiếm 35,5%.

Bảng 3.5: Vị trí túi phình vỡ

Vị trí túi phình	Bên		Tổng 40	(%)
	Trái	Phải		
ĐM não giữa	7	8	15	37,5
ĐM mắt	0	1	1	2,5
ĐM thông sau	8	9	17	42,5
ĐM mạch não trước	2	0	2	5
ĐM thông trước (lệch)	2	3	5	12,5

Nhận xét: Vị trí túi phình hay gặp là cảnh trong đoạn thông sau 42,5% và não giữa 37,5%. Thông trước gặp 12,5%. Ít gặp túi phình động mạch não trước 5% và mắt 3,2%.

Bảng 3.6: Kích thước các túi phình được xác định trên CTA

Kích thước	Túi 1	Túi 2	Túi 3	Tổng	(%)
Đường kính <5mm	18	5	0	23	57,5
Đường kính 5-9,99mm	12	3	1	16	40
Đường kính 10-25mm	1			1	2,5
Đường kính >25mm	0				0
Tổng	31	8	1	40	100

Nhận xét: Có 40 túi phình được đo kích thước trên CTA trong tổng số 40 túi phình được phát hiện trong đó đường kính dưới 5mm chiếm 57,5%, không có trường hợp nào là túi phình khổng lồ trên 25mm.

Bảng 3.9. Kết quả phục hồi chức năng theo GOS ra viện và sau 3 tháng

		Điểm GOS sau 3 tháng					Tổng
		1	2	3	4	5	
Điểm GOS lúc xuất viện	2	0	2	1	0	0	3
	3	0	0	1	2	0	3
	4	0	0	0	2	8	10
	5	0	0	0	0	14	14
Tổng		0	2 (6,7%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	22 (73,3%)	30

Nhận xét: Khi ra viện có 77,4% hồi phục tốt theo GOS, 01 BN GCS 1 điểm.

Sau 3 tháng có 86,6% hồi phục tốt, chỉ còn 6,7% GOS xấu không có sự hồi phục về thần kinh

Bảng 3.10. Biến chứng vỡ túi phình trong phẫu thuật

Vỡ túi phình	Số BN	Tỉ lệ %
Trước khi bóc tách	1	2,5
Khi bóc tách	2	5
Khi đặt Clip	5	12,5

Nhận xét: Vỡ túi phình thường xảy ra khi đặt clip chiếm 12,5%, 5% vỡ khi bóc tách, chỉ 2,5% vỡ khi mở sọ, chưa bóc tách túi phình

Bảng 3.11. Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số BN	Tỉ lệ %
Viêm màng não	0	0

Bảng 3.7. Phương pháp xử trí túi phình

Phương pháp	Túi phình 1	Túi phình kèm theo		Tổng
		Túi phình 2	Túi phình 3	
Không xử trí	0	0	1	1
Kẹp clip đơn thuần	30	8		38
Kẹp động mạch mang	0			0
Bọc túi phình	1	0		1
Tổng cộng	31	8	1	40

Nhận xét: Kẹp cổ túi phình bằng clip đơn thuần là phương pháp xử lý chính chiếm 95%, 1 trường hợp phải bọc túi phình gia cố chiếm 2,5% và 1 trường hợp túi phình thứ 3 không được kẹp cùng chiếm 2,5%. Không có trường hợp nào phải kẹp động mạch mang.

Bảng 3.8. Kết quả trên phim chụp CLVT mạch máu não tại thời điểm sau mổ 1 tuần và 3 tháng sau ra viện

			3 tháng	
			Hết cổ hoàn toàn	Còn thừa cổ
7 ngày sau mổ	Hết hoàn toàn túi phình	38 (97,4%)	38 (100%)	0
	Còn thừa cổ	1 (2,6%)	0	0
Tổng		39 (100%)	38 (100%)	

Nhận xét: Sau mổ 7 ngày hầu hết túi phình được loại bỏ hoàn toàn 97,4%, chỉ 2,6% thừa cổ. Sau 3 tháng không có túi phình nào tái phát.

Giãn não thất	1	3,2
Phù não	0	0
Thiếu máu não	6	19,3

Nhận xét: Thiếu máu não là biến chứng hay gặp chiếm 19,3%, giãn não thất gặp 1 trường hợp chiếm 3,2%, không có trường hợp nào phù não hoặc viêm màng não.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật vi phẫu kẹp cổ túi phình cho kết quả lâu dài tốt, tỉ lệ tái phát thấp hơn so với can thiệp nội mạch [2]. Tuy nhiên do thời gian nghiên cứu hạn chế, số lượng bệnh nhân ít, chúng tôi chỉ đồng nhất đánh giá kết quả sau 3 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 28 đến 76. Đa số bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 -

59, chiếm tỉ lệ 61,3%. Các nghiên cứu đa trung tâm cho thấy nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi. Tỉ lệ mắc cao hơn gấp ở nhóm tuổi 45-55. Nguy cơ tăng lên khoảng 1.06 lần qua mỗi năm tuổi tăng thêm [3] [5] [9].

Cách thức khởi phát bệnh và triệu chứng khởi phát được ghi nhận là khởi phát đột ngột (100%) và triệu chứng thường gặp là đau đầu dữ dội như sét đánh (93,5%) phù hợp với mô tả của các tác giả khác về bệnh cảnh của vỡ túi phình mạch não do sự tràn máu vào khoang dưới nhện và não thất [1] [6]

Phân độ Hunt-Hess khi vào viện với độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 35,5%, độ 4 chiếm 29,1%, độ 3 chiếm 22,5%, độ 1 chiếm 12,9% và không có độ 5 trong nghiên cứu. Phân độ Hunt-Hess trước mổ có thay đổi so với lúc vào viện. Có 4 bệnh nhân tăng độ Hunt-Hess so với lúc vào viện, trong đó có 1 bệnh nhân tăng độ 1 lên độ 2; 1 bệnh nhân độ 2 tăng lên độ 3, 2 bệnh nhân tăng độ 3 lên độ 4. Không có bệnh nhân nào giảm độ Hunt – Hess. Độ lâm sàng Hunt-Hess là một trong các yếu tố giúp quyết định chỉ định phẫu thuật và tiên lượng kết quả điều trị. Trong một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, khoảng 20-40% bệnh nhân được đưa đến viện với tình trạng lâm sàng nặng (Hunt-Hess 4,5), và có sự liên quan độ Hunt-Hess trước mổ và kết quả phục hồi sau mổ [3] [7] [8]

Vị trí phân bố túi phình gặp nhiều nhất là ở động mạch não thông sau chiếm 42,5%, động mạch não giữa chiếm 37,5%. Các vị trí còn lại là động mạch thông trước, động mạch mắt, động mạch não trước chiếm tỉ lệ lần lượt là 12,5%, 5% và 2,5% tương tự nghiên cứu của Võ Bá Tường và cộng sự [4].

Các túi phình được đo trong nghiên cứu có kích thước <5mm với 23 túi, chiếm 57,5%. Nhóm có đường kính 5-9,99 mm với 16 túi, chiếm 40%; nhóm có đường kính 10-25 mm với 1 túi, chiếm 2,5%. Không có túi phình kích thước khổng lồ >25mm trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ về kích thước túi phình của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của các tác giả trong nước [2] [3] [4].

Hầu hết túi phình được xử trí bằng kẹp clip đơn thuần thành công với 39 túi phình. Trong đó 1 túi phình được xử trí bằng bóc túi phình, do túi phình động mạch cảnh trong đoạn thông sau hình thoi thành mỏng, vôi hóa nhiều, kẹp có nguy cơ tắc vì vậy phải tạo hình và gia cố bằng cách bóc quanh túi phình. Một trường hợp túi phình động mạch thông trước hướng lên trên và ra ngoài, trong quá trình phẫu thuật, khi đang

mở sọ thấy não ngày càng căng, mở màng cứng thấy máu chảy rất nhiều, đây là trường hợp vỡ trước khi bóc tách. Sau khi hút 1 phần thùy trán, kẹp tạm mạch mang đã kẹp được hoàn toàn cổ túi phình, tuy nhiên đây là trường hợp sau mổ bị tổn thương thần kinh không hồi phục. 1 trường hợp túi phình thông trước trong mổ quan sát được kẹp hoàn toàn cổ, tuy nhiên sau 7 ngày bệnh nhân xuất hiện hôn mê, chụp CLVT lại thấy xuất huyết dưới nhện và túi phình tồn dư. Trường hợp này gia đình xin về và sau đó tử vong. Trường hợp túi phình không được kẹp hoặc gia cố là do trong bệnh cảnh có 3 túi phình và 1 túi chưa vỡ ở động mạch não giữa bên đối diện, ít có nguy cơ vỡ nên để theo dõi không xử trí trong lần phẫu thuật này.

Tất cả bệnh nhân đều được chụp CTA kiểm tra sau mổ. Theo kết quả chụp kiểm tra, trong 39 túi phình được kẹp, tỉ lệ kẹp hết hoàn toàn túi phình chiếm 97,4%, 2,6% còn thừa một phần cổ túi phình. 30 bệnh nhân sống sau ra viện đều được hẹn chụp lại CTA ở thời điểm 3 tháng, không có trường hợp nào tái phát túi phình. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Bá Tường và cộng sự [4]

Kết quả điều trị về mặt lâm sàng được đánh giá theo thang điểm GOS. Kết quả điều trị sau mổ đạt tốt (4 và 5 điểm) chiếm tỉ lệ 77,4%, kết quả trung bình (3 điểm) chiếm 9,7%, kết quả xấu (2 điểm) chiếm 9,7% trong đó có 1 bệnh nhân tử vong (1 điểm) chiếm 3,2%. Trường hợp tử vong là do túi phình tồn dư bị vỡ lại. Vì thời gian nghiên cứu bị hạn chế, chúng tôi chỉ theo dõi sau mổ trong thời gian 3 tháng. Có 11 bệnh nhân cải thiện sau 3 tháng chiếm tỉ lệ 36,7%. Trong đó có 2 bệnh nhân GOS 3 tăng lên 4; 8 bệnh nhân GOS 4 tăng lên 5. Có 1 bệnh nhân GOS 2 tăng lên 3. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Võ Bá Tường (2020), tỉ lệ đạt kết quả tốt (GOS 4-5) chiếm 65,8%, 7,3% có kết quả trung bình, 27,9% có kết quả xấu (GOS 1-2). Trong 27,9% bệnh nhân có kết quả xấu, có 24,4% bệnh nhân tử vong và 2,5% bệnh nhân sống thực vật [4]. Tác giả Nguyễn Sơn (2010) đánh giá khi ra viện về mặt lâm sàng tỷ lệ tốt chiếm 81,1%, kết quả trung bình là 10,5%, kết quả xấu có 8,4% [3]. Kết quả khi xuất viện trong nghiên cứu của Vũ Minh Hải (2014) tốt chiếm tỉ lệ 73,0%, trung bình 16,7%, xấu 10,3% (tử vong 6,3%) [1].

Theo bảng 3.10 và 3.11, Chúng tôi gặp vỡ túi phình khi mổ là 20%, giãn não thất 3,2%, dư cổ túi phình 3,2%. Các tai biến và biến chứng trong và sau mổ của chúng tôi tương tự như

ngiên cứu của Nguyễn Sơn (2010) [3]

V. KẾT LUẬN

Phình động mạch não vỡ là một cấp cứu ngoại khoa gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 40-59 (61,3%) thường khởi phát đột ngột (100%) với triệu chứng đau đầu dữ dội như sét đánh (93,5%)

Độ Hunt – Hess thường gặp là độ 2(35,5%), độ 4 chiếm 29,1%, độ 3 chiếm 22,5%, Độ lâm sàng Hunt-Hess là một trong các yếu tố giúp quyết định chỉ định phẫu thuật và tiên lượng kết quả điều trị, có sự liên quan độ Hunt-Hess trước mổ và kết quả phục hồi sau mổ.

Phẫu thuật kẹp phình mạch vi phẫu đem lại kết quả tốt, loại bỏ được 97,4% túi phình. Khi đã kẹp hoàn toàn, tỷ lệ tái phát là 0% trong 3 tháng sau phẫu thuật.

Sự hồi phục tốt về thần kinh theo thang điểm GOS ở thời điểm ra viện và 3 tháng cao 86,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Minh Hải (2014)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não vỡ, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Việt Sơn (2019)**, Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ, Luận án Tiến sĩ, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.

3. **Nguyễn Sơn (2010)**, Nghiên cứu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị vi phẫu thuật kẹp túi phình động mạch não trên lều dãi vỡ, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
4. **Võ Bá Tường (2020)**, "Đánh giá kết quả điều trị phình động mạch não bằng phẫu thuật kẹp clip vi phẫu", Tạp Chí Y Học Lâm Sàng. Số 59/2020, tr. 11-19.
5. **N. Etminan et al (2019)**, "Worldwide Incidence of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage According to Region, Time Period, Blood Pressure, and Smoking Prevalence in the Population: A Systematic Review and Meta-analysis", JAMA Neurol. 76(5), tr. 588-597.
6. **N. Etminan et al (2022)**, "European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of unruptured intracranial aneurysms", Eur Stroke J. 7(3), tr. V.
7. **B. N. Jaja et al (2015)**, "Prognostic value of premonitory hypertension and neurological status in aneurysmal subarachnoid hemorrhage: pooled analyses of individual patient data in the SAHIT repository", J Neurosurg. 122(3), tr. 644-52.
8. **M. Pegoli et al (2015)**, "Predictors of excellent functional outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage", J Neurosurg. 122(2), tr. 414-8.
9. **Edoardo Picetti et al (2022)**, "Early management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage in a hospital with neurosurgical/neuroendovascular facilities: a consensus and clinical recommendations of the Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI)—part 2", Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care. 2(1), tr. 21.

ĐẶC ĐIỂM SARCOPENIA Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Trần Thị Hương¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Sarcopenia (thiếu cơ) là bệnh lý có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng chi phí y tế, tăng tỷ lệ tàn tật và tỷ lệ nhập viện ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT). **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm Sarcopenia và khảo sát một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 41 bệnh nhân VKDT điều trị ngoại trú từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2023. Chẩn đoán Sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019) và VKDT theo tiêu chuẩn EULAR 2010. **Kết quả:** Tỷ lệ của Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT là 48,8%, trong đó Sarcopenia thể nặng là 12,2%. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung

bình tính theo thang điểm DAS28-CRP chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Mức độ hoạt động bệnh, tình trạng dinh dưỡng, trình độ học vấn có mối liên hệ chặt chẽ với Sarcopenia với $p < 0,05$. Chưa thấy có mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, nơi ở, tình trạng loãng xương, thuốc DMARDs với Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT. **Kết luận:** Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cao, đặc biệt ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh, có tình trạng suy dinh dưỡng và trình độ học vấn thấp. Chính vì thế, việc sàng lọc và phát hiện sớm Sarcopenia trên bệnh nhân VKDT là thực sự cần thiết, giúp nhanh chóng kiểm soát và đạt được hiệu quả điều trị một cách toàn diện. **Từ khóa:** Sarcopenia, viêm khớp dạng thấp (VKDT), Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019)

SUMMARY

SARCOPENIA AND FACTORS ASSOCIATED IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Sarcopenia is a disease that affects quality of life, increases the burden of medical costs, increases disability and hospitalization rates in patients with rheumatoid arthritis. **Objectives:** To describe the characteristics of Sarcopenia and survey some related

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

factors in rheumatoid arthritis outpatients at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 41 rheumatoid arthritis outpatients from January 2023 to July 2023. Diagnosis of Sarcopenia is based on the criteria of the Asian Working Group for Sarcopenia 2019 (AWGS 2019) and rheumatoid arthritis according to EULAR 2010 criteria. **Results:** Sarcopenia affected 48,8% of RA patients, of which 12,2% had severe cases. The prevalence of Sarcopenia in the group of patients with moderate disease activity according to the DAS28-CRP scale was the highest at 60%. Disease activity level, nutritional status, and education level were statistically significant association to Sarcopenia with $p < 0.05$. There were no relationship between factors such as age, gender, BMI, accommodation, osteoporosis, DMARDs with Sarcopenia in rheumatoid arthritis. **Conclusion:** The prevalence of Sarcopenia among rheumatoid arthritis patients in outpatients setting at Hanoi Medical University Hospital was high, especially in patients with high disease activity, malnutrition and poor health, low education. Therefore, screening and early detection of Sarcopenia in patients with rheumatoid arthritis is really necessary, helping to quickly control and achieve comprehensive treatment results. **Keywords:** Sarcopenia, rheumatoid arthritis (RA), Asian Working Group for Sarcopenia 2019 (AWGS 2019)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcopenia được định nghĩa là suy giảm khối lượng cơ, chất lượng cơ và chức năng cơ¹. Tỷ lệ mắc Sarcopenia ước tính dựa trên tiêu chí AWGS 2016 dao động trong khoảng từ 4,1% đến 11,5% trong dân số lớn tuổi nói chung. Trong đó tỷ lệ mắc Sarcopenia ước tính dựa trên EWGSOP, AWGS hoặc nhóm công tác quốc tế về thiếu cơ (IWGS) ở người châu Á là 10% ở nam và 11% ở nữ. Đây là gánh nặng lớn về các nguy cơ rối loạn chuyển hóa, ngã, tàn tật, và tử vong ở người cao tuổi, tăng chi phí về y tế.² Tỷ lệ mắc bệnh VKDT khoảng 0,5- 1% dân số ở một số nước Châu Âu và khoảng 0,17-0,3% các nước ở châu Á.³ Tình trạng viêm mạn tính gây nên tổn thương hủy khớp, hậu quả không những tăng tỷ lệ tàn tật mà còn ảnh hưởng tới tất cả các cơ quan khác như tim, phổi, mạch máu, mắt,...gây suy giảm sức khỏe trầm trọng.⁵ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT làm tăng tỷ lệ té ngã, gãy xương, loãng xương do bất động và tăng nguy cơ chuyển hóa tim mạch, hậu quả dẫn đến tăng tỷ lệ tử vong.⁴ Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra Sarcopenia có liên quan đến tình trạng lão hóa của người cao tuổi, các bệnh lý mạn tính như loãng xương, VKDT, đái tháo đường,... Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về Sarcopenia trên bệnh nhân VKDT nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên với mục tiêu mô tả đặc điểm Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở

bệnh nhân VKDT nhằm phát hiện sớm và dự phòng Sarcopenia ở những đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VKDT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của EULAR 2010, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 07 năm 2023, có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn, có khả năng tham gia vào các bài kiểm tra vận động và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có trạng thái tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, mắc các bệnh cấp tính ảnh hưởng đến việc thực hiện các bài kiểm tra vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 07 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám bệnh - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.4. Các biến số. Để đánh giá khối lượng cơ, bệnh nhân được đo bằng máy hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) tại khoa Thăm dò chức năng bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Được tính là giảm khối lượng cơ khi chỉ số khối cơ SMI < 5,4 kg/m² đối với nữ và chỉ số khối cơ SMI < 7,0 kg/m² đối với nam.

Lực cơ tay được đo bằng máy đo lực kế cầm tay Takei, đơn vị đo tính bằng Kg. Lực cơ tay thấp khi lực cơ tay dưới 28kg đối với nam và dưới 18kg đối với nữ. Máy đo lực kế cầm tay Takei được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu về Sarcopenia ở nhiều quốc gia khác nhau như Nhật Bản, Trung Quốc, Italia, Mỹ...và đều được chứng minh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi sử dụng máy Takei và các máy đo lực kế khác như Jamar trong việc đánh giá cơ lực tay của người bệnh.⁵

Tốc độ đi bộ giảm được xác định khi bệnh nhân đi bộ nhanh nhất nhưng an toàn toán nhất trên đoạn đường 6m có vận tốc < 1 m/giây).

Chẩn đoán Sarcopenia dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á năm 2019: Bệnh nhân được chẩn đoán Sarcopenia khi bệnh nhân có khối lượng cơ giảm và lực cơ tay thấp hoặc khối lượng cơ giảm và tốc độ đi bộ giảm. Ngoài ra, chẩn đoán Sarcopenia nặng khi có khối lượng

cơ giảm, lực cơ tay thấp và tốc độ đi bộ giảm.⁶

Mức độ hoạt động bệnh của VKDT được đánh giá theo thang điểm DAS 28 do tác giả Prevoo đề xuất năm 1995, đánh giá dựa vào 28 khớp. Với đánh giá kết quả như sau:

DAS 28 < 2,9 điểm: bệnh không hoạt động.

2,9 ≤ DAS 28 ≤ 3,2 điểm: bệnh hoạt động ở mức độ nhẹ.

3,2 < DAS 28 ≤ 5,1 điểm: bệnh hoạt động mức độ trung bình.

DAS 28 > 5,1: bệnh hoạt động mức độ mạnh.

Trình độ học vấn chia làm 2 nhóm: Trình độ học vấn thấp: ≤ cấp 2, trình độ học vấn cao: > cấp 2.

Tình trạng dinh dưỡng (sử dụng bảng đánh giá tầm soát dinh dưỡng tối thiểu MNA chia làm 3 nhóm: tình trạng dinh dưỡng bình thường: 12-14 điểm, có nguy cơ suy dinh dưỡng: 8-11 điểm và suy dinh dưỡng: 0-7 điểm).¹⁰

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Xác định tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test khi bình phương với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=41)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 49	8	19,5%
	50-59	11	26,8%
	≥ 60	22	53,7%
Giới	Nam	7	17,1%
	Nữ	34	82,9%
BMI	Gầy	3	7,3%
	Bình thường	26	63,4%
	Béo phì	12	29,3%
Trình độ học vấn	Thấp	25	61%
	Cao	16	39%
Nơi ở	Nông thôn	26	63,4%
	Thành thị	15	36,6%
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	17	41,5%
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	18	43,9%
	Suy dinh dưỡng	6	14,6%

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT (n=41)

Đặc điểm		Sarcopenia		Không bị Sarcopenia		OR	p
		(n)	Tỷ lệ (%)	(n)	Tỷ lệ (%)		
Tuổi	≤ 49	3	15%	5	19,5%		0,364

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (82,9%), đa số thuộc nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (53,7%), trình độ học vấn thấp (61%). Phần lớn bệnh nhân ở nông thôn (63,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng lần lượt là 43,9% và 14,6%.

Bảng 2. Phân loại mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân nghiên cứu (n=41)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ hoạt động bệnh (DAS28 -CRP)	Nặng	2	4,9%
	Trung bình	19	46,3%
	Nhẹ	1	2,9%
	Không hoạt động	19	46,3%

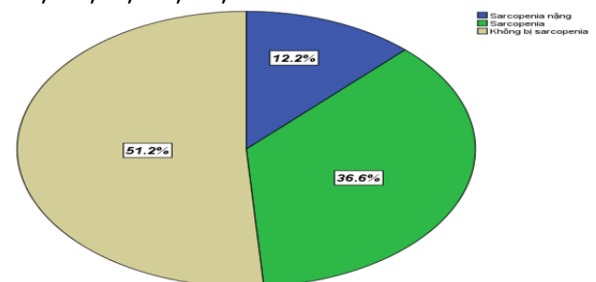
Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình và bệnh ở giai đoạn lui bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất, đều là 46,3%

3.2. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT

Bảng 3. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT (n=41)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khối lượng cơ	Giảm	29	70,7%
	Bình thường	12	29,3%
Lực cơ tay	Giảm	13	31,7%
	Bình thường	28	68,3%
Thời gian đi bộ	Giảm	19	46,3%
	Bình thường	22	53,7%

Nhận xét: Về các yếu tố chẩn đoán Sarcopenia gồm giảm khối lượng cơ, giảm lực cơ tay và giảm thời gian đi bộ lần lượt chiếm tỷ lệ: 70,7%, 31,7%, 46,3%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT (n=41)

Nhận xét: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT là 48,8%, trong đó tỷ lệ Sarcopenia thể nặng chiếm 12,2% số bệnh nhân nghiên cứu.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT

	50-59	4	20%	7	26,8%		
	≥ 60	13	65%	9	53,7%		
Giới	Nữ	18	90%	16	76,2%	2,813	0,24
	Nam	2	10%	5	23,8%		
BMI	Gầy	2	10%	1	4,8%		0,14
	Bình thường	15	75%	11	52,4%		
	Béo phì	3	15%	9	42,9%		
Nơi ở	Nông thôn	13	65%	13	61,9%	1,143	0,837
	Thành thị	7	35%	8	38,1%		
Trình độ học vấn	Thấp	17	85%	8	38,1%	9,028	0,002
	Cao	3	15%	13	61,9%		
Loãng xương	Có	8	40%	11	52,4%	0,606	0,427
	Không	12	60%	10	47,6%		
Thuốc DMARDs	Phối hợp ≥ 2 loại thuốc	14	70%	17	81%	0,549	0,414
	Đơn độc 1 thuốc	6	30%	4	19%		
	Không suy dinh dưỡng	4	20%	13	61,9%		
Dinh dưỡng (MNA)	Có nguy cơ suy dinh dưỡng	12	60%	6	28,6%		0,025
	Suy dinh dưỡng	4	20%	2	9,5%		
	Không hoạt động	5	25%	14	66,7%		
Mức độ hoạt động bệnh	Nhẹ	1	5%	0	0%		0,036
	Trung bình	12	60%	7	33,3%		
	Nặng	2	10%	0	0%		

Nhận xét: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT gấp cao hơn ở bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình (60%), trình độ học vấn thấp (85%), tình trạng dinh dưỡng có nguy cơ dinh dưỡng (60%) ($p < 0,05$). Chỉ số hoạt động bệnh, tình trạng dinh dưỡng, trình độ học vấn có

mối liên quan chặt chẽ với Sarcopenia, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Chưa phát hiện mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, nơi ở, tình trạng loãng xương, tình trạng sử dụng thuốc DMARDs với Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT ($p > 0,05$).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan giữa tuổi và các thành phần của Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT (n=41)

Đặc điểm		Tuổi				p
		≥60		< 60		
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
Phân loại cơ lực	Giảm	11	50%	2	10,5%	0,007
	Bình thường	11	50%	17	89,5%	
Phân loại tốc độ 6m	Giảm	8	36,4%	11	57,9%	0,168
	Bình thường	14	63,6%	8	42,1%	
Phân loại khối lượng cơ	Giảm	17	77,3%	12	63,8%	0,322
	Bình thường	5	22,7%	7	36,8%	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có cơ lực giảm ở độ tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao 50%. Độ tuổi ≥60 tuổi có liên quan chặt chẽ đến lực đo cơ tay ở bệnh nhân VKDT với $p = 0,007$. Chưa phát hiện mối liên quan giữa tuổi và khối lượng cơ (SMI) và tốc độ đi bộ 6m với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Sarcopenia của bệnh nhân VKDT là 48,8%, trong đó Sarcopenia nặng chiếm 12,2% số bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đó trên thế giới. Trong nghiên cứu của Mei Torri và cộng sự vào tháng 7 năm

2019, trên 388 bệnh nhân VKDT cho thấy tỷ lệ của Sarcopenia là 37,1% (Sarcopenia nặng: 14,7%; Sarcopenia nhẹ: 22,4%), với 49,0% bệnh nhân được phân loại là có khối lượng cơ thấp.⁸ Sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít. Bên cạnh đó, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (53,7%). Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối liên quan chặt chẽ giữa độ tuổi và lực đo cơ tay, mà lực đo cơ tay là 1 trong 3 tiêu chí để chẩn đoán Sarcopenia theo AWGS 2019.

Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm sức mạnh cơ khi tính theo lực bóp tay là 31,7%. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm khối lượng cơ khi tính theo SMI đo bằng máy DXA là 70,7%. Tỷ lệ bệnh nhân bị

suy giảm hoạt động thể lực khi tính theo tốc độ đi bộ là 43,9% (Bảng 3). Trong VKDT sự có mặt của tế bào trình diện kháng nguyên (Dendritic Cell - DC) có vai trò qua trọng trong cơ chế bệnh sinh. Sau khi lắng đọng vào khớp, các DC trưởng thành tạo ra các cytokine IL-12 và IL-23, thúc đẩy các phản ứng Th17 đặc hiệu với kháng nguyên, dẫn đến sự mất cân bằng giữa các phản ứng Th1-, Th2- và Th17, từ đó kích hoạt việc sản xuất các cytokin viêm IL-1 β , IL-6 và IL-23, TNF- α ,...⁹ cũng như điều trị VKDT bằng liệu pháp glucocorticoid,... Tất cả dẫn tới hậu quả làm tăng quá trình trao đổi chất, tăng dị hóa và giảm đồng hóa protein, gây tình trạng giảm khối cơ và sức mạnh cơ, làm tăng nguy cơ mắc Sarcopenia cho người bệnh VKDT.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT. Tác giả D. Bertelle và cộng sự tiến hành quan sát hồi cứu trên những bệnh nhân trưởng thành bị VKDT điều trị ngoại trú từ tháng 1 năm 2009 và tháng 7 năm 2021 cho thấy không có mối liên quan giữa Sarcopenia với mức độ hoạt động bệnh của VKDT.¹⁰ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác với D. Bertelle và cộng sự. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân VKDT có hoạt động bệnh có tỷ lệ cao hơn (54,7%) (Bảng 2-4) với $p \leq 0,05$. Cơ chế bệnh sinh của VKDT và Sarcopenia có những điểm tương đồng đó là hoạt hóa các cytokin gây viêm: IL-6, IL-17, TNF- α ,... Sự tăng các cytokin gây viêm này dẫn tới hủy hoại sụn khớp, làm thoái hóa sợi cơ do stress oxy hóa. Bên cạnh đó, việc không kiểm soát được bệnh dẫn tới tăng các cytokin trong máu hậu quả làm tăng mức độ hoạt động bệnh.

Bảng 4 thấy rằng tỷ lệ Sarcopenia cũng có mối liên quan với sự suy giảm của tình trạng dinh dưỡng. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm dinh dưỡng bình thường, nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng lần lượt là 20%; 60% và 20%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$ ($p < 0,05$). Tình trạng dinh dưỡng hiện tại (ăn kém, gầy sút cân,...) dẫn tới hậu quả của sự thiếu hụt năng lượng và protein. Sự thiếu hụt dinh dưỡng cần thiết kích hoạt hệ thống miễn dịch, làm tăng sự tổng hợp các cytokin viêm làm giảm khối lượng cơ.

Phân tích từ bảng 4 cho thấy nhóm người bệnh có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ mắc Sarcopenia cao gấp hơn 9 lần so với nhóm có trình độ văn hóa cao (CI 95% 2,033-41,712) với $p = 0,002$. Điều này có thể do bệnh nhân có trình độ học vấn thấp nên nhận thức về sức

khỏe có phần hạn chế từ đó việc hiểu biết đầy đủ về bệnh tật và tuân thủ điều trị có thể bị ảnh hưởng dẫn đến giảm khối lượng cơ.

Trong nghiên cứu này, tình trạng sử dụng DMARDs ở bệnh nhân VKDT chưa thấy có mối liên quan với Sarcopenia. Cụ thể, theo kết quả nghiên cứu từ bảng 4 ghi nhận tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm bệnh nhân sử dụng đơn độc một DMARDs và nhóm bệnh nhân phối hợp ≥ 2 DMARDs lần lượt là 30% và 70% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 4). Bệnh nhân phối hợp ≥ 2 DMARDs để kiểm soát bệnh thường là đối tượng có mức độ hoạt động bệnh cao, khó kiểm soát triệu chứng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ và mới khảo sát trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú. Chính vì thế việc đánh giá mối liên quan giữa tình trạng sử dụng DMARDs và Sarcopenia còn hạn chế.

Nghiên cứu này còn có hạn chế là chưa làm rõ mối liên quan giữa sự xuất hiện những thay đổi về lão hóa, thời gian sử dụng corticoid và thời gian mắc bệnh với Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT. Cần có những nghiên cứu trong tương lai với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để khảo sát rõ hơn các mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ Sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,8% và 12,2% số bệnh nhân nghiên cứu mắc Sarcopenia thể nặng. Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT gấp cao hơn ở nhóm bệnh nhân có chỉ số hoạt động bệnh mạnh (DAS-28 CRP), có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng, trình độ học vấn thấp ($p < 0,05$). Do đó, việc phát hiện sớm Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT cần được bác sĩ quan tâm nhiều hơn, đặc biệt trên những đối tượng có chỉ số hoạt động bệnh mạnh, có tình trạng suy dinh dưỡng và đối tượng có học vấn thấp. Từ đó đưa ra những giải pháp can thiệp về chiến lược điều trị, tư vấn chế độ dinh dưỡng, giải thích rõ ràng về bệnh hơn đối với bệnh nhân có học vấn thấp nhằm mang lại hiệu quả toàn diện trong điều trị và tiên lượng ở bệnh nhân VKDT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Makizako H, Nakai Y, Tomioka K, Taniguchi Y. Prevalence of Sarcopenia defined using the Asia Working Group for Sarcopenia criteria in Japanese community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Phys Ther

- Res. 2019;22(2): 53-57. doi:10.1298/ ptr.R0005
2. **Shafiee G, Keshtkar A, Soltani A, Ahadi Z, Larijani B, Heshmat R.** Prevalence of Sarcopenia in the world: a systematic review and meta- analysis of general population studies. J Diabetes Metab Disord. 2017;16:21. doi:10.1186/s40200-017-0302-x
 3. **Thư viện Đại Học Y.** Accessed September 23, 2022. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/b80332b1-2260-485b-bc4e-952509fa2b54/2020/11/09/201904021543-13362f6e-a1e8-43a0-b8cb-0c7e3ac2572f/FullPreview&TotalPage=17&ext=jpg#page/2/mode/2up>
 4. **Ngeuleu A, Allali F, Medrara L, Madhi A, Rkain H, Hajjaj-Hassouni N.** Sarcopenia in rheumatoid arthritis: prevalence, influence of disease activity and associated factors. Rheumatol Int. 2017;37(6):1015-1020. doi:10.1007/s00296-017-3665-x
 5. **Gatt I, Smith-Moore S, Steggles C, Loosemore M.** The Takei Handheld Dynamometer: An Effective Clinical Outcome Measure Tool for Hand and Wrist Function in Boxing. Hand (N Y). 2018;13(3):319-324. doi:10.1177/1558944717707831
 6. **Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(3):300-307.e2. doi:10.1016/j.jamda.2019.12.012
 7. **Huhmann MB, Perez V, Alexander DD, Thomas DR.** A self-completed nutrition screening tool for community-dwelling older adults with high reliability: a comparison study. J Nutr Health Aging. 2013;17(4):339-344. doi:10.1007/s12603-013-0015-x
 8. **Torii M, Hashimoto M, Hanai A, et al.** Prevalence and factors associated with Sarcopenia in patients with rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol. 2019;29(4): 589-595. doi: 10.1080/14397595.2018.1510565
 9. **Brennan FM, McInnes IB.** Evidence that cytokines play a role in rheumatoid arthritis. J Clin Invest. 2008; 118(11): 3537-3545. doi: 10.1172/JCI36389
 10. **Bertelle D, Bixio R, Bertoldo E, et al.** Pos0629 Prevalence and Factors Associated with Sarcopenia in Patients with Rheumatoid Arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2022;81(Suppl 1): 583-583. doi: 10.1136/ annrheumdis-2022-eular.4552

UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG SAU DÙNG TAMOXIFEN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Bá Thái², Trần Nguyên Tuấn²

TÓM TẮT

Tamoxifen, một chất kháng estrogen, là một loại thuốc phổ biến để điều trị và ngăn ngừa ung thư vú phụ thuộc hormone. Tamoxifen đã trở thành một trong những loại thuốc chống ung thư được dùng thường xuyên nhất trên toàn thế giới. Tuy nhiên đi kèm với đó là các tác dụng phụ, đặc biệt là làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Điều này xảy ra sau khi sử dụng lâu dài (>2 năm), đặc biệt ở phụ nữ sau mãn kinh có bệnh lý tử cung từ trước. Thực tế do mức độ hiếm gặp, tại Việt Nam chưa có báo cáo nào về tác dụng gây ung thư nội mạc tử cung phụ thuộc này. Bài viết này báo cáo 2 trường hợp ung thư nội mạc tử cung sau dùng tamoxifen, qua đó nhìn lại về vấn đề tác dụng phụ này của thuốc để các bác sĩ có những lưu ý, theo dõi khi dùng thuốc. **Báo cáo ca lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo hai ca lâm sàng bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung sau dùng Tamoxifen điều trị ung thư vú tại bệnh viện K. **Bàn luận:** Trong bài báo cáo này, chúng tôi bàn luận về cơ chế, đặc điểm lâm sàng của ung thư nội mạc tử cung sau dùng Tamoxifen. **Kết**

luận: Tamoxifen là một chất điều biến thụ thể estrogen chọn lọc được sử dụng để điều trị và phòng ngừa ung thư vú thụ thể estrogen (ER) dương tính. Tuy nhiên, tamoxifen làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung (EC) lên khoảng 2–7 lần và người sử dụng tamoxifen mắc EC có tiên lượng xấu hơn [1]. Tamoxifen gây ung thư nội mạc tử cung thông qua tác dụng chủ vận của tamoxifen đối với thụ thể ERα trên nội mạc tử cung và sự biểu hiện của thụ thể estrogen kết hợp G-protein 1 (GPER-1). Nguy cơ ung thư nội mạc tử cung có thể được giảm thiểu bằng cách phát hiện và điều trị các bệnh lý nội mạc tử cung trước khi bắt đầu điều trị bằng tamoxifen. Khi dùng tamoxifen kéo dài (>2 năm) cần theo dõi sát, đặc biệt khi xuất hiện các triệu chứng bất thường, đồng thời giải thích nguy cơ cho bệnh nhân trước điều trị.

SUMMARY

ENDOMETRIAL CANCER AFTER TAMOXIFEN: CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Tamoxifen, an antiestrogen, is a popular medication to treat and prevent hormone-dependent breast cancer. Tamoxifen has become one of the most frequently used anticancer drugs worldwide. However, it comes with side effects, especially increasing the risk of endometrial cancer. This occurs after long-term use (>2 years), especially in postmenopausal women with pre-existing uterine pathology. In fact, due to its rarity, in Vietnam there have been no reports of this

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

drug causing endometrial cancer. This article reports 2 cases of endometrial cancer after using Tamoxifen, thereby reviewing the medical literature on this side effect of the drug so that doctors can have notes and monitor when using the drug. **Clinical case report:** We report two clinical cases of endometrial cancer patients after using Tamoxifen to treat breast cancer at K hospital. **Discuss:** In this report, we discuss the mechanism and clinical characteristics of endometrial cancer after using Tamoxifen. **Conclusions:** Tamoxifen is a selective estrogen receptor modulator used for the treatment and prevention of estrogen receptor (ER)-positive breast cancer. However, tamoxifen increases the risk of endometrial cancer (EC) by approximately 2–7-fold, and tamoxifen users with EC have a worse prognosis[1]. Tamoxifen causes endometrial cancer through the agonist effect of tamoxifen on the ER α receptor on the endometrium and expression of G-protein-coupled estrogen receptor 1 (GPER-1). The risk of endometrial cancer can be minimized by detecting and treating endometrial diseases before initiating tamoxifen treatment. When using tamoxifen for a long time (> 2 years), close monitoring is required, especially when unusual symptoms appear, and the risks should be explained to the patient before treatment.

I. TỔNG QUAN

Tamoxifen là một chất điều biến thụ thể estrogen chọn lọc (SERM). Nó có hiệu quả trong điều trị ung thư vú dương tính với thụ thể estrogen (ER)[1]. Trong vài thập kỷ qua, tamoxifen là một trong những loại thuốc điều trị ung thư được sử dụng nhiều nhất trên toàn thế giới, cũng được sử dụng để ngăn ngừa ung thư vú cho phụ nữ có nguy cơ cao[1].

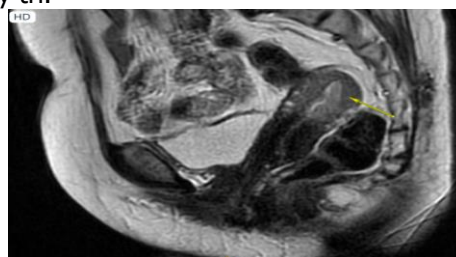
Mối liên hệ có thể có giữa việc sử dụng tamoxifen và sự phát triển của ung thư nội mạc tử cung (EC) đã được phát hiện năm 1985[1], mối liên hệ ấy đã được chứng minh bằng một loạt các nghiên cứu sau này, với nguy cơ EC tăng từ 1,5 đến 6,9 lần ở tamoxifen người dùng [2]. Ngoài ra, EC ở người dùng tamoxifen thường thuộc các phân nhóm ít thuận lợi hơn và có tiên lượng tương đối kém[2]. Mặc dù tamoxifen có tác dụng kháng estrogen ở vú nhưng nó có thể hoạt động như một chất chủ vận estrogen yếu ở nội mạc tử cung. Những thay đổi liên quan đến tamoxifen bao gồm tăng sản nội mạc tử cung, không điển hình và ác tính[2]. Trong đó ung thư nội mạc tử cung là một tác dụng phụ rất đáng lưu ý, tỉ lệ gặp của ung thư nội mạc tử cung sau dùng Tamoxifen kéo dài (>2 năm) là 0,16-0,19%/năm [1,2]. Do tỉ lệ hiếm gặp nên chưa được các bác sĩ và chú ý và theo dõi chặt chẽ. Tại Việt Nam chưa có báo cáo về tác dụng phụ đáng quan tâm này.

Chúng tôi báo cáo hai ca lâm sàng hiếm gặp ung thư nội mạc tử cung sau dùng tamoxifen được chẩn đoán và điều trị tại viện K. Qua đó nhìn lại y văn về tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn phát triển và tiên lượng bệnh ung thư nội mạc ở phụ nữ sử dụng tamoxifen để điều trị ung thư vú.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng thứ nhất. Bệnh nhân nữ 52 tuổi, tiền sử khỏe mạnh PARA 2002, chưa mãn kinh. Tháng 7/2020 bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư vú (P) T1N0M0, đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn, vét hạch. Giải phẫu bệnh kèm hóa mô miễn dịch sau mổ cho kết quả carcinoma thể ống xâm nhập độ 2, 10 hạch nách viêm mạn, ER (++++) 90%, PR(-), Her-2(+), Ki67: 70%.

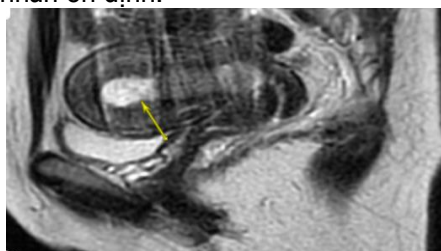
Bệnh nhân có chỉ định hóa chất hỗ trợ 4AC-4T, Tamoxifen x 5 năm. Sau dùng Tamoxifen 25 tháng, bệnh nhân xuất hiện tình trạng rong kinh rong huyết. Khám lâm sàng, da niêm mạc nhợt. Hình ảnh siêu âm ổ bụng cho thấy hình ảnh niêm mạc tử cung dày 33mm, âm vang đồng nhất, trong lòng ít dịch. Bệnh nhân có chỉ định hút buồng tử cung, kết quả giải phẫu bệnh carcinoma tuyến dạng nội mạc. Chụp MRI vùng chậu đánh giá kết quả nội mạc tử cung dày không đều, tăng tín hiệu trên T2, đồng tín hiệu trên T1, sau tiêm ngấm thuốc kém cơ tử cung, xâm lấn <1/2 lớp cơ tử cung, không phát hiện bất thường hạch chậu, chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung FIGO IA. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ, vét hạch chậu. Giải phẫu bệnh sau mổ u 2cm, xâm lấn <1/2 chiều dày cơ tử cung, carcinoma tuyến dạng nội mạc độ I, không thấy tổn thương di căn hạch chậu 2 bên. Sau mổ 1 tháng bệnh nhân khỏe mạnh, được chỉ định dùng nội tiết bậc 2 duy trì.



Hình 1. Tổn thương u nội mạc tử cung trên phim cộng hưởng từ (mũi tên)

2.2. Ca lâm sàng thứ hai. BN nữ 43 tuổi tiền sử khỏe mạnh, PARA 2002, chưa mãn kinh. Năm 2013 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú (T) cT2N0M0, đã điều trị phẫu thuật bảo tồn

tuyến vú. Giải phẫu bệnh kèm hóa mô miễn dịch sau mổ: U 3cm, ung thư biểu mô thể ống, 4/4 hạch nách âm tính, thụ thể nội tiết dương tính, Her-2(-), Ki67: 60%. Sau phẫu thuật, hóa chất hỗ trợ 4AC-4T kèm xạ trị thành ngực 50 Gy. Bệnh nhân được chỉ định tiêm zoladex 3 năm đầu đồng thời duy trì Tamoxifen tới 10 năm. Sau kết thúc dùng Tamoxifen bệnh nhân xuất hiện rong kinh. Khám thấy toàn trạng ổn định, hình ảnh siêu âm cho thấy nội mạc tử cung dày 12mm. Bệnh nhân được chỉ định hút buồng tử cung, giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tế bào sáng. Chụp cộng hưởng từ đánh giá, nội mạc tử cung dày không đều, trong lòng có khối 16x20mm, ranh giới rõ với cơ tử cung, hạch chậu không phát hiện bất thường. Chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung FIGO IA. Bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ, vét hạch chậu. Giải phẫu bệnh sau mổ u 15mm, ranh giới rõ với cơ tử cung, ung thư biểu mô tế bào sáng, hạch chậu 2 bên không di căn. Sau mổ 1 tuần bệnh nhân ổn định.



Hình 2: Hình ảnh khối u trên phim cộng hưởng từ (mũi tên)

III. BÀN LUẬN

3.1. Cơ chế phân tử gây ung thư nội mạc tử cung (EC) do tamoxifen. Trước kia Tamoxifen được coi là một chất kháng estrogen trước khi hoạt động chủ vận estrogen của nó trên các cơ quan khác nhau, bao gồm cả tử cung và vú, trở nên rõ ràng [1,3]. Điều này dẫn đến kết luận "tamoxifen là chất đối vận estrogen ở vú và là chất chủ vận ở nội mạc tử cung"[3]. Khái niệm này đã được nhóm Jordan kiểm chứng qua các thí nghiệm. Họ đã kiểm tra tác dụng của tamoxifen đối với dòng tế bào ung thư vú ở người phụ thuộc estrogen và dòng tế bào EC ở người phụ thuộc estrogen được cấy ghép vào chuột. Trên cùng một con vật, việc điều trị bằng tamoxifen đã kích thích ung thư nội mạc tử cung đồng thời ức chế quá trình phát triển ung thư vú[3]. Điều này cho thấy các hoạt động đặc hiệu trên mô của tamoxifen đã dẫn đến tác dụng trái ngược nhau của thuốc. Tamoxifen được chuyển hóa thành nhiều loại phân tử, bao gồm cả các

chất trung gian có thể gây tổn thương protein hoặc DNA (hình thành sản phẩm cộng AND[4]).

Ngoài ER α và ER β có đặc tính rõ ràng, một thụ thể estrogen thứ ba (GPR-30) đã được xác định trong nhiều loại mô, nằm trong màng tế bào và làm trung gian cho một số hoạt động nhanh của estrogen. Thụ thể này được kết hợp với G-protein và kích hoạt yếu tố tăng trưởng biểu bì/con đường MAPK[1,4]. Vì nó được kích hoạt mạnh mẽ bởi estrogen nên nó đã được đổi tên thành thụ thể estrogen kết hợp G-protein 1 (GPER1). Biểu hiện của GPER1 tăng lên ở bệnh ung thư vú có tình trạng kháng tamoxifen mắc phải [4]. Theo các tác giả nước ngoài tamoxifen đối kháng với sự kích hoạt ER α bởi estradiol trong tế bào Ishikawa EC, đồng thời kích thích các con đường truyền tín hiệu giảm thiểu thông qua GPER1, dẫn đến sự tăng sinh tế bào [1,4]. Ignatov và cộng sự [5] đã chứng minh sự kích thích đáng kể các dòng tế bào ung thư nội mạc tử cung bằng tamoxifen trong ống nghiệm thông qua GPER1. Trong In vivo, họ đã tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa biểu hiện GPER1 và bệnh lý nội mạc tử cung do tamoxifen gây ra. Ngoài ra, các cơ chế khác có thể liên quan đến hoạt động của tamoxifen bao gồm con đường phản ứng protein mở rộng (UPR), tín hiệu mTOR, calcyphosin và stathmin[4].

Như vậy cơ chế phân tử của ung thư nội mạc tử cung qua các con đường: Tác dụng tăng sinh thông qua thụ thể ER α , tăng sinh thông qua trung gian GPER1, tổn thương AND và con đường phản ứng protein mở rộng (UPR), tín hiệu mTOR, calcyphosin và stathmin.

3.2. Nguy cơ ung thư nội mạc tử cung khi dùng Tamoxifen. Nguy cơ ung thư nội mạc tử cung liên quan đến tamoxifen không tương quan với liều thuốc hàng ngày mà với thời gian sử dụng và liều tích lũy (>2 năm)[2]. Bệnh nhân ung thư vú (bất kể tình trạng thụ thể hormone) có nguy cơ mắc EC thứ phát tăng đáng kể, ngay cả khi họ không dùng tamoxifen[1]. Tuổi cao và khối lượng cơ thể cao hơn dường như là những yếu tố nguy cơ chung đối với EC trong dân số nói chung cũng như ở những người ung thư vú. Không phụ thuộc vào việc sử dụng tamoxifen, bệnh nhân ung thư vú sau mãn kinh có tỷ lệ mắc các rối loạn tăng sinh nội mạc tử cung là 20%, bao gồm tăng sản, polyp, tăng sản không điển hình (2%) và thậm chí EC (0,6%) (theo đánh giá về nội mạc tử cung trước khi dùng tamoxifen hỗ trợ điều trị[4]). Do đó, nguy cơ cao nhất đối với EC liên quan đến tamoxifen được tìm thấy ở phụ nữ sau mãn kinh, nặng cân

và bệnh lý nội mạc tử cung trước khi điều trị bằng tamoxifen[2,4], trong khi nguy cơ đối với phụ nữ tiền mãn kinh là rất thấp. Trong 2 bệnh nhân của chúng tôi, một bệnh nhân dùng trên 2 năm tamoxifen, bệnh nhân còn lại dùng tamoxifen 10 năm đều là nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung.

3.3. Tiên lượng của ung thư nội mạc tử cung sau dùng Tamoxifen. Nhóm nghiên cứu Hà Lan về các khối u ác tính liên quan đến Tamoxifen (TAMARISK) đã phân tích dữ liệu của 332 bệnh nhân bị ung thư nội mạc tử cung sau ung thư vú. Tỷ lệ ung thư nội mạc tử cung giai đoạn FIGO III và IV là 20% [tamoxifen] so với 11,3% (không có tamoxifen) ($p=0,049$). Tỷ lệ sống sót sau ba năm cụ thể đối với bệnh ung thư tử cung là ở người sử dụng tamoxifen lâu dài thì kém hơn so với người không sử dụng (82% so với 93%; $p=0,0001$)[6].

Bland và cộng sự đã tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng tamoxifen trong ít nhất 60 tháng với các phân nhóm mô tử cung có nguy cơ cao (ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc độ 3, dạng thanh dịch hoặc tế bào sáo) so với không sử dụng tamoxifen [7]. Qua đó cho thấy bệnh nhân mắc ung thư nội mạc tử cung sau dùng Tamoxifen có tiên lượng xấu hơn. Các tác giả nước ngoài đã quan sát thấy nhiều carcinosarcomas hơn ở những phụ nữ được điều trị bằng tamoxifen và tiên lượng xấu hơn đối với những bệnh nhân EC trước đây đã được điều trị ung thư dùng tamoxifen[1,2].

3.4. Theo dõi nội mạc tử cung khi sử dụng tamoxifen. Độ dày nội mạc tử cung được đánh giá bằng siêu âm qua âm đạo (TVUS) đã được sử dụng trong nhiều năm để phát hiện sớm tình trạng tăng sản nội mạc tử cung không điển hình và EC trong quá trình điều trị tamoxifen[2]. Một đánh giá có hệ thống gần đây về bốn thử nghiệm liên quan đến 926 bệnh nhân cho thấy để phát hiện một trường hợp EC ở phụ nữ dùng tamoxifen hỗ trợ, phải thực hiện 332 lần kiểm tra TVUS và 56 sinh thiết nội mạc tử cung[2]. Trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân có khối u ác tính nội mạc tử cung đều bị chảy máu âm đạo và đã mãn kinh[2]. Tamoxifen làm tăng độ dày nội mạc tử cung do phì đại tuyến dưới nội mạc tử cung, và điều này có thể xảy ra khi không có bất kỳ đặc điểm không điển hình nào [1,2]. Các nghiên cứu về giám sát thường xuyên người dùng tamoxifen (5 năm) không cho thấy bất kỳ lợi ích nào mà thay vào đó, làm tăng các tác dụng phụ có hại (biến chứng phẫu thuật, lo lắng không cần thiết, điều

trị quá mức những thay đổi nội mạc tử cung không có triệu chứng trên TVUS và giảm sự tuân thủ tamoxifen)[2]. Điều này được phản ánh trong hầu hết các hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị EC[1,2], không khuyến nghị TVUS định kỳ cho phụ nữ dùng tamoxifen không có triệu chứng. Những bệnh nhân này nên được tư vấn về nguy cơ EC liên quan đến tamoxifen và việc thiếu lợi ích cũng như nguy cơ của việc giám sát thường quy. Họ nên được khuyến cáo ngay lập tức bất kỳ triệu chứng phụ khoa bất thường nào (chảy máu hoặc tiết dịch âm đạo), để cho phép đánh giá kịp thời bằng TVUS, sinh thiết hoặc nội soi tử cung và nạo[1,2]. Bệnh nhân của chúng tôi được theo dõi sát các triệu chứng phụ khoa, khi có tình trạng rong kinh đã được kiểm tra siêu âm đánh giá nội mạc, hút buồng tử cung.

Garuti và cộng sự đã phân tích 146 bệnh nhân ung thư vú sau mãn kinh là đối tượng được dùng tamoxifen[8]. Họ đã tìm thấy 31 trường hợp (21%) bất thường về nội mạc tử cung, trong đó 2,7% là không điển hình (ba trường hợp tăng sản không điển hình, một trường hợp EC). Tử cung có nội mạc tử cung không điển hình đã được cắt bỏ và các polyp có hoặc không có tăng sản đơn giản được loại bỏ hoàn toàn bằng thủ thuật soi tử cung trước khi bắt đầu điều trị bằng tamoxifen. Bảy trong số 27 bệnh nhân có bất thường nội mạc tử cung ban đầu (26%), bệnh lý nội mạc tử cung tái phát được phát hiện trong 5 năm dùng tamoxifen. Không quan sát thấy trường hợp tăng sản không điển hình hoặc EC. Trong số 114 bệnh nhân có nội mạc tử cung bình thường trước khi bắt đầu điều trị bằng tamoxifen, 43 bệnh nhân (31,5%) đã phát triển các bệnh lý nội mạc tử cung (polyp và tăng sản không điển hình) trong quá trình điều trị. Không quan sát thấy tổn thương không điển hình. Như vậy, nguy cơ ung thư nội mạc tử cung hay những bất thường về nội mạc có thể được giảm thiểu bằng cách phát hiện và điều trị các bệnh lý nội mạc tử cung trước khi bắt đầu điều trị bằng tamoxifen[2,8].

IV. KẾT LUẬN

Tamoxifen là một chất điều biến thụ thể estrogen chọn lọc được sử dụng để điều trị và phòng ngừa ung thư vú dương tính thụ thể estrogen (ER) dương tính. Nhưng, tamoxifen cũng làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung (EC) lên khoảng 2–7 lần, nhất là ở phụ nữ sau mãn kinh và những người có các yếu tố nguy cơ điển hình đối với EC. Những người sử dụng tamoxifen mắc EC có tiên lượng xấu

hơn[1]. Tamoxifen gây ung thư nội mạc tử cung thông qua tác dụng chủ vận của tamoxifen đối với thụ thể ER α trên nội mạc tử cung. Ngoài ra tác dụng chủ vận estrogen của tamoxifen trong ung thư nội mạc tử cung cũng có thể được giải thích bằng sự biểu hiện của thụ thể estrogen kết hợp G-protein1 (GPER-1)[4]. Nguy cơ ung thư nội mạc tử cung có thể được giảm thiểu bằng cách phát hiện và điều trị các bệnh lý nội mạc tử cung trước khi bắt đầu điều trị bằng tamoxifen. Khi dùng tamoxifen kéo dài (>2 năm) cần theo dõi sát, đặc biệt khi xuất hiện các triệu chứng bất thường, đồng thời giải thích nguy cơ cho bệnh nhân trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emons G, Mustea A, Tempfer C.** Tamoxifen and Endometrial Cancer: A Janus-Headed Drug. *Cancers (Basel)*. 2020;12(9):2535.
2. **Fleming CA, Heneghan HM, O'Brien D, McCartan DP, McDermott EW, Prichard RS.** Meta-analysis of the cumulative risk of endometrial malignancy and systematic review of endometrial surveillance in extended tamoxifen therapy. *Br J Surg*. 2018;105(9):1098–106.
3. **Jordan VC.** The 38th David A. Karnofsky Lecture: The Paradoxical Actions of Estrogen in Breast Cancer—Survival or Death? *JCO*. 2008; 26(18):3073–82.
4. **HU R, HILAKIVI-CLARKE L, CLARKE R.** Molecular mechanisms of tamoxifen-associated endometrial cancer (Review). *Oncol Lett*. 2015;9(4):1495–501.
5. **Ignatov T, Eggemann H, Semczuk A, Smith B, Bischoff J, Roessner A, và c.s.** Role of GPR30 in endometrial pathology after tamoxifen for breast cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):595.e9–16.
6. **Hoogendoorn WE, Hollema H, van Boven HH, Bergman E, de Leeuw-Mantel G, Platteel I, và c.s.** Prognosis of uterine corpus cancer after tamoxifen treatment for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;112(1):99–108.
7. **Bland AE, Calingaert B, Secord AA, Lee PS, Valea FA, Berchuck A, và c.s.** Relationship between tamoxifen use and high risk endometrial cancer histologic types. *Gynecol Oncol*. 2009;112(1):150–4.
8. **Garuti G, Grossi F, Centinaio G, Sita G, Nalli G, Luerti M.** Pretreatment and prospective assessment of endometrium in menopausal women taking tamoxifen for breast cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132(1):101–6.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Thành Bắc¹,
Hoàng Mạnh Linh¹, Ngô Quang Hùng²

Từ khóa: mở sọ giảm áp, nhồi máu não điện rộng, động mạch não giữa.

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp điều trị nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô lâm sàng trên 32 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103 từ 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ sống khi ra viện đạt 96,9%. Kết quả sớm cho thấy có 59,4% có sự cải thiện về tri giác so với trước phẫu thuật. Phim cắt lớp vi tính chụp kiểm tra có sự giảm mức độ đè dãn đường giữa, số bệnh nhân có mức di lệch đường giữa độ III và độ IV giảm từ 18,7% xuống 15,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giảm áp điều trị nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa cho thấy có kết quả tốt về tri giác, giảm mức độ đè dãn đường giữa.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF DECOMPRESSIVE HEMICRANIECTOMY OF LARGE MIDDLE CEREBRAL ARTERY INFARCTION AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: Evaluate the results of decompressive craniotomy to treat large-scale cerebral infarction due to middle cerebral artery occlusion at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** Clinical tissue research on 32 patients with large cerebral infarction due to middle cerebral artery occlusion at Military Hospital 103 from January 2017 to September 2022. Evaluation of early results after surgery. **Results:** Survival rate at hospital discharge reached 96.9%. Early results showed that 59.4% improved consciousness compared to before surgery. Computed tomography scans showed a decrease in the level of midline displacement; the number of patients with midline displacement of grades III and IV decreased from 18.7% to 15.6%. **Conclusion:** Open decompression surgery to treat large-scale cerebral infarction due to middle cerebral artery

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

occlusion shows good results in terms of consciousness, reducing the level of midline pressure.

Keywords: decompressive craniotomy, large cerebral infarction, middle cerebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân thường gặp gây ra di chứng tàn phế, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, để lại gánh nặng cho gia đình và xã hội rất lớn. Đột quỵ não chia làm hai thể chính là nhồi máu não và xuất huyết não, trong đó đột quỵ nhồi máu não chiếm khoảng 80 - 85% [1]. Nếu chỉ điều trị bằng các phương pháp nội khoa thì tỉ lệ tử vong lên đến 80% [2]. Vì vậy, việc điều trị chống phù não, làm giảm áp lực nội sọ trên bệnh nhân nhồi máu não diện rộng là một vấn đề cấp bách, quan trọng để cứu sống bệnh nhân. Bên cạnh các biện pháp hồi sức nội khoa, phẫu thuật mở sọ giảm áp đóng một vai trò quan trọng trong điều trị các nhồi máu não diện rộng. Ở Việt Nam, điều trị mở sọ giảm áp trên bệnh nhân nhồi máu não diện rộng mới được áp dụng chủ yếu tại các Bệnh viện có Trung tâm Phẫu thuật thần kinh, đột quỵ lớn. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu theo dõi lâu dài, cơ bản về vai trò của phẫu thuật mở sọ giảm áp cho các nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp điều trị nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa được phẫu thuật mở sọ giảm áp tại khoa Phẫu thuật Thần kinh và Khoa Đột quỵ - Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ (AHA/ASA): vùng nhồi máu > 50% diện cấp máu của động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính sọ não, được phẫu thuật mở sọ giảm áp, có hồ sơ, bệnh án đầy đủ.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân nhồi máu não không được xác định là nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa. Các bệnh nhân nhồi máu não không được phẫu thuật mở sọ giảm áp. Bệnh án không đầy đủ, rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả

lâm sàng, không đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế lựa chọn được 32 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật

- Tình trạng bệnh nhân theo thang điểm Glasgow: đánh giá trước, sau phẫu thuật, so sánh lúc vào viện và tại thời điểm ra viện.

- Đánh giá sự cải thiện tri giác bệnh nhân sau phẫu thuật.

- Mức độ di lệch đường giữa sau mổ.

- Kết quả bệnh nhân khi ra viện.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Điều trị trước phẫu thuật

Bảng 1. Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật

Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chống phù não	32	100
Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch	3	9,4
Lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học	8	25
Thời gian phẫu thuật		
Trước 48 giờ	16	50
Sau 48 giờ	16	50
Tổng số	32	100
Thời gian trung bình tính từ khi khởi phát đến khi phẫu thuật	67,16 ±56,03	

Có 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị chống phù não (100%). Có 3/32 bệnh nhân được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch chiếm 9,4%. 8/32 được can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (25%).

Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật trong vòng 48 giờ và sau 48 giờ tương đương nhau là 50%. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đột quỵ não đến khi được phẫu thuật trung bình là 67,16±56,03 giờ.

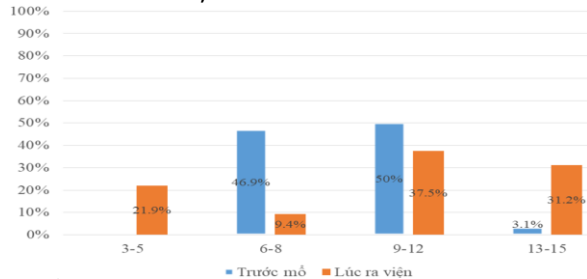
* Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Tình trạng bệnh nhân theo thang điểm Glasgow

Tình trạng bệnh nhân (Điểm Glasgow)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
3-5	7	21,9
6-8	3	9,4
9-12	12	37,5
13-15	10	31,2
Sự cải thiện tri giác theo thang điểm GCS		

Có cải thiện	19	59,4
Không cải thiện	4	12,5
Xấu hơn	9	28,1
Tổng	32	100

Trong nghiên cứu, kết quả khi ra viện có 12/32 bệnh nhân có điểm Glasgow lúc ra viện từ 9 – 12 điểm chiếm 37,5%; có 10/32 bệnh nhân từ 13 – 15 điểm chiếm 31,2%, tỷ lệ điểm GCS từ 3 – 5 điểm là 21,9%.



Biểu đồ 1. So sánh tình trạng tri giác bệnh nhân theo điểm Glasgow lúc nhập viện và ra viện

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm mức độ nặng (Glasgow 6 – 8 điểm) giảm từ 15/32 xuống 3/32 bệnh nhân. Số bệnh nhân ở mức độ nhẹ (Glasgow 13 – 15 điểm) tăng từ 1/32 lên 10/32 bệnh nhân. Có 7/32 bệnh nhân có tri giác mức độ rất nặng (Glasgow 3-5 điểm) thời điểm ra viện.

Bảng 3. Sự cải thiện tri giác khi ra viện so với trước phẫu thuật

Sự cải thiện tri giác theo thang điểm GCS	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có cải thiện	19	59,4
Không cải thiện	4	12,5
Xấu hơn	9	28,1
Tổng	32	100

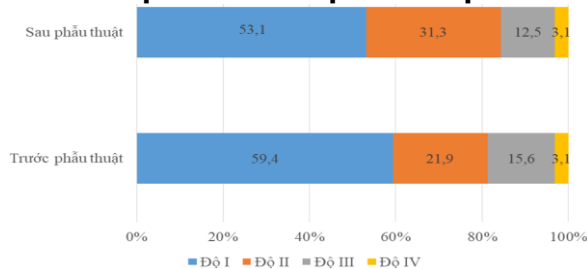
Trong nghiên cứu; có 59,4% trường hợp cải thiện tri giác so với trước phẫu thuật. Có 28,1% tình trạng tri giác xấu hơn so với trước phẫu thuật.

Bảng 4. Kết quả tại thời điểm ra viện

Kết quả khi ra viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sống	31	96,9
Tử vong	1	3,1

Trong nghiên cứu, tỷ lệ sống thời điểm ra viện đạt 96,9%, tỷ lệ tử vong là 3,1%.

* Kết quả trên cắt lớp vi tính sọ não



Biểu đồ 2. Mức độ di lệch đường giữa trên

phim chụp cắt lớp sọ não trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

Số bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa độ III và độ IV (mức độ di lệch trên 10 mm) giảm từ 06/32 bệnh nhân xuống 05/32 bệnh nhân. Tăng số lượng bệnh nhân ở nhóm độ I và độ II (mức độ di lệch dưới 10 mm) từ 26/32 bệnh nhân lên 27/32 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

* Các biện pháp điều trị trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu: có 11/32 bệnh nhân chiếm 34,4% được can thiệp bằng thuốc tiêu sợi huyết và lấy huyết khối đường tĩnh mạch trước khi tiến hành phẫu thuật mở sọ giảm áp. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ, đây là các phương pháp hiện đại mới, rất hữu hiệu cho các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu được phát hiện sớm. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng cho thấy có một tỷ lệ thất bại nhất định của các phương pháp này. Bên cạnh đó, việc tái tắc sau lấy huyết khối hay chuyển dạng xuất huyết trong các ổ nhồi máu có thể gặp trong một số các trường hợp. Trong các trường hợp này, vấn đề phù não tiến triển thường xảy ra dẫn đến tình trạng tăng áp nội sọ. Phẫu thuật mở sọ giảm áp là một biện pháp lựa chọn tích cực nhằm cứu sống người bệnh [3].

* Thời gian điều trị trước phẫu thuật.

Thời gian điều trị được tính từ khi khởi phát triệu chứng đến khi bệnh nhân được phẫu thuật [4]. Một số nghiên cứu cho rằng: mở sọ giảm áp sớm làm giảm nguy cơ tổn thương nhu mô não lành, giảm áp lực nội sọ do tình trạng phù não tiến triển gây ra [5]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho rằng: tình trạng phù não thường tăng muộn hơn sau 48 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên. Trong một loạt nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm của châu Âu [6], kết quả tổng hợp năm 2007 không thể cho thấy có sự khác biệt nào về kết quả của phẫu thuật giữa nhóm điều trị sớm trong vòng 24 giờ và muộn hơn trong vòng 48 giờ. Tất cả bệnh nhân trong các nghiên cứu này đều được phẫu thuật trong vòng 48 giờ. Nghiên cứu HAMLET (Hemicraniectomy After Middle cerebral artery infarction with Life-threatening Edema Trial) lựa chọn thời gian phẫu thuật lên tới 96 giờ kể từ sau khi có triệu chứng khởi phát. Kết quả phẫu thuật chỉ ra rằng: phẫu thuật trong vòng 48 giờ làm giảm tỉ lệ tàn phế hoặc chết (mRs 5 hoặc 6), và cho rằng việc trì hoãn phẫu thuật không thuận lợi cho sự hồi phục của bệnh nhân [7].

Trong nghiên cứu của tôi, thời gian từ khi

khởi phát đột quy đến khi phẫu thuật trung bình là $67,16 \pm 56,03$ giờ. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu của Juttler là $24,4 \pm 6,9$ giờ, của Katayoun Vahedi là $20,5 \pm 8,3$ giờ [6]. Kết quả này tương đương với kết quả của Badih Daou là 3 ± 3 ngày [1]. Trong đó bệnh nhân được phẫu thuật sớm nhất là 15 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, muộn nhất là 169 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 48 giờ là 16 bệnh nhân chiếm 50%, phẫu thuật sau 48 giờ là 16 bệnh nhân chiếm 50%.

***Kết quả phẫu thuật khi ra viện.** Tại thời điểm ra viện có 31/32 bệnh nhân chiếm 96,9% sống, 1/32 bệnh nhân tử vong tại thời điểm ra viện chiếm 3,1%. Kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu khác như Katayoun Vahedi 2007 [8] tỷ lệ bệnh nhân sống là 79%. Tỷ lệ sống sau phẫu thuật của thử nghiệm DESTINY là 88%. Thử nghiệm này cũng cho thấy hiệu quả của phẫu thuật khi so sánh với nhóm điều trị không phẫu thuật có sự cải thiện rõ tỷ lệ sống trong vòng 30 ngày (88% so với 47%; $p = 0,02$) [9]. Kết quả của các thử nghiệm và các nghiên cứu cũng đi đến kết luận: phẫu thuật mở sọ giảm áp làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong các trường hợp nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa.

Kết quả gần sau phẫu thuật còn cho thấy rõ hiệu quả của phẫu thuật giảm áp thông qua sự cải thiện điểm Glasgow trên lâm sàng, và mức độ nề đẩy đường giữa sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả gần, chúng tôi thấy rằng: ở nhóm bệnh nhân ≤ 60 tuổi có tỷ lệ sống lúc ra viện là 90,9%, thấp hơn so với nhóm >60 tuổi có tỷ lệ sống lúc ra viện là 100%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này tương tự kết quả của các thử nghiệm lâm sàng khác [10].

Trong nghiên cứu, giữa nhóm bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 48 giờ và nhóm điều trị sau 48 giờ không thấy sự khác biệt về kết quả lâm sàng tại thời điểm ra viện (tỷ lệ bệnh nhân sống lần lượt là 100% và 93,8%). Điều này là do thời gian trung bình của bệnh nhân từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được phẫu thuật là $53,00 \pm 35,08$ gần với mốc 48 giờ. Việc lựa chọn mốc thời gian phẫu thuật trong vòng 48 giờ liên quan đến sinh lý bệnh phù não trong nhồi máu não. Tình trạng phù não thường bắt đầu tăng vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 sau đột quy nhồi máu não gây lên tình trạng thoát vị não qua lều tiểu não hoặc qua lỗ chẩm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân mắc nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa từ tháng 1/2017 tới tháng 9/2022 chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sống khi ra viện đạt 96,9%. Kết quả sớm cho thấy có 59,4% có sự cải thiện về tri giác so với trước phẫu thuật. Phim cắt lớp vi tính chụp kiểm tra có sự giảm mức độ nề đẩy đường giữa, số bệnh nhân có mức di lệch đường giữa độ III và độ IV giảm từ 18,7% xuống 15,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Daou, A. P. Kent, M. Montano, et al.** (2016). Decompressive hemicraniectomy: predictors of functional outcome in patients with ischemic stroke. *J Neurosurg*, 124(6): 1773-9.
2. **S. Das, P. Mitchell, N. Ross, et al.** (2019). Decompressive Hemicraniectomy in the Treatment of Malignant Middle Cerebral Artery Infarction: A Meta-Analysis. *World Neurosurg*, 123: 8-16.
3. **William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, Teri Ackerson, et al.** (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association 49(3): e46-e99.
4. **B. Kamal Alam, A. S. Bukhari, S. Assad, et al.** (2017). Functional Outcome After Decompressive Craniectomy in Patients with Dominant or Non-Dominant Malignant Middle Cerebral Infarcts. *Cureus*, 9(1): e997.
5. **D. Staykov, R. Gupta** (2011). Hemicraniectomy in malignant middle cerebral artery infarction. *Stroke*, 42(2): 513-6.
6. **Katayoun Vahedi, Eric Vicaut, Joaquim Mateo, et al.** (2007). Sequential-Design, Multicenter, Randomized, Controlled Trial of Early Decompressive Craniectomy in Malignant Middle Cerebral Artery Infarction (DECIMAL Trial) 38(9): 2506-2517.
7. **J. Hofmeijer, L. J. Kappelle, A. Algra, et al.** (2009). Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4): 326-333.
8. **Katayoun Vahedi, Jeannette Hofmeijer, Eric Juettler, et al.** (2007). Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *The Lancet Neurology*, 6(3): 215-222.
9. **E. Jüttler, S. Schwab, P. Schmiedek, et al.** (2007). Decompressive Surgery for the Treatment of Malignant Infarction of the Middle Cerebral Artery (DESTINY): a randomized, controlled trial. *Stroke*, 38(9): 2518-2525.
10. **Dae-Hyun Kim, Sang-Bae Ko, Jae-Kwan Cha, et al.** (2015). Updated Korean Clinical Practice Guidelines on Decompressive Surgery for Malignant Middle Cerebral Artery Territory Infarction. *Journal of stroke*, 17(3): 369-376.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA LIỆU PHÁP HẠ THÂN NHIỆT Ở BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN DO CĂN NGUYÊN TIM MẠCH

Nguyễn Văn Chi², Bùi Mạnh Cường¹,
Phạm Xuân Thắng², Nguyễn Tuấn Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu hồ sơ bệnh án trên toàn bộ 35 bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân tại thời điểm ra viện là 40%, sau 30 ngày tăng lên là 48,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả phục hồi thần kinh tốt khi ra viện là 37,1% và sau 30 ngày tăng lên là 40%. Chỉ số lactat giảm từ $7,5 \pm 3,6$ (0,6-16,6) mmol/L lúc nhập viện xuống $7,2 \pm 3,7$ (1,5-16) sau liệu pháp hạ thân nhiệt. Tình trạng toan máu giảm: tại thời điểm nhập viện pH trung bình là $7,2 \pm 0,1$ (7,1-7,5) và HCO_3^- trung bình là $16,6 \pm 3,6$ (9,9-27,1), tại thời điểm cuối giai đoạn hạ thân nhiệt chỉ số pH là $7,4 \pm 0,1$ (7,2-7,6) và HCO_3^- trung bình là $21,2 \pm 3,6$ (11,5-26,4). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cung cấp số liệu về thực trạng tử vong của bệnh nhân là cơ sở để quyết định điều trị liệu pháp hạ thân nhiệt cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch. **Từ khóa:** liệu pháp hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn, nguyên nhân tim mạch.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOME OF THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN PATIENTS WITH CARDIAC ARREST DUE TO CARDIOVASCULAR CAUSES

Target: The study aimed to evaluate the treatment outcomes of hypothermia therapy in patients with cardiac arrest as the underlying cause. **Methods:** This cross-sectional retrospective study analyzed the medical records of a total of 35 patients who experienced cardiac arrest due to cardiac causes from May 2015 to December 2018. **Results:** The mortality rate of patients at the time of discharge was 40%, which increased to 48.6% after 30 days. The proportion of patients with good neurological recovery at discharge was 37.1%, and it increased to 40% after 30 days. The lactate levels decreased from 7.5 ± 3.6 (range: 0.6-16.6) mmol/L at admission to 7.2 ± 3.7 (range: 1.5-16) after hypothermia therapy. Blood gas parameters showed the following changes: at admission, the average pH was 7.2 ± 0.1 (range: 7.1-

7.5), and HCO_3^- was 16.6 ± 3.6 (range: 9.9-27.1). At the end of the hypothermia phase, the pH averaged 7.4 ± 0.1 (range: 7.2-7.6), and HCO_3^- averaged 21.2 ± 3.6 (range: 11.5-26.4). **Conclusion:** The study results provide data on the current mortality rates of patients, serving as a basis for deciding on hypothermia therapy for patients with cardiac arrest as the underlying cause. **Keywords:** hypothermia therapy, cardiac arrest, cardiac causes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng tim ngừng hoạt động hoặc hoạt động không có hiệu quả. Tử vong và tàn tật sau ngừng tuần hoàn là những mối đe dọa cho sức khỏe cộng đồng. Mặc dù đã có những cập nhật trong quá trình điều trị, tỷ lệ sống sót còn thấp. Tại Hoa Kỳ ghi nhận dưới 6% bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoài viện và 24% bệnh nhân ngừng tuần hoàn trong viện sống sót sau khi xuất viện. [1] Một trong những nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn phổ biến nhất là do tim chiếm từ 50% đến 60%, trong đó bệnh tim do mạch vành chiếm 75% các sự cố ngừng tuần hoàn có nguyên nhân từ tim mạch. [2] Tuy nhiên một số các nghiên cứu đã đưa ra những quan điểm cho rằng những nguyên nhân bệnh lý khác nhau hoặc các tổn thương tim mạch tại thời điểm nhập viện có thể ảnh hưởng đến sự sống còn và kết quả thần kinh của bệnh nhân. [3], [4]

Hạ thân nhiệt đã được chứng minh có hiệu quả giúp cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn có nhiều cơ hội sống hơn. Các báo cáo đã chứng minh hiệu quả của liệu pháp này giúp giảm tỷ lệ tử vong xuống 14% và giảm di chứng tàn phế xuống là 11%. [5] Tuy nhiên những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngừng tuần hoàn do các nguyên nhân khác nhau có thể khác nhau. Do đó, hiệu quả điều trị của các phương pháp điều trị khác nhau trên nhóm bệnh nhân này cũng có thể không giống nhau. Tại Việt Nam, hạ thân nhiệt đang trở thành liệu pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn. Đến nay đã có một số cơ sở y tế áp dụng liệu pháp điều trị này. Tuy nhiên còn ít các nghiên cứu chi tiết nhằm đánh giá hiệu quả của liệu pháp này trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài: "Đánh giá kết quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi

Email: chinvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ngừng tuần hoàn trong bệnh viện hoặc ngoại viện được chẩn đoán trong hồ sơ bệnh án do nguyên nhân tim mạch được hồi sinh tim phổi thành công, có tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC). Bệnh nhân sau ROSC, hôn mê Glasgow ≤ 12 điểm được đặt ống nội khí quản, thở máy. Thời gian từ khi tái lập tuần hoàn tự nhiên đến khi tiến hành hạ thân nhiệt tối đa 6 giờ. Bệnh nhân còn phản xạ đồng tử với ánh sáng. Tuổi ≥ 18 .

Tiêu chuẩn loại trừ: BN chết não. Hôn mê trước khi ngừng tuần hoàn do nguyên nhân khác (đột quỵ não, chấn thương sọ não). Huyết động khó kiểm soát hoặc không kiểm soát được. Sepsis. Phẫu thuật lớn trong vòng 14 ngày. Rối loạn nhịp tim nguy hiểm chưa kiểm soát được. Phụ nữ có thai. Bệnh lý mạn tính ở giai đoạn cuối. Tuổi cao > 80 .

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân NTH đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: bệnh án nghiên cứu bao gồm các thông tin: đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu; lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân khi nhập viện; thang đo đánh giá hiệu quả của can thiệp Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance Categories (CPC) và kết quả điều trị tại thời điểm ra viện và sau 30 ngày.

Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Lập danh sách bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch có chỉ định liệu pháp hạ thân nhiệt.

- Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa

chọn và tiêu chuẩn loại trừ có hồ sơ bệnh án.

- Ghi các thông tin chung của bệnh nhân, đánh giá các thông số bao gồm: đặc điểm cận lâm sàng, đánh giá hồi phục thần kinh theo thang đo CPC, kết quả điều trị của bệnh nhân.

- Theo dõi đánh giá các diễn biến của bệnh nhân sau liệu pháp tại các thời điểm T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng excel và xử lý theo phần mềm Stata 12.0.

Đặc điểm nhân khẩu của quần thể được mô tả qua giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị, tỷ lệ phần trăm.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	34	97,1
	Nữ	1	2,9
Tuổi	≤ 30 tuổi	5	14,3
	31-50	19	54,3
	51-60	4	11,4
	> 60	7	20,0
	Mean \pm SD	43,9 \pm 16,1	
Tiền sử bệnh tật	Đái tháo đường (ĐTĐ)	8	22,9
	Tăng huyết áp (THA)	3	8,6
	THA + ĐTĐ	2	5,7
	Chưa phát hiện bệnh lý	26	74,3

Nghiên cứu tiến hành đánh giá trên 37 bệnh nhân trong đó chủ yếu là nam giới

Bảng 2: Đặc điểm ngừng tuần hoàn của bệnh nhân

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Người chứng kiến	Có	35	100,0
	Không	0	0,0
Cấp cứu tại chỗ bởi người chứng kiến	Có	4	11,4
	Không	31	88,6
Nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn	Rối loạn nhịp tim	15	42,8
	Nhồi máu cơ tim	10	28,6
	Điện giật	10	28,6

Tất cả các bệnh nhân NTH đều có người chứng kiến, hầu hết bệnh nhân không được cấp

cứu tại chỗ bởi người chứng kiến.

Bảng 3: Đặc điểm thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn của bệnh nhân

Đặc điểm	Mean±SD (Min–Max)
Thời gian từ khi NTH đến khi được hồi sinh tim phổi (phút) (No-flow)	9,2±4,6 (0 – 15)
Thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn (phút) (Low-flow)	26,6±15,8 (5 – 60)

Thời gian hồi sinh tim phổi tới khi có tái lập tuần hoàn tự nhiên (phút)	35,8±14,6 (15 – 75)
Thời gian từ khi có tái lập tuần hoàn đến khi hạ thân nhiệt (phút)	275,7±75,3 (70 - 360)

Thời gian tối đa từ khi NTH đến khi hồi sức tim phổi ở bệnh nhân là 15 phút và thời gian tối đa tính từ khi hồi sinh tim phổi tới khi có tái lập tuần hoàn tự nhiên là 75 phút.

Bảng 4. Sự thay đổi chỉ số khí máu ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn

Chỉ số	T0	T1	T2	T3	T4
Lactate** (mmol/l)	7,5 ± 3,6 (0,6-16,6)	7,2 ± 3,7 (1,5-16)	2,7 ± 1,3 (0,9-5,7)	1,8 ± 1,1 (0,8-6,3)	1,4 ± 0,8 (0,7-4,1)
pH máu**	7,2 ± 0,1 (7,1-7,5)	7,2 ± 0,1 (6,9-7,5)	7,3 ± 0,1 (7,0-7,5)	7,4 ± 0,1 (7,2-7,5)	7,4 ± 0,1 (7,2-7,6)
HCO ₃ **	16,6 ± 3,6 (9,9-27,1)	16,3 ± 3,9 (8,4-23)	18,1 ± 3,2 (12,9-24,9)	20,5 ± 3,9 (13,1-28)	21,2 ± 3,6 (11,5-26,4)

**Trung bình, độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)

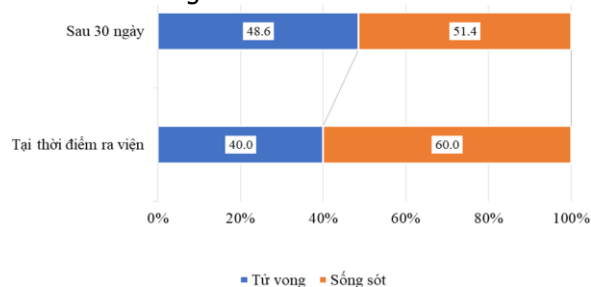
T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

Chỉ số lactat có xu hướng giảm dần trong quá trình điều trị hạ thân nhiệt. Tình trạng toan chuyển hóa cải thiện sau liệu pháp hạ thân nhiệt.

Bảng 5. Kết quả phục hồi thần kinh của người bệnh

Phục hồi thần kinh	Phục hồi không tốt (CPC 3-5)		Phục hồi tốt (CPC 1-2)	
	n	%	n	%
Ra viện	22	62,9	13	37,1
Sau 30 ngày	21	60	14	40,0

Trên 50% bệnh nhân có kết quả phục hồi thần kinh không tốt.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống sót bệnh nhân sau áp dụng liệu pháp hạ thân nhiệt

Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân tăng sau khi ra viện 30 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ngừng tuần hoàn chủ yếu là nam giới, độ tuổi trung bình là 43,9 ± 16,1 tuổi. Trên 70% bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý kèm theo.

Tỷ lệ bệnh nhân xảy ra ngừng tuần hoàn có người chứng kiến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn sau với hầu hết các nghiên cứu như nghiên cứu của Vattanavanit là 91,3%, nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải với tỷ lệ là 70,7%. [6], [7] Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân được cấp cứu tại chỗ trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,4% lại thấp hơn hầu hết các nghiên cứu trên thế giới, cụ thể nghiên cứu của Vattanavanit là 17,4%; nghiên cứu của Bernard là 49%. [6], [8] Điều này có thể được lý giải do những hạn chế trong cấp cứu ngoại viện tại Việt nam và kiến thức, thực hành của người dân về cấp cứu ngừng tuần hoàn còn kém. Do đó, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân NTH có người chứng kiến cao hơn tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân được cấp cứu tại chỗ còn thấp.

Thời gian từ khi ngừng tuần hoàn đến khi hồi sức tim phổi (No-flow) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với các nghiên cứu đánh giá trên nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn, như nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải trên 239 bệnh nhân ngừng tuần hoàn, kết quả cho thấy thời gian từ khi ngừng tuần hoàn cho đến khi hồi sức tim phổi là 20 phút (13-28 phút) dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 9,2 ± 4,6 (0-15). [7] Hay nghiên cứu của Veerapong Vattanavanit và cộng sự trên 23 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Kết quả thời gian này là 17,7 ± 1,4 phút. [6] Kết quả này có thể được lý giải do hầu hết các nghiên cứu được tìm thấy như nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải, nghiên cứu của Veerapong Vattanavanit và cộng sự đều có tỷ lệ bệnh nhân có người chứng kiến thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. [6], [7] Đây có thể là lý do dẫn đến thời gian từ khi ngừng tuần hoàn

đến khi hồi sức tim phổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vattanavanit và cộng sự. [6] Tuy nhiên có sự khác biệt với thời gian No-flow, thời gian hồi sinh tim phổi trong nghiên cứu (Low-flow) của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Veerapong Vattanavanit và cộng sự thời gian hồi sinh tim phổi trên nhóm đối tượng này là 21 phút. [6] Nghiên cứu của Po-Yen Ko thời gian này là 18 phút. [4] Tuy nhiên thời gian hồi sinh tim phổi chưa có bằng chứng cho thấy có mối liên quan với nguy cơ tử vong của bệnh nhân.

Liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn có hiệu quả trong cải thiện chỉ số lactat và nhiễm toan. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đình Kiên tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai đánh giá hiệu quả của điều trị kiểm soát thân nhiệt theo đích cũng cho thấy chỉ số nhiễm toan giảm sau can thiệp. Tác giả Vũ Đình Kiên chỉ ra tại thời điểm lúc nhập viện chỉ số Lactat máu là $7,2 \pm 4,3$ giảm xuống $2,2 \pm 1,5$ tại thời điểm cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt. Bên cạnh giá trị lactat máu, hai chỉ số đánh giá nhiễm toan máu cũng được cải thiện, cụ thể chỉ số pH máu tại thời điểm nhập viện giảm rõ rệt và tăng lên về mức bình thường tại thời điểm cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt. Chỉ số HCO_3 tại thời điểm nhập viện thấp và tăng lên tại thời điểm cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt. [9] Tình trạng nhiễm toan nặng có giá trị tiên lượng tới kết cục xấu cho bệnh nhân do đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra liệu pháp hạ thân nhiệt có hiệu quả trong cải thiện toan máu và tình trạng bệnh của người bệnh.

Kết quả phục hồi thần kinh (CPC 1-2) trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm ra viện là 37,1%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Bernard và cộng sự tại Úc cho kết quả bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau liệu pháp hạ thân nhiệt có kết quả tốt là 49%. [8] Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Vattanavanit và cộng sự với tỷ lệ bệnh nhân có kết quả phục hồi thần kinh tốt chỉ đạt 13%. [6] Kết quả này có thể do thời gian tính từ ngừng tuần hoàn đến khi hồi sức tim phổi (No-flow) trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,2 \pm 4,6$ (0-15) phút thấp hơn so với nghiên cứu của Bernard là 2 phút, và cao hơn so với nghiên cứu của Vattanavanit và cộng sự với thời gian này là $17,7 \pm 1,4$ phút. [6], [8] Kết quả này không có gì bất ngờ khi thời gian ngừng tuần hoàn đến khi hồi sức tim phổi (No-flow) đã

được chứng minh cho thấy ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Thời gian này càng kéo dài, tổn thương não của bệnh nhân NTH càng nặng nề và tỷ lệ do não không có khả năng dự trữ oxy do đó khi tim ngừng đập, sự ngừng cung cấp oxy tới não xảy ra gây lên sự thiếu oxy của bệnh nhân. [6]

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số các nghiên cứu khác như tỷ lệ tử vong được báo cáo trong nghiên cứu của Hà Thị Bích Vân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2019 trên 87 bệnh nhân bệnh nhân ngừng tuần hoàn cho thấy có 81/87 bệnh nhân tử vong chiếm 93,1% so với nghiên cứu của chúng tôi là 40% tại thời điểm ra viện. [10] Nghiên cứu của Vattanavanit tỷ lệ tử vong trong bệnh viện ghi nhận là 52,2%. [6] Một số các nghiên cứu khác lại ghi nhận tỷ lệ tử vong/ diễn biến xấu thấp hơn so với nghiên cứu này. Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng năm 2019 trên 60 bệnh nhân cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy kết quả điều trị bệnh nhân trong đó 73,3% bệnh nhân sống sót và 26,7% tử vong. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch, trong khi các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Hà Thị Bích Vân, nghiên cứu của Vattanavanit tiến hành trên bệnh nhân NTH do mọi nguyên nhân. [6],[10] Nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng tiến hành trên những bệnh nhân có bất thường về tim mạch có tỷ lệ tử vong thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, sự khác biệt này cũng đã được chỉ ra trong nghiên cứu của Po-Yen Ko cho thấy các nhóm nhân khác nhau chưa cho thấy ảnh hưởng đến mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân. [4]

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn giúp giảm tình trạng toan máu ở bệnh nhân, tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện là 40% và phục hồi thần kinh tốt là 37,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Graham R., McCoy M.A., Schultz A.M., et al.** (2015), *Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival: A Time to Act*, National Academies Press (US).
2. **Sharabi A.F. and Singh A.** (2022). *Cardiopulmonary Arrest In Adults*. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
3. **Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group** (2002). *Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac*

- arrest. N Engl J Med, 346(8), 549–556.
4. **Ko P.-Y., Wang L.-L., Chou Y.-J., et al.** (2019). Usefulness of Therapeutic Hypothermia to Improve Survival in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Acta Cardiol Sin, 35(4), 394–401.
 5. **Cổng thông tin Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Bạch Mai - Hội nhập và Phát triển** (2011-2016). Truy cập ngày 19/09/2022. Tại trang web: <<http://www.bachmai.gov.vn/gioi-thieu-ve-benh-vien/lich-su-hinh-thanh-menuleft-236/benh-vien-bach-mai-hoi-nhap-va-phat-trien-2011-2016-menuleft-240.html>>.
 6. **Vattanavanit V. and Bhurayanontachai R.** (2016). Clinical outcomes of 3-year experience of targeted temperature management in patients with out-of-hospital cardiac arrest at Songklanagarind Hospital in Southern Thailand: an analysis of the MICU-TTM registry. Open Access Emerg Med OAEM, 8, 67–72.
 7. **Hoang B.H., Do N.S., Vu D.H., et al.** (2021). Outcomes for out-of-hospital cardiac arrest transported to emergency departments in Hanoi, Vietnam: A multi-centre observational study. Emerg Med Australas, 33(3), 541–546.
 8. **Bernard S.A., Gray T.W., Buist M.D., et al.** (2002). Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med, 346(8), 557–563.
 9. **Vũ Đình Kiên** (2017), Đánh giá tình trạng đông cầm máu ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn được điều trị soát thân nhiệt theo đích tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 10. **Hà Thị Bích Vân, Bùi Tất Luật, Hà Thế Linh, et al.** (2019). Một số đặc điểm lâm sàng, kết quả cấp cứu người bệnh ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Tạp Chí Y Học Việt Nam, 482(Số đặc biệt), 31–36.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY LIÊN QUAN ĐẾN QUÁ TRÌNH TÁN SỎI TIẾT NIỆU CAO QUA DA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố trên cắt lớp vi tính đa dây liên quan đến tán sỏi tiết niệu cao qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được thực hiện ở 35 bệnh nhân có chỉ định và được tán sỏi qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và có chụp cắt lớp vi tính đa dây trước tán sỏi trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 2/2023. Đánh giá các yếu tố trên cắt lớp vi tính liên quan đến 2 giai đoạn chính của quy trình tán sỏi qua da: 1) giai đoạn tạo đường hầm tán sỏi bao gồm các yếu tố như vị trí sỏi, bề dày nhu mô thận, khoảng cách từ da đến sỏi, mức độ giãn đường bài xuất, các bất thường bẩm sinh của đường bài xuất, của mạch máu thận, 2) giai đoạn thực hiện tán sỏi bao gồm các yếu tố như số lượng sỏi, kích thước sỏi, diện tích bề mặt, tỷ trọng của sỏi. **Kết quả:** có 22nam/13 nữ, độ tuổi trung bình là 53.4 ± 12.0 , tỷ lệ mắc sỏi thận chủ yếu từ 30-60 tuổi. Sỏi chủ yếu sỏi ở nhiều vị trí (bể thận + các nhóm đài), kích thước sỏi chủ yếu 20-30mm (chiếm 57.1%), diện tích bề mặt chủ yếu <10cm² (chiếm 88.6%), diện tích bề mặt có liên quan chặt chẽ đến thời gian tán sỏi và độ sạch sỏi với $p < 0.05$. Tỷ trọng sỏi chủ yếu >1000 HU (chiếm 91.4%). Biến đổi giải phẫu hai động mạch thận chiếm 20% và bất thường xoay thận chiếm 2.9%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dây cung cấp nhiều thông tin quan trọng, cần thiết liên quan đến các giai đoạn của quy trình tán sỏi tiết niệu cao qua da, từ đó giúp các nhà

Hoàng Đình Âu¹, Thân Thị Minh Nguyệt²

phẫu thuật xác định chiến lược trước tán sỏi, đảm bảo hiệu quả. **Từ khóa:** sỏi tiết niệu, tán sỏi qua da, cắt lớp vi tính đa dây

SUMMARY

ASSESSMENT OF FACTORS ON MULTISLICES CT RELATED TO PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY OF HIGH URINARY STONE

Purposes: To evaluate the factors on multislice computed tomography related to percutaneous lithotripsy of high urolithiasis. **Material and methods:** A cross-sectional description study was performed in 35 patients with indications and percutaneous lithotripsy at Hanoi Medical University Hospital and had multi-slices computed tomography before percutaneous lithotripsy from June 2022 to February 2023. Evaluation of factors on MSCT related to 2 main stages of percutaneous lithotripsy procedure: 1) stage of lithotripsy tunneling including factors such as stone location, renal parenchymal thickness, distance from the skin to the stone, degree of dilatation of the excretory tract, congenital abnormalities of the urinary tract, of the renal blood vessels, 2) the stage of lithotripsy procedure including factors such as the number of stones, the size, surface area, density of stones. **Results:** there were 22 men/13 women, the average age was 53.4 ± 12.0 , the prevalence of kidney stones was mainly from 30-60 years old. Stones were mainly in more than one location (renal pelvis + calyx groups), the stone size was mainly 20-30mm (accounting for 57.1%), the surface area was mainly <10cm² (accounting for 88.6%), the surface area has closely related to lithotripsy time and stone cleanliness with $p < 0.05$. The proportion of stones is mainly >1000 HU (accounting for 91.4%). Anatomical changes of the two renal arteries account for 20% and abnormalities of renal

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhou@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

rotation account for 2.9%. **Conclusion:** Multislice computed tomography provides important, essential information regarding the stages of percutaneous lithotripsy of high urolithiasis, thereby helping surgeons define pre-litholitic strategies.

Keywords: urolithiasis, percutaneous lithotripsy, multislice computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh khá phổ biến trong cộng đồng, ảnh hưởng đến khoảng 1-5 % dân số¹. Sỏi tiết niệu cao là sỏi thận và sỏi niệu quản 1/3 trên. Các biến chứng thường gặp là ứ nước thận, ứ mủ thận, áp xe thận, suy thận, nhiễm trùng máu. Ngày nay việc chẩn đoán sớm nhờ chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị, siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch chụp cắt lớp vi tính... có thể phát hiện sỏi ngay cả khi chưa có triệu chứng lâm sàng.

Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán bệnh lý tiết niệu được áp dụng từ lâu. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (Multislice Computer Tomography – MSCT) hệ tiết niệu những năm gần đây được áp dụng ngày càng nhiều trong thực hành lâm sàng. CLVT và nhất là MSCT có thể chẩn đoán sỏi tiết niệu với độ nhạy (lên tới 98%), và độ đặc hiệu cao (96-100%)². CLVT không chỉ giúp chẩn đoán chính xác các đặc tính của sỏi tiết niệu mà còn cho phép đánh giá chức năng thận, tình trạng nhu mô, cấu trúc giải phẫu đường bài xuất, các biến chứng do sỏi gây ra, theo dõi và đánh giá sau điều trị sỏi.

Với ưu điểm ít xâm lấn, làm sạch sỏi trực tiếp và thời gian nằm viện ngắn, tán sỏi qua da (PCNL) đang dần trở thành lựa chọn điều trị hiệu quả trong thời gian gần đây ở nhiều trung tâm tiết niệu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Việc đánh giá chính xác vị trí, số lượng, hình thái, kích thước, bản chất sỏi, mức độ ứ nước thận, cũng như các biến đổi cấu trúc giải phẫu thận – niệu quản là rất quan trọng trong chiến lược điều trị tán sỏi qua da. Trên thế giới và trong nước đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò quan trọng của MSCT trong đánh giá trước tán sỏi qua da. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá các yếu tố trên CLVT liên quan đến tán sỏi tiết niệu cao qua da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả lấy mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân có sỏi đài- bể thận và hoặc sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên được chụp MSCT trước tán sỏi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được tán sỏi qua da từ tháng 6/2022 đến tháng 2/2023. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khi phim chụp MSCT không đủ tiêu chuẩn hoặc hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu. Các dữ

liệu như tuổi, giới, chiều cao, cân nặng được lưu trữ vào bệnh án nghiên cứu.

Chụp MSCT hệ tiết niệu được thực hiện trên máy MSCT 660 Optimal GE 128 dãy. Quy trình chụp bao gồm 4 thì: 1) thì trước tiêm nhằm đánh giá số lượng, kích thước, vị trí và tỷ trọng sỏi, kích thước, hình dáng thận và bề dày nhu mô thận; 2) Thì động mạch (sau tiêm cản quang 30 giây) nhằm đánh giá các biến đổi giải phẫu động mạch thận, chức năng tưới máu thận; 3) thì nhu mô (sau tiêm cản quang 60 giây) nhằm đánh giá mức độ ngấm thuốc và tổn thương nhu mô thận (nếu có); 4) thì bài xuất (tuỳ thuộc chức năng thận có sỏi, tối thiểu 5 phút), nhằm đánh giá chức năng bài xuất của thận và mức độ giãn đường bài xuất. Các biến số nghiên cứu về sỏi và các yếu tố liên quan đến quá trình tán sỏi trên phim chụp MSCT được lưu vào bệnh án nghiên cứu.

Quy trình tán sỏi qua da trải qua hai thì: 1) Kiểm tra sự lưu thông của niệu quản bằng đặt sonde niệu quản ngược dòng từ bàng quang lên thận 2) Tạo đường hầm tán sỏi bằng chọc dò đài thận qua da và 3) Thực hiện tán sỏi thận. Thu thập biến số nghiên cứu như thời gian phẫu thuật.

Sau khi tán sỏi, bệnh nhân được chụp Xquang hệ tiết niệu đánh giá sạch sỏi sau tán. Thông tin tỷ lệ sạch sỏi (chụp phim không còn sỏi hoặc sỏi $\leq 3\text{mm}$).

Các số liệu thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu hiện bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình là 53.4 ± 12.0 tuổi, người cao tuổi nhất là 72 tuổi, người nhỏ tuổi nhất là 31 tuổi, chủ yếu trong nhóm tuổi 30-60 tuổi (71.4%), sau đó là nhóm tuổi >60 chiếm 28.6%, nhóm <30 không có bệnh nhân nào. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 22 bệnh nhân nam (77.1%) và 13 bệnh nhân nữ (22.9%), tỷ lệ nam/nữ là 1.7/1

3.2. Đánh giá các yếu tố trên CLVT liên quan đến quá trình tán sỏi

3.2.1. Các yếu tố liên quan đến tạo đường hầm tán sỏi

Bảng 1: Các yếu tố liên quan đến tạo đường hầm tán sỏi

Các yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí sỏi	Bể thận đơn thuần	6	17.1

	Bể thận + nhóm dài	23	65.7
	San hô	4	11.4
	Niêu quản 1/3 trên đơn thuần	1	2.9
	Niêu quản 1/3 trên + nhóm dài	1	2.9
Mức độ ứ nước thận	Không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ	24	68.6
	ứ nước vừa	7	20
	ứ nước nặng	4	11.4
Bề dày nhu mô (mm)	Trung bình	19.51±5.2	
Khoảng cách sỏi đến da (mm)	<100	29	82.9
	>100	6	17.1
	Trung bình	81.1±13.1	
Biến thể 02 động mạch thận	7	20	
Bất thường giải phẫu xoay thận	1	2.9	
Hẹp chỗ nối bể thận niệu quản	1	2.9	
Đại tràng sau thận	0	0	

Nhận xét: Các bệnh nhân chủ yếu có sỏi nhiều viên (chiếm 71.4%). Có 23 bệnh nhân có sỏi phức hợp (sỏi bể thận kết hợp sỏi đài thận, chiếm 65.7%). Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 24 bệnh nhân thận không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ (chiếm 68.6%), 7 bệnh nhân ứ nước vừa (chiếm 20%), 4 bệnh nhân ứ nước nặng (chiếm 11.4%). Bề dày nhu mô thận bên tán trung bình là 19.51±5.2 mm. Khoảng cách sỏi đến da trung bình là 81.09±13.1mm.

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu có 07 bệnh nhân có biến thể giải phẫu 02 động mạch thận (chiếm 20%), có 1 bệnh nhân có hẹp chỗ nối bể thận niệu quản, có 1 bệnh nhân có bất thường xoay thận ra trước (chiếm 2.9%), không có bệnh nhân nào có đại tràng sau thận (0%).

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến thực hiện tán sỏi

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến thực hiện tán sỏi

Các yếu tố liên quan	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng sỏi	1	10
	>1	25
Kích thước sỏi (mm)	<20	5
	20-30	20
	>30	10
	Trung bình	27.3±9

Nhận xét: Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, các bệnh nhân chủ yếu có sỏi nhiều viên (chiếm 71.4%). Có 23 bệnh nhân có sỏi phức hợp (sỏi bể thận kết hợp sỏi đài thận) (65.7%), có 6 bệnh

nhân có sỏi bể thận đơn thuần (17.1%), có 4 bệnh nhân có sỏi san hô (11.4%).

Bảng 3: Liên quan giữa diện tích sỏi, tỷ trọng sỏi với thời gian tán sỏi

Yếu tố liên quan	Thời gian tán sỏi trung bình	p
Diện tích bề mặt sỏi (cm ²)	<10	65.2±25.5
	≥ 10	123.3±5.7
Tỷ trọng sỏi (HU)	>1000	71.9 ± 21.9
	≤1000	51.3±18.6

Nhận xét: Thời gian tán sỏi trung bình của 2 nhóm diện tích bề mặt sỏi ≥ 10cm² và diện tích bề mặt sỏi < 10cm² có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0.001 với độ tin cậy 95%. Thời gian tán sỏi trung bình của 2 nhóm tỷ trọng sỏi >1000 HU và tỷ trọng sỏi <1000 HU khác biệt không có ý nghĩa thống kê p >0.05 với độ tin cậy 95%. Thời gian tán sỏi trung bình của nhóm tỷ trọng sỏi >1000HU lớn hơn nhóm tỷ trọng sỏi <1000HU.

Bảng 4: Liên quan giữa diện tích sỏi với tỷ lệ sạch sỏi

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Diện tích bề mặt	p
Độ sạch sỏi	Sạch sỏi	27(77.1%)	4.08±2.8
	Sốt sỏi	8(22.6%)	7.84±4.9

Nhận xét: Độ sạch sỏi của 2 nhóm diện tích bề mặt sỏi ≥ 10cm² và diện tích bề mặt sỏi <10cm² có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0.001 với độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 33 tuổi. Độ tuổi trung bình là 53.4 ± 12.0, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là 30-60 tuổi. So sánh với các nghiên cứu khác như Shaker H. và cộng sự (2015)⁴, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 42.3± 13.0, của Đào Đức Phin (2019)⁵ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 47.1±6.7, của Hoàng Long (2020)⁶ tuổi trung bình là 53.6±11.1.

Có nhiều nghiên cứu của các tác giả từ trước đều báo cáo tỉ lệ mắc sỏi thận của nam cao hơn nữ, mặc dù tỉ lệ nam/nữ trong các nghiên cứu là khác nhau, chẳng hạn như trong nghiên cứu của Hoàng Long (2020)⁶ báo cáo tỉ lệ này là: 1.75, còn Tiselius H.G (2003)³ là 2.1. Cũng gần tương tự các nghiên cứu của Hoàng Long (2020), trong nghiên cứu của chúng tôi có 22 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 62.9%, có 13 bệnh nhân nữ, chiếm 37.1% tỷ lệ nữ/ nam là 1.69.

4.2. Các yếu tố trên CLVT liên quan đến

quá trình tán sỏi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các bệnh nhân có số lượng sỏi >01viên chiếm 71.4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu như trong nghiên cứu của Bùi Trường Giang (2021)⁷ cũng cho kết quả đa số bệnh nhân có nhiều hơn 1 viên sỏi (86%). Số lượng sỏi là yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật cũng như tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Sỏi càng nhiều thì thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn.

Vị trí sỏi cũng là yếu tố quan trọng trong đánh giá trước tán sỏi. Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân có sỏi bể thận kết hợp với nhóm đài, chủ yếu là đài giữa và đài dưới (65.7%). Vị trí sỏi cũng là yếu tố để các nhà phẫu thuật xem xét đường chọc dò vào đài bể thận. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được lựa chọn chọc dò qua đài giữa. Điều này có thể giải thích do đa số bệnh nhân có sỏi bể thận kết hợp đài giữa, đài dưới nên đài giữa là vị trí chọc dò an toàn. Đường vào tốt nhất là đường dễ tiếp cận được sỏi và các vị trí của đài bể thận trong quá trình tán sỏi, tiếp đến là đi được vào diện vô mạch Brodel, vuông góc với mặt sau thận và gần nhất từ da vào, nó là bước quan trọng, quyết định thành công của quá trình phẫu thuật.

Mức độ giãn thận cũng ảnh hưởng đến quá trình chọc dò đài thận. Hệ thống đài bể thận càng giãn càng thuận lợi hơn cho quá trình chọc dò, tuy nhiên thận giãn quá lớn thì sỏi không được cố định tốt gây khó khăn cho quá trình tán sỏi và bơm rửa lấy các mảnh vụn sỏi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa phần thận không giãn và giãn độ I chiếm 68.6%, tương tự như các nghiên cứu của tác giả Đào Đức Phin (2021).

Diện tích bề mặt sỏi cũng là các yếu tố liên quan đến kết quả của quá trình tán sỏi qua da. Sỏi có diện tích bề mặt lớn thì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi những sỏi to diện tích bề mặt >10cm² thì thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn sỏi có diện tích bề mặt <10cm². Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật ở các nhóm diện tích bề mặt sỏi <10 cm² và >10cm² là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Bùi Trường Giang (2021) cũng có kết quả nghiên cứu tương tự. Những sỏi kích thước và diện tích bề mặt vừa phải sẽ đỡ phức tạp, thuận lợi cho việc sạch sỏi, thời gian rút ngắn và cũng hạn chế các biến chứng.

Trong nhiều năm qua phương pháp chụp cắt lớp vi tính để dự đoán thành phần sỏi góp phần dự đoán đáp ứng của các phương pháp tán sỏi. Cụ thể dựa vào mật độ sỏi được xác định bởi đơn vị HU. Sự hấp thụ bức xạ tia X khác nhau ở

những viên sỏi có thành phần hoá học khác nhau. Người ta ước tính rằng sỏi axit uric điển hình có tỷ trọng từ 200-400HU, sỏi canxi oxalat có ngưỡng từ 600-1200HU. Và mức độ cản quang trên cắt lớp vi tính cũng có thể được sử dụng để tiên lượng đáp ứng với phương pháp tán sỏi sử dụng sóng hoặc tia laser, vì có sự liên quan giữa mật độ sỏi với tăng số lượng các lần phát tia và giảm tỷ lệ thành công của thủ thuật. Nói chung những sỏi có mật độ <500HU có tỷ lệ phân mảnh 80 đến 100% với tán sỏi ngoài cơ thể. Các viên sỏi trong phạm vi 500-1000HU có tỷ lệ phân mảnh 70% và các viên sỏi >1000HU thường có tỷ lệ phân mảnh từ 25% trở xuống với tán sỏi ngoài cơ thể. Do đó nội soi thận ngược dòng hoặc tán sỏi thận qua da sẽ có lợi hơn, tùy thuộc vào kích thước sỏi⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần sỏi có tỷ trọng cao >1000HU, thích hợp với chỉ định PCNL. Thời gian phẫu thuật ở nhóm 32 bệnh nhân có tỷ trọng sỏi cao trung bình là 29.90 ± 5.3 , lâu hơn nhóm 3 bệnh nhân có tỷ trọng sỏi ≤ 1000 HU với thời gian phẫu thuật trung bình là 18.58 ± 10.7 . Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.254 > 0.05$. Có thể hiện nay do sự tiến bộ về kỹ thuật cũng như kinh nghiệm của các kỹ thuật đã giúp hạn chế được sự ảnh hưởng của những yếu tố này đến quá trình phẫu thuật.

Một ưu thế của MSCT là có thể tái tạo hình ảnh đường bài xuất, giúp các bác sĩ có thể quan sát toàn bộ hệ thống thận, niệu quản trên các phim dựng hình đa bình diện giúp đánh giá được tổng thể giải phẫu cũng như bất thường đường bài xuất, mức độ giãn đài bể thận, niệu quản, đo lường chính xác kích thước bể thận, niệu quản giãn, bể dày nhu mô thận, tốt hơn nhiều so với siêu âm. Trên siêu âm có thể hạn chế quan sát thận nếu ổ bụng chướng hơi nhiều, việc phân mức độ trên siêu âm còn có yếu tố chủ quan. Việc phát hiện biến chứng giãn bể thận - niệu quản, ứ mủ thận trên MSCT, cũng như các bất thường giải phẫu ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp điều trị.

V. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy cung cấp nhiều thông tin quan trọng, cần thiết trong chỉ định và xác định chiến lược tán sỏi tiết niệu cao qua da như vị trí, số lượng, kích thước, diện tích bề mặt, tỷ trọng sỏi, mức độ ứ nước thận cũng như các biến đổi cấu trúc giải phẫu đường bài xuất cũng như mạch máu thận, các biến chứng do sỏi gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viljoen A, Chaudhry R, Bycroft J. Renal

- stones. Ann Clin Biochem. 2019;56(1):15-27. doi:10.1177/0004563218781672
2. **Smith RC, Rosenfield AT, Choe KA, et al.** Acute flank pain: comparison of non-contrast-enhanced CT and intravenous urography. Radiology. 1995; 194 (3): 789-794. doi:10.1148/ radiology.194.3.7862980
 3. **Tiselius HG, Andersson A.** Stone burden in an average Swedish population of stone formers requiring active stone removal: how can the stone size be estimated in the clinical routine? Eur Urol. 2003;43(3):275-281.
 4. **Shaker H, Ismail MAA, Kamal AM, et al.** Value of Computed Tomography for Predicting the Outcome After Percutaneous Nephrolithotomy. Electron Physician. 2015;7(7): 1511-1514. doi: 10.19082/1511
 5. **Đào Đức Phin.** Kết Quả Điều Trị Sỏi Thận Bán San Hồ Bằng Tán Sỏi qua Da Đường Hầm Nhỏ Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội;2019.
 6. **Hoàng Long.** Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tứ thể nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm. Tạp chí nghiên cứu y học Trường Đại học Y Hà Nội; tập 134 tháng 10 -2020, tr100-115.
 7. **Bùi Trường Giang.** Đánh Giá Kết Quả Tán Sỏi qua Da Đường Hầm Nhỏ Điều Trị Sỏi Thận Tại Bệnh Viện Đa Khoa Đức Giang Giai Đoạn 2017-2021. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội;2021.
 8. **Gücük A, Uyetürk U, Öztürk U, Kemahli E, Yıldız M, Metin A.** Does the Hounsfield unit value determined by computed tomography predict the outcome of percutaneous nephrolithotomy? J Endourol. 2012;26(7):792-796. doi:10.1089/end.2011.0518

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỶ LỆ TÁI PHÁT SỎI SAU TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG VÀ NGOÀI GAN QUA DA BẰNG LASER GIAI ĐOẠN SAU HAI NĂM

Lê Tuấn Linh¹, Nguyễn Thị Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp tán sỏi mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu trên các bệnh nhân được tán sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ bằng laser tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/01/2020 đến 01/08/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân có sỏi đường mật trong và/hoặc ngoài gan đã được tán sỏi qua da bằng Laser, với thời gian theo dõi trung bình là tháng 27 tháng (IQR 3-37), cho thấy tỷ lệ sỏi tái phát chung là 43 bệnh nhân (66,2%). Yếu tố nguy cơ gây tỷ lệ sỏi mật tái phát cao hơn là hẹp đường mật (OR, 5,4; 95% CI, 1,7-17,3; p=0,03); viêm đường mật trên hình ảnh (OR, 4,7; 95% CI, 1,2-18,7, p=0,033); tổn thương gan (OR, 5,0; 95% CI, 1,5-16,4; p=0,006); phân bố sỏi trong gan (OR, 9,5; 95% CI 1,7-51,3; p=0,005) và sỏi sỏi (p=0,00). **Kết luận:** Như vậy các yếu tố hẹp đường mật, viêm đường mật, xơ gan, phân bố và số lượng sỏi, sỏi sỏi có thể góp phần làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi sau điều trị TSDMQDL.

Từ khóa: Tán sỏi đường mật qua da bằng Laser, sỏi đường mật, tỷ lệ tái phát, kết quả dài hạn, yếu tố tái phát sỏi.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE STONE RECURRENCE RATE IN PATIENTS TREATED INTRAHEPATIC AND EXTRAHEPATIC LITHIASIS BY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY LITHOTRIPSY

Purpose: Analysis of some factors affecting the stone recurrence rate in patients with intrahepatic and extrahepatic stones have undergone percutaneous transhepatic transhepatic cholangioscopy lithotripsy. **Subjects and methods:** This study is a retrospective review of 59 patients had intrahepatic and common bile duct stones and treated using percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy from January 2020 to August 2022 at Radiology Center – Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The study was conducted on 65 patients to analyze some factors affecting the results (stone recurrence rate) of intrahepatic and extrahepatic bile duct lithotripsy after percutaneous laser lithotripsy in long-term, with a median follow-up period of 27 months (IQR 3-37), showing that the rate of Overall stone recurrence was 43 patients (66.2%). The risk factor for a higher rate of stone recurrence is biliary stricture (OR, 5.4; 95% CI, 1.7-17.3; p=0.03); cholangitis on imaging (OR, 4.7; 95% CI, 1.2-18.7, p= 0.033); liver damage (OR, 5.0; 95% CI, 1.5-16.4; p=0.006); stone distribution in the liver (OR, 9.5; 95% CI 1.7-51.3; p=0.005) and stone retention (p=0.00). **Conclusion:** factors such as biliary stenosis, cholangitis, liver damage, distribution of stones, and stone retention can contribute to increasing the rate of stone recurrence after treatment with TSDMQDL. Therefore, assessing the above factors before percutaneous transhepatic transhepatic cholangioscopy lithotripsy is necessary to predict long-term effectiveness and

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyh2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

devise a treatment plan to reduce the recurrence rate.

Keywords: percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy, cholelithiasis, recurrence rate, stone recurrence factor, long term.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ là bệnh lý thường gặp, nhiều hơn ở khu vực Đông Nam Á hơn so với các khu vực phương Tây. Bệnh liên quan nhiều đến nhiễm trùng và kí sinh trùng đường mật, đặc biệt là giun đũa. Bản chất của sỏi là sỏi cholesterol và sỏi bilirubinatan canxi nhưng hay gặp hơn là sỏi bilirubinatan canxi¹. Với sự tiến triển phức tạp của bệnh, chỉ một số ít bệnh sỏi đường mật là không có triệu chứng, còn phần lớn bệnh sỏi đường mật lâu dài có thể gây viêm đường mật sinh mủ tái diễn, dẫn tới kháng kháng sinh, hình thành các ổ áp xe gan dẫn tới xơ gan mật, và thậm chí là ung thư đường mật². Trước đây phẫu thuật là phương pháp kinh điển trong điều trị sỏi đường mật. Hiện nay đã có nhiều cải tiến trong điều trị sỏi mật với nhiều kỹ thuật mới như: tán sỏi xuyên gan qua da, tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, phẫu thuật nội soi, cắt gan... Tuy nhiên mỗi phương pháp còn tồn tại nhiều hạn chế, ví dụ như các phương pháp tán sỏi qua da bằng thủy điện hay kết hợp rọ đơn thuần có phần hạn chế nếu sỏi to. Phương pháp tán sỏi mật bằng Laser đã cải thiện được tỷ lệ sót sỏi và bảo tồn được nhu mô gan và thích hợp cho các bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật. Kỹ thuật tán sỏi đường mật qua da bằng Laser ngày càng được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên các nghiên cứu trên thế giới về đánh giá dài hạn kết quả điều trị phương pháp này còn ít. Tỷ lệ điều trị thất bại cũng như tái phát sỏi (TPS) của bệnh này còn cao. Một số nghiên cứu chỉ ra đây là một bệnh lý đặc trưng bởi tỷ lệ điều trị thất bại và tái phát cao lên đến 20-25% đến 100%^{3,4}. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào công bố về các yếu tố nguy cơ gây tăng tỷ lệ TPS ở bệnh nhân (BN) sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser (TSDMQDL).

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser" với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi (TPS) sau can thiệp TSDMQDL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn:

- (1) Bệnh nhân được can thiệp tán sỏi mật

qua da xuyên gan bằng Laser Holmium. (2) Bệnh nhân được theo dõi tại thời điểm sau can thiệp ít nhất 2 năm theo quy trình nghiên cứu và/hoặc đã tái phát sỏi.

- (3) Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, cách thức can thiệp, phiếu gây mê hồi sức và theo dõi sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- (1) Bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội soi phối hợp với TSDMQD.

- (2) Bệnh nhân từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu.

- (3) Bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, n = 59.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- (1) Lập danh sách bệnh nhân đã can thiệp TSDMQDL và có đủ hồ sơ bệnh án tại thời điểm can thiệp.

- (2) Lấy số liệu bệnh nhân có sỏi tái phát và/hoặc khám lại sau ≥ 2 năm

- (3) Đánh giá kết quả can thiệp tán sỏi qua da.

- (4) Nhập số liệu và xử lý.

Các biến số nghiên cứu:

- Hẹp đường mật: được định nghĩa là đường mật có khẩu kính nhỏ hơn đường mật cùng cấp, hoặc hẹp đột ngột với OMC. Phương pháp đánh giá: CHT hoặc chụp đường mật qua da hoặc nội soi ĐM.

- Sỏi tái phát: là sỏi mới được phát hiện ở bệnh nhân đã tán sạch sỏi hoàn toàn sau TSDMQDL hoặc sỏi xuất hiện ở vị trí mới ở bệnh nhân còn sót sỏi so với kết quả ngay sau tán (đã loại trừ khả năng sỏi di chuyển). Phương pháp đánh giá: trên siêu âm, CLVT, CHT và nội soi đường mật trực tiếp.

- Xơ gan mật: được xác định khi bệnh nhân có tiền sử sỏi mật, có biến đổi hình thái gan (không có viêm gan virus) và có thể có các biến đổi ngoài gan như giãn tĩnh mạch cửa, lách to. Phương pháp chẩn đoán: siêu âm, CLVT, CHT.

- Viêm đường mật: được chẩn đoán trên hình ảnh khi có dày thành, tăng ngấm thuốc đường mật, có thể kèm theo rối loạn tưới máu hoặc không, hoặc có áp xe gan ở bệnh nhân sỏi mật. Đánh giá trên CLVT hoặc CHT.

- Sót sỏi: được chẩn đoán thấy sỏi ngay sau tán (< 1 tháng) trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Đánh giá trên siêu âm, CLVT, CHT, chụp đường mật qua da, nội soi đường mật trực tiếp.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số

liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác

biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Tỷ suất chênh OR. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 65 bệnh nhân thu được kết quả như sau:

3.1. Đánh giá mối tương quan giữa sỏi tái phát và hẹp đường mật sau TSDMQDL

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ tái phát sỏi sau TSDMQDL

	Tổng	Không	Có	p
Hẹp đường mật				0,001
Không	26(40%)	15(23,1%)	11(16,9%)	
Có	39(60%)	7(10,8%)	32(46,2%)	
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	
Viêm đường mật				0,002
Không	11(10,2%)	7(11,9%)	4(6,8%)	
Có	48(81,4%)	13(22,1%)	35(59,3%)	0,013
+ Dày thành	17(28,8%)	7(11,9%)	10(16,7%)	
+ Dày thành kèm rối loạn tưới máu	23(39%)	4(2,3%)	19(32,2%)	
+ Áp xe đường mật	8(13,6%)	2(3,4%)	6(10,2%)	
Tổng	59	20(33,9%)	39(66,1%)	
Tổn thương gan do sỏi mật				0,002
Không	39(65%)	19(31,7%)	20(33,3%)	
Có	21(35%)	1(1,7%)	20(33,3%)	
+ Biến đổi hình thái, bờ	13(21,7%)	1(1,7%)	12(20,0%)	0,043
+ Có biến đổi ngoài gan	8(13,3%)	0(0%)	8(13,3%)	0,043
Tổng	60(100%)	20(33,3%)	40(66,7%)	
Phân bố sỏi				
Trong gan	56(86,2%)	15(23,1%)	41(63,1%)	0,041
+ Một phân thủy	24(36,9%)	9(13,8%)	15(23,1%)	
+ Hai phân thủy	14(21,5%)	5(7,7%)	9(13,8%)	
+ Lớn hơn ba phân thủy	18(27,7%)	1(1,5%)	17(26,2%)	
Ông mật chủ	9(13,8%)	7(10,8%)	2(3,1%)	0,005
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	
Sốt sỏi				0,000
Không	47(72,3%)	22(33,9%)	25(38,4%)	
Có	18(27,7%)	0(0%)	18(27,7%)	
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	

3.2. Dự đoán khả năng tái phát sỏi của một số yếu tố nguy cơ

Bảng 2: Khả năng tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL của các yếu tố hẹp đường mật, viêm đường mật, tổn thương gan, phân bố sỏi trong gan

	Sỏi tái phát		
	Odds ratio	P	95% CI
Hẹp đường mật	5,4	0,03	1,7-17,3
Viêm đường mật	4,7	0,033	1,2-18,7
Xơ gan	5,0	0,006	1,5-16,4
Phân bố có sỏi trong gan	9,5	0,005	1,7-51,3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 65 bệnh nhân, với tỷ lệ nam/nữ là 1/2,25, độ tuổi

trung bình là $51 \pm 14,2$ tuổi (IQR 28-89). Thời gian theo dõi trung bình là $27 \pm 6,8$ tháng (IQR 3-37), thời gian này tương đương với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu Alberta Cappelli và cs vào năm 2019 là 23 tháng⁵, của Kyung Sook Hong năm 2011 trong khoảng 30,9 tháng⁶, ít hơn một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Peng Lujaim, MD năm 2020 với thời gian theo dõi trung bình là 4 năm⁷. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu nêu trên cũng chỉ ra rằng thời gian tái phát sỏi hay các biến chứng do sỏi ĐM khác trung bình trong khoảng 24 tháng, như nghiên cứu của Peng Lujaim là $20,51 \pm 9,65$ tháng, của Sung-Koo Lee với nhóm hẹp đường mật là 24 tháng và nhóm không hẹp, hẹp nhẹ là 28 tới 32 tháng, của Alberta Cappelli là 21 tháng. Như vậy thời gian theo dõi của chúng tôi nằm

trong khoảng thời gian xảy ra các vấn đề về ĐM tương tự các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi có 65 bệnh nhân có 43 bệnh nhân có HDM tương đương 66,2%. Tỷ lệ này tương tự theo Nakayama (1986) được tổng kết tại 4 quốc gia ở Châu Á là 76,2%⁸. Tỷ lệ sỏi đường mật tái phát ở 43 BN (66,1%), trong đó có 11 BN (16,9%) không HDM và 32 BN (49,2%) có HDM trước điều trị, có sự liên quan giữa tỷ lệ hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi và qua phân tích tỷ suất chênh OR cho thấy nhóm HDM có khả năng tái phát sỏi cao gấp 5,4 lần nhóm không HDM với $p=0,03$. Chỉ số OR này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Khánh (2021)⁹. Nhận định HDM và tái phát sỏi có sự tương quan mật thiết cũng đã được khẳng định ở một số nghiên cứu ngoài nước khác. Theo nghiên cứu của Alberta Cappelli và cs vào năm 2019, tiến hành trên 91 bệnh nhân có SĐM nhưng hạn chế phẫu thuật và NS lấy sỏi được TSDMQD và chia thành hai nhóm có và không có hẹp đường mật cho thấy tỷ lệ tái phát sỏi trung bình là 50% với tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm không HDM là 32% và có HDM là 64%⁵. Nghiên cứu dài hạn như của Sung-Koo Lee đã chỉ ra rằng bệnh nhân bị hẹp nặng đường mật trong gan có tỷ lệ tái phát cao hơn so với không HDM hoặc hẹp nhẹ (100% so với 28% với $p < 0,001$)¹⁰. Nghiên cứu của Zhi-Qiang Huang và Xiao-Qiang Huang cho thấy 82% trường hợp tái phát có sỏi đường mật. Các kết quả này ủng hộ hẹp ĐM là yếu tố chính quyết định sự tái phát sỏi ĐM sau TSDMQDL. Do vậy, đánh giá mức độ hẹp trước can thiệp là cần thiết ở các bệnh nhân mắc sỏi ĐM để tiên lượng hiệu quả điều trị ngay sau tán, tỷ lệ tái phát sỏi và đưa ra các biện pháp điều trị hẹp trong tán.

Ở nghiên cứu này, 59 bệnh nhân được đánh giá tổn thương viêm đường mật, 11 BN (10,2%) không có VDM nhóm này có BN TPS và BN không TPS, và có 48 BN (81,4%) có VDM với BN có dày thành đường mật, BN có dày thành kèm rối loạn tưới máu và BN có áp xe ĐM, nhóm này có BN TPS và BN không TPS. Phân tích đơn biến chỉ số OR và 95% CI cho yếu tố nguy cơ viêm đường mật ta thấy rằng viêm đường mật trên hình ảnh làm tăng nguy cơ gây TPS lại lên 4,7 lần, 95% CI dao động từ 1,2 tới 18,8 với $p=0,033$, kết quả có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Đăng Khánh, với tỷ lệ nhiễm khuẩn đường mật làm tăng nguy cơ can thiệp lại lên 3,47 lần⁹.

Nguy cơ sỏi mật tăng lên ở bệnh nhân xơ gan do xơ gan làm tổn rối loạn chức năng chuyển hóa, giảm khả năng tổng hợp và vận

chuyển muối mật. Do đó bilirubin không được hoàn toàn dẫn tới dễ kết tủa tạo sỏi, ngoài gan xơ gan còn có tổn thương ống mật, làm hạn chế khả năng lưu thông mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60 BN được khảo sát tổn thương gan, có 39 BN (65%) không có tổn thương gan trên hình ảnh, và 21 BN (35%) có tổn thương gan với 13 BN (21,7%) có biến đổi hình thái gan, và 8 BN (13,3%) có biểu hiện xơ gan kèm các biến chứng của xơ gan. Nhóm không có tổn thương gan có 19 BN (31,7%) TPS và 20 BN (33,3%) không TPS. Nhóm có tổn thương gan có 20 BN (33,3%) TPS và 1 BN (1,7%) không TPS. Phân tích đơn biến chỉ số OR và 95% CI cho yếu tố tổn thương gan cho thấy tổn thương gan là yếu tố nguy cơ tăng sỏi tái phát lên 5,0 lần, với $p=0,006$, 95% CI dao động từ 1,5 tới 16,4. Ở nghiên cứu của Sung-Koo Lee và cs vào năm 2001 cũng chỉ ra tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm xơ gan (Child's B hoặc C) cao hơn với nhóm không xơ gan hoặc xơ gan nhẹ (Child's A) với tỷ lệ là 80% và 29%¹⁰.

Phân bố sỏi cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ TPS, nghiên cứu của chúng tôi trên 65BN, có 9 BN (13,8%) chỉ có sỏi ống mật chủ và/hoặc sỏi miệng nối mật ruột, 56 BN (86,2%) có sỏi đường mật trong gan với 24 BN (36,9%) có sỏi một phân thùy, 14 BN (21,5%) có sỏi hai phân thùy, 18 BN (27,7%) có sỏi nhiều hơn ba phân thùy. Tỷ lệ tái phát sỏi của nhóm chỉ có sỏi ống mật chủ và/hoặc miệng nối mật ruột là 2 BN (22,2%), và của nhóm có sỏi trong gan là 41 BN (73,2%). Có mối liên quan giữa phân bố sỏi trong gan và sỏi ống mật chủ với tỷ lệ tái phát sỏi với $p=0,005$, qua phân tích OR thấy nhóm có sỏi ĐM trong gan có khả năng tái phát sỏi cao gấp 9,5 lần so với nhóm chỉ có sỏi OMC và/hoặc MNMR với 95% CI dao động từ 1,7-51,3. Trong đó tỷ lệ tái phát sỏi của các nhóm một phân thùy, hai phân thùy và lớn hơn ba phân thùy lần lượt là 62,5%, 64,3% và 94,4%, có mối liên quan giữa phân bố sỏi trong số lượng phân thùy và tỷ lệ tái phát sỏi với $p=0,041$. Qua phân tích tỷ suất chênh OR thấy tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm phân bố lớn hơn ba phần thùy cao hơn nhóm sỏi phân bố ở một phần thùy 10 lần, 95% CI dao động từ 1,2-90, với độ tin cậy 95% ($p=0,026 < 0,05$). Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Yung-Hsiang Yeh 1995 cũng đã cho thấy sỏi ĐM trong gan có tỷ lệ tái phát cao và các sỏi tái phát thường thấy ở những BN có sỏi ở cả hai thùy gan phải và trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 65 BN có 18 BN (27,7%) sót sỏi sau tán và 47 BN ((72,3%) sạch sỏi hoàn toàn. Tỷ lệ TPS ở nhóm

sốt sỏi là 100% và ở nhóm không sỏi sỏi là 53,2%. Như vậy, sỏi sỏi có liên quan với tỷ lệ TPS với độ tin cậy 91% ($p=0,000 < 0,01$). Điều này được giải thích do sỏi sỏi làm cản trở lưu thông dịch mật, gây nhiễm khuẩn đường mật và tạo thêm sỏi mới, đây là vòng xoắn bệnh lý trong sỏi mật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Min-Ho Huang 2003, nghiên cứu cho thấy rằng lấy sạch sỏi trong quá trình tán sỏi là cần thiết do tỷ lệ sỏi tái phát và ung thư đường mật thấp hơn ở những bệnh nhân còn sỏi sỏi (16,2% so với 44,3% trong sỏi tái phát và 0,7% so với 6,6% trong ung thư đường mật) và cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Bảo Long 2003.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hẹp đường mật, viêm đường mật, tổn thương gan, xơ gan, phân bố sỏi là các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. Vì vậy đánh giá các yếu tố trên trước điều trị là cần thiết để tiên lượng hiệu quả lâu dài và đưa ra kế hoạch điều trị để giảm tỷ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cường, L.V.** Thành phần hóa học của 110 mẫu sỏi mật ở người Việt Nam phân tích bằng quang phổ hồng ngoại và raman. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 1999.
2. **Tyson GL, El-Serag HB.** Risk factors for cholangiocarcinoma. *Hepatol Baltim Md.* 2011; 54(1):173-184. doi:10.1002/hep.24351
3. **Ong GB.** A study of recurrent pyogenic cholangitis. *Arch Surg Chic Ill* 1960. 1962;84:199-225. doi:10.1001/archsurg.1962.01300200047004
4. **Khôi, L.N.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nội mật - da với đoạn ruột biệt lập và nội mật - ruột - da. *Gan -- Phẫu thuật.* 2015:138.
5. **Cappelli A, Mosconi C, Cucchetti A, et al.** Outcomes following percutaneous treatment of biliary stones. *HPB.* 2019;21(8):1057-1063. doi:10.1016/j.hpb.2018.12.007
6. **Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK.** Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. *Korean J Hepato-Biliary-Pancreat Surg.* 2011;15(3): 139-145. doi: 10.14701/ kjhbps. 2011.15.3.139
7. **Lujan P, Xianneng C, Lei Z.** Risk factors of stone recurrence after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for common bile duct stones. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(27): e20412. doi:10.1097/MD.00000000000020412
8. **Nakayama F, Soloway RD, Nakama T, et al.** Hepatolithiasis in East Asia. Retrospective study. *Dig Dis Sci.* 1986;31(1):21-26. doi: 10.1007/BF01347905
9. **Đình Khánh Đ.** Đánh giá kết quả tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. *Tiêu Họa.* Published online 2021.
10. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ, et al.** Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc.* 2001;53(3):318-323. doi: 10.1016/s0016-5107(01)70405-1

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG ĐAU MẠN TÍNH SAU PHẪU THUẬT VÚ VỚI CÁC DÂY THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÀ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

Hội chứng đau sau phẫu thuật vú (PBSPS) là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vú, có tỷ lệ được báo cáo trong khoảng 20-60%. PBSPS là cơn đau xảy ra sau bất kỳ cuộc phẫu thuật vú nào; có mức độ nghiêm trọng ít nhất là vừa phải; có những tính chất của bệnh lý thần kinh; nằm ở thành ngực/vú, nách và/hoặc cánh tay cùng bên; kéo dài ít nhất 6 tháng; xảy ra ít nhất 50% thời gian; và có thể trầm trọng hơn do chuyển động của cơ vai. PBSPS có liên quan chặt chẽ với các dây thần kinh ngoại biên chi phối thành ngực và phần trên cánh tay. Tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật, các dây thần kinh khác

nhau sẽ bị ảnh hưởng theo những cách khác nhau. Hiểu được mối quan hệ này giúp các bác sĩ lâm sàng lên kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân mắc PBSPS. **Từ khóa:** Hội chứng đau sau phẫu thuật vú, dây thần kinh ngoại biên, phẫu thuật vú.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC POST BREAST SURGERY PAIN SYNDROME AND PERIPHERAL NERVE, CLINICAL SIGNIFICANCE

Post breast surgery pain syndrome (PBSPS) is one of the common complications after breast surgery, is reported to range between 20-60%. PBSPS is pain that occurs after any breast surgery; is of at least moderate severity; possesses neuropathic qualities; is located in the ipsilateral breast/chest wall, axilla, and/or arm; lasts at least 6 months; occurs at least 50% of the time; and may be exacerbated by movements of the shoulder girdle. PBSPS is closely related to the peripheral nerves that innervate the chest wall and upper arm. Depending on the surgical

¹Bệnh viện Bưu điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

method, different nerves are affected in different ways. Understanding this relationship helps clinicians plan appropriate treatment for patients with PBSPS.

Keywords: Post breast surgery pain syndrome, peripheral nerves, breast surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ hội chứng đau sau cắt bỏ vú (Post-Mastectomy Pain Syndrome) được bắt đầu sử dụng vào năm 1986 nhằm chỉ những đau đớn khi can thiệp cắt vú^{1,2}. Hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế (IASP) định nghĩa đó là cơn đau dai dẳng sau khi cắt bỏ vú hoặc khối u ở vùng ngực trước, nách hoặc là cánh tay trên.³ Tuy nhiên, cơn đau sau phẫu thuật vú không chỉ giới hạn ở bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ vú mà còn liên quan đến các loại phẫu thuật khác như: tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, phẫu thuật thẩm mỹ vú và phẫu thuật thu gọn vú⁴⁻⁷. Do đó, một số nghiên cứu đã sử dụng thuật ngữ Hội chứng đau sau phẫu thuật vú (Post breast surgery pain syndrome - PBSPS) để chỉ tổng quát hơn về bệnh cảnh này. Năm 1993, Dini và cộng sự (CS) đã dùng Capsaicin ở các bệnh nhân có PBSPS nhằm tác động lên đầu tận của các sợi thần kinh không myelin và đưa ra các giả thiết về mối liên quan giữa bệnh cảnh này với các dây thần kinh ngoại biên⁸.

Ở Việt Nam, cùng sự tăng nhu cầu thẩm mỹ cũng như số ca mắc ung thư vú mà số trường hợp phẫu thuật vú cũng tăng theo, tuy nhiên các nghiên cứu về PBSPS còn hạn chế, vì vậy các bác sĩ phẫu thuật có xu hướng xem nhẹ hội chứng này dẫn đến điều trị chưa thỏa đáng. Do đó, chúng tôi thực hiện bài viết này với mục đích nghiên cứu nguyên nhân cơ bản do thần kinh ngoại biên gây ra PBSPS nhằm cải thiện triệu chứng của bệnh nhân trên lâm sàng.

II. ĐỊNH NGHĨA

Chưa có định nghĩa rõ ràng hay được thống nhất dành cho PBSPS. Waltho và Rockwell đã tổng kết 23 nghiên cứu trước đó và đưa ra bảy dấu hiệu để chẩn đoán PBSPS: đau sau phẫu thuật vú; bệnh lý thần kinh; mức độ đau từ vừa phải trở lên theo thang điểm đo đau; đau ít nhất 6 tháng; các triệu chứng xảy ra ít nhất 12 tiếng mỗi ngày, tối thiểu 4 ngày mỗi tuần; đau ít nhất ở các vị trí sau: vú, thành ngực, nách hoặc cánh tay bên phẫu thuật; đau tăng khi cử động⁹. Các tiêu chí này đã giúp các nhà khoa học chuẩn hóa các trường hợp PBSPS cả ở thực hành lâm sàng và nghiên cứu. Các đặc điểm của cơn đau được quan tâm như: loại đau, mức độ đau, vị trí, thời gian, tần suất. Ngoài ra Jung và CS đã đề xuất

phân loại đau thần kinh sau phẫu thuật vú¹⁰:

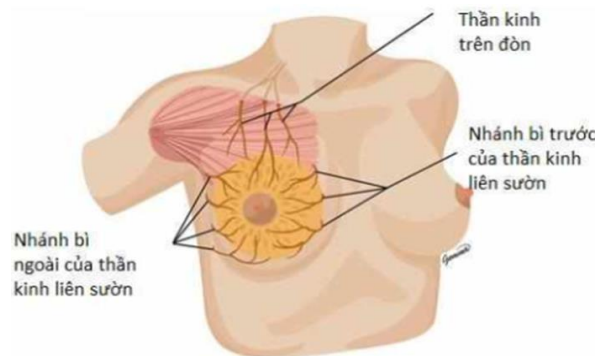
I: Đau vú ảo: Bệnh nhân cảm giác mô vú đã bị cắt bỏ vẫn còn tồn tại.

II: Chấn thương dây thần kinh liên sườn cánh tay (TKLSCT)

III: Sự hình thành khối u dây thần kinh, Nguyên nhân do các sợi trục có thể bị mắc kẹt trong các sẹo xơ tại vùng phẫu thuật dẫn đến hình thành các khối u thần kinh gây đau đớn.

III. THẦN KINH NGOẠI BIÊN CHI PHỐI VÙNG VÚ

Chi phối cảm giác cho vú: Phần trên tuyến vú do dây thần kinh trên đòn chi phối. Dây này được tạo thành do sự kết hợp của nhánh thứ 3 và thứ 4 của đám rối cổ. Phần giữa vú bao gồm quầng núm vú do các nhánh bì trước của các dây thần kinh liên sườn (TKLS) từ thứ 2 đến 7 chi phối. Đặc biệt cảm giác núm vú do các dây liên sườn trước T3, T4, T5 chi phối. Phần ngoài của núm vú do các nhánh bì ngoài của các dây thần kinh liên sườn từ T3 đến T6 chi phối, đặc biệt chi phối cho núm vú do các nhánh bì ngoài của dây liên sườn thứ 4.¹¹



Hình 1: Chi phối của thần kinh ngoại biên vùng vú

IV. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến PBSPS. Ở những bệnh nhân ung thư vú có xạ trị sau phẫu thuật có thể dẫn đến viêm dây thần kinh hoặc xơ hóa quanh/ trong dây thần kinh gây chèn ép các sợi thần kinh đó dẫn đến đau. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, những bệnh nhân trẻ tuổi (<40 tuổi) có nguy cơ mắc PBSPS cao hơn. Giải thích cho những trường hợp này, các nghiên cứu cho rằng, ở những bệnh nhân trẻ tuổi độ nhạy cảm thần kinh cao hơn, ngưỡng đau thấp hơn. Đặc biệt ở những bệnh nhân này việc điều trị bằng phẫu thuật thường tích cực hơn dẫn đến việc lo lắng nhiều hơn⁴. Một yếu tố ảnh hưởng nữa là tiền sử đau đầu hoặc tâm thần của bệnh nhân có liên quan nhiều đến triệu chứng đau vú ảo cũng như tăng sự mất cảm của bệnh nhân¹⁰. Điều quan

trọng nhất ở các bệnh nhân là xác định nguyên nhân tác động đến dây thần kinh như cắt ngang qua dây thần kinh do chấn thương trực tiếp, hình thành u thần kinh hoặc chèn ép dây thần kinh do sẹo xơ để xử trí kịp thời và hiệu quả.

V. PHÂN LOẠI

Việc xác định sớm PBSPS trong quá trình điều trị là điều tối quan trọng để quản lý kịp thời và giảm bớt những gì có thể trở thành cơn đau mạn tính gây tàn phế. Một số phương pháp phẫu thuật có thể dẫn đến PBSPS. Loại và vị trí phẫu thuật sẽ liên quan trực tiếp đến tổn thương dây thần kinh cụ thể gây ra cơn đau.

(I) Phẫu thuật thẩm mỹ ngực: Nâng ngực bằng cấy ghép có thể dẫn đến đau mạn tính theo nhiều cách khác nhau. Đường tiếp cận/đường rạch (quanh quầng vú, nếp gấp dưới vú, qua nách) có thể làm tổn thương trực tiếp dây thần kinh hoặc mô sẹo do vết mổ lành lại có thể có tác dụng tương tự. Ngoài ra, việc đặt túi độn dưới cơ hoặc dưới tuyến và tình trạng co thắt bao xơ sau đó có thể gây đau do kéo căng các cấu trúc lân cận hoặc chèn ép dây thần kinh trong bao. Trong trường hợp cấy ghép dưới tuyến, dây thần kinh chi phối cảm giác cho da sẽ ảnh hưởng còn trong trường hợp đặt dưới ngực thì dây thần kinh ngực chính hoặc dây TKLS có thể dính vào quanh túi độn ngực. Ghép mỡ để nâng ngực cũng có thể dẫn đến chấn thương dây thần kinh do bị chèn ép bởi lượng mỡ được tiêm vào.

(II) Cắt bỏ vú hoặc cắt bỏ khối u có hay không vết hạch nách: TKLSCT thường là dây liên quan nhất, đặc biệt trong quá trình vết hạch nách và là nguyên nhân chính gây đau mạn tính sau phẫu thuật loại này. Ngoài ra dây TKLS có thể bị tổn thương trong quá trình cắt bỏ nhu mô vú.

(III) Tái tạo vú: Nếu phương thức tái tạo dùng túi độn thì sự co thắt bao xơ và giãn cơ khi túi được tạo ra dưới cơ có thể gây đau. Việc di chuyển bộ túi độn có thể gây áp lực trực tiếp lên đám rối cánh tay ở vị trí dưới đòn. Tái tạo bằng vật cứng liền hoặc vật tự do gây đau có thể do hình thành u thần kinh.

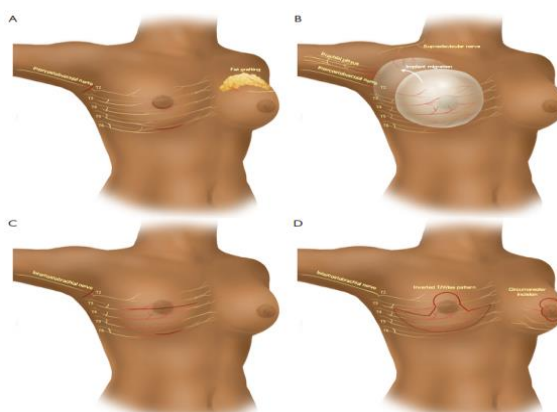
(IV) Thu nhỏ ngực: Các loại vết mổ khác nhau được sử dụng để tiến hành thu nhỏ ngực bao gồm mô hình mô neo (chữ T ngược), mô hình kéo mút và mô hình tròn (quanh quầng vú). Dây TKLS T3-T6 luôn dễ bị chấn thương dẫn đến giảm cảm giác ở phức hợp quầng vú – núm vú.

Dưới đây là bảng tổng hợp các phương pháp mổ và những dây thần kinh bị tổn thương, cũng như vị trí triệu chứng đau ở bệnh nhân PBSPS.

Bảng 1. Các loại phẫu thuật vú và dây

thần kinh ngoại biên bị ảnh hưởng

Dây thần kinh ngoại biên	Vị trí đau	Loại phẫu thuật/phương pháp tiếp cận
TKLSCT	Nách, phần trên ngoài của ngực/vú, trên trong cánh tay	Cắt bỏ vú, vết hạch nách, nâng cơ qua nách
TKLS T3	Ngực/vú trước-trung tâm	Cắt bỏ vú, nâng ngực quanh quầng vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T4	Ngực/vú trước-trung tâm, phức hợp quầng-núm vú	Cắt bỏ vú, nâng ngực quanh quầng vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T5	Ngực/vú dưới	Cắt bỏ vú, nâng ngực ở nếp gấp dưới vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T6	Ngực/vú dưới	Cắt bỏ vú, nâng ngực ở nếp gấp dưới, thu gọn vú, tái tạo vú
Đám rối cánh tay dưới đòn	Ngực/vú trên	Tái tạo vú (di chuyển của túi độn lên phía trên)



Hình 2. Hình minh họa các dây thần kinh có khả năng bị tổn thương trong phẫu thuật vú

(A), tùy thuộc vào phương pháp khác nhau trong đặt túi độn và ghép mỡ (B), vị trí đặt túi độn và co thắt bao xơ (C), cắt bỏ vú hoặc cắt bỏ u vú có/ không vết hạch nách (D)¹⁵

VI. BÀN LUẬN

Cơn đau dai dẳng sau phẫu thuật cắt bỏ vú được mô tả từ những năm 1978, và cho đến năm 1986 thuật ngữ hội chứng đau sau cắt bỏ vú ra đời.^{1,2} Tuy nhiên, cơn đau có thể xuất hiện sau bất kỳ cuộc phẫu thuật vú nào chứ không đơn thuần là cắt bỏ vú. Do đó thuật ngữ PBSPS đã ra đời để bao quát hơn về bệnh cảnh này. Cơn đau mạn tính của PBSPS có thể gây tàn tật, làm gia tăng các gánh nặng y tế và xã hội.

PBSPS được mô tả ở nhiều nghiên cứu với tỷ lệ mắc cao, khoảng 20-60%. Tỷ lệ đau mạn tính được xác định là có liên quan đến mức độ xâm lấn ngày càng tăng của phương pháp phẫu thuật: 49% đối với phẫu thuật cắt bỏ vú kết hợp tái tạo, 31% đối với phẫu thuật cắt bỏ vú và 22% đối với phẫu thuật thu nhỏ vú. Hậu quả của cơn đau kéo dài nhiều năm lên tới 40% trong 3 năm sau phẫu thuật vú. Điều đó một phần là do sự thiếu hiểu biết về hội chứng này cũng như không có cách điều trị phù hợp. Kojima và cộng sự đã thực hiện cuộc khảo sát tại Nhật Bản về việc xác định và điều trị hội chứng này. Nghiên cứu cho thấy có 70.5% các bác sĩ nhận ra PBSPS nhưng chỉ 47.7% điều trị nó, Phần lớn điều trị bằng NSAID, do đó việc điều trị không hiệu quả. Điều quan trọng cần nhớ là PBSPS là hội chứng đau mạn tính do nhiều yếu tố như giải phẫu, hành vi và kinh tế xã hội. Trong đó, tác động của yếu tố giải phẫu là dễ xác định và dễ giải quyết hơn. PBSPS thường được chia theo vị trí đau và loại phẫu thuật: phẫu thuật nâng ngực; cắt bỏ vú hoặc khối u; phẫu thuật tái tạo vú hay phẫu thuật thu nhỏ vú để dễ dàng xác định dây thần kinh bị ảnh hưởng. Ducic và cs cho thấy PBSPS liên quan đến phẫu thuật thẩm mỹ vú từ 13.57 đến 15.44% với các dây thần kinh liên quan là TKLS, TKLSCT cũng như dây thần kinh ngực dài và đám rối cánh tay. Ở những bệnh nhân nâng ngực, việc đặt túi độn ngực dưới cơ đã được chứng minh là làm tăng cảm giác đau so với việc đặt túi độn dưới tuyến (50% so với 21%). Điều này rất có thể liên quan đến sự co thắt bao xơ và kéo căng cơ ảnh hưởng đến các dây thần kinh bên dưới và dính vào bao mới hình thành. Đám rối cánh tay bị chèn ép trực tiếp, chủ yếu là do sự di chuyển của bộ cấy. Tuy nhiên nghiên cứu của Ducic và CS cũng cho thấy việc sử dụng các loại túi cấy ghép khác nhau hay thể tích túi cấy cũng không liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc PBSPS. Chấn thương dây TKLSCT cũng là nguyên nhân chính phát triển PBSPS sau khi vết hạch nách. Một số nghiên cứu đã chứng tỏ trong phẫu thuật vết hạch nách, tỷ lệ ảnh hưởng đến TKLSCT là rất cao. Nghiên cứu của Abdullah và CS đã tiến hành một thử nghiệm ngẫu nhiên trong đó bệnh nhân sẽ được bảo tồn TKLSCT hoặc được cắt bỏ trong các phẫu thuật có nạo vết hạch nách. Kết quả cho thấy trong nhóm bảo tồn dây thần kinh chỉ có 65% dây thần kinh thực sự được bảo tồn. Tỷ lệ giảm cảm giác ở những bệnh nhân được bảo tồn dây thần kinh tăng đáng kể sau 3 tháng sau điều trị. Tái tạo vú bằng cấy ghép cho thấy tỷ lệ đau mạn tính sau

phẫu thuật cao hơn so với không cấy ghép (50% so với 30%). Nghiên cứu này cũng cho thấy việc trì hoãn tái thiết bộ phận cấy ghép cũng có tỷ lệ đau cao hơn so với không tái thiết (50% so với 21%). Giải thích cho tác động này là các bệnh nhân được tái tạo ngay lập tức thường là các bệnh nhân có nguy cơ thấp, có thể chịu đựng được vật vú có mạch máu tốt (vật có cuống hoặc vật tự do) có hoặc không có túi độn... Thu gọn ngực có tỷ lệ mắc PBSPS lên đến khoảng 22%⁶. Người ta cho rằng nguyên nhân là do tổn thương dây thần kinh liên sườn và thượng đòn. Tổn thương dây TKLS T2-T7 và hình thành u thần kinh là nguyên nhân gây đau sau khi tái tạo nền túi độn, nâng ngực, phẫu thuật nâng ngực⁷. Khi bệnh nhân đến phàn nàn về cơn đau sau mổ vú, đặc biệt là những cơn đau dai dẳng kéo dài có tính chất của PBSPS, cần xác định nguyên nhân có liên quan đến dây thần kinh ngoại vi để có phương pháp điều trị thích hợp. Có thể phẫu thuật giải phóng dây thần kinh có/không kèm ghép mỡ hoặc không phẫu thuật và điều trị bằng thuốc toàn thân (thuốc chống trầm cảm) hay thuốc bôi tại chỗ (kem capsaicin, botulinum).

VII. KẾT LUẬN

Sự xuất hiện của cơn đau mạn tính sau phẫu thuật vú có thể do nhiều nguyên nhân và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau. Tuy nhiên nguyên nhân liên quan đến giải phẫu của thần kinh ngoại vi là một nguyên nhân quan trọng và có những hướng can thiệp tích cực, có thể giúp cải thiện tình trạng bệnh một cách đáng kể. Vì vậy các bác sĩ cần nắm rõ được mối liên quan của PBSPS với các dây thần kinh ngoại biên để có hướng xử trí tốt nhất với các bệnh nhân mổ vú và những bệnh nhân có PBSPS, từ đó góp phần giảm gánh nặng cho y tế và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krøner K, Krebs B, Skov J, Jørgensen HS.** Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain.* 1989;36(3):327-334. doi:10.1016/0304-3959(89)90092-4
2. **Larsson IM, Ahm Sørensen J, Bille C.** The Post-mastectomy Pain Syndrome-A Systematic Review of the Treatment Modalities. *Breast J.* 2017;23(3):338-343. doi:10.1111/tbj.12739
3. **Classification of chronic pain.** Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986;3:S1-226.
4. **Smith WC, Bourne D, Squair J, Phillips DO, Chambers WA.** A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain.* 1999; 83(1):

- 91-95. doi: 10.1016/s0304-3959(99) 00076-7
5. **Janson RA.** Implant arm: axillary compression from breast prostheses. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(3):420-422.
 6. **Slezak S, Dellon AL.** Quantitation of sensibility in gigantomastia and alteration following reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91(7):1265-1269. doi: 10.1097/00006534-199306000-00012
 7. **Broyles JM, Tuffaha SH, Williams EH, Glickman L, George TA, Lee Dellon A.** Pain after breast surgery: Etiology, diagnosis, and definitive management. *Microsurgery.* 2016;36(7): 535-538. doi:10.1002/micr.30055
 8. **Dini D, Bertelli G, Gozza A, Forno GG.** Treatment of the post-mastectomy pain syndrome with topical capsaicin. *Pain.* 1993;54(2):223-226. doi:10.1016/0304-3959(93)90213-9
 9. **Waltho D, Rockwell G.** Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach - a review of the literature and discussion. *Can J Surg J Can Chir.* 2016; 59(5):342-350. doi:10.1503/cjs.000716
 10. **Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH.** Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain.* 2003;104(1-2):1-13. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00241-0

SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN - VẬN ĐỘNG BỆNH ĐỘNG KINH Ở TRẺ DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh¹, Nguyễn Tân Hùng¹, Nguyễn Thị Nga¹,
Nguyễn Thị Thuý¹, Đỗ Thị Xuân¹, Hồ Đăng Mười²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động bệnh động kinh ở trẻ dưới 6 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân động kinh điều trị tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ 75,4%, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%); tiếp theo là nhóm chậm phát triển mức độ nặng (24,6%) và chậm phát triển mức độ trung bình (8,8%). Đa số bệnh nhân có chậm phát triển về ngôn ngữ, chiếm 70,2% với 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng; 5,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 38,6% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp chậm phát triển về vận động thô với 21,1% chậm phát triển ở mức độ nặng, 12,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần vận động (75,4%). Biểu hiện chậm phát triển tâm thần vận động không đồng đều giữa các lĩnh vực và các nhóm tuổi.

Từ khoá: phát triển tâm thần - vận động, động kinh, trẻ em.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL - MOTOR DEVELOPMENT OF EPILEPSY IN CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD AT NGHE AN OBSTRUCTIVE

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: To evaluate the psychomotor development of epilepsy in children under 6 years old at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and research methods:** prospective, cross-sectional study on 57 epilepsy patients treated at the Department of Neurology - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Patients with mental retardation - motor accounted for 75.4%, mild level accounted for the highest rate (42.1%); followed by severe retardation (24.6%) and moderate retardation (8.8%). The majority of patients had language retardation, accounting for 70.2% with 26.3% of severe developmental delay; 5.3% moderate growth retardation and 38.6% mild growth retardation. There were 43.9% cases of gross motor retardation with 21.1% severe developmental delay, 12.3% moderate developmental delay and 10.5% moderate developmental delay. light. **Conclusion:** The majority of patients had psychomotor retardation (75.4%). Symptoms of psychomotor retardation are not uniform across domains and age groups. **Keywords:** psychomotor development, epilepsy, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là sự rối loạn từng cơn chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột quá mức, nhất thời của các tế bào thần kinh ở não. Trên lâm sàng, cơn động kinh biểu hiện bằng các cơn co giật, rối loạn hành vi, cảm giác, có thể bao gồm rối loạn ý thức [1]. Trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh động kinh chiếm khoảng 0,15 - 1% dân số chung. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc động kinh chiếm khoảng 0,5% dân số, trong đó trẻ em chiếm 30% trong số mắc động kinh. Có nhiều nguyên nhân gây ra động kinh, bao gồm: yếu tố di truyền, rối loạn chuyển hóa, dị tật bẩm

sinh của hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, chấn thương sọ não,... [2], [3].

Động kinh có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như hôn mê, thiếu oxy não gây ra những di chứng về tâm - thần kinh về lâu dài,... Trẻ em là cơ thể đang lớn và phát triển nên sự phát triển tâm thần - vận động gắn liền với sự trưởng thành của hệ thần kinh. Một số nghiên cứu đã cho thấy những trẻ mắc động kinh có một tỷ lệ chậm phát triển trí tuệ đáng kể. Tác giả Ram Lakhan phát hiện ra rằng trong số những bệnh nhân động kinh có khoảng 13% tình trạng chậm phát triển trí tuệ nghiêm trọng. Tỷ lệ trẻ em bị động kinh đồng thời có các rối loạn thần kinh khác hoặc khuyết tật phát triển dao động từ khoảng 25% đến 45% [4]. Vì vậy, đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động ở trẻ động kinh là rất quan trọng nhằm đưa ra các chương trình can thiệp sớm, đảm bảo sự phát triển toàn diện cho trẻ.

Tại khoa Thần Kinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, hàng năm tỷ lệ bệnh nhi vào viện điều trị bệnh động kinh có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ đáng kể. Trước thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động bệnh động kinh ở trẻ dưới 6 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân động kinh điều trị tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo tiêu chuẩn WHO [5].

- Bệnh nhân dưới 6 tuổi.

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không mắc các rối loạn tâm thần - thần kinh khác

2.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Thực hiện tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

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

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu.

- α : là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%).

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: tra bảng tương ứng với giá trị của $\alpha = 0,05$ được $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$.

- d: độ lệch mong muốn là 4%.

- p: tỉ lệ trẻ động kinh có giảm chức năng trí tuệ. Theo nghiên cứu của tác giả Ram Lakhan, tỷ lệ này là 15% [4].

Theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu là 54 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi chọn được 57 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

2.3.2. Công cụ nghiên cứu. Sử dụng test Denver 2 để đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động [6]. Các chỉ số đánh giá bao gồm:

- Chỉ số DQ.

- Đánh giá sự phát triển tâm thần vận động theo từng lĩnh vực:

+ Cá nhân - xã hội.

+ Vận động tinh tế - thích ứng.

+ Ngôn ngữ.

+ Vận động thô.

2.3.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới

- Tuổi khởi phát động kinh, tần suất cơn động kinh.

- Thời gian điều trị động kinh

- Thể động kinh

- Liệu pháp điều trị: đơn trị liệu, đa trị liệu.

- Đánh giá sự phát triển của trẻ theo các nhóm tuổi về các khu vực cá nhân - xã hội; vận động tinh tế - thích ứng; ngôn ngữ; vận động thô. Đánh giá dựa trên kết quả test Denver II, tuổi thực trung bình, trung bình tuổi phát triển.

- Mức độ chậm phát triển tâm thần vận động của trẻ: thông qua test Denver II:

+ Điểm tối đa là 100.

+ DQ ≥ 85 : bình thường

+ DQ từ 71 - 84: chậm phát triển tâm thần nhẹ đến trung bình

+ DQ ≤ 70 : chậm phát triển tâm thần nặng

- Cộng hưởng từ sọ não đánh giá tổn thương hệ thống thần kinh trung ương

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Các biến số được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Số liệu trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ (%).

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và Y đức của Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. Phụ huynh/ người giám hộ bệnh nhân được giải thích mục đích của nghiên cứu. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi lựa chọn được 57 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	0-2 tuổi	40,3%
	2-4 tuổi	28,1%
	4-6 tuổi	31,6%
	Trung bình: $34 \pm 2,8$ (tháng) Nhỏ nhất - lớn nhất: 3 tháng - 70 (tháng)	
Giới tính	Nam	57,9%
	Nữ	42,1%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Số bệnh nhân dưới 2 tuổi chiếm đa số (40,3%) với tuổi trung bình là $34 \pm 2,8$ tháng, trong đó tuổi nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 70 tháng. Nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ nam/nữ là 1,37/1.

Bảng 2. Một số đặc điểm về cơn động kinh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi khởi phát	0 - 12 tháng	38,6%
	12 - 24 tháng	21,1%
	2 - 6 tuổi	40,3%
Thể động kinh	Cục bộ	29,8%
	Toàn thể	70,2%
Tần suất cơn	Trên 30 cơn/tháng	7,0%
	5 đến 30 cơn/tháng	24,6%
	Dưới 5 cơn/tháng	68,4%
Thời gian điều trị động kinh	< 1 năm	77,2%
	1-2 năm	22,8%
Liệu pháp điều trị	Đơn trị liệu	70,2%
	Đa trị liệu	29,8%
Tổn thương trên MRI	Có	28,1%
	Không	71,9%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Tuổi khởi phát cơn động kinh ở nhóm dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ 38,6%, ở nhóm 12-24 tháng là 21,1% và nhóm từ 2 - 6 tuổi là 40,3%. Cơn động kinh toàn thể chiếm đa số với 70,2%. Tần suất cơn động kinh dưới 5 cơn/tháng chiếm đa số với 68,4%. Tổn thương trên cộng hưởng sọ não chiếm 28,1%. Thời gian điều trị động kinh chủ yếu dưới 1 năm (77,2%) và liệu pháp điều trị đơn trị liệu chiếm đa số (70,2%).

3.2. Sự phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mức độ phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ nặng	14	24,6%
Mức độ trung bình	5	8,8%
Mức độ nhẹ	24	42,1%
Bình thường	14	24,6%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ 75,4% ở các mức độ khác nhau. Bệnh nhân chậm phát triển mức độ nhẹ có tỉ lệ cao nhất chiếm 42,1%; tiếp theo là nhóm chậm phát triển mức độ nặng chiếm 24,6% và 8,8% chậm phát triển mức độ trung bình.

Bảng 4. Sự phát triển về cá nhân - xã hội và vận động tinh tế - thích ứng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát triển về cá nhân - xã hội		
Chậm mức độ nặng	15	26,3%
Chậm mức độ trung bình	2	3,5%
Chậm mức độ nhẹ	13	22,8%
Bình thường	27	47,4%
Phát triển về vận động tinh tế - thích ứng		
Chậm mức độ nặng	13	22,8%
Chậm mức độ trung bình	6	10,5%
Chậm mức độ nhẹ	6	10,5%
Bình thường	32	56,1%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Có 52,6% trường hợp chậm phát triển về cá nhân - xã hội, trong đó có 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng, 22,8% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp có chậm phát triển về vận động tinh tế - thích ứng, trong đó có 22,8% chậm phát triển ở mức độ nặng, 10,5% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ.

Bảng 5. Sự phát triển về ngôn ngữ và vận động thô

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát triển về ngôn ngữ		
Chậm mức độ nặng	15	26,3%
Chậm mức độ trung bình	3	5,3%
Chậm mức độ nhẹ	22	38,6%
Bình thường	17	29,8%
Phát triển về vận động thô		
Mức độ nặng	12	21,1%
Mức độ trung bình	7	12,3%
Mức độ nhẹ	6	10,5%
Bình thường	32	56,1%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu có

chậm phát triển về ngôn ngữ, chiếm 70,2% với 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng; 5,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 38,6% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp chậm phát triển về vận động thô với 21,1% chậm phát triển ở mức độ nặng, 12,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi khởi phát cơn động kinh ở nhóm dưới 1 tuổi, chiếm tỷ lệ 38,6%, ở nhóm 12- 24 tháng là 21,1% và nhóm từ 2 - 6 tuổi là 40,3% (Bảng 2). Tuổi khởi phát động kinh là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với chậm phát triển tâm thần- vận động. Theo R P Lesser và cộng sự, tuổi khởi phát càng nhỏ thì nguy cơ chậm phát triển về sau càng cao. Trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ chậm phát triển ở trẻ em khởi phát động kinh trước 6 tháng là 65%; từ 6 tháng đến 2 năm là 49%; từ 2 đến 4 năm là 34%; từ 4 đến 7 năm là 22%; và từ 7 đến 15 năm là 12% [7].

Trong 57 đối tượng nghiên cứu, cơn động kinh toàn thể chiếm đa số với 70,2%, cơn cục bộ chiếm 29,8%. Tần suất cơn động kinh dưới 5 cơn/tháng chiếm đa số với 68,4%; 5-30 cơn/tháng, chiếm 24,6%; trên 30 cơn/tháng, chiếm 7% (Bảng 2). Theo R. P. Lesser và các cộng sự; tỷ lệ chậm phát triển tỷ lệ thuận với tần suất cơn giật của bệnh nhân. Tần suất cơn giật càng nhiều thì nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng hoạt động tâm thần càng cao. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chậm phát triển chiếm 40% ở những bệnh nhân cơn giật thường xuyên và 58% ở những bệnh nhân cơn giật rất thường xuyên [7].

Thời gian điều trị động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dưới 1 năm (77,2%) và liệu pháp điều trị đơn trị liệu chiếm đa số (70,2%) (Bảng 2). Theo nghiên cứu của Shoumitro Deb và cộng sự, việc sử dụng nhiều loại thuốc chống động kinh có liên quan chậm phát triển tâm thần vận động của bệnh nhân [8]. Do đó, các quan sát theo dõi về hoạt động trí tuệ được khuyến khích, đặc biệt khi các cơn cơn giật kháng trị liệu.

4.2. Sự phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy, tỷ lệ chậm phát triển tâm thần - vận động ở các bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 75,4% với các mức độ khác nhau. Trong đó, chậm phát triển mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,1%;

tiếp theo là chậm phát triển mức độ nặng (24,6%) và 8,8% có chậm phát triển mức độ trung bình (Bảng 3). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của M J Vaessen với 50% bệnh nhân động kinh được xác nhận có suy giảm nhận thức [9]. Theo L. D. Cowan (2002), tỷ lệ trẻ em mắc chứng động kinh đồng thời có các rối loạn thần kinh khác hoặc khuyết tật phát triển dao động từ khoảng 25% đến 45%. Việc đồng thời xảy ra động kinh và chậm phát triển tâm thần vận động chiếm tỷ lệ cao các cho thấy một căn nguyên chung cho cả hai bệnh lý này. Vì vậy, thay vì được coi là nguyên nhân của bệnh động kinh, chậm phát triển tâm thần nên được coi là dấu hiệu cho các dị tật não tiền ẩn gây ra cả rối loạn co giật và khuyết tật thần kinh [10]. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Vân, tác giả đánh giá chức năng trí tuệ bằng trắc nghiệm trí tuệ Wechsler. Kết quả cho thấy trẻ động kinh có tỷ lệ đáng kể suy giảm về trí tuệ với 51,56% trường hợp có chỉ số IQ tổng hợp trung bình dưới mức bình thường trong đó 25% trẻ ở mức ranh giới và 26,6% trẻ chậm phát triển. Trong nghiên cứu này, giới tính, số thuốc chống động kinh đang dùng, loại cơn động kinh không ảnh hưởng đến IQ trẻ. Tuy nhiên, thời gian động kinh càng dài càng làm suy giảm IQ thành phần hiểu bằng lời ($p < 0,05$). Vì thế, tác giả cho rằng cần quan tâm nhiều hơn đến ảnh hưởng của động kinh nghiệm trí tuệ và chất lượng cuộc sống trẻ động kinh [3]. Sự khác nhau về tỷ lệ chậm phát triển của trẻ động kinh giữa các nghiên cứu có thể liên quan tới các công cụ đánh giá về trí tuệ khác nhau giữa các tác giả. Tuy nhiên, các tác giả đều cho rằng, động kinh ở trẻ em có ảnh hưởng đến phát triển trí tuệ về sau của trẻ.

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng test Denver 2 để đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động của các bệnh nhân. Kết quả cho thấy có 52,6% trường hợp chậm phát triển về cá nhân - xã hội, trong đó có 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng, 22,8% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp có chậm phát triển về vận động tinh tế - thích ứng, trong đó có 22,8% chậm phát triển ở mức độ nặng, 10,5% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ (Bảng 4). Về sự phát triển về ngôn ngữ và vận động thô, kết quả cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu có chậm phát triển về ngôn ngữ, chiếm 70,2% với 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng; 5,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 38,6% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp

chậm phát triển về vận động thô với 21,1% chậm phát triển ở mức độ nặng, 12,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ (Bảng 5).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 57 trẻ bị động kinh dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022, chúng tôi đưa ra kết luận sau: Đa số bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần vận động (75,4%), trong đó, có 42,1% chậm phát triển mức độ nhẹ; 8,8% chậm phát triển ở mức độ trung bình; 24,6% chậm phát triển mức độ nặng. Biểu hiện chậm phát triển tâm thần vận động không đồng đều giữa các lĩnh vực và các nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 459-464.
2. **L. D. Cowan** (2002), "The epidemiology of the epilepsies in children", *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 8(3), 171-181.
3. **Lê Thị Khánh Vân, Hoàng Ngọc Triệu** (2018), Đánh giá chức năng trí tuệ ở trẻ bị động kinh,

Nghiên cứu y học TP Hồ Chí Minh, tập 22, số 4, tr. 315-320.

4. **Ram Lakhan** (2013). Intelligence quotient is associated with epilepsy in children with intellectual disability in India. *J Neurosci Rural Pract*; 4(4): 408-412.
5. **Fisher RS et al** (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*; 55(4):475-82.
6. **M.D. W.K. Frankenburg, M.S.P.H, Ph.D. Josiah Dodds và Sc.D. Phillip Archer** (2017), *Denver II Training Manual*, Denver Developmental Materials, Inc.
7. **R P Lesser, H Lüders, E Wyllie, D S Dinner, et al** (1986). Mental deterioration in epilepsy. *Epilepsia*; 27 (2), 105-23.
8. **Shoumitro Deb** (2007). Epilepsy in People With Mental Retardation. Division of Neuroscience, Department of Psychiatry, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom, tr. 81-96.
9. **M J Vaessen, H M H Braakman, J S Heerink, et al** (2013). Abnormal modular organization of functional networks in cognitively impaired children with frontal lobe epilepsy; *Cereb Cortex*, 23(8):1997-2006.
10. **L. D. Cowan** (2002), "The epidemiology of the epilepsies in children", *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 8(3), 171-181.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Lê Đức Thiện¹, Nguyễn Thanh Hà¹, Mai Quốc Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng vồng mạc đái tháo đường và kiểm chứng một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân mắc đái tháo đường tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 132 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 5/2022 đến tháng 12/2022. Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường tại Bệnh viện Hữu Nghị có thể ngồi ghế để chụp ảnh màu đáy mắt, có thể định thị theo vật tiêu trong máy. Kết quả ảnh màu đáy mắt được đọc bởi BS nhãn khoa chuyên ngành dịch kính vồng mạc, áp dụng tiêu chuẩn phân loại của Hội đồng Nhãn khoa Quốc tế 2017 (International Council of Ophthalmology - ICO). **Kết quả:** Tuổi trung bình là 75.7 ± 6.94 , trong đó nhóm tuổi >75 chiếm đa số với 50,75%. Các bệnh nhân mắc ĐTĐ >15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất: 31,82%. Bệnh nhân mắc tăng huyết áp,

rối loạn lipid máu có nguy cơ mắc vồng mạc đái tháo đường tương ứng cao hơn 5,77 lần ($p=0,001$; 95%CI = 1,89 – 17,59) và 4,68 lần ($p=0,002$; 95%CI = 1,68 – 13,06) so với không có các tình trạng rối loạn chuyển hóa trên. Có 38/132 bệnh nhân mắc vồng mạc đái tháo đường, chiếm 28,79%; trong đó 37/38 bệnh nhân là giai đoạn vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh, chiếm 97,37%. Hình thái tổn thương vồng mạc hay gặp nhất là vi phình mạch, chiếm 81,58%. **Kết luận:** Tỷ lệ có bệnh vồng mạc đái tháo đường là 28,79%, trong đó chỉ có 1 trường hợp là vồng mạc đái tháo đường tăng sinh, chiếm 2,63%. Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là các yếu tố nguy cơ của vồng mạc đái tháo đường. **Từ khóa:** Vồng mạc đái tháo đường, đái tháo đường.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DIABETIC RETINOPATHY SITUATION AND SOME RISK FACTORS IN DIABETIC PATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: To evaluate the situation of diabetic retinopathy and some risk factors in diabetic patients at Huu Nghi hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional description of 132 patients at Huu Nghi Hospital from May 2022 to December 2022. Patients who are diagnosed with diabetes at Huu Nghi Hospital

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thiện

Email: ducthienle2206@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

can be able to sit on a chair and see the target in the machine. These patients are taken color images of the fundus. Fundus color image results are read by ophthalmologists who specialize in vitreoretinopathy, applying the classification of International Council of Ophthalmology 2017 – ICO. **Results:** The mean age was 75.7 ± 6.94 , of which the age group >75 accounted for the majority with 50,75. Patients with diabetes mellitus >15 years accounted for the highest rate: 31.82%. Patients with hypertension, lipid metabolism disorder have a higher risk of diabetic retinopathy, respectively, 5.77 times ($p=0,001$; 95%CI = 1,89 – 17,59) and 4.68 times ($p=0,002$; 95%CI = 1,68 – 13,06) compared with none of above metabolic disorder conditions. There are 38/132 patients with diabetic retinopathy, accounting for 28.79%; in which there are 37/38 patients with non-proliferative diabetic retinopathy, accounting for 97.37%. The most common form of retinal damage is microaneurysm, accounting for 81.58%. **Conclusion:** The rate of diabetic retinopathy was 27.27%, of which only 1 case was proliferative diabetic retinopathy, accounting for 0.76. Hypertension and lipid metabolism disorder are risk factors of diabetic retinopathy. **Keywords:** Diabetes mellitus, diabetic retinopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh chuyển hóa, trong đó lượng đường trong cơ thể tăng lên trong một thời gian dài. Nguyên nhân là do các tế bào tuyến tụy sản xuất không đủ insulin hoặc các tế bào của cơ thể không đáp ứng đúng với insulin được sản xuất. Hậu quả là gây ra nhiều triệu chứng như đi tiểu thường xuyên, tăng khát, đói, sút cân, nhiễm toan ceton máu, và hôn mê tăng áp lực thẩm thấu⁶. Các biến chứng lâu dài bao gồm suy thận, bệnh tim do đái tháo đường, đột quỵ, loét chân và tổn hại thị lực.

Võng mạc đái tháo đường là một biến chứng vi mạch phổ biến của bệnh đái tháo đường, và là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa có thể phòng ngừa được ở người trong độ tuổi lao động⁷. Trên toàn cầu, 600 triệu người sẽ mắc bệnh tiểu đường vào năm 2040, với một phần ba có võng mạc đái tháo đường⁸. Tỷ lệ chung của bất kỳ loại võng mạc đái tháo đường nào là 34,6%, với 10,2% bệnh võng mạc đái tháo đường đe dọa thị lực⁸.

Bệnh viện Hữu Nghị đang quản lý các bệnh nhân đái tháo đường là người cao tuổi với tỷ lệ lớn mắc bệnh võng mạc đái tháo đường. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá tình hình bệnh võng mạc đái tháo đường và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Hữu Nghị"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo

đường tại bệnh viện Hữu Nghị, được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia nghiên cứu.

- Có thể ngồi tốt, mắt định thị được vật tiêu trong máy chụp ảnh màu đáy mắt

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh lý cấp tính bề mặt nhãn cầu, các bệnh lý khác của mắt ảnh hưởng đường đi của tia sáng vào mắt như mộng thịt độ 3-4, sẹo giác mạc, đục thủy tinh thể độ 3-4-5, đục dịch kính, xuất huyết dịch kính nặng...

Bệnh nhân đã điều trị laser quang đông hay đã phẫu thuật cắt dịch kính do các nguyên nhân khác không phải đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

2.2.2. Cỡ mẫu.

Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện. Tất cả 132 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường tại bệnh viện Hữu Nghị thỏa mãn các tiêu chuẩn trên.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Mắt – Bệnh viện Hữu Nghị

Thời gian: Từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

2.2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Áp dụng tiêu chuẩn phân loại của Hội đồng Nhãn khoa Quốc tế 2017 (International Council of Ophthalmology - ICO)

2.5. Các bước tiến hành: Các bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn được nhỏ dẫn đồng tử bằng Mydrin-P, ngồi chờ 30 phút để đồng tử dẫn tối đa. Bệnh nhân được chụp ảnh màu đáy mắt, hình ảnh sẽ được các bác sỹ phân tích và phân loại theo ICO.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm người bệnh đái tháo đường theo tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh đái tháo đường theo tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
46-60	2	1,52
61-75	63	47,73
>75	67	50,75
Tuổi trung bình $75,7 \pm 6,94$		

Nhận xét: Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $75,7 (\pm 6,94)$ tuổi. Trong đó các bệnh nhân >75 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 50,75%. Nhóm bệnh nhân <60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,52%.

3.2. Đặc điểm phân loại đái tháo đường

Bảng 3.2. Phân loại đái tháo đường

Typ đái tháo đường	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Typ 1	0	0

Týp 2	132	100
Tổng	132	100

Nhận xét: Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu 100% là đái tháo đường týp 2.

3.3. Tình trạng bệnh toàn thân

Bảng 3.3. Liên quan giữa bệnh vồng mạc đái tháo đường và tăng huyết áp

Vồng mạc ĐTĐ	Không		Có		OR	95% CI	p
	N	%	N	%			
Tăng huyết áp							
Không	38	40,4	4	10,5	5,77	1,89- 17,59	0,001
Có	56	59,6	34	89,5			
Tổng	94	100	38	100			

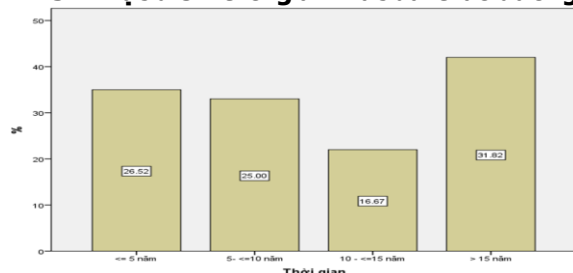
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh vồng mạc đái tháo đường và tăng huyết áp có mối liên quan với nhau. Những bệnh nhân không tăng huyết áp có nguy cơ bị vồng mạc đái tháo đường ít hơn 5,77 lần so với những bệnh nhân có tăng huyết áp ($p=0,001$; 95%CI = 1,89 – 17,59).

Bảng 3.4. Liên quan giữa bệnh vồng mạc đái tháo đường và rối loạn lipid máu

Vồng mạc ĐTĐ	Không		Có		OR	95% CI	p
	N	%	N	%			
Rối loạn lipid máu							
Không	39	41,5	5	13,2	4,68	1,68- 13,06	0,002
Có	55	58,5	33	86,8			
Tổng	94	100	38	100			

Nhận xét: Bệnh vồng mạc đái tháo đường và tình trạng rối loạn lipid máu có mối liên quan với nhau. Những bệnh nhân bị rối loạn lipid máu có nguy cơ bị vồng mạc đái tháo đường cao hơn 4,68 lần so với những bệnh nhân có rối loạn lipid máu ($p=0,002$; 95%CI = 1,68 – 13,06).

3.4. Đặc điểm thời gian mắc đái tháo đường



Biểu đồ 3.1. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường > 15 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất 32,06%.

Bảng 3.4. Liên quan giữa bệnh vồng mạc đái tháo đường và thời gian mắc

Vồng mạc ĐTĐ	Không		Có		OR	95% CI	p
	N	%	N	%			

Thời gian mắc ĐTĐ							
>10 năm	40	42,6	24	63,2	2,31	1,07- 5,03	0,03
<10 năm	54	57,4	14	36,8			
Tổng	94	100	38	100			

Nhận xét: Các bệnh nhân mắc đái tháo đường >10 năm có nguy cơ bị bệnh vồng mạc đái tháo đường cao gấp 2,31 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường <10 năm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$; 95%CI= 1,07-5,03).

3.5. Các hình thái bệnh vồng mạc đái tháo đường

Bảng 3.4. Các hình thái lâm sàng bệnh vồng mạc đái tháo đường

Hình thái bệnh vồng mạc đái tháo đường	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh	Nhẹ 4 Vừa 1 Nặng 1	24,24 3,03 0,76
Bệnh vồng mạc đái tháo đường tăng sinh	1	0,76
Tổng	38	28,79

Nhận xét: Trong số 132 bệnh nhân đái tháo đường có 38 bệnh nhân bị bệnh vồng mạc đái tháo đường, chiếm 28,79%. Trong đó vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh có 37 bệnh nhân, chiếm 28,03%. Chỉ có 1 ca vồng mạc đái tháo đường tăng sinh, chiếm 0,76%.

3.6. Đặc điểm tổn thương vồng mạc

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương vồng mạc

STT	Tổn thương	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Vi phình mạch	31	81,58
2	Xuất huyết vồng mạc	15	39,47
3	Xuất tiết cứng	9	23,68
4	Xuất tiết bông	1	2,63
5	Biến đổi mạch máu vồng mạc	0	0
6	Tần mạch vồng mạc	1	2,63

Nhận xét: Trong số 38 bệnh nhân mắc vồng mạc đái tháo đường, hầu hết các bệnh nhân đều có tổn thương vi phình mạch, chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,11%. Chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương xuất tiết bông, 1 bệnh nhân vồng mạc đái tháo đường tăng sinh có tần mạch vồng mạc, chiếm tỷ lệ là 2,78%. Không có trường hợp nào biến đổi mạch máu vồng mạc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh đái tháo đường theo tuổi. Nghiên cứu của Yamamoto (2012)⁵ tại Nhật có độ tuổi trung bình là 71,8. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,7. Nhóm tuổi >75 chiếm 50,75%. Nhóm tuổi

>60 chiếm 98,48%. Do đối tượng chăm sóc sức khỏe của bệnh viện Hữu Nghị là người cao tuổi nên độ tuổi trung bình của bệnh nhân tại bệnh viện Hữu Nghị cao hơn so với Yamamoto và cộng sự.

4.2. Đặc điểm phân loại đái tháo đường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân là đái tháo đường týp 2, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh (2017)¹ là 100% và Hoàng Thị Phúc (2011)⁴ là 96,4%.

4.3. Tình trạng bệnh toàn thân

- Tăng huyết áp: Nghiên cứu của chúng tôi có 90/132 bệnh nhân mắc tăng huyết áp, chiếm tỷ lệ cao nhất 68,18%. Tương tự như nghiên cứu Lê Thị Hiền³, Nguyễn Thị Lan Anh¹ tình trạng tăng huyết áp kèm theo cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tăng huyết áp và bệnh vồng mạc đái tháo đường. Những bệnh nhân tăng huyết áp có nguy cơ mắc vồng mạc đái tháo đường cao gấp 5,77 lần so với không bị tăng huyết áp ($p=0,001$; 95%CI = 1,89 – 17,59).

- Rối loạn lipid máu: Trong 132 đối tượng có 88 bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu, chiếm 66,67%. Chúng tôi thấy có mối liên hệ giữa rối loạn lipid máu và bệnh vồng mạc đái tháo đường. Những bệnh nhân có rối loạn lipid máu có nguy cơ mắc vồng mạc đái tháo đường cao gấp 4,68 lần so với không có rối loạn lipid máu ($p=0,002$; 95%CI = 1,68 – 13,06).

- Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai bệnh lý rối loạn chuyển hóa thường hay đi kèm với đái tháo đường. Việc điều trị đái tháo đường cần theo dõi chặt chẽ với kiểm soát huyết áp và lipid máu

4.4. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường

- Chúng tôi chia thời gian mắc đái tháo đường thành 4 nhóm, trong đó thời gian mắc > 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,06%. Điều này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh¹: Thời gian mắc đái tháo đường < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,2%. Có sự khác nhau này cũng là do đặc thù của bệnh viện Hữu Nghị, bệnh nhân đều là người cao tuổi nên thời gian mắc đái tháo đường cũng kéo dài ra.

- Thời gian mắc bệnh đái tháo đường liên quan mật thiết đến bệnh vồng mạc đái tháo đường, là một trong những yếu tố nguy cơ được nhắc đến nhiều nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh, các bệnh nhân mắc đái tháo đường >10 năm có nguy cơ bị bệnh vồng mạc đái tháo đường cao gấp 2,31 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường <10 năm. Điều này càng khẳng định tỷ lệ mắc vồng mạc đái tháo đường cao hơn ở các trường

hợp tiến triển sau 10-15 năm.

4.5. Các hình thái lâm sàng bệnh vồng mạc đái tháo đường

- Trong số 38/132 bệnh nhân mắc vồng mạc đái tháo đường chủ yếu là bệnh vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh với 37/38 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 97,37%. Chỉ có 1 trường hợp là bệnh vồng mạc đái tháo đường tăng sinh, chiếm 2,63%. Sự chênh lệch tỷ lệ giữa bệnh vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh và vồng mạc đái tháo đường tăng sinh tương tự nghiên cứu của Lê Thị Hiền³ (vồng mạc không tăng sinh chiếm 96,4%) và Yamamoto⁵ (vồng mạc không tăng sinh chiếm 96%).

- Theo Hoàng Thị Phúc và Nguyễn Hữu Quốc Nguyên⁴ nghiên cứu trên toàn quốc, tỷ lệ mắc vồng mạc đái tháo đường là 19,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (28,79%). Lý giải điều này là do bệnh nhân ở bệnh viện Hữu Nghị có thời gian mắc bệnh đái tháo đường kéo dài hơn, nhóm mắc đái tháo đường >15 năm chiếm đa số với 31,82%. Do đó tỷ lệ mắc vồng mạc đái tháo đường cao hơn.

4.6. Đặc điểm tổn thương vồng mạc

- Trong 38 bệnh nhân mắc vồng mạc đái tháo đường có 31 bệnh nhân có tổn thương vi phình mạch, chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,58%. Đây là tổn thương cơ bản, rất thường gặp của bệnh vồng mạc đái tháo đường ở bất kỳ giai đoạn nào. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Hiền³ với 91,6%, Nguyễn Thị Ngọc Hân² với 86,3%. Tổn thương vi phình mạch ở giai đoạn sớm có thể chỉ xuất hiện ở một mắt, rải rác ở một góc phần tư nên đôi khi có thể bị bỏ sót, hoặc nhầm lẫn với chấm xuất huyết nhỏ. Ở giai đoạn muộn vi phình mạch xuất hiện nhiều hơn và thường kèm theo các tổn thương khác như xuất tiết cứng, xuất tiết bông, xuất huyết vồng mạc.

- Tỷ lệ xuất huyết vồng mạc trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chiếm tỷ lệ cao với 39,47%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân² (13,6%). Ngược lại tỷ lệ xuất tiết bông và tân mạch vồng mạc rất thấp, chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2,63%. Nguyên nhân có thể do số lượng đối tượng nghiên cứu chưa đủ lớn.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là $75,7 \pm 6,94$.

- Bệnh nhân bị tăng huyết áp có nguy cơ bị vồng mạc đái tháo đường cao hơn 5,77 lần so với bệnh nhân không bị tăng huyết áp.

- Bệnh nhân có rối loạn lipid máu nguy cơ

mắc võng mạc đáy mắt đường cao hơn 4,68 lần so với bệnh nhân không có rối loạn lipid máu.

- Thời gian mắc bệnh đái tháo đường của bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu >15 năm, chiếm 31,82%.

- Có 38/132 trường hợp mắc bệnh võng mạc đái tháo đường, chiếm 28,79%; trong đó hình thái võng mạc đái tháo đường không tăng sinh chiếm đa số (97,37%). Chỉ có 1 trường hợp là võng mạc đái tháo đường tăng sinh, chiếm 2,63%

- Tổn thương võng mạc hay gặp nhất là vi phình mạch, chiếm 81,58%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lan Anh.** Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh võng mạc đái tháo đường tại bệnh viện E trung ương. (2017).
2. **Nguyễn Thị Ngọc Hân.** Nghiên cứu tổn thương

võng mạc trên bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên. (2017).

3. **Lê Thị Hiền.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. (2020).
4. **Hoàng Thị Phúc & Nguyễn Hữu Quốc Nguyễn.** Ứng dụng các phương pháp phát hiện sớm bệnh lý võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường và các phương pháp điều trị. (2011).
5. **Yamamoto, T. et al.** Prevalence and risk factors for diabetic maculopathy, and its relationship to diabetic retinopathy in elderly Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. Geriatr. Gerontol. Int. 12 Suppl 1, 134–140 (2012).
6. **WHO.** Diabetes Fact sheet No. 312. WHO: October 2013. Retrieved March 25, 2014.
7. **Mohamed Q, Gillies MC, Wong TY.** Management of diabetic retinopathy: a systematic review. JAMA 2007; 298: 902–16.
8. **Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al.** Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. Diabetes Care 2012;35:556–64.

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI HẢI DƯƠNG, VIỆT NAM

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim có ảnh hưởng lớn lên hoạt động thể lực của bệnh nhân và chất lượng cuộc sống. Có nhiều nghiên cứu cho thấy giảm hoạt động thể lực là một yếu tố dự báo tử vong trên bệnh suy tim, trong khi tăng hoạt động thể lực, người bệnh suy tim có thể cải thiện khả năng hoạt động và chất lượng cuộc sống, và giảm sự chăm sóc y tế. Vì hầu hết các nghiên cứu về hoạt động thể lực trên bệnh nhân suy tim mạn đã công bố được tiến hành tại các quốc gia phát triển. Dữ liệu về hoạt động thể lực ở bệnh nhân suy tim tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá tình trạng hoạt động thể lực bằng thang đo IPAQ trên bệnh nhân suy tim mạn ngoại trú tại Trung Tâm Tim Mạch bệnh viện tỉnh Hải Dương, Việt Nam. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Trung Tâm Tim Mạch tỉnh Hải Dương từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 140 bệnh nhân được nhận nghiên cứu, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $56,3 \pm 8,5$, tỉ lệ nam:nữ là 1,59:1. Mức độ hoạt động thể lực người bệnh suy tim theo IPAQ gồm: hoạt động thể lực mức độ cao là 27,1%, hoạt động thể lực mức độ vừa phải là 40% và hoạt động thể lực mức độ thấp là 32,9%.

Tỷ lệ hoạt động thể lực đầy đủ trong nghiên cứu là 67,1%. So với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, nhóm người bệnh suy tim trên 60 tuổi có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $OR = 0,032$ và $p = 0,001$. Không có nhiều sự khác biệt về mức độ hoạt động thể lực theo giới tính và phân suất tổng máu. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy hoạt động thể lực ở bệnh nhân suy tim mạn giảm hơn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tuy nhiên không khác biệt giữa giới tính và phân suất tổng máu thất trái. **Từ khóa:** hoạt động thể lực, thang đo IPAQ, suy tim, Hải Dương

SUMMARY

ASSESSMENT OF PHYSICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN HAI DUONG, VIETNAM

Introduction: Heart failure has a significant impact on the physical activity and quality of life of patients. Several studies have shown that reduced physical activity is a predictor of mortality in heart failure, while increased physical activity can improve functional capacity, quality of life, and reduce healthcare utilization. However, most studies on physical activity in heart failure patients have been conducted in developed countries. Data on physical activity in heart failure patients in Vietnam is limited. **Objective:** This study aimed to assess the level of physical activity using the IPAQ questionnaire in outpatients with mild heart failure at the Cardiology Center of Hai Duong Provincial Hospital, Vietnam. **Subjects:** Outpatients with heart failure treated at the Cardiology Center of Hai Duong Province from December 2021 to April 2022. **Study design:** Cross-

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

sectional descriptive study. **Results:** One hundred forty patients were included in the study, with a mean age of 56.3 ± 8.5 years, and a male to female ratio of 1.59:1. The level of physical activity in heart failure patients according to the IPAQ questionnaire was as follows: high-level physical activity was 27.1%, moderate-level physical activity was 40%, and low-level physical activity was 32.9%. The proportion of complete physical activity in the study was 67.1%. Compared with the group of patients under 60 years old, the group of heart failure patients over 60 years old had a significantly lower level of physical activity with $OR = 0.032$ and $p = 0.001$. There was no significant difference in physical activity level by gender and ejection fraction. **Conclusion:** The study showed that physical activity in heart failure patients was lower in the older age group, but there was no significant difference in physical activity level by gender and ejection fraction.

Keywords: physical activity, IPAQ questionnaire, heart failure, Hai Duong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là tình trạng cuối cùng của nhiều bệnh lý tim mạch trong đó tần suất mắc mới suy tim ngày càng tăng trên thế giới. Các triệu chứng suy tim như khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm và phù có ảnh hưởng lớn lên hoạt động thể lực của bệnh nhân và chất lượng cuộc sống. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân suy tim đều gặp khó khăn trong các hoạt động thể lực hàng ngày¹.

Hiện nay có nhiều công cụ đo lường đánh giá mức độ hoạt động hàng ngày gồm các phương pháp chủ quan như: bảng câu hỏi và nhật ký hoạt động thể lực như IPAQ, GPAQ, NPAQ... Trong đó, bộ câu hỏi về hoạt động thể lực quốc tế (IPAQ, International Physical Activity Questionnaire) được xem là bộ câu hỏi có giá trị và độ tin cậy cao và trở thành tiêu chuẩn quốc gia và quốc tế tại nhiều nước như WHO, EU^{2,3}.

Hoạt động thể lực (HĐTL) là một yếu tố ảnh hưởng lên kết cục của bệnh nhân suy tim mạn, có nhiều nghiên cứu cho thấy giảm hoạt động thể lực là một yếu tố dự báo tử vong trên bệnh suy tim, trong khi tăng hoạt động thể lực, người bệnh suy tim có thể cải thiện khả năng hoạt động và chất lượng cuộc sống, và giảm sự chăm sóc y tế⁴. Do đó, việc đánh giá được mức độ hoạt động thể lực hàng ngày của bệnh nhân suy tim là cực kỳ cần thiết trong thực hành quản lý điều trị bệnh nhân suy tim.

Mặc dù, các số liệu cho thấy tần suất suy tim cũng như bệnh suất và tử suất suy tim tại Việt Nam đang tăng dần, nhưng các nghiên cứu, báo cáo về hoạt động thể lực ở bệnh nhân suy tim còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hoạt động thể lực ở

bệnh nhân suy tim mạn và khảo sát các yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại Trung Tâm Tim mạch, bệnh viện tỉnh Hải Dương Việt Nam trong khoảng thời gian từ 12/2021 đến tháng 04/2022. Dân số nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn đang được điều trị ngoại trú.

Tiêu chuẩn nhận vào gồm: Người bệnh đủ 18-65 tuổi được chẩn đoán suy tim đang điều trị ngoại trú; có khả năng hiểu và trả lời đúng các câu hỏi nghiên cứu; đồng ý và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: Không có khả năng trả lời, gặp khó khăn trong việc nhớ lại hoặc giao tiếp: khó nghe, bất đồng ngôn ngữ; khi phỏng vấn bỏ giữa chừng. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh suy tim mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biên số nghiên cứu. Bộ câu hỏi về hoạt động thể lực quốc tế (IPAQ): Để đánh giá hoạt động thể lực trên bệnh nhân suy tim, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi IPAQ bản dài đã được chuyển ngữ sang tiếng Việt. Bộ câu hỏi này đánh giá hoạt động thể lực của người tham gia trong thời gian một tuần (tính từ thời điểm phỏng vấn), gồm 27 câu hỏi chia thành 5 phần, gồm: HĐTL liên quan tới công việc (từ câu 1 đến câu 7), HĐTL liên quan tới đi lại (từ câu 8 đến câu 13), HĐTL liên quan tới việc nhà và chăm sóc gia đình (từ câu 14 đến câu 19), HĐTL liên quan tới giải trí, thể thao và thời gian rảnh rỗi (từ câu 20 đến câu 25), Thời gian ngồi (từ câu 26 đến câu 27)². Chi phí năng lượng được ước tính dựa trên thời gian, cường độ và tần số của các hoạt động vật lý được thực hiện trong một tuần điển hình. Mức chi phí MET (Metabolic Equivalent of Task) tính bằng tổng lượng HĐTL của các hoạt động đơn lẻ: $MET - \text{phút/tuần} = MET \text{ ước tính} \times \text{số phút hoạt động/ngày} \times \text{số ngày/tuần}$. Từ mức chi phí MET, chúng ta phân loại được HĐTL của bệnh nhân thành 3 phân loại: cao, vừa phải và thấp².

Hoạt động thể lực cao: khi có một trong hai tiêu chí sau đây: 1. Cường độ hoạt động mạnh ít nhất trên 3 ngày và tích lũy ít nhất 1.500

MET-phút/tuần và 2. Đi bộ kết hợp với hoạt động cường độ vừa phải trong 7 ngày hoặc hoạt động mạnh, tích lũy ít nhất 3.000 MET-phút/tuần.

Hoạt động thể lực vừa phải: khi có một trong ba tiêu chí sau: 1. Nhiều hơn hoặc 3 ngày hoạt động cường độ mạnh ít nhất 20 phút mỗi ngày; 2. Nhiều hơn hoặc 5 ngày có hoạt động cường độ trung bình và /hoặc đi bộ ít nhất 30 phút mỗi ngày; 3. Nhiều hơn hoặc 5 ngày có sự kết hợp của đi bộ, hoạt động trung bình, tích lũy ít nhất 600 MET-phút/tuần.

Hoạt động thể lực thấp: không có hoạt động nào hay một số hoạt động trong thời gian rảnh rỗi: đọc báo, xem ti vi, chơi cờ... tích lũy dưới 600 MET-phút/tuần.

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng SPSS Statistics 19.0. Thống kê mô tả: các biến số định lượng như điểm số hoạt động thể lực (IPAQ) sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 140 bệnh nhân, nữ giới chiếm 38,6% và tỉ lệ nam:nữ = 1,59:1. Nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi có tỷ lệ 45,7%, thấp hơn nhóm người bệnh trẻ tuổi (<60 tuổi). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $56,3 \pm 8,5$ tuổi (Bảng 1). Tuổi thấp nhất là 24 tuổi. Tuổi cao nhất là 65 tuổi. Số lượng người bệnh suy tim có phân suất tống máu giảm chiếm 50%, tương đương với nhóm người bệnh suy tim có phân suất tống máu bảo tồn.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng cơ bản của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	86	61,4%
	Nữ	54	38,6%
Tuổi	< 60 tuổi	76	54,3%
	≥ 60 tuổi	64	45,7%
Phân suất tống máu	EF $< 40\%$	70	50%
	EF $\geq 50\%$	70	50%

Đặc điểm hoạt động thể lực trên bệnh nhân suy tim theo thang đo IPAG. Dùng phép kiểm định Kolmogorov-Smirnov, hầu hết điểm số ở các hoạt động thể lực theo thang đo IPAQ đều không tuân theo phân phối chuẩn nên các số liệu được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị

Bảng 2. Hoạt động thể lực, đi bộ và thời

gian ngồi của dân số nghiên cứu

Lĩnh vực hoạt động thể lực	Trung vị	Tứ phân vị (25%-75%)
HĐTL trong công việc (MET-phút/tuần)	0	0-826,9
HĐTL trong đi lại (MET-phút/tuần)	247,5	165-465
HĐTL trong việc nhà và quanh vườn (MET-phút/tuần)	417,5	210-645
HĐTL giải trí, thể thao trong thời gian rảnh (MET-phút/tuần)	231	0-361,5
Đi bộ (phút/tuần)	120	50-210
Thời gian ngồi (phút/tuần)	960	840-1380
Hoạt động thể lực chung (MET-phút/tuần)	1357,8	550,5-3055,1

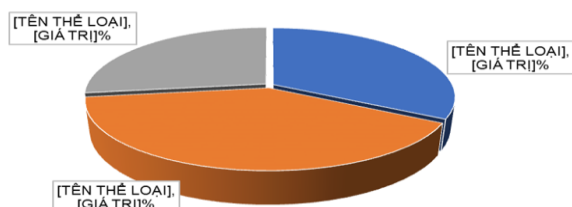
Chữ viết tắt: HĐTL: Hoạt động thể lực; MET-phút/tuần: chỉ phí năng lượng ước tính của các hoạt động thể lực

Trong các lĩnh vực hoạt động thể lực, hoạt động thể lực khi làm việc nhà và quanh vườn có mức điểm số cao nhất 417,5 (210-645) MET-phút/tuần. Điểm số hoạt động thể lực thấp nhất là hoạt động cho công việc ở mức 0 (0-826,9) MET-phút/tuần.

Phân loại mức độ hoạt động thể lực theo thang đo IPAQ (Biểu đồ 1). Trong số 140 người bệnh suy tim tham gia nghiên cứu, có 27,1% báo cáo hoạt động thể lực ở mức độ cao (≥ 3.000 MET-phút/tuần) (ít nhất 60 phút / ngày hoạt động cường độ trung bình hoặc 30 phút hoạt động cường độ mạnh), 40% báo cáo hoạt động thể lực vừa phải (600-3.000 MET-phút/tuần) (ít nhất 30 phút hoạt động thể lực cường độ trung bình trong hầu hết các ngày) và 32,9% người bệnh cho biết hoạt động thể lực ở mức độ thấp (thiếu hoạt động) (<600 MET-phút/tuần).

Như vậy, theo khuyến cáo thì tỷ lệ hoạt động đầy đủ là 67,1%. Hoạt động đầy đủ ở đây bao gồm hoạt động tích cực và hoạt động trung bình, có chi phí tiêu hao năng lượng > 600 MET-phút/tuần tương đương với mức độ tập luyện là đi bộ tốc độ trung bình 30 phút/ngày trong 7 ngày.

Hoạt động thể lực N = 140



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ hoạt động thể lực theo thang đo IPAQ

Phân loại hoạt động thể lực theo giới tính và tuổi (Bảng 2)

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức hoạt động thể lực với giới tính và nhóm tuổi

Đặc điểm	Hoạt động đầy đủ		Thiếu hoạt động		OR	KTC 95%	Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %			
Giới					1,693	0,8-3,582	0,166
Nam	54	62,8%	32	37,2%			
Nữ	40	74,1%	14	25,9%			
Nhóm tuổi					0,302	0,144-0,632	0,001
< 60 tuổi	60	78,9%	16	21,1%			
≥ 60 tuổi	34	53,1%	30	46,9%			

Phép kiểm Chi-square

Với nam giới, hoạt động thể lực đầy đủ chiếm tỷ lệ 62,8, còn ở nữ giới là 74,1%, tuy nhiên không có sự khác biệt có thống kê. Nhóm người bệnh dưới 60 tuổi có tỷ lệ người bệnh hoạt động đầy đủ cao hơn nhóm người bệnh trên 60

tuổi (78,9% với 53,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR 0,302 và p = 0.001.

Phân loại hoạt động thể lực theo phân suất tổng máu thất trái (Bảng 3)

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức hoạt động thể lực với phân suất tổng máu thất trái

Đặc điểm	Hoạt động đầy đủ		Thiếu hoạt động		OR	KTC 95%	Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ			
Phân suất tổng máu					1,926	0,939-3,95	0,072
EF < 40%	42	60%	28	40%			
EF ≥ 50%	52	74,3%	18	25,7%			

Với phân suất tổng máu, hoạt động đầy đủ ở nhóm suy tim phân suất tổng máu bảo tồn chiếm tỷ lệ 74,3%, và thiếu hoạt động chiếm tỷ lệ 25,7%. Ở nhóm phân suất tổng máu giảm, tỷ lệ hoạt động đầy đủ là 60% và thiếu hoạt động là 40%. Nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm

trong nghiên cứu này có xu hướng hạn chế hoạt động hơn nhóm còn lại. Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Phân loại hoạt động thể lực chi tiết theo phân suất tổng máu (Bảng 4)

Bảng 4. Phân loại mức độ hoạt động thể lực theo phân suất tổng máu

Lĩnh vực HDTL	EF < 40%	EF ≥ 50%	p
HDTL trong công việc			0,152
Trung bình	436,6 ± 924,5	675,9 ± 1020,4	
Trung vị	0 (0; 200)	0 (0; 1129,6)	
HDTL trong đi lại			0,788
Trung bình	374,7 ± 356,4	334,5 ± 293,8	
Trung vị	247,5 (165; 465)	247,5 (165; 547,5)	
HDTL trong việc nhà, quanh vườn			0,025
Trung bình	434,1 ± 321,7	535,1 ± 313,9	
Trung vị	315 (210; 618,8)	515 (228,8; 645)	
HDTL giải trí, thể thao			0,501
Trung bình	250,8 ± 280,8	264,2 ± 245,8	
Trung vị	200 (0; 381,5)	231 (0; 351,1)	
Đi bộ			0,724
Trung bình	135,6 ± 105,4	137,5 ± 95,1	
Trung vị	112,5 (50; 210)	132,5 (50; 210)	
Thời gian ngồi			0,877
Trung bình	1154,6 ± 420,2	1114,1 ± 379	
Trung vị	960 (840; 1410)	1080 (840; 1290)	
HDTL chung			0,041
Trung bình	1496,1 ± 1217,3	1809,8 ± 1170,1	
Trung vị	1150 (540; 2718,5)	1524 (586,3; 3178,1)	

Phép kiểm Mann-Whitney

Hầu hết các lĩnh vực hoạt động thể lực như trong công việc, đi lại, giải trí, đi bộ và thời gian ngồi của nhóm người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm và suy tim phân suất tống máu bảo tồn không có sự khác biệt về mặt thống kê. Trừ lĩnh vực hoạt động thể lực trong việc nhà và hoạt động thể lực chung có sự khác biệt. Điểm số lần lượt của 2 lĩnh vực trên của nhóm người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm (315 (210; 618,8) và 1150 (540; 2718,5)) thấp hơn nhóm phân suất tống máu bảo tồn (515 (228,8; 645), 1524 (586,3; 3178,1)). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$ và $p = 0,041$.

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $56,3 \pm 8,5$ tuổi, với độ tuổi ≥ 60 chiếm 45,7% và tỉ lệ suy tim phân suất tống máu giảm ($EF < 40\%$) là 50%. Trong nghiên cứu của Heng-Hsin Tung và cộng sự 2012 tại Đài Loan, độ tuổi trung bình là 66,5 tuổi, tỉ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 71,3%, tỉ lệ suy tim phân suất tống máu giảm ($EF < 45\%$) là 79,6%. Trong nghiên cứu của Dontje Maron và cộng sự năm 2014 tại Hà Lan, ghi nhận tuổi trung bình là 62 ± 14 tuổi, tỉ lệ suy tim phân suất tống máu giảm ($EF < 40\%$) là 66,7%⁵.

Về nghiên cứu của chúng tôi, mức độ hoạt động chung có 32,9% người bệnh suy tim có mức độ hoạt động thể lực thấp; 40% có mức độ hoạt động thể lực vừa phải và chỉ có 27,1% có mức độ hoạt động thể lực cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Klompstra 2015 tại Thụy Điển với 34% mức độ hoạt động thể lực thấp, 46% mức độ vừa phải và 23% ở mức cao⁶. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại có điểm hoạt động thể chất (1357,8) cao hơn nghiên cứu của Klompstra (1173). Trong nghiên cứu của Dontje Maron 2014 tại Hà Lan, tỉ lệ bệnh nhân suy tim có hoạt động thể lực hàng ngày ở mức độ thấp là 44%⁵, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Klompstra. Điều này có thể lý giải do tuổi trung bình trong nghiên cứu của tác giả Dontje Maron là cao hơn chúng tôi (62 ± 14 tuổi so với $56,3 \pm 8,5$ tuổi). Người lớn tuổi hơn có xu hướng ít hoạt động thể lực hơn có thể do họ không làm việc nặng nhọc, ít di chuyển hoặc chơi thể thao giải trí hơn.

Khi đánh giá hoạt động thể lực theo giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khoảng 62,8% nam giới và 74,1% nữ giới có mức độ hoạt động đầy đủ. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới (OR 1,914,

$p = 0,166$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Klompstra tại Thụy Điển khi không có sự khác biệt giữa hai giới ($p = 0,54$).

Qua kết quả hoạt động thể lực theo các nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi có mức độ hoạt động thể lực thấp chiếm tỷ lệ đến 46,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người bệnh dưới 60 tuổi chỉ có 21,1% với OR = 0,302 và $p = 0,001$. Điều này có thể hiểu rằng sự khác biệt này là do nhóm dưới 60 tuổi có khả năng lao động, di chuyển nhiều hơn nhóm trên 60 tuổi. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu trước đây. Tác giả Dontje và cộng sự cũng cho rằng, tuổi tác có mối tương quan đáng kể với hoạt động thể lực⁵. Tuổi càng cao, sức khỏe thể chất và tinh thần giảm đi đáng kể. Tác giả Hui-Chin Chien và cộng sự lý giải rằng việc mất khối lượng cơ do lão hóa theo tuổi có thể hạn chế khả năng thực hiện các hoạt động thể lực⁷. Điều đó làm cho người bệnh trở nên "ngại" hoạt động, con người ngày càng trở nên trì trệ hơn. Cùng với tư tưởng tuổi cao phải được nghỉ ngơi nên tỷ lệ hoạt động đầy đủ ở nhóm đối tượng này khá thấp. Điều này báo hiệu gánh nặng bệnh tật ở người cao tuổi sẽ lớn hơn rất nhiều.

Nhóm suy tim phân suất tống máu bảo tồn có tỉ lệ hoạt động thể chất đầy đủ hơn so với nhóm suy tim phân suất tống máu giảm, với 74,3% và 60% tuy nhiên không có khác biệt thống kê với OR 1,962 và $p = 0,072$. Kết quả của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Dontje. Trong dân số của Dontje, nhóm $EF < 40\%$ thời gian hoạt động thể lực là 257 phút/ngày, trong khi nhóm $EF > 40\%$ chỉ đạt 78 phút/ngày. Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy đa biến với phân suất tống máu, mức độ suy tim theo phân loại NYHA, tuổi, chỉ số khối cơ thể thì sự khác biệt về hoạt động thể lực giữa các nhóm suy tim phân suất tống máu giảm và bảo tồn không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p = 0,064$)⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu tại một trung tâm, ngoài ra thời gian nghiên cứu trong đại dịch COVID 19 cùng kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện và thời gian nghiên cứu có hạn nên mẫu nghiên cứu nhỏ. Do đó có thể chưa đại diện được cho dân số nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó, cần tiến hành thêm các nghiên cứu khảo sát về đánh giá hoạt động thể lực với quy mô lớn hơn, đa trung tâm, thời gian đánh giá kéo dài hơn để có thể áp dụng vào thực hành quản lý và chăm sóc bệnh nhân suy tim tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Mức độ hoạt động thể lực của người bệnh suy tim là 27,1% hoạt động thể lực mức độ cao, 40% hoạt động thể lực mức độ vừa phải và 32,9% hoạt động thể lực mức độ thấp. Theo như khuyến cáo thì thực trạng hoạt động thể lực đầy đủ của người bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương là 67,1%. Nhóm người bệnh suy tim trên 60 tuổi có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn nhóm dưới 60 tuổi, OR = 0,032; KTC 95% = 0,144-0,632; p = 0,001. Không có nhiều sự khác biệt về mức độ hoạt động thể lực theo giới tính và phân suất tổng máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul S, Sneed N.** Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic. *Congestive heart failure* (Greenwich, Conn). Mar-Apr 2002;8(2):74-6, 77-9. doi:10.1111/j.1527-5299.2002.00279.x
2. **Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al.** International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*. Aug 2003;35(8): 1381-95.

doi: 10.1249/ 01.Mss.0000078924. 61453.Fb

3. **Pfaeffli L, Maddison R, Jiang Y, Dalleck L, Löff M.** Measuring physical activity in a cardiac rehabilitation population using a smartphone-based questionnaire. *Journal of medical Internet research*. Mar 22 2013;15(3):e61. doi:10.2196/ jmir.2419
4. **Piepoli MF, Conraads V, Corrà U, et al.** Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European journal of heart failure*. Apr 2011;13(4):347-57. doi:10.1093/eurjhf/hfr017
5. **Dontje ML, van der Wal MH, Stolk RP, et al.** Daily physical activity in stable heart failure patients. *The Journal of cardiovascular nursing*. May-Jun 2014;29(3): 218-26. doi: 10.1097/JCN.0b013e318283ba14
6. **Klompstra L, Jaarsma T, Strömberg A.** Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient preference and adherence*. 2015;9:1603-10. doi:10.2147/ppa.S90942
7. **Chien HC, Chen HM, Garet M, Wang RH.** Predictors of physical activity in patients with heart failure: a questionnaire study. *The Journal of cardiovascular nursing*. Jul 2014;29(4):324-31. doi:10.1097/JCN.0b013e31828568d6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ SƠ SINH MẮC COVID-19 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2021-2023

Nguyễn Thị Mỹ Linh¹, Khu Thị Khánh Dung^{2,3},
Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh trẻ sơ sinh được chẩn đoán mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023. **Kết quả:** 73 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 chủ yếu là trẻ đủ tháng (83,6%); nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (90,4%); tuổi được chẩn đoán trung bình 13,0±7,6 ngày; 69,8% trẻ nhiễm COVID-19 có tiếp xúc với nguồn lây. 75,3% các ca bệnh đồng mắc thêm các bệnh khác. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, hay gặp chủ yếu là sốt (45,2%), bú kém (52,1%), triệu chứng hô hấp như chảy mũi, nghẹt mũi

(65,8%), ho (61,6%), thở nhanh (46,6%). Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp là tăng Ferritin trên 600 ng/ml (32,9%) và D-Dimer tăng trên 1000ng/mL (56,2%). Trẻ đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch gấp 4,63 lần so với trẻ đủ tháng (95% CI của OR: 1,14-18,83); trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 gram có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch gấp 7,13 lần so với trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram (95% CI của OR: 1,42-35,83); trẻ có chỉ số Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao gấp 2,87 lần so với trẻ có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml (95% CI của OR:1,05-7,89). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** COVID-19 có thể gặp ở trẻ sơ sinh, chủ yếu là khởi phát muộn. Các biểu hiện lâm sàng thường đa dạng và không đặc hiệu, cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng Ferritin và D-dimer máu. Trẻ sinh non, cân nặng lúc sinh thấp hoặc có chỉ số Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nặng hơn nhóm trẻ đủ tháng, cân nặng bình thường hoặc có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml.

Từ khóa: COVID-19, trẻ sơ sinh, đẻ non

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF NEONATES WITH COVID-19 INPATIENT TREATMENT AT

¹Bệnh viện Nông nghiệp

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

NATIONAL CHILDREN HOSPITAL IN 2021-2023

Objective: Description of clinical and subclinical characteristics of neonates with COVID-19 inpatient treatment at the National Children's Hospital in 2021-2023. **Subjects and methods:** Description of a case series of infants diagnosed with COVID-19 inpatient treatment at the National Children's Hospital in 2021-2023. **Results:** The 73 neonates with COVID-19 were mainly full term (83.6%); late-onset neonatal COVID-19 infection (90.4%); the average age of diagnosis was 13.0 ± 7.6 days; 69.8% of children infected with COVID-19 had contact with a source of infection. 75.3% of cases co-infected with other diseases. Clinical symptoms are varied, non-specific, the most common are fever (45.2%), poor feeding (52.1%), respiratory symptoms such as runny nose, stuffy nose (65.8%), cough (61.6%), rapid breathing (46.6%). Common subclinical symptoms were increased Ferritin above 600 ng/ml (32.9%) and D-Dimer increased over 1000ng/mL (56.2%). Premature infants < 37 weeks have a 4.63 times higher risk of severe - critical COVID-19 than term infants (95% CI of OR: 1.14-18.83); neonates with birth weight < 2500 grams were 7.13 times more likely to have severe-critical COVID-19 than neonates with birth weight \geq 2500 grams (95% CI of OR: 1.42-35, 83); neonates with ferritin index > 600 ng/ml had a 2.87 times higher risk of severe and critical COVID-19 than neonates with ferritin index \leq 600 ng/ml (95% CI of OR: 1.05 -7.89). The difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** COVID-19 can be seen in neonates, mostly of late onset. The clinical manifestations are often varied and non-specific, the most common laboratory findings are elevated ferritin and blood D-dimer. Babies born prematurely, with low birth weight or with a ferritin index > 600 ng/ml have a higher risk of severe COVID-19 than full-term infants with normal weight or with a ferritin index \leq 600 ng/ml.

Keywords: COVID-19, neonates, preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tháng 12 năm 2019, virus SAR-CoV2 gây bệnh COVID-19 xuất hiện tại thành phố Vũ Hán, Trung Quốc và nhanh chóng lan rộng ra toàn thế giới trở thành đại dịch toàn cầu. Bệnh thường gặp ở người lớn. Trẻ em cũng có thể mắc bệnh nhưng chiếm tỉ lệ nhỏ. Ở Hàn Quốc, trong 89.069 người mắc COVID-19 thì có 4,8% là trẻ em, trong đó có cả trẻ sơ sinh.¹ Triệu chứng mắc COVID-19 của trẻ sơ sinh thường đa dạng và không đặc hiệu.² Nghiên cứu của Roberto Raschetti và cs trên 176 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 cho thấy biểu hiện lâm sàng đa dạng gồm sốt (44%), tiêu hóa (36%), hô hấp (52%) và biểu hiện thần kinh (18%) và hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.³ Nhiễm COVID-19 khởi phát muộn ở trẻ sơ sinh cần nhập viện có thể diễn biến nặng, tăng nguy cơ thở máy và viêm cơ tim.² Nghiên cứu của Đào Hữu Nam và cs về "Nguyên nhân tử vong và một số yếu tố liên

quan tới tử vong ở trẻ mắc COVID-19 tại Bệnh viện Nhi Trung ương" ghi nhận 30 ca tử vong trong thời gian từ tháng 12/2021-5/2022, trong đó có 16,7% trẻ dưới 1 tháng tuổi.⁴ Tuy vậy, ở Việt Nam, dữ liệu về COVID-19 ở trẻ sơ sinh được công bố rất hạn chế. Khai thác yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng nghi ngờ bệnh ở nhóm này vô cùng quan trọng, giúp chẩn đoán và điều trị kịp thời. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 tại bệnh viện Nhi Trung ương*" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ sơ sinh < 1 tháng tuổi được chẩn đoán mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Trung tâm bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 1/1/2021 đến ngày 30/05/2023.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán** trẻ sơ sinh mắc COVID-19 theo quyết định 405/QĐ-BYT của Bộ Y Tế,⁵ cần điều trị nội trú: Ca bệnh xác định COVID-19 là 1 trong 4 trường hợp: trẻ có xét nghiệm PCR SAR-CoV2 (+); trẻ tiếp xúc gần với nguồn lây và có test nhanh SAR-CoV2 (+); trẻ có yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng nghi ngờ và có test nhanh SAR-CoV2 (+); trẻ có yếu tố dịch tễ và có test nhanh SAR-CoV2 (+) 2 lần liên tiếp; **VÀ** tiêu chuẩn điều trị nội trú là trẻ mắc COVID-19 mức độ trung bình trở lên hoặc có các tình trạng bệnh đồng mắc cần nhập viện.

- Theo quyết định 405/QĐ-BYT của Bộ Y Tế⁵ trẻ mắc COVID chia làm 4 mức độ bệnh:

+ **Mức độ nhẹ:** Triệu chứng không điển hình: sốt, ho, chảy mũi, tiêu chảy, nôn,..., không có triệu chứng của viêm phổi; tần số thở < 60 lần/phút; không có biểu hiện của thiếu oxy, $SpO_2 \geq 96\%$ khi thở khí trời; thần kinh: trẻ tỉnh táo, bú mẹ bình thường; X-quang phổi bình thường.

+ **Mức độ trung bình:** Có triệu chứng viêm phổi nhưng không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng và rất nặng: thở ≥ 60 lần/phút; SpO_2 94 - 95% khi thở khí trời; trẻ tỉnh táo, mệt, bú ít hơn; X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ (thường 2 đáy phổi).

+ **Mức độ nặng:** Khi trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

• Trẻ có triệu chứng viêm phổi nặng, chưa có dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng: thở ≥ 60 lần/phút kèm ≥ 1 dấu hiệu co rút lồng ngực

hoặc thở rên, phập phồng cánh mũi; thần kinh: trẻ khó chịu, quấy khóc, bú khó.

- SpO₂ 90 - < 94% khi thở khí trời.
- X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ lan tỏa ≥ 50% phổi.

+ Mức độ nguy kịch: Khi trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

- Suy hô hấp nặng SpO₂ < 90% khi thở khí trời, cần đặt NKQ thông khí xâm nhập.

• Dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng: tím trung tâm; thở bất thường, rối loạn nhịp thở; Thần kinh: ý thức giảm khó đánh thức hoặc hôn mê; trẻ bỏ bú.

- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).
- Huyết áp tụt, sốc, sốc nhiễm trùng, lactat máu > 2 mmol/L.

- Suy đa tạng.
- Cơ bão cytokin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh.
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu

- Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám cần nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm bệnh nhiệt đới hoặc từ các khoa lâm sàng khác chuyển đến đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh COVID-19 xác định sẽ được chọn vào nghiên cứu. Sau đó, bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết tại thời điểm chẩn đoán bệnh COVID-19, phân loại mức độ bệnh:

+ Thời gian khởi phát: nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát sớm (< 5 ngày sau sinh) và nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (≥ 5 ngày sau sinh) theo định nghĩa của Hội Nhi khoa Hoa Kỳ.⁶

- Phân thành 2 nhóm bệnh nhân: nhẹ - trung bình và nặng - nguy kịch để khảo sát mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ.

- Biến số nghiên cứu: giới tính, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, tuổi được chẩn đoán mắc COVID-19, nguồn lây, bệnh đồng mắc; triệu chứng lâm sàng: sốt, hô hấp (chảy mũi, nghẹt mũi, ho, thở nhanh, thở rên, rút lõm lồng ngực, cơn ngừng thở, ran phổi), tiêu hóa (bú kém/bỏ bú, tiêu chảy, nôn, chướng bụng), thần kinh (li bì, kích thích, thay đổi trương lực cơ), tuần hoàn (nhịp tim nhanh > 180 lần/phút, refill > 2s); cận lâm sàng: bạch cầu (tăng > 20 G/L, giảm < 5 G/L), tiểu cầu (giảm < 150 G/L), CRP (tăng > 6 mg/L), Ferritin (tăng > 600 ng/ml), D-dimer (tăng > 1000 ng/ml), LDH (tăng: > 1000 U/L với trẻ 0-15 ngày tuổi, > 375 U/L với trẻ 15-30 ngày tuổi).

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý

số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương (Giấy chứng nhận số 2783/BVNTW-HĐĐĐ) và Trường Đại học Y Hà Nội (Quyết định số 1950) thông qua và chấp nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trẻ (n,%)	Mean ± SD (min-max)
Giới	Nam	43 (58,9%)
	Nữ	30 (41,1%)
Tuổi được chẩn đoán (ngày)	< 5	7 (9,6%)
	≥ 5	66 (90,4%)
Tuổi thai (tuần)	< 37	12 (16,4%)
	≥ 37	61 (83,6%)
Cân nặng lúc sinh (gram)	< 2500	11 (15,1%)
	≥ 2500	62 (84,9%)
Nguồn lây	Có	52 (71,2%)
	Không	21 (28,8%)
Bệnh đồng mắc*		55 (75,3%)

*: Bệnh đồng mắc: nhiễm khuẩn sơ sinh, viêm phổi do các tác nhân khác, bệnh màng trong, tim bẩm sinh, vàng da, viêm da mủ, xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh ngoại khoa.

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1, trẻ sinh đủ tháng chiếm 83,6%, trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram chiếm 84,9%, đa phần các trường hợp nhiễm COVID-19 muộn (66 ca, 90,4%). Tuổi được chẩn đoán trung bình 13,0±7,6 ngày. Có 52 trẻ (71,2%) xác định được nguồn lây, 25% không rõ nguồn lây. 75,3% các ca bệnh đồng mắc thêm các bệnh khác: nhiễm khuẩn sơ sinh, viêm phổi do các tác nhân khác, bệnh màng trong, tim bẩm sinh, vàng da, viêm da mủ, xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh ngoại khoa.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh

Nhóm triệu chứng	Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt (t ≥ 37,5°C)		33	45,2
Hô hấp	Chảy mũi, nghẹt mũi	48	65,8
	Ho	45	61,6
	Thở nhanh	34	46,6
	Ran phổi	33	45,2

	Rút lõm lồng ngực	20	27,4
	Cơn ngừng thở	12	16,4
	Thở rên	3	4,1
Tiêu hóa	Bú kém/Bỏ bú	38	52,1
	Tiêu chảy	9	12,3
	Nôn	7	9,6
	Chướng bụng	2	2,7
Thần kinh	Li bì	11	15,1
	Kích thích	2	2,7
	Thay đổi trương lực cơ	3	5,2
Tim mạch	Nhịp tim nhanh ≥ 180 lần/phút	5	6,8
	Refill >2 giây	5	6,8

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, hay gặp chủ yếu là chảy mũi, nghẹt mũi (65,8%), ho (61,6%), bú kém (52,1%), thở nhanh (46,6%), ran phổi (45,6%), sốt (45,2%), triệu chứng thần kinh và tuần hoàn không phổ biến.

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan tới mức độ nặng của bệnh

Phân độ COVID		Nhẹ - Trung bình	Nặng - Nguy kịch	OR	95% CI	p
Đặc điểm						
Đẻ non (tuần)	< 37	3 (25%)	9 (75%)	4,63	1,14-18,83	0,03*
	≥ 37	37 (60,7%)	24 (39,3%)			
Cân nặng lúc sinh (gram)	< 2500	2 (18,2%)	9 (81,8%)	7,13	1,42-35,83	0,018*
	≥ 2500	38 (61,3%)	24 (38,7%)			
Ferritin (ng/ml)	> 600	9 (37,5%)	15 (62,5%)	2,87	1,05-7,89	0,048*
	≤ 600	31 (63,3%)	18 (36,7%)			
D-dimer (ng/ml)	> 1000	20 (45,5%)	24 (54,5%)	2,67	0,99-7,14	0,058*
	≤ 1000	20 (69,0%)	9 (31,0%)			

* Fisher's exact test

Nhận xét: Các nhóm bệnh nhân có cân nặng lúc sinh < 2500g hoặc non tháng < 37 tuần hoặc Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao hơn, lần lượt gấp 7,13 lần; 4,63 lần và 2,87 lần nhóm trẻ còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. D-Dimer tăng trên 1000ng/mL (56,2%) không tương quan với mức độ nặng của bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân sơ sinh mắc COVID-19 tại Trung tâm bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2021-05/2023, độ tuổi được chẩn đoán trung bình là $13,4 \pm 7,0$ (1 - 28) ngày, chủ yếu là nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (90,4%), khá tương đồng với nghiên cứu trên 157 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 của Ilke Mungan Akin, tuổi khi nhập viện là $15,3 \pm 7,6$ ngày.² Trong nghiên cứu của Roberto Raschetti trên 176 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 trên toàn thế giới, độ tuổi được chẩn đoán của nhóm đối tượng này thấp hơn nhiều, trung bình

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Số lượng bạch cầu > 20 G/L	5	6,8
Số lượng bạch cầu < 5 G/L	5	6,8
Số lượng tiểu cầu < 150 G/L	12	16,4
Tăng CRP > 6 mg/L	17	23,3
Tăng D-Dimer > 1000 ng/ml	41	56,2
Tăng Ferritin > 600 ng/ml	24	32,9
Tăng LDH	9	9,6

Nhận xét: Đặc điểm cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng D-Dimer và Ferritin. Bạch cầu, tiểu cầu, CRP và LDH đa phần bình thường.

3.4. Một số yếu tố liên quan tới mức độ nặng của bệnh

5 ngày.³ Về đặc điểm giới, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ = 1,4/1, không chênh lệch nhiều với nghiên cứu của Ilke Mungan Akin (nam/nữ = 1,6/1) và Roberto Raschetti (nam/nữ = 1,7/1). Sự khác nhau do cách lựa chọn mẫu, cỡ mẫu, quốc gia và thời điểm nghiên cứu khác nhau. Trẻ mắc COVID-19 phần lớn là trẻ đẻ đủ tháng và cân nặng bình thường, có lẽ do đối tượng này dễ tiếp xúc với các nguồn lây hơn, phù hợp với đặc điểm nguồn lây chủ yếu từ người thân trong gia đình, tương đồng với nghiên cứu của Ilke Mungan Akin và Roberto Raschetti. Tỉ lệ có các bệnh đồng mắc cao lên (75,3%), cao hơn nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên, tỉ lệ bệnh nền của trẻ em mắc COVID-19 là 34,6%,⁷ khả năng do trẻ sơ sinh là đối tượng miễn dịch còn kém, dễ mắc bệnh.

Nhìn chung, trong các nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 đều đa dạng, không đặc hiệu. Ba nhóm triệu chứng phổ biến nhất là hô hấp, sốt và tiêu hóa với các tỉ lệ khác nhau. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, đặc điểm hay gặp chủ yếu là chảy mũi, nghẹt mũi (65,8%), ho (61,6%), bú kém (52,1%), thở nhanh (46,6%), ran phổi (45,2%), sốt (45,2%), triệu chứng thần kinh và tuần hoàn không phổ biến. Theo Ilke Mungan, sốt là triệu chứng phổ biến nhất (64,2%), tiếp theo là không dung nạp thức ăn (25,6%), ho (21,6%), thở nhanh (18,8%), co rút lồng ngực (12,5%) và tiêu chảy (14,8%).² Theo Roberto Raschetti, triệu chứng hô hấp phổ biến nhất (52,5%), tiếp sau là sốt (44,3%), tiêu hóa (36%), thần kinh (18,6%), 10,3% có thay đổi về huyết động.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, bạch cầu và thành phần bạch cầu, tiểu cầu, CRP, LDH đa phần bình thường, tương đồng với nghiên cứu của Ilke Mungan² và Vũ Thị Thu Nga.⁸ Chỉ số Ferritin và D-dimer tăng cao ở đa số ca bệnh, tương đồng với nghiên cứu trên đối tượng trẻ < 2 tháng tuổi của Vũ Thị Thu Nga⁸ và đối tượng trẻ <16 tuổi của Phùng Nguyễn Thế Nguyên.⁷ Theo Bộ Y Tế khuyến cáo Ferritin tăng trên 600 ng/ml và D-Dimer tăng cao trên 1000ng/ml là những dấu hiệu gợi ý nguy cơ cao tiến triển dẫn đến bão cytokine.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có Ferritin tăng trên 600 ng/ml (32,9%) có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao gấp 2,87 lần so với trẻ có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. D-Dimer tăng trên 1000ng/ml chiếm 56.2% nhưng không tương quan với mức độ nặng của bệnh, tương tự nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga,⁸ điều này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ, chưa đại diện cho quần thể. Có thể thấy, sự biến đổi các chỉ số cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh và trẻ em nói chung có nhiều điểm tương đồng.

Nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500g và đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao hơn nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram và đẻ đủ tháng ≥ 37 tuần, lần lượt gấp 7,13 lần và 4,63 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga trên 38 trẻ dưới 2 tháng cũng ghi nhận nhóm trẻ đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nặng-nguy kịch gấp 11,57 lần nhóm trẻ đủ tháng.⁸ Điều này phù hợp vì trẻ sinh non và cân nặng thấp có hệ miễn dịch non yếu, các cơ quan chưa hoàn thiện chức năng dẫn tới khi bị COVID-19 dễ xảy ra biến chứng nặng và cũng dễ đồng nhiễm các tác nhân khác làm nặng thêm tình trạng bệnh.

V. KẾT LUẬN

COVID-19 có thể gặp ở trẻ sơ sinh, chủ yếu là khởi phát muộn. Các biểu hiện lâm sàng thường đa dạng và không đặc hiệu, thường gặp triệu chứng hô hấp, tiêu hóa và sốt, cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng Ferritin và D-dimer máu. Trẻ sinh non, cân nặng lúc sinh thấp và có chỉ số Ferritin tăng trên 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nặng hơn nhóm trẻ đủ tháng, cân nặng bình thường và có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diseases KS of I, Diseases KS of PI, Epidemiology KS of, Therapy KS for A, Prevention KS for H associated IC and, Prevention KC for DC and.** Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. J Korean Med Sci. 2020;35(10). doi:10.3346/jkms.2020.35.e112
2. **Akin IM, Kanburoglu MK, Tayman C, et al.** Epidemiologic and clinical characteristics of neonates with late-onset COVID-19: 1-year data of Turkish Neonatal Society. Eur J Pediatr. Published online January 21, 2022. doi:10.1007/s00431-021-04358-8
3. **Raschetti R, Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Loi B, Benachi A, De Luca D.** Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. Nat Commun. 2020;11:5164. doi:10.1038/s41467-020-18982-9
4. **Nam DH** (2022). Nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ em mắc COVID-19 tại bệnh viện Nhi Trung ương. Hội nghị Nhi khoa toàn quốc lần thứ XXIV, Hà Nội, ngày 24-27/11/2022.
5. **Bộ Y Tế** (2022). Quyết định 405/QĐ-BYT 2022 Hướng dẫn chẩn đoán điều trị COVID19 ở trẻ em. Published February 22, 2022. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-405-QĐ-BYT-2022-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-COVID19-o-tre-em-504157.aspx>
6. **Sankaran D, Nakra N, Cheema R, Blumberg D, Lakshminrusimha S.** Perinatal SARS-CoV-2 Infection and Neonatal COVID-19: A 2021 Update. NeoReviews. 2021;22(5):e284-e295. doi:10.1542/neo.22-5-e284
7. **Nguyen PNT, Thuc TT, Hung NT, et al.** Risk factors for disease severity and mortality of children with Covid-19: A study at a Vietnamese Children's hospital. J Infect Chemother. 2022;28(10): 1380-1386. doi:10.1016/j.jiac.2022.06.010
8. **Nga VTT, Duong TTT, Phong NT, Diu HT, Dung PT.** Phân tích một loạt ca bệnh trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc COVID-19 tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;514(5):138-145.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ BỀ MẶT DA KHI HÀO CHÂM TẠI HUYỆT TRUNG CHỮ: MỘT NGHIÊN CỨU THÍ ĐIỂM

Trần Công Đại Lộc¹, Nguyễn Thị Bay¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá xem liệu hào châm tại huyệt Trung chữ (TB-3), một Du huyệt thuộc hệ thống Ngũ Du huyệt, có làm thay đổi nhiệt độ bề mặt tại huyệt và vùng da thuộc bì bộ kinh Tam tiêu hay không, dựa trên lý thuyết về tác dụng "sơ thông kinh khí" của huyệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thí điểm không có nhóm chứng khảo sát trên 30 người tình nguyện khỏe mạnh, thực hiện tại Phòng nghiên cứu thực nghiệm Châm cứu, Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP.HCM. Nhiệt độ bề mặt da được đo tại mặt mu bàn tay và mặt sau cẳng tay bằng máy ảnh ghi nhiệt hồng ngoại tại các thời điểm trước, trong và sau khi châm. **Kết quả:** có sự gia tăng nhiệt độ bề mặt da một cách có ý nghĩa tại huyệt TB-3 và tại vùng da thuộc bì bộ kinh Tam tiêu giữa các thời điểm trước, trong và sau khi châm ($p = 0,0012$ và $p = 0,0005$). Bên cạnh đó, nhiệt độ bề mặt da tại các vùng da không thuộc vùng bì bộ kinh Tam tiêu không thay đổi một cách có ý nghĩa giữa các thời điểm trước, trong và sau khi châm ($p = 0,5753$). **Kết luận:** Kết quả này cho thấy châm cứu có tác dụng làm thay đổi nhiệt độ bề mặt da một cách đặc hiệu tại huyệt được châm và tại đường kinh tương ứng với huyệt. Điều này phù hợp với học thuyết kinh lạc cũng như tác dụng "sơ thông kinh khí" của Du huyệt. **Từ khóa:** hào châm, Du huyệt, nhiệt độ bề mặt da

SUMMARY

SURVEY ON CHANGE OF SKIN SURFACE TEMPERATURE WHEN APPLYING ACUPUNCTURE AT ZHONGZHU (TB-3) ACUPOINT: A PILOT STUDY

Objectives: In this study, we assess whether there is or not a change in the skin surface temperature at the acupoint and the skin region belonging to the Triple Burner meridian (pi bu) when applying acupuncture at Zhongzhu (TB-3), a stream acupoint of the Five transporting (Shu) points, based on the "clearing meridian Qi obstruction" effect of this point. **Materials and Methods:** A no controlled group pilot study which examine 30 volunteers at the Acupuncture Experimental Research Lab of the Faculty of Traditional Medicine at the University of Medicine and Pharmacy at HCMC. The skin temperature was measured on the dorsal of hands and forearms by an infrared thermal imaging camera at the time points

before, during, and after applying acupuncture at the TB-3 acupoint. **Results:** The skin surface temperature at TB-3 acupoint and the skin region belonging to the Triple Burner meridian increased significantly between the time points before, during, and after applying acupuncture ($p = 0.0012$ and $p = 0.0005$). In contrast, the skin surface temperature at the skin not belonging to the Triple Burner meridian did not change significantly between the time points before, during, and after applying acupuncture ($p = 0.5753$). **Conclusions:** We found that acupuncture can change the skin surface temperature at the applied acupoint and the corresponding meridian specifically. That is suitable to the meridian theory and the "clearing meridian Qi obstruction" effect of stream points. **Keywords:** acupuncture, stream point, skin temperature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Châm cứu đã được sử dụng trong Y học cổ truyền (YHCT) từ hơn 2000 năm và là một trong những phương pháp điều trị chính của YHCT. Trong những năm qua, châm cứu đã và đang được chứng minh là một phương pháp điều trị bổ sung và thay thế cho nhiều bệnh lý khác.

Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy châm cứu làm thay đổi nhiệt độ tại huyệt và những vùng da xung quanh huyệt. Một số nghiên cứu khác còn chỉ ra rằng, châm cứu làm thay đổi nhiệt độ bề mặt ở những vùng da cách xa huyệt. Điều thú vị là những vùng da ở xa này có mối liên hệ trực tiếp hoặc gián tiếp với huyệt, hay còn gọi là vùng chi phối đặc hiệu của huyệt theo lý luận YHCT. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu khảo sát về sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da dọc theo đường kinh tương ứng khi châm cứu.

Trong YHCT, nhiệt độ bề mặt da được điều tiết bởi "Vệ khí" thông qua chức năng đóng mở "tẩu lý". Vì vậy, việc tác động lên "Kinh khí", trong đó có "Vệ khí", về mặt lý thuyết có thể làm thay đổi nhiệt độ bề mặt da tương/

Bên cạnh đó, hệ thống kinh lạc được hình tượng hóa như một dòng chảy của "Khí". Trong đó, các Du huyệt trong hệ thống Ngũ Du huyệt có tác dụng "sơ thông kinh lạc" trên suốt dọc đường kinh, đặc biệt là các Du huyệt của kinh dương.

Từ các cơ sở trên, chúng tôi chọn huyệt Trung chữ vì đây là một Du huyệt của kinh Thiếu dương Tam tiêu và nằm ở vị trí thuận tiện cho việc khảo sát bằng máy ảnh ghi nhiệt hồng ngoại hơn so với những Du huyệt khác.

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Đại Lộc

Email: tdloc.ntyhct20@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Tiêu chuẩn chọn: (1) Người tham gia từ đủ 18 – 30 tuổi; (2) BMI từ 18,5 đến 23 kg/m², nhịp tim từ 60 đến 100, huyết áp tâm thu từ 90 đến 139, huyết áp tâm trương từ 60 đến 89 mmHg, nhiệt độ trung tâm được đo tại vùng nách trong giới hạn $36.59 \pm 0.43^{\circ}\text{C}$; (3) Không có các vấn đề về trầm cảm, căng thẳng và lo âu (theo thang điểm DASS 21); (4) Tinh thần tỉnh táo, tiếp xúc và hợp tác tốt (đánh giá qua MMSE); (5) Không mắc các bệnh lý mạn tính (loại trừ thông qua hỏi bệnh sử, tiền căn và thăm khám); (6) Hiện tại không đang tham gia các nghiên cứu can thiệp khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Chấn thương, viêm nhiễm tại vùng da cần khảo sát; (2) Có điều trị bằng các liệu pháp tác động lên da và cơ hoặc bôi dán các sản phẩm hóa dược lên vùng da cần khảo sát trong vòng 01 tuần trước thời điểm tiến hành can thiệp; (3) Đang bị viêm mũi xoang, viêm họng, viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân vi sinh; (4) Dùng chất kích thích trong vòng 24 giờ trước thời điểm tiến hành can thiệp; (5) Thức quá 11 giờ đêm vào đêm trước ngày thực hiện nghiên cứu; (6) Chơi thể thao hoặc vận động thể lực mạnh trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ; (7) Phụ nữ đang hành kinh hoặc có thai; (8) Đang dùng các thuốc hóa dược.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng nghiên cứu Châm cứu thực nghiệm – Khoa YHCT – Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Nhiệt độ: duy trì ở mức 25°C . Độ ẩm: 50% - 60%.

Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thí điểm, không có nhóm chứng, so sánh trước sau.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu này là một nghiên cứu thí điểm, do đó chúng tôi chọn cỡ mẫu là $n = 30$ người dựa theo các nguyên tắc hiện hành.

Hình thức can thiệp: Hào châm. Kỹ thuật châm bình; kim được châm thẳng góc 90° ; độ sâu kim từ 0.3 – 0.5 thốn; gây đặc khí bằng hình thức vê kim thuận nghịch chiều kim đồng hồ ở góc 180° – 270° ; thời gian vê kim là 01 phút; số lần vê kim là 02 lần; tổng thời gian lưu kim là 15 phút.

Công thức huyết: Huyết Trung chữ hai bên.

Quy trình đo nhiệt độ: Người tham gia sẽ được đo các chỉ số sinh hiệu và làm quen với môi trường nghiên cứu 15 phút trước khi tiến hành

can thiệp. Tiến hành ghi nhiệt độ lần thứ nhất (A), nghỉ 05 phút. Sau đó tiến hành châm kim và gây đặc khí lần thứ nhất, ghi nhiệt độ lần thứ hai (B), nghỉ 05 phút. Tiếp tục gây đặc khí lần thứ hai, ghi nhiệt độ lần thứ ba (C), nghỉ 05 phút. Tiến hành rút kim, ghi nhiệt độ lần thứ tư, nghỉ 05 phút. Ghi nhiệt độ lần thứ năm (E) và kết thúc thử nghiệm. Kiểm tra lại các chỉ số sinh hiệu, đánh giá mức độ đau và các tác dụng không mong muốn. (xem Sơ đồ 1)

Phương pháp đo nhiệt độ: Máy ảnh ghi nhiệt bằng hồng ngoại FLIR C5.

Vùng khảo sát nhiệt độ: Vùng da tại huyết Trung chữ hai bên (H). Vùng da thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (TT) là một hình đa giác được xác định như sau: tại mặt lưng bàn tay và mặt lưng cẳng tay, theo tư thế giải phẫu, nối từ điểm dưới ngoài ngón tay số 3 đi dọc theo bờ ngoài ngón tay đến khe giữa ngón tay số 2 và 3, nối đến huyết Ngoại quan, từ đây nối lên giao điểm giữa bờ trong cẳng tay và nếp lằn ngang khuỷu tay, tiếp tục nối đến huyết Dương tri, đi xuống dọc theo bờ trong ngón tay số 4 đến điểm dưới trong ngón tay số 4 và kết thúc tại điểm dưới ngoài ngón tay số 3. Vùng da không thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (NTT) là vùng da còn lại không nằm trong giới hạn của (TT) như đã mô tả.

Các chỉ số nghiên cứu:

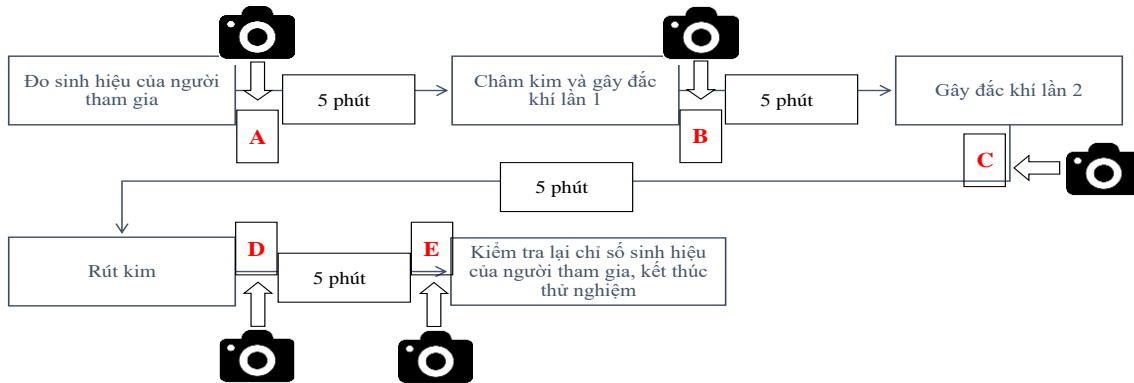
Kết cục chính: Nhiệt độ bề mặt da tại huyết Trung chữ (H); Nhiệt độ bề mặt da tại vùng da thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (TT); Nhiệt độ bề mặt tại vùng da không thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (NTT). Các biến này là biến định lượng.

Kết cục phụ: Mức độ đau khi châm được đánh giá dựa trên thang điểm VAS (Visual Analog Scale), là biến định lượng. Các biến cố bất lợi (đau quá mức, chảy máu, đau đầu, buồn nôn, nôn, hoa mắt chóng mặt, dị ứng tại chỗ hay toàn thân) là biến nhị giá.

Phương pháp xử lý số liệu:

Kiểm định thống kê: phép kiểm t bắt cặp; phép kiểm xếp hạng có dấu Wilcoxon; phép kiểm ANOVA một chiều đo lường lặp lại; phép kiểm Friedman; phân tích hồi quy cho mô hình ảnh hưởng hỗn hợp; phép kiểm Saphiro-Wilk.

Phần mềm lưu trữ và phân tích số liệu: Nhập liệu và lưu trữ bằng phần mềm Excel 365; Phân tích hình ảnh hồng ngoại bằng phần mềm FLIR thermal studio 1.9.40.0; Phân tích thống kê bằng phần mềm R và Stata 14.2.

**Sơ đồ 1. Quy trình can thiệp và ghi nhiệt độ**

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả người tham gia nghiên cứu đều được thông tin rõ ràng và đầy đủ về các nguy cơ và lợi ích khi tham gia nghiên cứu và ký vào biên bản đồng thuận nếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 1064/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 15/12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các dữ liệu nền

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi		24,87 ± 2,76
Giới tính	Nam	11 (36,7%)
	Nữ	19 (63,3%)
BMI		20,68 ± 1,62 ⁺ kg/m ²
Nghề nghiệp	Sinh viên	15 (50%)
	NVVP	13 (43,3%)
	Khác	Khác (6,67%)

Các chỉ số sinh lý: Các chỉ số về huyết áp, nhịp tim và nhiệt độ trung tâm sau khi châm không

Bảng 3. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da giữa các thời điểm (A), (B), (C), (D) và (E).

Vùng da \ Thời điểm	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	Giá trị p
(H)	33,675 ⁺	34,275 ⁺	33,975 ⁺	34,475 ⁺	34,325 ⁺	0,0012 ⁺⁺
(TT)	32,89±0,25*	33,43±0,27*	33,4±0,26*	33,6±0,25*	33,52±0,25*	0,0005**
(NTT)	33,29±0,2*	33,37±0,23*	33,31±0,22*	33,45±0,22*	33,5±0,21*	0,5753**

Đơn vị: °C

*: Trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn)^a

⁺: Trung vị (phân phối lệch)^a

** : Kiểm định ANOVA một chiều đo lường lặp lại.

⁺⁺: Kiểm định Friedman.

^a: Kiểm định Shapiro - Wilk

3.3. So sánh nhiệt độ giữa vùng da thuộc bì bộ của kinh Tam tiêu và vùng da

có sự thay đổi có ý nghĩa so với trước khi châm.

Bảng 2. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Chỉ số	Thời điểm đo		Giá trị p
	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	114±9,74	112,5±7,43	p = 0,0787*
Huyết áp tâm trương (mmHg)	72,8±5,62	72,7±6,28	p = 0,966*
Nhịp tim (lần/phút)	79,3±9,6	78,5±9	p = 0,2282*
Nhiệt độ trung tâm (°C)	36,63±0,38	36,64±0,27	p = 0,9346*

*: Kiểm định t bất cặp

3.2. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại các vùng da được khảo sát. Có sự gia tăng nhiệt độ bề mặt da một cách có ý nghĩa giữa các thời điểm (A), (B), (C), (D), (E) tại (H) và (TT) (p = 0,0012 và p = 0,0005). Ngược lại, không có sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da một cách có ý nghĩa giữa giữa các thời điểm (A), (B), (C), (D), (E) tại (NTT) (p = 0,5753).

không thuộc bì bộ của kinh Tam tiêu. Khi so sánh nhiệt độ bề mặt da giữa (TT) và (NTT) tại thời điểm (A) cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa (p = 0,2222) (Bảng 4). Sử dụng phân tích sai số chuẩn cho mô hình hồi quy tuyến tính của ảnh hưởng hỗn hợp (Bảng 5), ta có phương trình hồi quy về sự thay đổi nhiệt độ tại (TT) và (NTT) như sau:

$$(TT): y_i = 32,938 + 0,143x$$

$$(NTT): y_i = 33,236 + 0,05x$$

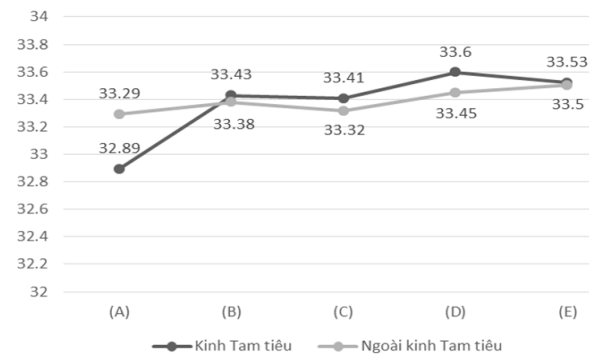
Trong đó: x có các giá trị là 1, 2, 3, 4, 5 tương ứng với các thời điểm (A), (B), (C), (D), (E).

Dựa theo phương trình này, ta thấy tại (TT) có sự thay đổi nhiệt độ là tăng trung bình $0,143^{\circ}\text{C}$ (1) qua mỗi thời điểm và tại (NTT) có sự thay đổi nhiệt độ là tăng trung bình $0,05^{\circ}\text{C}$ (2) qua mỗi thời điểm, hai hệ số tương quan (1) và (2) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). (Bảng 6)

Bảng 5. Phân tích sai số chuẩn cho mô hình hồi quy tuyến tính ảnh hưởng hỗn hợp của biến số thời điểm và vùng da trên sự thay đổi của nhiệt độ bề mặt da.

Nhiệt độ	Hệ số tương quan	Sai số chuẩn	z	Giá trị p	KTC 95%	
Thời điểm	0,236	0,076	3,11	0,002	0,087	0,385
Vùng da	0,3	0,13	2,24	0,025	0,037	0,56
Vùng da Thời điểm	-0,09	0,04	-2,32	0,020*	-0,172	-0,0145
Hằng số	32,64	0,314	104,06	0,000	32,03	33,26

*: Kiểm định t độc lập



Biểu đồ 1. Sự thay đổi nhiệt độ tại (TT) và (NTT) ở các thời điểm (A), (B), (C), (D), (E)

*Đơn vị: độ C

3.4. Mức độ đau khi châm huyết Trung chữ. Mức độ đau được ghi nhận là $3,4 \pm 2,06$, trong đó mức độ đau nhiều nhất được ghi nhận là 8 và ít nhất là 1 theo thang điểm VAS (Visual analog scale).

3.5. Tác dụng không mong muốn. Chúng tôi ghi nhận có 3 (10%) trường hợp đau nhiều tại vùng huyết và 2 (6,67%) trường hợp chảy máu sau khi rút kim. Ngoài ra không có tác dụng không mong muốn nào khác. (Bảng 8)

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số sinh lý: Mặc dù châm cứu đã được chứng minh có tác dụng làm thay đổi huyết áp, nhịp tim và nhiệt độ toàn thân qua các nghiên cứu trước. Tuy nhiên, các huyết được sử dụng trong các nghiên cứu này đều có tác dụng đặc hiệu đối với những thông số trên theo lý luận YHCT. Đối với huyết Trung chữ, tác dụng chính là "sơ thông kinh khí", vì vậy các phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp.

Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da: Đã có

Biểu đồ 1 cho thấy sự gia tăng nhiệt độ qua từng thời điểm (A), (B), (C), (D), (E) tại vùng da (TT) và (NTT).

Bảng 4. So sánh nhiệt độ bề mặt da giữa (TT) và (NTT) tại thời điểm (A).

Vùng da	Giá trị ($^{\circ}\text{C}$)	p value
(TT)	$32,9 \pm 1,36$	0,2222*
(NTT)	$33,29 \pm 1,13$	

*: Kiểm định t độc lập

*: Mô hình hồi quy tuyến tính ảnh hưởng hỗn hợp

hiều nghiên cứu trước đây cho thấy châm cứu làm thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại huyết, tại đường kinh tương ứng cũng như tại các vùng chi phối đặc hiệu của huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy có gia tăng nhiệt độ bề mặt tại huyết và tại vùng da thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (TT) có ý nghĩa thống kê, sự gia tăng nhiệt độ bề mặt da tại vùng da không thuộc bì bộ kinh thủ Thiếu dương Tam tiêu (NTT) là không có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, khi phân tích bằng mô hình hồi quy tuyến tính so sánh nhiệt độ bề mặt da giữa (TT) và (NTT) ở các thời điểm cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Các kết quả trên cho thấy sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại huyết và đường kinh tương ứng là có tính đặc hiệu. Phát hiện này phù hợp với các cơ sở lý luận của YHCT về học thuyết kinh lạc, huyết đạo cũng như công dụng của các Du huyết trong hệ thống ngũ Du huyết.

Các biến cố bất lợi: Huyết Trung chữ được ghi nhận là một vị trí châm dễ gây đau quá mức cho người được châm. Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mức độ đau khi châm tại huyết Trung chữ là ở mức trung bình theo thang điểm VAS ($3,43 \pm 2,06$). Trong đó, có 03 trường hợp đau nhiều với thang điểm đau ghi nhận được lần lượt là 6, 6 và 8, các trường hợp này đã được xử lý bằng cách giảm độ sâu của kim và tất cả đều ghi nhận mức độ đau giảm xuống ($\text{VAS} < 6$) sau đó. Không ghi nhận trường hợp nào đau kéo dài sau khi rút. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận 2 trường hợp chảy máu sau khi rút kim, tuy nhiên ở mức độ nhẹ và được xử trí hoàn toàn bằng cách chèn gòn khô vô trùng lên vùng da đang chảy máu. Các biến cố này là phù hợp với

các nghiên cứu trước đó.

Hạn chế của nghiên cứu: Việc tuyển chọn người tham gia trong độ tuổi từ đủ 18-30 không đại diện cho toàn bộ quần thể. Ngoài ra, các thông số sinh lý như BMI, nhịp tim, huyết áp đều được giới hạn ở mức bình thường. Vì các thông số này đều có ảnh hưởng đến nhiệt độ bề mặt da. Do đó, chúng tôi vẫn chưa có đủ cơ sở để kết luận những kết quả rút ra từ nghiên cứu có đúng ở các độ tuổi, mức BMI, nhịp tim, huyết áp và nhiệt độ trung tâm nằm ngoài giới hạn của nghiên cứu hay không.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện thể châm trên cả huyết bên trái và bên phải. Do đó, chúng tôi chưa so sánh được khác biệt về sự thay đổi nhiệt độ khi thể châm huyết bên trái so với huyết bên phải.

V. KẾT LUẬN

Thông qua việc ghi nhận sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da, nghiên cứu của chúng tôi gián tiếp cho thấy sự tồn tại của hệ thống kinh lạc và tác dụng "sơ thông kinh khí" của các Du huyết là có cơ sở khoa học nhất định. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu chuyên sâu hơn, sử dụng các phương tiện đo đạc tối tân hơn để cung cấp thêm bằng

chứng khoa học cho vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thanh Liêm, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng cổ gáy khi châm tả huyết Liệt khuyết thuộc nhóm lục tổng huyết. Y học thực hành. 2017; (6): tr.166-169.
2. **Vũ Thanh Liêm, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng thắt lưng khi châm tả huyết Uy trung thuộc nhóm lục tổng huyết. Y học thực hành. 2017; (7): tr.107-109.
3. **Trịnh Thị Diệu Thường.** Châm cứu học 1. NXB Y học. 2018: tr.23-32.
4. **Allen J, Mak SS, Begashaw M, et al.** Use of Acupuncture for Adult Health Conditions, 2013 to 2021: A Systematic Review. JAMA Network Open. 2022; 5(11): e2243665.
5. **Focks C.** Atlas of acupuncture. Elsevier. 2008: pp. 24, 369.
6. **Huang T, Huang X, Zhang W, et al.** The Influence of Different Acupuncture Manipulations on the Skin Temperature of an Acupoint. Evidence-Based CAM. 2013; 2013: 905852.
7. **Maciocia G.** The foundations of Chinese medicine: A comprehensive text. Elsevier. 2015: pp. 829-843.
8. **Whitehead Amy L., Julious Steven A., Cooper Cindy L., et al.** Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. J Stat Meth Med Res. 2016; 25(3): pp.1057-1073.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC TỰ KHÁNG THỂ CỦA VIÊM THỊ THẦN KINH

Đỗ Thị Hà¹, Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các tự kháng thể của bệnh viêm thị thần kinh ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thị thần kinh theo tiêu chuẩn bộ y tế, 2015 tại Trung tâm thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,45 ± 15,28. Tỷ lệ nam/ nữ là 0,55. 100% bệnh nhân có triệu chứng giảm hoặc mất thị lực. 73,1% bệnh nhân có thị lực <5/10. Phù gai thị là đặc điểm tổn thương đáy mắt thường gặp nhất lúc nhập viện với 57,6% trường hợp. Thời gian tiềm tàng P100 kéo dài được ghi nhận ở 69,2% số mắt bệnh. AQP4-IgG có tỷ lệ dương tính cao nhất với 22,6%, tiếp

đến là MOG-IgG và Oligoclonal bands với tỷ lệ lần lượt là 11,3% và 8,1%. Bệnh nhân có OCBs dương tính có tỷ lệ tổn thương chất trắng cao hơn so với nhóm OCBs âm tính (23,8% so với 0%). **Kết luận:** Viêm thị thần kinh có thị lực giảm nặng khi khởi bệnh. Tỷ lệ OCBs dương tính cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng trên CHT sọ não – hốc mắt so với nhóm không có tổn thương chất trắng.

Từ khóa: viêm thị thần kinh, CHT sọ não – hốc mắt, oligoclonal bands, xơ cứng rải rác.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND ANTIBODY PROFILES OF OPTIC NEURITIS

Objectives: To investigate the clinical features and antibody profiles in adults with optic neuritis. **Method:** In this cross-sectional study, 62 patients diagnosed with optic neuritis according to the standards of the Ministry of Health, 2015 at the Neurological Center - Bach Mai Hospital and the Department of General Internal Medicine - Hanoi Medical University Hospital from July, 2022 to August, 2023. **Results:** The mean age of the study population was 45,45 ± 15,28. The male to female ratio was

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hà

Email: dohabsdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

0,55. 100% of patients who have symptoms of a decrease or loss of vision. 73,1% patients at the time of admission had visual acuity < 5/10. Papillitis was the most prevalent fundus lesions at admission, at 57.6%. Prolongation of P100 latency was observed in 69.2% in the affected eye. Positivity rate of AQP4-IgG was the highest, at 22.6%, followed by MOG-IgG and Oligoclonal bands at 11.3% and 8.1%, respectively. Patients with OCBs (+) had a higher rate of white matter lesions than those with OCBs (-) (23.8% vs 0%). **Conclusion:** Optic neuritis with severe visual impairment at onset. The rate of OCBs (+) was higher in the group with white matter lesions on MRI brain – orbit compared with the group without white matter lesions. **Keywords:** optic neuritis, MRI brain – orbit, oligoclonal bands, multiple sclerosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thị thần kinh là bệnh lý không thường gặp, thuộc nhóm bệnh hủy myelin của hệ thần kinh trung ương, đặc trưng bởi mất thị lực cấp tính hoặc bán cấp, tổn thương thị trường và thị lực màu sắc, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm, tăng tín hiệu dây thần kinh thị trên phim cộng hưởng từ và giảm tốc độ dẫn truyền trên điện thế gọi kích thích thị giác. Bệnh có thể biểu hiện như một bệnh đơn độc sau một đợt nhiễm vi rút hoặc tiềm ẩn, hoặc có thể là biểu hiện của nhóm bệnh hủy myelin tiềm ẩn, như xơ cứng rải rác, phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, bệnh lý liên quan tới kháng thể kháng MOG, hay viêm não tủy lan tỏa cấp tính.^{1,2} Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về viêm thị thần kinh ở người lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và các tự kháng thể của viêm thị thần kinh” với mục đích mô tả các đặc điểm lâm sàng, các tự kháng thể tìm thấy trong máu và dịch não tủy của bệnh nhân. Từ các kết quả đó giúp hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân tự miễn của bệnh để có kế hoạch điều trị dự phòng tái phát, cải thiện tiên lượng lâu dài, giảm thiểu di chứng về thần kinh cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thị thần kinh Bộ y tế, 2015 (Giảm thị lực, giảm phản xạ đồng tử hướng tâm; viêm phù gai thị; ám điểm trung tâm) điều trị tại Trung tâm thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023; có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thiếu máu đầu thị thần kinh. Phù gai thị do tăng áp lực nội sọ. Cơ

tăng huyết áp kịch phát. Ngộ độc thị thần kinh (do rượu, thuốc chống lao...). Khối u nội nhãn chèn ép thị thần kinh. Các trường hợp viêm gai thị phối hợp như: viêm màng bồ đào gai thị, viêm màng bồ đào màng não. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

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

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cách thức tiến hành nghiên cứu: Người làm nghiên cứu thu thập các thông tin về nhân trắc học, bệnh sử, khám lâm sàng trực tiếp, kết quả khám chuyên khoa mắt hoặc thông qua hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu, thu thập số liệu các kết quả cận lâm sàng giúp chẩn đoán bệnh: đo thị lực, soi đáy mắt, chụp cộng hưởng từ sọ não – hốc mắt có tiêm thuốc đối quang từ, ghi điện thế gọi kích thích thị giác, chọc dò dịch não tủy, xét nghiệm kháng thể AQP4 – IgG; MOG – IgG, oligoclonal bands.

2.3. Phân tích số liệu Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, sử dụng các test thống kê phù hợp. Khi so sánh mức khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu thu thập được 62 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm nhân trắc học của nhóm nghiên cứu là: Tuổi trung bình là $45,45 \pm 15,28$, nhỏ tuổi nhất là 17, cao tuổi nhất là 73. Nữ giới chiếm 64,5%.

3.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Bảng 0.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giảm/ mất thị lực	62	100
Rối loạn sắc giác	41	66,1
Đau trong hốc mắt, đau tăng lên khi vận động nhãn cầu	26	41,9
Đau đầu	20	32,3
Dấu hiệu thần kinh khu trú khác	9	14,5

Nhận xét: 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có giảm/mất thị lực. Tiếp đến là triệu chứng rối loạn sắc giác chiếm 66,1%.

3.1.2. Đặc điểm thị lực và tổn thương đáy mắt lúc nhập viện

Trong số 62 bệnh nhân nghiên cứu, 16 bệnh nhân có tổn thương cả 2 mắt, 46 bệnh nhân tổn thương chỉ ở 1 mắt.

Bảng 0.2. Đặc điểm thị lực và tổn thương đáy mắt lúc nhập viện

		Số mắt tổn thương	Tỉ lệ (%)
Mức thị lực	<1/10	31	39,7
	≥1/10 đến <5/10	26	33,3
	≥ 5/10	21	26,9
	Tổng số mắt bệnh	78	100
Đặc điểm tổn thương trên soi đáy mắt	Phù gai	45	57,6
	Gai thị nhạt màu, teo gai	10	12,9
	Bình thường	23	29,5
	Tổng số mắt bệnh	78	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tại thời điểm nhập viện có thị lực <5/10 (chiếm 73,1%). Tổn thương đáy mắt thường gặp nhất là phù gai thị (chiếm 57,6%).

Bảng 0.4. Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương trên CHT sọ não – hóc mắt và Oligoclonalbands

Tiêu chí CLS		OCBs(+)	OCBs (-)	p
Thần kinh thị tăng kích thước	Có	4 (7,8%)	47 (92,2%)	1,00
	Không	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
Thần kinh thị tăng tín hiệu trên FLAIR hoặc STIR	Có	6 (13,3%)	39 (86,7%)	0,662
	Không	1 (5,9%)	16 (94,1%)	
Tổn thương giao thoa thị giác	Có	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0,587
	Không	3 (6,4%)	44 (93,6%)	
Tổn thương chất trắng (phi-value=0,414)	Có	5 (23,8%)	16 (76,2%)	0,003
	Không	0	41 (100%)	
Dây thị ngấm thuốc đối quang từ	Có	4 (7,4%)	50 (92,6%)	0,511
	Không	1 (12,5%)	7 (87,5%)	

Nhận xét: Bệnh nhân có OCBs (+) có tỷ lệ tổn thương chất trắng cao hơn so với nhóm OCBs (-) (23,8% so với 0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,003<0,05$, các đặc điểm khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với OCBs.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm thị thần kinh. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $45,45 \pm 15,28$. Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 73, bệnh nhân trẻ nhất là 17. Nữ giới chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với 64,5% trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng về tuổi và giới với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tất cả trường hợp thăm khám đều có triệu chứng giảm hoặc mất thị lực. Triệu chứng thường gặp tiếp đến là rối loạn sắc giác với 41 bệnh nhân (chiếm 66,1%). Bệnh nhân có thể ghi nhận rằng mắt bệnh của họ nhìn các màu sắc mờ nhạt hơn, có vẻ không chân thực, sống động so với bên mắt lành (nếu bị 1 mắt) hoặc so với bình thường (nếu bị 2 mắt). Kết quả về lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng các với nghiên cứu khác. Nguyễn Thị

3.2. Đặc điểm các tự kháng thể của viêm thị thần kinh

3.2.1. Kháng thể huỷ myelin của hệ thần kinh trung ương

Bảng 0.3. Kháng thể bệnh huỷ myelin hệ thần kinh trung ương (n=62)

Xét nghiệm	AQP4 – IgG	MOG – IgG	Oligoclonal bands
Dương tính (%)	22,6	11,3	8,1
Tổng (n=62)	100	100	100

Nhận xét: AQP4-IgG có tỷ lệ dương tính cao nhất với 22,6%. Tiếp đến là MOG-IgG và Oligoclonal bands với tỷ lệ lần lượt là 11,3% và 8,1%.

Bích Thuỷ và cs ghi nhận tỷ lệ suy giảm thị lực lên đến 100%, triệu chứng đau hóc mắt được ghi nhận với tỷ lệ 51,1% (cả lúc bình thường và lúc vận động mắt).³ Về rối loạn sắc giác, nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự thử nghiệm đa trung tâm Optic Neuritis Treatment Trial Multicentre Co-operative Research Group-ONMRG, thực hiện tại 30 trung tâm tại Nhật Bản đều ghi nhận tỷ lệ từ 65% trở lên.⁴

Đánh giá mức giảm thị lực lúc vào viện của nhóm nghiên cứu cho thấy, mức giảm nặng có tỷ lệ cao nhất với 39,7% các trường hợp. Soi đáy mắt lúc vào viện cho thấy, đa số mắt thăm khám ghi nhận triệu chứng phù gai thị với 57,6% trường hợp. Giảm thị lực nặng lúc vào viện chiếm đa số cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thuỷ và cs, với 83,3% trường hợp bệnh nhân. Tổn thương phù gai thị trong nghiên cứu này ghi nhận thấp hơn với 31,2% trường hợp. Triệu chứng gai thị bạc màu cũng ghi nhận thấp hơn với 7,3%.³ Tác giả Sreng Huang và cs cũng ghi nhận giảm thị lực nặng ở mức cao với 68,1% trường hợp bệnh nhân.⁵ Tỷ lệ thị lực giảm nặng trong thử nghiệm ONMRG là 35,9%, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.⁴

4.2. Đặc điểm các tự kháng thể của viêm thị thần kinh. Về kháng thể liên quan tình trạng huỷ myelin, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dương tính AQP4-ab cao nhất với 22,6% trường hợp. Tiếp đến là MOG-ab với 11,3% và thấp nhất là OCBs với 8,1%. AQP-4 là một kênh protein vận chuyển nước, có mặt nhiều ở màng tế bào vùng chân tế bào thần kinh hình sao. Lúc này khi kháng thể liên kết với các thụ thể AQP-4 sẽ thâm nhiễm bạch cầu hạt, chết các tế bào sao ít nhánh và cuối cùng là các tế bào thần kinh khác. Do tổn thương đặc trưng bởi sự hoại tử các tế bào thần kinh, thể bệnh AQP4-ab thường liên quan đến ảnh hưởng nghiêm trọng trên lâm sàng và khả năng hồi phục kém.⁸ MOG là một protein xuyên màng được tìm thấy trên bề mặt ngoài của myelin hệ thần kinh trung ương và là một dấu hiệu của các tế bào ít nhánh (oligodendrocytes) trưởng thành. Hiệu giá cao của các tự kháng thể nhằm MOG được xác định trong các bệnh mất myelin khác nhau, bao gồm viêm dây thần kinh thị giác, viêm tủy ngang, viêm não tủy lan tỏa cấp tính (ADEM). Khả năng tự miễn dịch trong MOGAD bắt đầu ở ngoại vi bằng cách kích hoạt các tế bào T (thường là T-CD4) và sản xuất các tự kháng thể, các tế bào miễn dịch và kháng thể này qua hàng rào máu não và cuối cùng tiến hành opsonin hoá các tế bào có thụ thể MOG, kích hoạt bổ thể.⁹ Một phân tích tổng quan của tác giả Elia Sechi và cs cho thấy có sự khác biệt tương đối về tỷ lệ dương tính của các kháng thể trong quần thể dân số nói chung, cũng như trong quần thể bệnh nhân VTTK nói riêng, tùy thuộc vào khu vực địa lý, chủng tộc, kỹ thuật lấy mẫu.¹⁰ AQP4-ab có tỷ lệ cao hơn ở quần thể châu Á, trong khi đó MOG-ab có xu hướng cao hơn ở nhóm Mỹ gốc Phi hoặc Caribe gốc Phi. Một nghiên cứu của tác giả de Mol và cs dựa trên tổng số 1414 mẫu được phòng thí nghiệm tham chiếu trung tâm tại Hà Lan vào tháng 2/2014 đến 12/2017 cho thấy, 7% mẫu (+) với MOG-IgG.¹⁰ Tuy vậy cần phải bàn luận thêm rằng, khác với AQP4-ab tương đối hằng định về tần suất dịch tễ học, MOG-ab có những hạn chế trong việc đánh giá tiêu chí này. Đầu tiên là ở giai đoạn lui bệnh, có thể có nhiều trường hợp âm tính giả với MOG-ab do nồng độ kháng thể này xuống thấp dưới mức có thể phát hiện được. Bên cạnh đó, việc sàng lọc trên quần thể lớn mà không có chọn lọc từ trước lại có một tỷ lệ lớn nguy cơ dương tính giả. Với các đối tượng được xét nghiệm MOG-ab nhằm đánh giá dịch tễ của kháng thể trong quần thể bệnh nhân VTTK, điều quan trọng là cần kết hợp với CHT

trước xét nghiệm để sàng lọc các đối tượng nguy cơ thấp, nhằm hạn chế MOG-ab (+) trên đối tượng không có VTTK. Một nghiên cứu trên 1260 bệnh nhân được xét nghiệm MOG-ab liên tục trong hơn 2 năm tại Mayo Clinic đã cho kết quả dương tính giả lên đến 28%, tương ứng với dự báo dương tính là 72% mặc dù độ đặc hiệu của xét nghiệm là 98%. Sau khi phân tầng với CHT, giá trị dự báo dương tính cao hơn đáng kể với nhóm nguy cơ cao là 85%, và nhóm nguy cơ thấp là 12%.¹⁰ Mặt khác do sự tồn tại lâu trong mẫu máu người bệnh kể cả khi lui bệnh và tỷ lệ dương tính giả do kỹ thuật xét nghiệm, AQP4-ab dường như là xét nghiệm cho kết quả có độ tin cậy cao hơn. Một nghiên cứu tại bệnh viện quốc gia ở Sri Lanka nhằm đánh giá tần suất tự kháng thể trong 726 mẫu huyết thanh nghi ngờ bệnh huỷ myelin hệ thống thần kinh trung ương do viêm (CNS IDD) cho thấy, 17% bệnh nhân có kết quả (+) với MOG-ab so sánh với chỉ 5% (+) với AQP4-ab. Về kết quả OCBs, có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu khác.^{4,12} Có thể do sự khác biệt về kỹ thuật xét nghiệm và quần thể nghiên cứu, trong đó với IEF hiện nay được coi là kỹ thuật tiên tiến nhất để xác định OCBs ở hầu hết các nghiên cứu cho độ nhạy cao hơn trong việc xác định OCBs (+). Bên cạnh đó, các nghiên cứu thực hiện trên quần thể bệnh nhân có tỷ lệ phát triển MS cao, do đó tỷ lệ OCB (+) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Về OCBs, quan sát thấy tỷ lệ OCBs (+) cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng (23,8% so với 0%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Các yếu tố còn lại chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Nguy cơ cao xuất hiện MS ở nhóm OCBs (+) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Mặt khác, tổn thương chất trắng là một dấu hiệu cận lâm sàng tương đối đặc trưng của MS.^{1,2} Do vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa OCBs (+) và tổn thương chất trắng trên CHT tương tự với các nghiên cứu khác. Chỉ số Phi = 0,414 cho thấy sự tương quan thuận ở mức vừa giữa 2 yếu tố, trong đó tỷ lệ OCBs (+) càng cao thì khả năng tổn thương chất trắng trên CHT và ngược lại. Các mối liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng khác chưa quan sát thấy trên kết quả của nhóm nghiên cứu có thể do số lượng OCBs (+) thấp trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Viêm thị thần kinh là bệnh lý hiếm gặp, thường có thị lực giảm nặng tại thời điểm khởi

phát. Tỷ lệ OCBs (+) cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng trên CHT sọ não – hốc mắt so với nhóm không có tổn thương chất trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Newman NJ.** The Optic Neuritis Treatment Trial. *Ophthalmology*. 2020;127(4):S172-S173. doi:10.1016/j.ophtha.2019.09.046
2. **Dalton CM, Brex PA, Miszkil KA, et al.** Spinal cord MRI in clinically isolated optic neuritis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(11):1577-1580. doi:10.1136/jnnp.74.11.1577
3. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm dây thần kinh thị giác. Published online 2011.
4. **Woung LC, Chung HC, Jou JR, Wang KC, Peng PH.** A Comparison of Optic Neuritis in Asian and in Western Countries. *Neuro-Ophthalmol*. 2011;35(2):65-72. doi:10.3109/01658107.2011.557851
5. **Sreng Huong.** Nghiên cứu tác dụng của solu-medrol trong điều trị viêm thị thần kinh. Published online 2013.
6. **Klistorner A, Arvind H, Nguyen T, et al.** Axonal loss and myelin in early ON loss in postacute optic neuritis. *Ann Neurol*. 2008;64(3):325-331. doi:10.1002/ana.21474
7. **Balcer LJ.** Optic Neuritis. *N Engl J Med*. 2006;354(12):1273-1280. doi:10.1056/NEJMcp053247
8. **Papadopoulos MC, Verkman AS.** Aquaporin 4 and neuromyelitis optica. *Lancet Neurol*. 2012;11(6): 535-544. doi:10.1016/S1474-4422(12)70133-3
9. **Corbali O, Chitnis T.** Pathophysiology of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody disease. *Front Neurol*. 2023;14:1137998. doi:10.3389/fneur.2023.1137998
10. **Sechi E, Cacciaguerra L, Chen JJ, et al.** Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody-Associated Disease (MOGAD): A Review of Clinical and MRI Features, Diagnosis, and Management. *Front Neurol*. 2022;13:885218. doi:10.3389/fneur.2022.885218

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: VẬT MẠCH XUYÊN CÁNH TAY SAU TÁI TẠO TỔN KHUYẾT NÁCH DO LOÉT XẠ TRỊ NHIỄM TRÙNG

Phạm Ngọc Minh¹, Lưu Phương Lan¹, Nguyễn Đình Huy²

TÓM TẮT

Khuyết tổn vùng nách là dạng tổn thương ít gặp tại Việt Nam. Bài báo thông báo ca lâm sàng: bệnh nhân nữ 81 tuổi bị loét nhiễm trùng vùng nách trên nền bệnh nhân ung thư vú phải cách 30 năm đã phẫu thuật triệt căn, nạo vét hạch nách, xạ trị rộng vùng nách và ngực phải. Chụp cắt lớp vi tính ngực đánh giá độ sâu tổn thương và sinh thiết loại trừ ung thư. Kế hoạch điều trị đưa ra: điều trị nhiễm khuẩn theo kháng sinh đồ, chăm sóc tại chỗ, cắt lọc, đặt hệ thống hút áp lực âm, khi tổ chức sạch và tổ chức hạt tốt phẫu thuật tái tạo tổn khuyết. Theo bậc thang tạo hình nhiều kỹ thuật tái tạo được đặt ra, lựa chọn tối ưu trong trường hợp này là sử dụng vật mạch xuyên cánh tay sau. Sau mổ, vật cánh tay sau có sức sống tốt, vết mổ liền thương sau 3 tuần. Nơi cho vật gặp tình trạng phù nề cánh cẳng bàn tay, do sử dụng vật kích thước lớn, vết mổ cánh tay gây hạn chế hồi lưu tĩnh mạch; tuy nhiên sau 3 tuần hết sưng phù hoàn toàn. Kết luận của bài báo khẳng định vật mạch xuyên cánh tay sau rất thích hợp trong che phủ vùng nách, nên được xem xét trong số các lựa chọn chính để tái tạo vùng nách.

Từ khóa: Vật mạch xuyên cánh tay sau, vật cánh tay sau (PAF), khuyết vùng nách

SUMMARY

CASE REPORT: POSTERIOR ARM PERFORATOR FLAP FOR RECONSTRUCTION OF AXILLARY DEFECT AFTER INFECTED RADIATION-INDUCED ULCERS

Axillary defect is one of the rare injury in Vietnam. The article reports the clinical case: an 81-year-old female patient with an infected ulcer in the axillary, who had history of right breast cancer 30 years ago and underwent radical surgery, axillary lymphadenectomy, extensive radiation therapy to the right axillary and chest. Computed tomography scan of the chest assessed the deep of injury and biopsy ruled out cancer. The treatment plan was given: treatment of infections according to the antibiogram, local injury care, debridement, using negative pressure wound therapy; when the injury was clean and the granulation tissue was good, reconstructive surgery had been carried out. According to the reconstruction ladder, many reconstructive techniques were offered, the optimal choice in this case was to use the posterior arm perforator flap. After surgery, the posterior arm flap had good vitality, the incisions was healed after 3 weeks. The donor site had soft edema of the arm, forearm and hand, because of using the large flap, the arm incision caused limited venous return, but after 3 weeks, the edema and swelling was completely gone. Report's conclusion confirms that the posterior arm perforator flap are well suited for axillary coverage and should be considered among the main options for axillary reconstruction.

Keywords: Posterior arm perforator flap, posterior arm flap (PAF), axillary defect.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Minh

Email: minhphamngoc81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

I. TỔNG QUAN

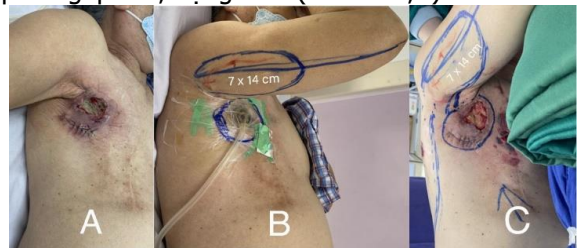
Vùng nách có nhiều cấu trúc quan trọng: bó mạch nách, đám rối thần kinh cánh tay, hệ bạch huyết, khớp vai. Nhìn chung trên thế giới, tổn khuyết vùng nách là tổn thương ít gặp và cũng chưa được đề cập nhiều ở Việt Nam. Nguyên nhân phổ biến nhất là sau phẫu thuật cắt bỏ viêm tuyến mồ hôi nách sinh mổ, ngoài ra gặp sau phẫu thuật sẹo co kéo, ung thư, loét lâu liền.²¹ Tái tạo khuyết vùng nách yêu cầu hạn chế ảnh hưởng đến hệ thống chức năng: mạch máu, thần kinh, bạch huyết, vận động khớp. Theo bậc thang tạo hình có nhiều phương án tái tạo từ ghép da đến sử dụng vật cấy ngẫu nhiên hoặc có cấy mạch ở vùng lân cận: cánh tay, lưng, thành bên ngực, thành ngực trước, thậm chí vật tự do. Ghép da có thể gây co hạn chế cử động và cần nền ghép sạch, sức sống tốt. Một số vật có cấy mạch với tính di động tốt đã được đề cập trong tái tạo tổn khuyết nách như: vật da cơ lưng rộng, vật da cơ ngực lớn, vật ngực bên, vật chóng chóng bên bả, vật đảo bả vai, vật cánh tay sau (PAF) ...¹⁻⁴ Bài báo này đề cập đến sử dụng vật cánh tay sau (PAF), lần đầu tiên được Masquelet giới thiệu năm 1985,⁵ một lựa chọn thường bị bỏ qua trong tái tạo tổn khuyết nách. Tuy nhiên đây là vật da cân với nhiều ưu điểm có cấy mạch hằng định, tính di động linh hoạt, phẫu tích vật đơn giản, lượng da thu được lớn, không tàn phá nơi cho vật đặc biệt thích hợp với trường hợp có nhiều da thừa vùng cánh tay.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 81 tuổi, tiền sử ung thư vú bên phải đã phẫu thuật triệt căn tuyến vú, nạo vét hạch nách, xạ trị rộng thành ngực, nách cách 30 năm, bệnh lý mạch vành mạn tính đã đặt stent, tăng huyết áp. Chưa phát hiện dấu hiệu tái phát ung thư vú. Cách 1 tháng xuất hiện loét lâu liền, sưng đau chảy dịch vùng nách phải, đã phẫu thuật cắt lọc, che phủ vật xoay tại chỗ tại Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, sau mổ không liền, toác, chảy dịch mủ. Tại thời điểm nhập viện Bệnh viện TƯQĐ 108, tổn thương nách phải loét nhiễm trùng kích thước 3 x 5 cm, đáy là tổ chức viêm hoại tử, nhiều giả mạc vàng, chảy dịch đục, diện xung quanh 7 x 8 cm nề đỏ, xơ chai (Hình 1). Sẹo mổ cũ ở đường nách trước 25 cm, thành trước và thành bên ngực phải teo lép dính chắc, co rút cơ ngực lớn, cứng khớp do xạ trị lâu năm gây hạn chế vận động khớp vai dạng (70°) và gấp (80°). Toàn thân không sốt, không khó thở, không sờ thấy hạch ngoại vi. Xét nghiệm bạch cầu 12 G/l, chụp cắt lớp vi tính ngực hình ảnh

ung thư vú phải đã phẫu thuật, không thấy khối tái phát, tổn khuyết nách phải sâu qua gần hoàn toàn cơ ngực lớn, đến lớp cơ ngực bé. Kết quả nuôi cấy mủ vi khuẩn tụ cầu vàng đa kháng. Sinh thiết đáy và bờ tổn thương là tổ chức viêm hoại tử, không thấy tế bào ác tính.

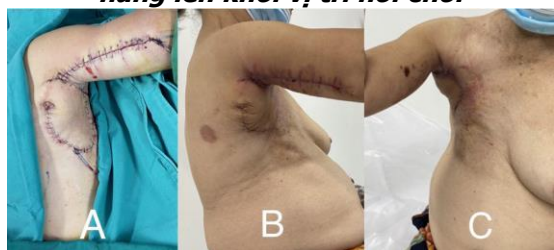
Sau khi loại trừ ung thư hóa và tổn thương không viêm rò vào màng phổi, kế hoạch điều trị đưa ra: điều trị nhiễm khuẩn theo kháng sinh đồ, chăm sóc tại chỗ cắt lọc, đặt hệ thống hút áp lực âm, khi tổ chức sạch tổ chức hạt tốt phẫu thuật cắt rộng tổn thương và tái tạo tổn khuyết. Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ được sử dụng. Tình trạng da thiếu dưỡng trên nền xạ trị dưới áp lực hút và băng dính dán gây nhiều phỏng nước thành ngực trước và sau. Tổn khuyết sau cắt bỏ cả diện tẩy đỏ xơ chai và diện loét cũ dự kiến 7x8 cm. Dưới mê nội khí quản, tư thế nghiêng về bên lành, cánh tay gấp 90°, tiến hành cắt lọc làm sạch tổn thương, để lại tổn khuyết vùng nách phải đo được 7x8 cm, đáy là tổ chức xơ, không lộ xương. Thiết kế vật mạch xuyên PAF kích thước 7x14 cm, giữ lại cầu da 3.5 cm, trục vật dọc theo đường giữa mặt sau cánh tay, doppler cầm tay xác định mạch xuyên của vật. (Hình 1 B) Vật da cân được phẫu tích, bảo tồn mạch xuyên ở phía trong đầu dài cơ tam đầu cánh tay. Vật được chuyển đến che phủ tổn khuyết. Dựa trên test véo da, bề rộng vật lấy 7 cm đảm bảo nơi cho vật đóng trực tiếp. Sau mổ vật tạo hình hồng, sức sống tốt. (Hình 3A) Vết mổ cánh tay sưng nề, căng vừa, xuất hiện phù mềm, ứ máu cánh, căng, bàn tay phải, tê bì nhẹ ngón tay. Kê cao tay và dạng 30 độ cánh tay, tình trạng phù nề hết sau 3 tuần. Liên thương tại vết mổ ở hõm nách chậm, có điểm chảy dịch, cấy khuẩn xuất hiện Klebsiella. Kháng sinh được thay đổi và chăm sóc tại chỗ tích cực, cắt chỉ toàn bộ sau 3 tuần, riêng điểm chậm liền được cắt lọc khâu và cắt chỉ sau đó 1 tuần nữa. Sau mổ 1 tháng, tầm vận động khớp vai cải thiện 1 phần gấp 80°, dạng 90°. (Hình 3 B,C)



Hình 1: Tổn thương nách trước mổ. (A) tổn thương lúc vào viện. (B) cắt lọc và hút áp lực âm. (C) Tổn thương sau hút áp lực âm 2 lần và thiết kế vật PAF



Hình 2: Hình ảnh trong mổ. (A) Tồn khuyết nách sau cắt rộng. (B) Cuồng mạch nuôi vật ở vị trí mũi tên màu xanh. (C) Vật được nâng lên khỏi vị trí nơi cho.



Hình 3: Hình ảnh sau mổ (A) Ngay sau mổ. (B, C) Sau mổ 3 tuần

III. BÀN LUẬN

Vùng nách có da mỏng di động so với các vùng lân cận, cho phép di động khớp vai, che phủ các cấu trúc quan trọng. Tồn khuyết vùng nách cũng như các tồn khuyết ở vị trí khác trên cơ thể, dựa trên bậc thang tạo hình, tùy theo kích thước, vị trí và mức độ phức tạp của tồn khuyết để lựa chọn kỹ thuật che phủ thích hợp, cũng như hạn chế di chứng nơi cho. Đối với tồn khuyết vừa - lớn, ghép da là kỹ thuật phổ biến sử dụng khi khuyết nông, nền cấp máu tốt, không lộ cấu trúc quan trọng, tuy nhiên nhược điểm co rút, gây hạn chế vận động, tăng sắc tố, liền thương kém nếu cấp máu nền không tốt. Do đó lựa chọn các vật tạo hình vùng lân cận là cần thiết. Vật da cơ ngực lớn, da cơ lưng rộng là một sự lựa chọn tốt trong làm đầy, lấp khoảng trống, chống nhiễm khuẩn, tuy nhiên, vật da cơ có thể cản trở vận động khớp vai do độ dày của vật.⁴ Do đó các vật da cân được sử dụng nhiều như vật da cân lưng rộng, vật bả vai, vật bên bả, vật ngực bên, vật cánh tay sau, vật cánh tay trong... Hình thức sử dụng đa dạng: cuồng liền hoặc dạng đảo, dạng xoay, chuyển hoặc dạng đẩy VY, vật trực mạch hoặc dựa trên mạch xuyên. Các dạng vật cuồng mạch xuyên như vật mạch xuyên động mạch ngực lưng, vật đảo ngực bên gần đây được giới thiệu là kỹ thuật thay thế mới cho che phủ khuyết nách tuy nhiên yêu cầu kinh nghiệm phẫu tích để bảo tồn các mạch xuyên nhỏ, cần phẫu tích qua cơ ngực lưng để đảm bảo

chuyển vật không căng và thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, ngược lại các cấu trúc mô sâu, cơ được giữ nguyên vẹn khi sử dụng vật PAF. Vật vi phẫu được áp dụng với những tổn khuyết lớn và phức tạp, đây là kỹ thuật khó, thời gian kéo dài thực hiện tại trung tâm lớn có đầy đủ trang thiết bị và bác sĩ phẫu thuật tạo hình có chuyên môn cao. Trên ca bệnh được đề cập ở bài báo, vùng thành ngực trước và thành ngực bên phía dưới tổn thương da teo và dính chắc, không thuận lợi sử dụng tạo vật, vùng lưng lớp mỡ dày, khả năng tồn khuyết sau lấy vật vùng lưng không thể đóng trực tiếp, đặc biệt vật sẽ dày hơn khi lấy dạng vật da cơ. Do đó, vật PAF là lựa chọn thích hợp, đặc biệt trong trường hợp này da vùng cánh tay, lỏng lẻo, nhiều da thừa, lớp mỡ mỏng, vật không ảnh hưởng đến hệ thống bạch huyết cánh tay, hệ thống thần kinh, cơ tại chỗ.

Vật cánh tay sau (PAF) lần đầu tiên được mô tả bởi Masquelet (1985) là một vật tự do mới.⁵ Đây là một lựa chọn tuyệt vời cho tạo hình che phủ vùng nách, đáng ngạc nhiên là vật này đã không được chú ý trong thời gian dài từ khi được mô tả. Năm 1992, Elliot báo cáo sử dụng PAF dạng cuồng liền tái tạo vùng nách, mặc dù không thường xuyên. Động mạch vật là nhánh xuyên da từ động mạch cấp máu cho đầu trong cơ tam đầu, tách từ động mạch cánh tay (71%), động mạch cánh tay sâu (23,5%), đường kính trung bình tại điểm xuất phát là 1,5 mm, độ dài cuồng mạch đến điểm đi vào cân là 4,4 cm, chiều dài trung bình động mạch trong mô dưới da là 11 cm, do đó vật có thể sử dụng dạng cuồng liền hoặc dạng tự do.⁷ Có 1 hoặc 2 tĩnh mạch dẫn lưu vật đổ vào tĩnh mạch cánh tay. Thần kinh bì cánh tay sau chi phối cảm giác cho PAF tách ra từ thần kinh quay vùng nách.⁵ Vị trí giải phẫu cuồng mạch vật khá hằng định, di chuyển bên dưới vòng xơ nối giữa đầu dài cơ tam đầu và cơ lưng rộng, có thể dễ dàng xác định cuồng mạch bằng doppler cầm tay và khi phẫu tích, thời gian bóc vật nhanh không quá 30 phút,¹ không cần kính lúp hay kính vi phẫu, không cần phẫu tích cơ, giải phóng dải xơ có thể cung cấp thêm chiều dài cho cuồng mạch. Trục vật là đường giữa mặt sau cánh tay, đi qua móm khuỷu. Mép xa của vật có thể đến điểm giao 1/3 giữa và 1/3 xa của cánh tay, điểm giao giữa đầu dài cơ tam đầu và điểm bám cơ lưng rộng nằm trong cuồng vật để bảo tồn động mạch nuôi vật. Vật da cân được phẫu tích từ xa đến gần. Để tránh tai chớ nơi điểm xoay vật, Elliot đã thu nhỏ cuồng vật dựa trên trục mạch của nó, đưa đến tính thẩm mỹ cao hơn cho vật chuyển.⁸ Dạng vật

đào được sử dụng để tăng tính linh hoạt cung xoay của vật và hạn chế tai ch². Trong bài báo sử dụng vật mạch xuyên PAF, phẫu tích giải phóng giải xơ quanh cuống mạch, giữ lại cầu da cân 3.5 cm để tăng cường và đảm bảo cho mạch xuyên, kích thước vật lớn là 7 x 14cm, vật sống hoàn toàn. (Hình 2B) Masquelet nghiên cứu trên 35 xác người với cả hai bên cho thấy, khi tiêm xanh methylene vào cuống mạch, diện tích cấp máu rất đa dạng, chiều dài tối thiểu là 13 cm, chiều rộng tối thiểu là 7cm.⁷ Masquelet (1985) sử dụng lần đầu 5 vật PAF dưới dạng vật tự do với kích thước lớn lên đến 9 x13cm.⁵ Schmidt (2015) sử dụng 35 vật PAF tái tạo vùng nách kích thước vật trung bình là 8 x12cm, cá biệt có vật lớn nhất là 12x16cm nơi cho vật vẫn đóng được trực tiếp.²

Nơi cho vật có thể đóng trực tiếp với chiều rộng vật lấy là 7 – 8cm mà không phải ghép da bổ sung.⁵ Trường hợp báo cáo này với chiều rộng nơi cho 7 cm, đóng trực tiếp nơi cho, sau mổ ghi nhận tình trạng vết mổ cánh tay sưng nề vừa, phù mềm, ứ máu cánh, căng, bàn tay phải, tê bì nhẹ ngón tay. Kê cao tay và dạng 30 độ cánh tay tình trạng phù nề về bình thường sau 3 tuần, cho thấy đây chỉ là tình trạng liên quan đến vết mổ căng và sưng nề sau mổ ở cánh tay, gây ứ máu từ căng bàn tay trở về, kê cao tay tư thế, giảm nề, mát xa bóp nhẹ nhàng từ ngoại vi về trung tâm cải thiện hoàn toàn, chứ không liên quan đến phù bạch mạch. Trên thực tế thu hoạch vật PAF gần giống như phẫu thuật cắt da thừa cánh tay, tạo đường viền, sẹo ẩn phía sau trong cánh tay, không quá ảnh hưởng thẩm mỹ nhưng vẫn lộ khi mặc áo cộc tay. PAF là vật da cân với cấp máu khỏe, có tính chống nhiễm khuẩn tốt do đó tỉ lệ biến chứng thấp. Schmidt (2015) sử dụng 35 vật PAF dạng đảo với 31 vật tái tạo sau cắt viêm tuyến mồ hôi mủ, 4 vật tái tạo sau cắt ung thư và nguyên nhân khác, sau mổ chỉ có 4 vật chậm liền thương 1 phần vết mổ, 1 vật PAF hoại tử đầu xa do ứ tĩnh mạch, 3 trường hợp hút mỡ, sửa lại đường viền làm mỏng vật, không vật nào tự dịch, không ảnh hưởng chức năng nơi cho vật.² Sirvan (2019) cũng sử dụng 17 vật PAF tái tạo nách sau cắt viêm tuyến mồ hôi sinh mủ, chỉ 1 vật chậm liền thương, 1 vật hoại tử mép vết mổ.¹ Ca bệnh của chúng tôi trên tổn thương xơ chai, thiếu dưỡng do xạ trị kết hợp với nhiễm khuẩn, bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng béo, vật PAF mỏng, mềm mại, sống hoàn toàn, không bị tự dịch, liền thương thì đầu 80% vết mổ sau 2 tuần, 1 phần vết mổ vùng hõm nách chậm liền do đây là vị trí sâu và ẩm của nách, mép da còn

lại phía nách sức sống yếu hơn, còn nhiễm khuẩn, đối kháng sinh theo kháng sinh đồ, chăm sóc tại chỗ liền thương thì 2 hoàn toàn sau mổ 4 tuần. Do cứng khớp, xơ hóa cơ ngực lớn lâu năm nên tầm vận động khớp vai cải thiện không nhiều sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Tổn khuyết vùng nách là tổn thương không phổ biến, ít được đề cập tại Việt Nam. Vật mạch xuyên cánh tay sau là một lựa chọn thích hợp cho tạo hình che phủ tổn khuyết vùng nách và vùng lân cận như thành ngực, lưng liên kề, phần trên cánh tay, bả vai với nhiều ưu điểm như cuống mạch khỏe, hằng định, vật mỏng có cảm giác, kích thước lớn, di động linh hoạt, kỹ thuật bóc vật đơn giản, nơi cho vật có thể đóng trực tiếp mà không ảnh hưởng đến chức năng chi thể và thẩm mỹ sẹo trong giới hạn chấp nhận. Do đó vật cánh tay sau nên được xem xét trong số các lựa chọn chính để tái tạo vùng nách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sirvan SS, Demir IA, Irmak F, et al.** Posterior Arm Perforator Flap for Axillary Reconstruction After Hidradenitis Suppurativa Excision. *Plast Surg (Oakv)*. 2019; 27(3): 204-210. doi: 10.1177/ 2292550319826087
2. **The versatility of the islanded posterior arm flap for regional reconstruction around the axilla.** *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2015; 68(7):953-959. doi: 10.1016/ j.bjps.2015.03.002
3. **Rehman N, Kannan R, Hassan S, Hart N.** Thoracodorsal artery perforator (TAP) type I V-Y advancement flap in axillary hidradenitis suppurativa. *British journal of plastic surgery*. Published 2005. Accessed August 17, 2023. [https://www.semanticscholar.org/paper/Thoracodorsal-artery-perforator-\(TAP\)-type-I-V-Y-in-Rehman-Kannan/c27655bea762e01f0e7fac72e83d39ca1b8d3928](https://www.semanticscholar.org/paper/Thoracodorsal-artery-perforator-(TAP)-type-I-V-Y-in-Rehman-Kannan/c27655bea762e01f0e7fac72e83d39ca1b8d3928)
4. **Knowlton EW.** Release of Axillary Scar Contracture with a Latissimus Dorsi Flap: Plastic and Reconstructive Surgery. 1984;74(1):124-126. doi:10.1097/00006534-198407000-00022
5. **Masquelet AC, Rinaldi S, Mouchet A, Gilbert A.** The Posterior Arm Free Flap: Plastic and Reconstructive Surgery. 1985;76(6):908-913. doi:10.1097/00006534-198512000-00020
6. **Achauer BM, Spenler CW, Gold ME.** Reconstruction of axillary burn contractures with the latissimus dorsi fasciocutaneous flap. *J Trauma*. 1988;28(2): 211-213. doi: 10.1097/ 00005373-198802000-00015
7. **Masquelet AC, Rinaldi S.** Anatomical basis of the posterior brachial skin flap. *Anat Clin*. 1985;7(3):155-160. doi:10.1007/BF01654636
8. **Elliot D, Kangesu L, Bainbridge C, Venkataramakrishnan V.** Reconstruction of the axilla with a posterior arm fasciocutaneous flap. *British Journal of Plastic Surgery*. 1992;45(2):101-104. doi:10.1016/0007-1226(92)90166-U

THỰC HÀNH VỀ VIỆC TIÊM CHỦNG VACCINE COVID-19 CỦA VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Trương Ngọc Bích¹, Đỗ Thị Cẩm Hồng¹, Nguyễn Xuân Vinh¹,
Đỗ Hồng Diễm¹, Phạm Thị Ngọc Nga¹,
Nguyễn Hữu Chương¹, Phan Thị Tuyết Nhung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhân viên y tế có nguy cơ đặc biệt do phơi nhiễm nghề nghiệp với SARS-CoV-2. Vì vậy, họ thuộc nhóm được ưu tiên tiêm chủng hàng đầu. **Mục tiêu:** Khảo sát thực hành về việc tiêm vaccine của viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 422 viên chức, người lao động đang làm việc tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Trong 422 đối tượng tham gia khảo sát có đến 96,4% đối tượng sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần đầu, 98,8% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần thứ 2, 96,9% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 sau lần 2 và 91,9% sẽ báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine. Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa việc báo cáo tác dụng phụ của vaccine COVID-19 với một số đặc điểm của đối tượng. **Kết luận:** Thực hành tiêm vaccine COVID-19 của nhân viên, người lao động tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ rất tốt, chiếm tỷ lệ đều trên 91%.

SUMMARY

PRACTICES ON COVID-19 VACCINE VACCINATION OF OFFICERS AND EMPLOYEES OF CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Background: Healthcare workers are at particular threat due to occupational exposure to SARS-CoV-2. Therefore, they're in the top precedence group for vaccination. **Objectives:** Survey on vaccination practices of officers and workers working at Can Tho University of Medicine and Pharmacy from January 2022 to March 2022. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on an aggregate of 422 officers and workers working at Can Tho University of Medicine and Pharmacy. **Results:** The study recorded that over to 96,4% of subjects were willing to admit the COVID-19 vaccine for the first time, 98,8% were willing to admit the alternate COVID-19 vaccine, and 96,9% were willing to admit the following COVID-19 vaccine. the alternate time and 91,9% will report side goods to medical staff when passing side goods of the vaccine. The study didn't find a statistically significant association

between reporting side goods of the COVID-19 vaccine and some characteristics of the study subjects.

Conclusions: COVID-19 vaccination practice of staff and workers at Can Tho University of Medicine and Pharmacy is veritably good, counting for a rate of over 91%. **Keywords:** practices, vaccination, COVID-19, CTUMP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ cuối tháng 12/2019, với sự xuất hiện rồi lây lan nhanh chóng và mức độ nguy hiểm, COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) đã ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của rất nhiều người trên toàn thế giới và đặt ra một vấn đề lớn cần phải nhanh chóng giải quyết cho toàn cầu [5]. Việt Nam cũng đang chiến đấu với làn sóng thứ hai với biến thể mới mạnh hơn của coronavirus với 728 triệu trường hợp được xác nhận và 18.017 trường hợp tử vong (tính đến 24/9/2021). Trong đợt bùng phát dịch từ tháng 4/2021 đến nay số ca tử vong do COVID-19 không ngừng tăng cao, có những thời điểm lên đến 386 ca/ngày (ngày 28/8/2021). Tiêm vaccine an toàn và hiệu quả là cách duy nhất để giảm tỷ lệ tử vong và làm chậm tình trạng đại dịch này. Nhân viên y tế có nguy cơ đặc biệt do phơi nhiễm nghề nghiệp với SARS-CoV-2. Vì vậy, họ thuộc nhóm được ưu tiên tiêm chủng hàng đầu. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy nhân viên rất ngại tiêm chủng và có nhiều thái độ tiêu cực với việc tiêm chủng. Nghiên cứu này được khảo sát từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022 trên tất cả viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (ĐHYDCT) đồng ý tham gia với mục tiêu tìm hiểu thực hành của viên chức, người lao động Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về việc tiêm chủng vaccine COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022.

Tiêu chuẩn chọn: Viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ không phân biệt độ tuổi, giới tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viên chức và người

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Tuyết Nhung

Email: ptt Nhung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

lao động không đồng ý tham gia khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tính theo công thức:

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

Trong đó: Z = 1,96 (hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$)

p = 0,34 là tỷ lệ số người tham gia nghiên cứu có lo lắng về việc tiêm ngừa vắc xin COVID-19 theo nghiên cứu của Sabria Al-Marshoudi (2021) [2]. d = sai số cho phép của nghiên cứu, chọn d = 0,05

Vậy n = 345 viên chức và người lao động. Trong thực tế có 422 viên chức và người lao động tham gia khảo sát.

Nội dung nghiên cứu. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác, chức danh nghề nghiệp, chuyên môn, trình độ học vấn, số lần tiêm vaccine, loại vaccine, tình trạng nhiễm COVID-19.

Thực hành tiêm chủng vaccine: Có 4 câu hỏi liên quan đến thực hành tiêm chủng vaccine COVID-19. Phản hồi các tùy chọn có thể là có hoặc không.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 422 đối tượng tham gia khảo sát, tỷ lệ nữ tham gia cao hơn nam. Nhóm tuổi trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 56,4%. Hầu hết đối tượng đã có gia đình (70,4%) và có thâm niên trên 5 năm (73,5%). Chức danh nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là giảng viên (49,5%), chuyên môn có 38,2% bác sĩ, 9,5% dược sĩ, trình độ chiếm tỷ lệ cao nhất là sau đại học với 50,9%. Có đến 94,5% đối tượng tiêm vaccine 3 lần. Loại vaccine được tiêm nhiều nhất là Pfizer (53,3%), tiếp theo là Astrazeneca (45,6%), những vaccine còn lại chiếm tỷ lệ rất thấp. Có đến 347 (88,6%) đối tượng tham gia chưa từng nhiễm COVID-19. Kết quả về tỷ lệ thực hành và một số yếu tố liên quan về việc tiêm vaccine COVID-19 của viên chức, người lao động Trường ĐHYDCT cụ thể như sau:

Thực hành tiêm vaccine của viên chức, người lao động

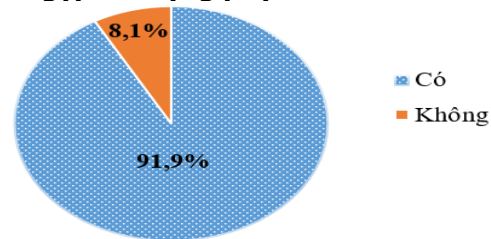
Bảng 1. Lo lắng về việc tiêm chủng

COVID-19

Thực hành tiêm vaccine	Có n (%)	Không n (%)
Sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần đầu	407 (96,4)	15 (3,6)
Sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần thứ 2	417 (98,8)	5 (1,2)
Sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 sau lần thứ 2	409 (96,9)	13 (3,1)

Nhận xét: Có 96,4% đối tượng sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần đầu, 98,8% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần thứ 2, 96,9% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 sau lần 2.

Báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine



Biểu đồ 1. Báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế

Nhận xét: Có 91,9% sẽ báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine.

Một số yếu tố có liên quan đến việc báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế

Bảng 2. Một số yếu tố có liên quan đến việc báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế

Đặc điểm	Có n (%)	Không n (%)	p
Giới tính	Nam	185 (90,7)	0,359
	Nữ	203 (93,1)	
Nhóm tuổi	≤ 35 tuổi	170 (92,4)	0,766
	> 35 tuổi	218 (91,6)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	117 (93,6)	0,417
	Có gia đình	271 (91,2)	
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	103 (92,0)	0,992
	> 5 năm	285 (91,9)	
Chức danh nghề nghiệp	Giảng viên	191 (91,4)	0,900
	Chuyên viên/KTV	178 (92,2)	
	Kế toán viên	14 (93,3)	
	Thư viện viên	5 (100)	
Chuyên môn	Bác sĩ	149 (92,5)	0,306
	Dược sĩ	39 (97,5)	
	Khác	200 (90,5)	
Trình độ	Sau đại học	193 (89,8)	0,230
	Đại học	110 (94,8)	
	Khác	85 (93,4)	

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa việc báo cáo tác dụng phụ của vaccine COVID-19 với một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Trong 422 đối tượng tham gia khảo sát, tỷ lệ nữ tham gia cao hơn nam. Nhóm tuổi trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 56,4%. Hầu hết đối tượng đã có gia đình (70,4%) và có thâm niên trên 5 năm (73,5%). Chức danh nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là giảng viên (49,5%), chuyên môn có 38,2% bác sĩ, 9,5% dược sĩ, trình độ chiếm tỷ lệ cao nhất là sau đại học với 50,9%. Có đến 94,5% đối tượng tiêm vaccine 3 lần. Loại vaccine được tiêm nhiều nhất là Pfizer (53,3%), tiếp theo là Astrazeneca (45,6%), những vaccine còn lại chiếm tỷ lệ rất thấp. Có đến 347 (88,6%) đối tượng tham gia chưa từng nhiễm COVID-19. Tỷ lệ này phần nào phản ánh được mức độ tuân thủ tốt trong phòng, chống COVID-19 của viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Sử dụng vaccine an toàn và hiệu quả là một biện pháp quan trọng ngăn chặn dịch bệnh. Việc chấp nhận tiêm vaccine được xem là có ảnh hưởng trực tiếp nhằm tăng miễn dịch cộng đồng và tỷ lệ bao phủ cộng đồng để phòng chống đại dịch COVID-19

Phần lớn viên chức, người lao động có thực hành tiêm vaccine tốt với 96,4% viên chức, người lao động sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần đầu, 98,8% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 lần thứ 2.

Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Iacoella C. trên người vô gia cư ở Ý năm 2021 (64,3%) [4] và nghiên cứu của Kozak A trên nhân viên ngành chăm sóc sức khỏe và phúc lợi ở Đức (> 80% ở tất cả các ngành, cao nhất 87,5% ở ngành lão khoa) [5]. Để lý giải cho sự khác biệt này, đối tượng nghiên cứu của chúng ta là những viên chức, người lao động tại Trường ĐHYDCT, là những người có trình độ học vấn cao nên có sự khác biệt trong nhận thức so với đối tượng nghiên cứu của tác giả Iacoella C. Thực hành tiêm vaccine COVID-19 của nhân viên, người lao động tại trường rất tốt, chúng ta cần tiếp tục duy trì và phát huy hơn nữa để có thể giúp các viên chức, người lao động an tâm công tác tại Trường.

Có 96,9% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 sau lần thứ 2, việc chấp nhận tiêm vaccine sau lần 2 bao gồm việc tiêm vaccine lần 3 và tiêm ngừa các liều tăng cường sau này. Kết quả khá

tương đồng so với nghiên cứu của Taysir AI Janabi và Maria Pino vào tháng 11 năm 2021, nghiên cứu cũng chỉ ra sự chấp nhận cao (88,9%) đối với liều tăng cường giữa các sinh viên y khoa của một trường Y khoa về xương khớp ở New York [6]. Một nghiên cứu khác của LucioFolcarelli và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ cao những người tham gia sẵn sàng nhận liều tăng cường với tỷ lệ 85,7% trong cộng đồng các Trường đại học ở Ý [3]. Tuy nhiên, ý định tiêm mũi tăng cường vắc xin COVID-19 của viên chức, người lao động tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cao hơn ý định tiêm vaccine tăng cường ở người Mỹ trưởng thành với tỷ lệ 61,8% [7]. Kết quả này có được là do đặc thù việc làm, viên chức và người lao động tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ có thể tiếp xúc với những người bị nhiễm COVID-19 trong quá trình học làm việc tại Trường, tại bệnh viện. Sự chấp nhận tiêm chủng cao để bảo vệ sức khỏe của bản thân và người bệnh khỏi nhiễm COVID-19. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhân viên Y tế bày tỏ ý định tiêm chủng cao hơn so với dân số chung.

Có 91,9% sẽ báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine. Kết quả khá tương đồng so với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Nga, kết quả nghiên cứu này chỉ ra 92,3% sinh viên Y khoa sẽ báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine. Điều này có thể giải thích vì sinh viên Y khoa và viên chức, người lao động đều đang theo học, làm việc tại trường đều có trình độ hiểu biết nhiều hơn trong lĩnh vực Y tế [1].

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa việc báo cáo tác dụng phụ của vaccine COVID-19 với một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là khảo sát chỉ được thực hiện ở Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, vì vậy kết quả không được khái quát cho cả nước. Cần có thêm nghiên cứu khác bằng việc mở rộng cỡ mẫu để thu thập thêm thông tin và phân tích sâu về các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát thực hành tiêm chủng vaccine COVID-19 của viên chức, người lao động tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy tỷ lệ thực hành tiêm chủng rất cao từ 96,9% đến 98,8% và 91,9% sẽ báo cáo tác dụng phụ cho nhân viên y tế khi gặp tác dụng phụ của vaccine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Ngọc Nga, Lê Thị Nhân Duyên, Ngô Thị Phương Thảo và cộng sự (2022), Thái

- độ và thực hành của sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về tiêm chủng vaccine COVID-19. Tạp Chí Y học Việt Nam, 519(2).
2. **Al-Marshoudi S, Al-Balushi H, Al-Wahaibi A, et al.** Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) toward the COVID-19 Vaccine in Oman: A Pre-Campaign Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(6):602.
 3. **Folcarelli L, Miraglia Del Giudice G, Corea F, Angelillo IF.** Intention to Receive the COVID-19 Vaccine Booster Dose in a University Community in Italy. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(2).
 4. **Iacoella C., Ralli M., Maggolini A., Arcangeli A., Ercoli L.** Acceptance of COVID-19 vaccine among persons experiencing homelessness in the City of Rome, Italy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25(7):3132–3135
 5. **Kozak, A., & Nienhaus, A.** (2021). COVID-19 vaccination: Status and willingness to be vaccinated among employees in health and welfare care in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6688
 6. **Taysir AI Janabi, Pino M.** Predictors for Actual COVID-19 Vaccine Uptake and Intended Booster Dosage among Medical Students of an Osteopathic Medical School in New York. *Epidemiologia*. 2021;2(4):553-63.
 7. **Yadete T, Batra K, Netski DM, Antonio S, Patros MJ, Bester JC.** Assessing Acceptability of COVID-19 Vaccine Booster Dose among Adult Americans: A Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(12).

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TIỀN LƯỢNG GẦN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH Ở NAM GIỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Văn Chúc¹, Nguyễn Hoài Bắc²,
Đoàn Tiến Dương³, Phạm Minh Quân⁴

TÓM TẮT

Thoát vị bẹn là tình trạng bệnh lý khi các tạng trong ổ bụng thường là mạc nối hoặc ruột chui qua ống bẹn hay các điểm yếu của thành bụng xuống dưới da hoặc bìu. Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc đang nổi lên như một tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn, trong đó hai kỹ thuật hay được sử dụng nhất là TAPP (Transabdominal Preperitoneal) và TEP (TransExtraPeritoneal). Nhiều nghiên cứu riêng rẽ về hai phương pháp này đã được báo cáo nhưng hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu so sánh tương quan giữa hai phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 138 nam giới mắc thoát vị bẹn đã được phẫu thuật bằng một trong hai phương pháp TAPP hoặc TEP để đánh giá kết quả điều trị, so sánh kết quả phẫu thuật giữa hai phương pháp đồng thời đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng gần sau mổ. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo là trong mổ là 2,9% và ngay sau mổ là 8,0%, chủ yếu gặp ở nhóm phẫu thuật TAPP nhiều hơn TEP ($p < 0,01$), tuy nhiên biến chứng (tụ dịch, đau bẹn bìu, tái phát) sau mổ 01 tháng thì gặp nhiều hơn ở bệnh nhân phẫu thuật TEP (TEP 44,1%, TAPP 21,2%, $p = 0,01$). Tiên lượng gần cuộc mổ dựa vào các yếu tố trong bảng phân tích hồi quy logistic

với bốn phụ thuộc là biến chứng sau 01 tháng thấy rằng sau phẫu thuật TEP tình trạng gặp biến chứng sau mổ 01 tháng cao hơn đến gần 6 lần so với phẫu thuật TAPP ($OR = 5,9$, $p < 0,01$), đồng thời khi tăng thời gian mổ lên 01 phút thì tăng 1% nguy cơ biến chứng ($OR = 1,01$, $p = 0,02$).

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, tấm lưới nhân tạo, kỹ thuật TAPP, kỹ thuật TEP.

SUMMARY

EVALUATION OF FACTORS AFFECTING PROGNOSIS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY TO INSTALL ARTIFICIAL MESH ABDOMINAL WALL RESTORATION FOR MEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Inguinal hernia is a pathological condition when abdominal organs, usually the omentum or intestines, pass through the inguinal canal or weak points of the abdominal wall under the skin or scrotum. Laparoscopic surgery to place artificial mesh in front of the peritoneum is emerging as the gold standard in the treatment of inguinal hernia, in which the two most commonly used techniques are TAPP (Transabdominal Preperitoneal) and TEP (TransExtraPeritoneal). Many separate studies on these two methods have been reported, but currently in Vietnam there are not many studies comparing the correlation between the two surgeries. Therefore, we conducted a study on 138 men with inguinal hernias who were operated on by either TAPP or TEP methods to evaluate treatment results, compare surgical results between the two methods and simultaneously evaluate the results of treatment. Evaluate factors affecting immediate prognosis after surgery. The study showed that the rate of complications during and

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Chúc

Email: Bshoangvanchuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

immediately after surgery was 2.9% and 8.0%, respectively, and mainly occurred in the TAPP surgery group ($p < 0.01$), however complications (seroma, inguinoscrotal pain, recurrence) 1 month after surgery was more common in patients with TEP surgery (TEP 44.1%, TAPP 21.2%, $p = 0.01$). Prognosis near surgery based on factors in the logistic regression analysis table with the dependent endpoint being complications after 1 month found that after TEP surgery this condition increased to 5.9 times compared to TAPP surgery ($OR = 5.9$, $p < 0.01$), at the same time, increasing surgery time to 1 minute increases the risk of complications by 1% ($OR = 1.01$, $p = 0.02$).

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic surgery, artificial mesh, TAPP technique, TEP technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay các điểm yếu tự nhiên của thành bụng vùng trên nếp bẹn xuống dưới da hoặc xuống vùng bìu¹. Bệnh được phát hiện từ những năm 1500 trước công nguyên, tỷ lệ mắc giữa hai giới chênh lệch rõ rệt khi tỉ lệ giữa nam và nữ là 12/1, tần suất gặp tăng dần theo độ tuổi².

Có nhiều phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn, tuy nhiên trong những thập kỷ qua, phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn bằng nội soi ngày càng trở nên phổ biến và dần thay thế cho các phẫu thuật cổ điển vì những ưu điểm trong vấn đề thẩm mỹ, vết mổ nhỏ, ít đau hơn và phục hồi nhanh hơn. Trong các kỹ thuật nội soi có hai phương pháp phổ biến thường được áp dụng là phẫu thuật đặt tấm lưới ngoài phúc mạc đường vào ổ bụng (TAPP: TransAbominal PrePeritoneal repair) và đường ngoài phúc mạc (TEP: Total ExtraPeritoneal repair). Cả hai kỹ thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm khác nhau, và thường được chỉ định áp dụng tùy theo tình trạng lâm sàng, thể tạng của bệnh nhân cũng như kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên.

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hai phương pháp này. Ở Việt Nam, phần lớn nghiên cứu cho đến nay chỉ dừng lại ở việc đánh giá riêng lẻ hai kỹ thuật này trên cả nam và nữ giới, mà chưa có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả điều trị ở nam giới bằng hai phương pháp trên. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả hai phẫu thuật này trên nam giới và so sánh kết quả điều trị và tỷ lệ biến chứng gần giữa TAPP và TEP. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng khảo sát một số yếu tố tiên lượng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng điều trị thoát vị bẹn ở nam giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 138 nam giới được phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo để điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án trước, trong và sau mổ bao gồm thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

- Bệnh nhân khám lại ít nhất 1 lần sau mổ 1 tháng có đánh giá trên lâm sàng kèm kết quả siêu âm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được phẫu thuật theo phương pháp khác, không phải phẫu thuật theo phương pháp nội soi đặt lưới trước phúc mạc.

- Người bệnh đồng mắc các bệnh khác trong thời gian điều trị (các bệnh truyền nhiễm: cúm, Covid-19...) khiến cho thời gian nằm viện kéo dài.

- Người bệnh không đến tái khám theo hẹn không khám lại nhưng không có kết quả siêu âm.

- Người bệnh 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 hồi cứu.

2.2.2. Chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian và địa điểm thực hiện. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2023

2.2.4. Quy trình thực hiện. Chúng tôi thu thập thông tin của người bệnh qua bệnh án.

Thoát vị bẹn được chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với các triệu chứng đau, xuất hiện khối phồng, kết hợp với siêu âm để xác định kích thước và nội dung của thoát vị.

Chỉ định mổ TAPP hay TEP hiện tại phần lớn phụ thuộc vào kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên. Dụng cụ nội soi chỉ yêu cầu các cầu phần cơ bản, lưới nhân tạo chủ yếu được sử dụng là loại lưới 3D tự dính.

2.2.5. Biến số nghiên cứu bao gồm. Biến số lâm sàng Tuổi, nghề nghiệp, BMI, lí do vào viện, tiền sử bệnh lý, triệu chứng, vị trí, phân độ theo EHS (European Hernia Society), đường kính bao thoát vị trên siêu âm,

Biến số phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian đau sau mổ, biến chứng trong mổ, biến chứng ngay sau mổ, biến chứng sau mổ 1 tháng.

Những biến số trên được trích xuất qua hồ sơ bệnh án đã được lưu lại.

2.2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính số trung bình cộng, độ lệch chuẩn, sử dụng test χ^2 , mô hình hồi quy Logistic, T-test và test Inova để so sánh,

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông

tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và được đảm bảo chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này. Đề tài nghiên cứu này được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		TAPP (n=104)	TEP (n=34)	p
Tuổi		47,13 \pm 19,38	55,06 \pm 12,85	p < 0,01
BMI		22,28 \pm 2,38	23,22 \pm 2,15	p=0,295
Thời gian mắc bệnh (tháng)		18,06 \pm 46,92 (mod=6, max=480)		
Vị trí TV	01 Bên	90,4%	91,2 %	P=0,597
	02 Bên	9,6%	8,8 %	
Lý do vào viện	Đau	6,7	2,9	P:0,237
	Khối phồng	76,0	88,2	
	Phối hợp	16,3	5,9	
	Tình cờ	1,0%	2,9%	
Tình trạng thoát vị	TV nghẹt	4,9%	1%	P:0,336
	TV thường	95,1%	100%	
Tạng thoát vị	Ruột	13,6	3,0%	P:0.151
	Mạc nối	57,3	55,9	
	Phối hợp	29,1	41,1	
Kích thước lỗ thoát vị		18,68 \pm 7,5 (mm)	18,1 \pm 7,9 (mm)	P=0,681
Thời gian nằm viện		1,67 \pm 1,10	2,06 \pm 0,80	0.061
Thời gian phẫu thuật		75,7 \pm 25,5 (min)	66,8 \pm 18,0 (min)	P=0.038

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 49,09 \pm 18,27, Trong đó nhóm TAPP có độ tuổi trung bình là 47,13 \pm 19,38, nhóm TEP có độ tuổi trung bình là 55,06 \pm 12,85, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tỷ lệ các vấn đề khác như: thời gian mắc, vị trí thoát vị, tạng thoát vị, thời gian nằm viện... không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

3.2. Tỷ lệ biến chứng gần sau phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ biến chứng gần sau phẫu thuật

		TAPP (N=104) n (%)	TEP (N=34) n (%)	p value
Biến chứng trong mổ	Có	4 (3,8%)	0 (0%)	0,318
	Không	100 (96,2%)	34 (100%)	
Biến chứng ngay sau mổ	Có	11 (10,6%)	0 (0%)	0,039
	Không	93 (89,4%)	34 (100%)	
Biến chứng sau mổ 01 tháng	Tự dịch	16 (15,4%)	10 (29,4%)	P=0,016
	Đau vùng búi	7 (3,8%)	3(8,8%)	
	Tái phát	2 (1,9%)	4 (11,8 %)	
	Không biến chứng	82 (78,8%)	19 (55,9%)	

Biến chứng trong và ngay sau mổ gặp ở 11 trường hợp (8,0%), tất cả các trường hợp này đều gặp ở bệnh nhân mổ TAPP. Trong khi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng trong mổ giữa TAPP và TEP thì biến chứng sau mổ nhiều hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân mổ TAPP (p=0,039). Sau mổ một tháng, biến chứng phổ biến nhất thường gặp là: Tự dịch (18,8%) và đau vùng búi (7,2%). Tỷ lệ tái phát gặp trên 4,3% bệnh nhân, trong

đó nhóm bệnh nhân mổ TEP có tỷ lệ tái phát cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân mổ TAPP. Đối với biến chứng sau mổ 01 tháng, chủ yếu gặp tự dịch (18,8%), đau búi (3,6%). Tỷ lệ tất cả các dạng biến chứng nhiều hơn đáng kể ở bệnh nhân mổ TEP so với mổ TAPP (Bảng 2)

3.3. Các yếu tố dự báo biến chứng gần sau mổ

Bảng 3. Các yếu tố dự báo biến chứng

gần sau mổ

		Nguy cơ biến chứng gần sau mổ 01 tháng	
		OR	p value
Loại phẫu thuật	TAPP	-	0,01
	TEP	5,9	
Tuổi (năm)		0,9	0,28
BMI (kg/m ²)		1,12	0,20
Đường kính cổ bao thoát vị (mm)		0,972	0,60
Thời gian phẫu thuật		1,01	0,02
Kiểu thoát vị	Trực tiếp	-	-
	Gián tiếp	0,31	0,04
	Hỗn hợp	0,61	0,72
Nội dung thoát vị	Mạc nối	-	-
	Ruột	1,76	0,31
Số bên thoát vị	Hỗn hợp	3,72	0,12
	Một bên	-	-
	Hai bên	1,8	0,4

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, sau khi đã kiểm soát tất cả các yếu tố có thể ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ 01 tháng (Bảng 3) bệnh nhân phẫu thuật TEP có tỷ lệ biến chứng gần (đau bẹn bìu, tụ dịch trên siêu âm, tái phát) cao gấp 5,9 lần (OR=5,9; $p < 0,01$) so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật TAPP.

Thời gian phẫu thuật là một trong những yếu tố tiên lượng xuất hiện biến chứng với OR=1,01; $p=0,02$. Bên cạnh đó, những bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp có tỷ lệ gặp biến chứng ít hơn so với những bệnh nhân thoát vị bẹn trực tiếp (OR=0,31; $p=0,04$).

IV. BÀN LUẬN

Đây là một trong số ít các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam có so sánh kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng hai kỹ thuật TAPP và TEP, tiến hành trên 138 bệnh nhân, trong đó có 104 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP và 34 bệnh nhân phẫu thuật TEP, xem xét trên các phương diện về lâm sàng, cận lâm sàng và các kết quả trước, trong và sau phẫu thuật. Những kết quả này đầu tiên được phân tích mô tả đơn thuần, sau đó được dùng thuật toán hồi quy đa biến logistic để tìm các yếu tố ảnh hưởng nhằm chỉ ra các yếu tố tác động quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng cuộc mổ cũng như các biến chứng gần sau mổ.

Nhìn chung các phát hiện từ nghiên cứu này chứng minh rằng cả hai phương pháp phẫu thuật TAPP và TEP đều rất an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp và ít biến chứng⁵. Tuy nhiên có sự

khác biệt đáng kể khi ta đi sâu nghiên cứu vào từng loại biến chứng, cũng như thời điểm xuất hiện các biến chứng trong thời gian chu phẫu. Cụ thể nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng trong mổ và ngay sau mổ thường gặp hơn ở bệnh nhân trải qua phẫu thuật TAPP lần lượt là 3,9% và 10,6%, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ của những biến chứng này trong phẫu thuật TEP chỉ là 0% ($p < 0,05$). Tuy nhiên khi so sánh biến chứng gặp sau mổ 01 tháng hay biến chứng sớm, nghiên cứu của chúng tôi lại thấy rằng tỷ lệ gặp các biến chứng như tụ dịch, đau tức vùng bẹn bìu và tỷ lệ tái phát ở phẫu thuật TEP lại cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với phẫu thuật TAPP ($p < 0,01$).

Biến chứng trong mổ, chiếm tỷ lệ rất nhỏ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (TAPP: 4 (3,8%), TEP 0% $p=0,38$) điều này tương đồng với các nghiên cứu F. Ko'ckerling (2015) hay M. Gass (2016)⁶. Nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận có 4 trường hợp có biến chứng chiếm 2,9% và đều trong nhóm phẫu thuật TAPP 02 trường hợp tổn thương bó mạch tinh, 01 trường hợp tổn thương niêm mạc tạng thoát vị là ruột non và 01 trường hợp tổn thương động mạch thượng vị dưới gây chảy máu nhiều, phải truyền 01 đơn vị máu, tuy nhiên trường hợp này vẫn tiến hành phẫu thuật nội soi thành công và bệnh nhân ổn định, có biến chứng gần là tụ dịch 01 tháng nhưng không gặp bất kì biến chứng xa nào.

Vấn đề tụ dịch, tụ máu ngay sau phẫu thuật nội soi đặt lưới phục hồi thành bụng là thường gặp nhất khi nhắc đến các biến chứng trong và ngay sau mổ, đa phần sẽ tự tiêu hết sau một thời gian, thời gian này tùy thuộc vào cơ địa của từng người bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ này cao hơn ở nhóm TAPP 8,6% và chỉ 0% với nhóm TEP ($p < 0,05$). Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt đáng kể về vấn đề tụ dịch ngay sau mổ giữa phẫu thuật TAPP và TEP như trong nghiên cứu của F. Ko'ckerling (2015) tỷ lệ này là 3,06% đối với TAPP và 0,51% đối với TEP ($p < 0,01$). Thông thường chảy máu thứ phát xảy ra thường xuyên hơn đáng kể sau TEP so với sau TAPP, bởi trong mổ TEP, khoang ngoài phúc mạc hẹp hơn rõ rệt so với khoang bụng trong TAPP và làm giảm tầm nhìn khi sử dụng dòng điện để bóc tách tổ chức. Do đó, nhiều bác sĩ phẫu thuật TEP tránh sử dụng dòng điện và thực hiện phẫu tích không có dòng điện hay phẫu tích tù, sử dụng kỹ thuật kéo và tách các cầu nối mô liên kết giữa các cấu trúc giải phẫu. Điều đó chắc chắn dẫn đến tỷ lệ

chảy máu thứ phát cao hơn và tụ dịch ngay sau mổ cao hơn ở TEP. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi và của F. Köckerling (2015), kết quả ngay sau mổ TEP tốt hơn hẳn kết quả của phẫu thuật TAPP một cách có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt này được giải thích do sự chênh lệch về trình độ kỹ thuật giữa các nhóm phẫu thuật viên: thuộc nhóm TAPP phẫu thuật viên thường mới được đào tạo và non kinh nghiệm hơn so với phẫu thuật TEP thường được tiến hành bởi những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm hơn đồng thời ở những phẫu thuật viên này đã có quá trình đào tạo nắm vững phẫu thuật TAPP sau đó chuyển sang phẫu thuật TEP.

Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng ngay sau mổ lại không phản ánh một cách tỷ lệ thuận với tình trạng sau mổ 01 tháng. Biến chứng sau mổ 01 tháng bao gồm: tụ dịch, tụ máu và tái phát lại có xu hướng cao hơn ở phẫu thuật TEP so với phẫu thuật TAPP một cách có ý nghĩa thống kê (TEP: 44,1%, TAPP: 21,2%, $p=0,01$). Đồng thời, sau khi đã kiểm soát hết các yếu tố, trong mô hình hồi quy logistic đa biến (Bảng 3) thấy rằng bệnh nhân mổ TEP có tỉ lệ biến chứng sau 01 tháng cao gấp hơn 5,9 lần so với bệnh nhân mổ TAPP ($OR= 5,9$; $p<0,01$). Tương đồng với kết quả của chúng tôi, trong một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng ở 164 bệnh nhân tại Trung Quốc của K. Gong và cộng sự (2011)⁷ tỷ lệ biến chứng sau mổ theo dõi 01 tháng của hai nhóm lần lượt là TEP: 13,5% và TAPP: 12% ($p<0,05$). Sự chênh lệch này được giải thích có thể là do trong phẫu thuật TAPP, phúc mạc được mở ở phía trong ổ bụng rồi khâu lại, vì vậy vẫn còn những khoảng thông giữa khoang đặt lưới hay khoang trước phúc mạc với ổ bụng do đó dịch tiết ra sau mổ ở khoang trước phúc mạc có đường thông vào ổ bụng và tiêu đi, bên cạnh đó với phẫu thuật rộng rãi và thao tác dễ dàng, trong phẫu thuật TAPP túi thoát vị được bóc triệt để hơn vì vậy nguy cơ tiết dịch ít hơn; ngược lại trong phẫu thuật TEP không có hoặc rất ít có sự thông thương giữa khoang trước phúc mạc nơi đặt lưới với ổ bụng nên dịch tiêu chậm hơn, và do phẫu thuật hẹp việc bóc tách túi thoát vị khó khăn hơn và không triệt để dẫn đến còn có nguồn tiết dịch từ túi thoát vị nhiều hơn so với trong phẫu thuật TAPP.

Ngoài ra trong nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng thời gian phẫu thuật cũng là một yếu tố tiên lượng biến chứng, khi tăng thời gian phẫu thuật lên 01 phút thì tỷ lệ biến chứng tăng 1% ($OR=1,01$; $p=0,02$). Về mặt khách quan, ở

những ca phẫu thuật khó hoặc có những bất thường thì thời gian mổ có thể tăng lên do phải bóc tách và xử lý nhiều hơn, nhưng chính điều này cũng làm tổn thương tổ chức nhiều hơn, trong đó có mạch máu, thần kinh và bạch huyết, dẫn đến làm gia tăng biến chứng. Như vậy trong phẫu thuật không nên kéo dài thái quá thời gian phẫu thuật, nghiên cứu cho thấy thời gian mổ trung bình của nhóm không có biến chứng là $72,9 \pm 22,6$ (phút) cũng coi như một khuyến cáo trong việc xác định thời gian mổ tối ưu.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu:

Hạn chế chính trong nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu hồi cứu, vì thế số liệu thu thập phần lớn dựa vào các ghi chép trong bệnh án đôi khi không được đầy đủ và chính xác tuyệt đối. Bên cạnh đó tỷ lệ bệnh nhân tái khám theo hẹn không cao, thường họ chỉ khám lại khi có bất thường, do đó kết quả khám lại có tỷ lệ bề mặt tương đối cao.

Điểm mạnh của nghiên cứu là có được một cỡ mẫu tương đối lớn, mang lại sức mạnh thống kê cao. Số liệu được truy vấn từ bệnh án điện tử nên các tờ điều trị, hội chẩn, protocol phẫu thuật, kết quả siêu âm và khám lại sau 01 tháng... được đánh máy tương đối rõ ràng và đầy đủ, dễ đọc, thuận lợi cho quá trình nhập liệu chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc đang là xu thế và là tiêu chuẩn vàng cho điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn ở trên thể giới cũng như tại Việt Nam do thời gian hồi phục nhanh, an toàn và rủi ro. Các biến chứng trong và sau mổ thường gặp hơn ở phẫu thuật TAPP trong khi đó biến chứng sau 01 tháng lại có xu hướng gặp với tỷ lệ cao hơn ở phẫu thuật TEP. Thời gian mổ kéo dài cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ gặp các biến chứng của hai nhóm phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Minh Hiếu.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật đặt lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2018
2. **Phạm Đức Huân.** Bệnh học Ngoại tiêu hoá. Vol 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2022
3. **Phạm Đình Tuấn Dũng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp. 2017
5. **Köckerling F, Bittner R, Jacob D, et al.** TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia. Surgical endoscopy.

- 2015, 29. 3750-3760.
6. **Gass M, Scheiwiller A, Sykora M, Metzger J.** TAPP or TEP for Recurrent Inguinal Hernia? Population-Based Analysis of Prospective Data on 1309 Patients Undergoing Endoscopic Repair for Recurrent Inguinal Hernia. *World J Surg.* 2016;40(10). 2348-2352.
7. **Gong K, Zhang N, Lu Y, et al.** Comparison of the open tension-free mesh-plug, transabdominal preperitoneal (TAPP), and totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for primary unilateral inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled trial. *Surgical endoscopy.* 2011, 25. 234-239.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ THU TINH TRÙNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP MICRO TESE Ở BỆNH NHÂN KLINEFELTER VÔ TINH

Phạm Đức Minh¹, Đoàn Thị Hằng¹, Trịnh Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp Micro TESE ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 25 bệnh nhân Klinefelter vô tinh tại Viện mô phôi lâm sàng Quân đội- Học viện Quân y, Bệnh viện Nam học và hiếm muộn Hà Nội, Trung tâm IVF- bệnh viện Đa khoa Hà Nội. từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Thời gian vô sinh trung bình là 5,24±3,93 năm, trong đó tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm 92%. Thể tích tinh hoàn trung bình bên trái và bên phải lần lượt là 1,35±0,55 mL và 1,43±0,66 mL. Nồng độ FSH, LH, Testosterone trung bình lần lượt là 34,01±22,45 mIU/mL; 22,14 ± 8,88 mIU/mL và 5,46 ± 5,05 ng/mL; Tỷ lệ thu được tinh trùng ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh là 24%. **Kết luận:** Kết luận nghiên cứu cho thấy bệnh nhân KS có những đặc điểm lâm sàng điển hình như thân hình cao lớn, thể tích tinh hoàn teo nhỏ; nồng độ hormone FSH, LH tăng rất cao. Tỷ lệ thu được tinh trùng bằng vi phẫu micro- TESE ở bệnh nhân Klinefelter là 24%.

Từ khóa: Klinefelter, vô tinh, micro TESE.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFICACY OF SPERM RETRIEVAL OF MICRO TESE METHOD IN AZOOSPERMIC KLINEFELTER PATIENTS

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics and evaluate the sperm retrieval rate of Micro TESE technique in azoospermic Klinefelter patients. **Subjects and research methods:** The study was conducted on 25 azoospermic Klinefelter patients at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology - Military Medical University, Andrology and fertility hospital of Hanoi, IVF Center- Hanoi General Hospital, from May 2023 to September 2023.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

Email: phamducminh1205@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Results: The average period of infertility was 5.24±3.93 years, of which the rate of primary infertility accounted for 92%. The mean left and right testicular volumes were 1.35±0.55 mL and 1.43±0.66 mL, respectively. The average FSH, LH, Testosterone hormone concentrations were 34.01±22.45 mIU/mL respectively; 22.14 ± 8.88 mIU/mL and 5.46±5.05 ng/mL; The sperm retrieval rate in azoospermic Klinefelter patients is 24%. **Conclusion:** The study's conclusion showed that KS patients had typical clinical features such as tall stature, small firm testes; FSH and LH hormone concentrations increase very high. The sperm retrieval rate was 24%.

Keywords: Klinefelter, azoospermia, micro TESE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh được định nghĩa là tình trạng cặp vợ chồng sau một năm chung sống, quan hệ tình dục thường xuyên và không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà người vợ vẫn chưa có thai, đối với phụ nữ trên 35 tuổi thì thời gian này là 6 tháng. Trên thế giới, tỷ lệ vô sinh trung bình từ 6%-12%, còn theo thống kê tại Việt Nam trong các nguyên nhân vô sinh thì nguyên nhân vô sinh do nam giới chiếm 40%, nguyên nhân do nữ giới 40% và 20% còn lại là nguyên nhân do cả hai người [1].

Trong các trường hợp vô sinh được xác định do yếu tố nam giới, tỷ lệ vô tinh (azoospermia) có thể lên đến 15%. Hội chứng Klinefelter (KS) được coi là thể lệch bội nhiễm sắc thể thường gặp nhất ở nam giới vô tinh với tỷ lệ phát hiện lên tới 10%, con số này là 0,7% với quần thể thiếu tinh nặng [2].

Hiện nay, kỹ thuật vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn (microdissection testicular sperm extraction- micro TESE) là kỹ thuật thu tinh trùng hiệu quả nhất ở những bệnh nhân NOA [3]. Tại Việt Nam, có rất ít công trình nghiên cứu ứng dụng phương pháp micro TESE trên nhóm đối tượng mắc KS.

Do vậy, chúng tôi làm đề tài "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu

quả thu tinh trùng bằng phương pháp Micro TESE ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh" với hai mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh.
2. Xác định tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

* **Đối tượng nghiên cứu:** 25 bệnh nhân mắc hội chứng Klinefelter vô tinh đến khám tại viện Mô phôi lâm sàng Quân đội - Học viện Quân y, bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội và trung tâm IVF - Bệnh viện đa khoa Hà Nội từ tháng 05 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nam giới không có tinh trùng trong tinh dịch được xác định theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới WHO 2021 có kết quả nhiễm sắc thể đồ 47,XXY hoặc các dạng khác của hội chứng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân xuất tinh ngược dòng.
- Bệnh nhân có các bệnh cấp tính, nhiễm HIV, viêm gan virus, bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Bệnh nội tiết, đang dùng thuốc, hóa chất ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh.

- Các bệnh nhân vô tinh suy sinh dục thứ phát.

* **Thời gian - địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: Từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023

Địa điểm nghiên cứu:

- Viện mô phôi lâm sàng Quân đội- Học viện Quân y

- Bệnh viện Nam học và hiếm muộn Hà Nội

- Trung tâm IVF- Bệnh viện Đa khoa Hà Nội

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Quy trình phân tích nhiễm sắc thể đồ
- 2ml mẫu máu tĩnh mạch ngoại vi người được lấy đảm bảo tuân thủ điều kiện về vô trùng, quá trình lấy mẫu tiến hành nhẹ nhàng tránh vỡ tế bào hồng cầu. Sau đó được chống đông bằng heparin Lithium và bảo quản ở nhiệt độ 4°C. Ghi rõ thông tin bệnh nhân và thời gian lấy mẫu trên ống.

- Hóa chất, và máy móc được chuẩn bị để tiến hành nuôi cấy mẫu. Hiện nay trên thị trường đã có một số loại môi trường nuôi cấy pha sẵn dành cho nuôi cấy tế bào bạch cầu ngoại vi máu

người phục vụ làm karyotyping như PB-MAX™ Karyotyping Medium. Quá trình nuôi cấy xong, tiến hành thu thập tế bào và nhuộm bằng G nhiễm sắc thể. Chụp các cụm nhiễm sắc thể trên kính hiển vi, để ở vật kính X100 (soi dầu) và tiến hành phân tích bằng phần mềm đọc kết quả nhiễm sắc thể (smarttype).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về chiều cao - cân nặng, tuổi, loại vô sinh và thời gian vô sinh của bệnh nhân KS.

Bảng 1: Đặc điểm chiều cao, cân nặng, BMI đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình	Tối thiểu- Tối đa
Chiều cao (cm)	171 ± 7	155 – 182
Cân nặng (kg)	67,8 ± 9,49	50 - 85
BMI (kg/m ²)	23,17 ± 2,86	15,78 – 28,73

- Chiều cao trung bình của nhóm bệnh nhân là 171±7 cm. Bệnh nhân thấp nhất 155 cm và cao nhất 182 cm.

- Cân nặng trung bình của nhóm bệnh nhân là 67,8±9,49 kg. Nhẹ nhất là 50 kg và nặng nhất 85 kg.

- BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là 23,17±2,86. Nhỏ nhất là 15,78 và lớn nhất là 28,73.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 34±5,02. Tuổi cao nhất 49, tuổi thấp nhất 21. Gặp nhiều nhất ở nhóm >30-40 tuổi (80%), nhóm ≤30 tuổi có 04 trường hợp (39%). Chỉ có 1 trường hợp (4%) trên 40 tuổi.

- Tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm 92%. Trong khi chỉ có 8% là vô sinh thứ phát.

- Thời gian vô sinh trung bình là 5,24±3,93 năm, Bệnh nhân có thời gian vô sinh lâu nhất là 14 năm và sớm nhất là 1 năm.

- Nhóm vô sinh từ dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất: 56%; đứng thứ hai là nhóm từ 5 - ≤10 năm (32%). Nhóm có thời gian vô sinh >10 năm chiếm 12%.

3.2. Đặc điểm các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân KS

Bảng 2: Thể tích tinh hoàn 2 bên của bệnh nhân KS vô tinh

Thể tích tinh hoàn (mL)	Tinh hoàn trái (n=25)		Tinh hoàn phải (n=25)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 mL	5	20	6	24
Từ 1- ≤ 2 mL	16	64	14	56
Từ 2 - ≤ 3 mL	3	12	4	16
Trên 3 mL	1	4	1	4
Trung bình	1,35 ± 0,55		1,43 ± 0,66	

Tối thiểu - Tối đa	0,6-3,1	0,6-3,8
--------------------	---------	---------

- Thể tích tinh hoàn trung bình bên trái là $1,35 \pm 0,55$ mL. (lớn nhất là 3,1 mL, nhỏ nhất là 0,6 mL)

- Thể tích tinh hoàn trung bình bên phải là $1,43 \pm 0,66$ mL. (lớn nhất là 3,8 mL, nhỏ nhất là 0,6 mL)

- Thể tích tinh hoàn từ 1-2 ml chiếm đa số với tỷ lệ gần 50%.

Bảng 3: Nồng độ FSH, LH, Testosterone của bệnh nhân KS vô tinh

Các hormone	Trung bình	Tối thiểu-Tối đa	95% CI
FSH (mIU/mL)	$34,01 \pm 22,45$	12,83-119	25,21-42,81
LH (mIU/mL)	$22,14 \pm 8,88$	9,23-44,5	18,68-25,6
Testosterone (ng/mL)	$5,46 \pm 5,05$	0,56-18,28	1,94-5,9

Nồng độ FSH trung bình là $34,01 \pm 22,45$ mIU/mL; 95% CI: 25,21 – 42,81.

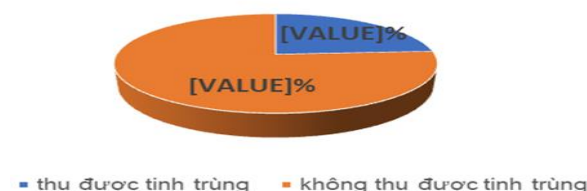
Nồng độ LH trung bình là $22,14 \pm 8,88$ mIU/mL, 95% CI: 18,68-25,6.

Nồng độ Testosterone trung bình là $3,92$ ng/mL, 95%CI: 1,94 – 5,9.

- Trong 25 bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng KS, 100% bệnh nhân có kiểu hình thừa 47,XXY và có 8% bệnh nhân kèm vi mất đoạn AZFc.

3.3. Tỷ lệ thu tinh trùng

Tỷ lệ thu tinh trùng



Biểu đồ 1: Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở bệnh nhân KS vô tinh

- Tỷ lệ thu tinh trùng trong đối tượng nghiên cứu là 24% (6/25).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chiều cao, cân nặng, tuổi, loại vô sinh và thời gian vô sinh ở bệnh nhân KS vô tinh. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $34 \pm 5,02$, trẻ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 49 tuổi. Nhóm tuổi 30-40 tuổi gặp nhiều nhất. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu Trịnh Thế Sơn (2011), nghiên cứu trên 467 bệnh nhân vô tinh,

tuổi trung bình của các bệnh nhân là $34,25 \pm 5,8$, trong đó ở nhóm vô tinh không do tắc có tuổi trung bình là $34,00 \pm 5,75$ [4]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Schiff và cộng sự (2005), nghiên cứu trên 42 bệnh nhân KS với độ tuổi trung bình 32,8. Chúng tôi thấy rằng độ tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là khá cao, đặc biệt so với các nghiên cứu ở nước ngoài, có lẽ do phát hiện được hội chứng KS tại đơn vị chuyên sâu đủ các xét nghiệm, cũng như cần được tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ sinh sản hiện đại, điều mà các bệnh nhân ở những vùng quê nghèo khó khăn chưa có cơ hội tiếp cận.

Loại vô sinh: đa số bệnh nhân là vô sinh nguyên phát, chỉ có 2/25 (8%) trường hợp là vô sinh thứ phát. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang (2020) với tỷ lệ vô sinh nguyên phát là 93%.

Thời gian vô sinh trung bình là $5,24 \pm 3,93$ năm. Bệnh nhân có thời gian vô sinh lâu nhất là 14 năm và sớm nhất là 1 năm. Trong đó nhóm vô sinh từ < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 56%. Thời gian vô sinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Trịnh Thế Sơn (2011) với số năm là $5,59 \pm 4,19$ đối với nhóm vô tinh không do tắc.

Chiều cao trung bình của nhóm bệnh nhân là 171 ± 7 cm. Bệnh nhân thấp nhất 155 cm và cao nhất 182 cm. Cân nặng trung bình của nhóm bệnh nhân là $67,8 \pm 9,49$ kg. Nhẹ nhất là 50 kg và nặng nhất 85 kg. BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là $23,17 \pm 2,86$. Nhỏ nhất là 15,78 và lớn nhất là 28,73. Các chỉ số chiều cao, cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với dự án nghiên cứu "Điều tra cơ bản các chỉ tiêu sinh học của con người Việt Nam ở thập kỷ 90" do Bộ y tế phê duyệt, cụ thể chiều cao trung bình của nam giới nhóm tuổi 30-39 là $162,75 \pm 4,98$ cm, cân nặng trung bình của nam giới nhóm tuổi 30-39 là $52,15 \pm 5,53$ kg. Theo y văn thế giới, những bệnh nhân Klinefelter có kiểu hình điển hình là cao lớn hơn người bình thường. Đồng thời, với việc suy giảm nồng độ Testosterone nên thường mắc phải hội chứng chuyển hóa, đặc biệt là các bệnh thừa cân, béo phì, tim mạch,... do đó cần nặng những bệnh nhân cũng tăng tương đối so với người bình thường.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân KS vô tinh. Thể tích tinh hoàn trung bình bên trái và bên phải lần lượt là $1,35 \pm 0,55$ mL và $1,43 \pm 0,66$ mL. Trong đó, thể tích tinh hoàn nằm trong khoảng từ 1-2 ml chiếm đa số với tỷ lệ ~50%. Con số này thấp hơn rõ rệt

so với thể tích tinh hoàn trung bình của đàn ông trưởng thành ở Việt Nam là 12-30 mL [5]. Thông thường những người đàn ông với kiểu hình 47,XXY có thể tích tinh hoàn 1-3 mL, hiếm khi vượt quá 4 mL [6].

Nồng độ FSH trung bình là $34,01 \pm 22,45$ mIU/mL và nồng độ Testosterone trung bình là $5,46 \pm 5,05$ ng/mL. Đối với bệnh nhân KS, nồng độ Testosterone suy giảm gặp trong khoảng 80% bệnh nhân, trong khi nồng độ FSH và LH tăng hơn mức bình thường, đặc biệt là nồng độ FSH có thể tăng rất cao. Điều này có thể giải thích được do tinh hoàn ở nhóm bệnh nhân KS teo nhỏ và bị tổn thương, dẫn đến quá trình sản xuất Testosterone và Inhibin trong tinh hoàn không thể diễn ra, qua đó gây ra sự phóng thích FSH, LH ở tuyến yên không kiểm soát, dẫn đến nồng độ hai hormone này tăng cao.

4.3. Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở bệnh nhân KS vô tinh. Hiện nay trên thế giới micro TESE là phương pháp thu tinh trùng hiệu quả nhất trên nhóm bệnh nhân KS. Phương pháp này có tỷ lệ thành công cao hơn, ngoài ra an toàn hơn và khối lượng mô tinh hoàn lấy ra ít hơn [7], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thu tinh trùng thành công là 24%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu tổng quan của nhóm tác giả Corona và cộng sự (2017) là 43%. Có thể với cỡ mẫu còn ít nên chúng tôi cần thu thập thêm số liệu để có đánh giá đầy đủ hơn về tính ưu việt của phương pháp micro TESE.

V. KẾT LUẬN

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ TRƯỞNG THÀNH NOÃN KÉP VÀ TRƯỞNG THÀNH NOÃN BẰNG HCG ĐƠN THUẦN Ở BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM

Đoàn Thị Hằng¹, Đỗ Ngọc Lan¹,
Trịnh Thế Sơn¹, Nguyễn Minh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả số noãn thu được, số noãn trưởng thành và kết quả tạo phôi giữa hai nhóm gây trưởng thành noãn bằng hCG (Human Chorionic

Qua các nghiên cứu trên 25 bệnh nhân KS chúng tôi nhận thấy: Có những đặc điểm lâm sàng điển hình như thân hình cao lớn, thể tích tích hoàn teo nhỏ; nồng độ hormone FSH, LH tăng rất cao. Phương pháp điều trị vi phẫu micro TESE có hiệu quả khá tốt với tỷ lệ thu tinh trùng là 24%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thành Như** (2010). Nam khoa lâm sàng. Nhà xuất bản tổng hợp Tp Hồ Chí Minh, 24–34.
2. **Trịnh Thế Sơn** (2011). Nghiên cứu đặc điểm hình thái ống sinh tinh của bệnh nhân không có tinh trùng trong tinh dịch, đánh giá hiệu quả một số phương pháp hỗ trợ sinh sản. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. **Bernie A.M., Mata D.A., Ramasamy R. và cộng sự.** (2015). Comparison of microdissection testicular sperm extraction, conventional testicular sperm extraction, and testicular sperm aspiration for nonobstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1099–1103.e3.
4. **De Braekeleer M. và Dao T.N.** (1991). Cytogenetic studies in male infertility: a review. *Hum Reprod*, 6(2), 245–250.
5. **Esteves S., Miyaoka R., Orosz J. và cộng sự.** (2013). An update on sperm retrieval techniques for azoospermic males. *Clinics*, 68(S1), 99–110.
6. **Flannigan R., Bach P.V., và Schlegel P.N.** (2017). Microdissection testicular sperm extraction. *Transl Androl Urol*, 6(4), 745–752.
7. **Nieschlag E., Behre H.M., Wieacker P. và cộng sự.** (2010). Disorders at the Testicular Level. *Andrology: Male Reproductive Health and Dysfunction*. Springer, Berlin, Heidelberg, 193–238.
8. **Vander Borgh M. và Wyns C.** (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem*, 62, 2–10.

¹Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm: Đoàn Thị Hằng

Email: doanthihang@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

Gonadotropin) đơn thuần và hCG kết hợp GnRH agonist (GnRHa) ở nhóm bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 64 bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém làm thụ tinh ống nghiệm tại Viện Mô phôi lâm sàng quân đội, Học viện Quân y được chia làm hai nhóm. **Kết quả:** Số noãn trưởng thành ($3,31 \pm 1,15$ và $2,47 \pm 1,48$, $p=0,013$) số noãn thụ tinh ($2,63 \pm 0,98$ và $1,86 \pm 1,39$, $p = 0,015$) số phôi ngày 3 ($2,62 \pm 1,04$ và $1,84 \pm 1,42$, $p=0,015$), số phôi ngày 5 ($1,97 \pm 1,00$ và $1,06 \pm 1,27$, $p = 0,002$). **Kết luận:** Phác đồ gây trưởng thành noãn kép

cho thấy làm tăng số lượng noãn thu được, số lượng noãn trưởng thành và số lượng phôi thu được hơn so với sử dụng hCG đơn thuần trên nhóm đáp ứng buồng trứng kém. **Từ khóa:** trưởng thành noãn kép, hCG, đáp ứng buồng trứng kém.

SUMMARY

EFFICACY OF DUAL OOCYTE MATURATION REGIMEN AND OOCYTE MATURATION BY HCG ALONE ON POOR OVARIAN RESPONSE

Objective: To compare the results of the number of retrieved oocytes, the number of mature oocytes and the number of embryos with the two groups that received dual-trigger with human Chorionic Gonadotropin (hCG) plus GnRH-agonist (GnRHa) and only hCG trigger for final oocyte maturation on poor ovarian response in IVF cycles. **Methods:** The study was carried out on 64 patients with poor ovarian response undergoing IVF at the Military Institute of clinical Embryology and Histology, Vietnam Military Medical University, divided into two groups. **Results:** Number of mature oocytes (3.31 ± 1.15 vs 2.47 ± 1.48 , $p=0.013$), number of fertilized oocytes (2.63 ± 0.98 vs 1.86 ± 1.39 , $p=0.015$), number of day 3 embryos (2.62 ± 1.04 vs 1.84 ± 1.42 , $p=0.015$), number of day 5 embryos (1.97 ± 1.00 vs 1.06 ± 1.27 , $p=0.002$). **Conclusion:** Dual oocyte maturation regimen was shown to increase the number of retrieved oocytes, the number of mature oocytes and the number of embryos obtained compared with using hCG alone in the poor ovarian response group.

Keywords: dual oocyte maturation, hCG, poor ovarian response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chu kỳ kích thích buồng trứng, khởi động trưởng thành noãn được kích hoạt bởi hCG (gonadotropin màng đệm ở người) có tác dụng như một chất thay thế cho sự gia tăng LH tự nhiên nhằm tạo ra hoàng thể các tế bào hạt, khôi phục lại quá trình giảm phân và sự trưởng thành của noãn [1]. Khởi động trưởng thành noãn được nghiên cứu trong nhiều thập kỷ nhằm mục đích cải thiện kết quả của chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm. Quá trình rụng trứng có thể được kích hoạt bởi chất chủ vận GnRH có tác dụng kích thích giải phóng hormone nội sinh (chủ yếu là FSH và LH) cần cho sự trưởng thành nang trứng [2]. Một số nghiên cứu mới đây sử dụng phác đồ gây trưởng thành noãn bằng cách phối hợp chất chủ vận GnRH cùng với hCG nhằm tăng tỷ lệ noãn trưởng thành và chất lượng nang trứng [3]. Sử dụng phác đồ dual trigger đối với các trường hợp kích thích buồng trứng có nguy cơ quá kích buồng trứng đối với phụ nữ có đáp ứng cao kích thích buồng trứng làm giảm tỉ lệ quá kích buồng trứng [4]. Trên thế giới, một vài tác giả đã báo cáo kết quả hứa hẹn của phác đồ trưởng thành noãn kép trên các đối tượng đáp

ứng buồng trứng kém cho kết quả cải thiện số lượng trứng, trứng trưởng thành, tỉ lệ thụ tinh, số lượng phôi [5], [6].

Các nghiên cứu sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng kép trên đối tượng đáp ứng kém với buồng trứng tại Việt Nam còn chưa nhiều. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu so sánh hai phác đồ kích thích buồng trứng bằng hCG đơn thuần và kích thích buồng trứng kép bao gồm GnRHa phối hợp hCG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm thực hiện trên nhóm phụ nữ đáp ứng buồng trứng kém từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 được lựa chọn vào 2 nhóm: Trưởng thành noãn bằng hCG và hCG kết hợp với GnRH agonist (GnRHa).

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém theo tiêu chuẩn của POSEIDON III, IV ($AFC < 5$, $AMH < 1,2$ ng/ml)

+ Các chu kỳ sử dụng phác đồ antagonist để kích thích buồng trứng.

+ Bệnh nhân được nuôi phôi đến giai đoạn phôi nang.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Lạc nội mạc tử cung

+ Các khối u buồng trứng

+ Tiền sử phẫu thuật vùng chậu

+ Bất thường đường sinh dục và tử cung

+ Bệnh nhân hiến noãn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có so sánh.

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}]^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm
 $z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$z_{1-\beta}$: Hệ số lực mẫu, với lực mẫu 80% ($\beta = 0,20$) thì $z_{1-\beta} = 0,84$

P_1 và P_2 là tỷ lệ thụ tinh của noãn ước đoán của 2 nhóm so sánh

$P_1 = 0,586$, $P_2 = 0,88 \Rightarrow n = 31,58$, lấy mỗi nhóm 32

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Phác đồ kích thích buồng trứng và thu nhận noãn: Các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm đều kích thích buồng trứng sử dụng phác đồ Antagonist bắt đầu từ ngày 2 hoặc ngày 3 chu kỳ kinh, sử dụng recombinant Follicle Stimulating Hormone (rFSH) (Gonal F với liều 150 - 275IU,

Merck Serono S.p.A – Italy). Sau khi tiêm đến ngày 6 được bổ sung GnRHa (Cetrotide®, 250µg, Merck Serono) và duy trì tới ngày trigger (ngày gây trưởng thành noãn). Bệnh nhân được trưởng thành noãn khi có 2 nang kích thước từ 18mm hoặc 3 nang kích thước từ 17mm trở lên. Nhóm dual trigger sử dụng phối hợp Ovitrelle®, 250µg, Merck Serono và Diphereline®, 0,2mg, Ipsen Pharma Biotech đều sử dụng đường tiêm dưới da. Nhóm hCG đơn thuần sử dụng Ovitrelle®, 250µg, Merck Serono tiêm dưới da. Sau 36h, tiến hành chọc hút noãn đối với tất cả bệnh nhân dưới hướng dẫn của siêu âm.

Đánh giá chất lượng noãn, quy trình ICSI và nuôi phôi: Noãn được đánh giá và phân loại theo độ trưởng thành: noãn trưởng thành (MII), noãn chưa trưởng thành (MI, GV), noãn thoái hóa (TH).

Noãn trưởng thành sẽ được thực hiện ICSI (Intra-cytoplasmic Sperm Injection - tiêm tinh trùng vào bào tương noãn) tại thời điểm 39 – 41 giờ sau khi khởi động trưởng thành noãn.

Sau 16 – 18 giờ thực hiện kỹ thuật ICSI, những noãn thụ tinh bình thường được nuôi đến giai đoạn phôi ngày 5 trong môi trường LP (Life

Global) ở tủ Minibenchtop (BT37, Origio).

Phôi ngày 5 được phân loại dựa trên đánh giá đồng thuận Alpha của hiệp hội ESHRE 2011. Phôi ngày 5 tốt là phôi có độ giãn nở ≥ 3 và phân loại ICM và TE là: AA, AB, BA.

2.2.3. Các chỉ tiêu đánh giá:

- Số nang thứ cấp siêu âm ngày 2 chu kỳ kinh (nang AFC)
- AMH (ng/ml)
- Tổng số noãn
- Số noãn MII
- Số noãn thụ tinh
- Số phôi ngày 3
- Số phôi ngày 5 tốt
- Số phôi ngày 5 trung bình
- Số phôi ngày 5 kém.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình STATA 14.0. Giá trị của các trị số được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh 2 giá trị trung bình sử dụng test t-student. So sánh 2 tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi bình phương (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$ trong các so sánh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nhóm đáp ứng buồng trứng vừa

Đặc điểm	Nhóm	hCG trigger (N=32)	Dual trigger (N=32)	p
Tuổi (năm)		36,91 \pm 5,95	38,56 \pm 4,94	0,230
BMI (kg/m ²)		22,04 \pm 0,64	21,91 \pm 1,41	0,654
Loại vô sinh (năm)				
Nguyên phát (Loại I)		10/32 (31,25%)	6/32 (18,75%)	0,248
Thứ phát (Loại II)		22/32 (68,75%)	26/32 (81,25%)	
Thời gian vô sinh (năm)		6,03 \pm 4,24	6,06 \pm 4,30	0,977
AFC (nang)		2,9 \pm 0,29	3,2 \pm 0,25	0,430
AMH (ng/ml)		0,99 \pm 0,25	1,02 \pm 0,19	0,609

Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và dự trữ buồng trứng giữa hai nhóm.

Bảng 2. Liều thuốc, số ngày, số nang ngày trigger

Đặc điểm	Nhóm	hCG trigger (N=32)	Dual trigger (N=32)	p
Liều đầu FSH (IU)		214,06 \pm 39,11	244,53 \pm 44,78	0,052
Số ngày KTBT (ngày)		10,13 \pm 0,71	9,88 \pm 0,71	0,162

Không có sự khác biệt về liều đầu FSH cũng như số ngày kích thích buồng trứng ở hai nhóm nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm về kết quả noãn, phôi thu được

Bảng 3. Kết quả noãn, phôi

Nhóm	Đặc điểm	hCG trigger (N=32)	Dual trigger (N=32)	p
	Tổng số noãn (noãn)	2,97 \pm 1,55	3,72 \pm 1,37	0,045
	Số noãn MII (noãn)	2,47 \pm 1,48	3,31 \pm 1,15	0,013
	Số noãn thụ tinh	1,86 \pm 1,39	2,63 \pm 0,98	0,015
	Số phôi N3	1,84 \pm 1,42	2,62 \pm 1,04	0,015

Số phôi N5	1,06 ± 1,27	1,97 ± 1,00	0,002
Số phôi tốt N5	0,38 ± 0,91	0,69 ± 0,78	0,145
Số phôi trung bình N5	0,53 ± 0,67	0,81 ± 0,69	0,104
Số phôi kém N5	0,16 ± 0,37	0,47 ± 0,62	0,017

Tổng số noãn thu được, số noãn MII, số noãn thụ tinh và số phôi ngày 3, phôi ngày 5 ở nhóm gây trưởng thành noãn bằng phác đồ trưởng thành noãn kép cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm gây trưởng thành noãn bằng hCG đơn thuần. Phân loại chất lượng phôi ngày 5 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên nhóm đáp ứng buồng trứng kém và so sánh giữa hai phác đồ gây trưởng thành noãn bằng hCG đơn thuần và phác đồ trưởng thành noãn kép (hCG và GnRH agonist). Các kết quả chúng tôi so sánh bao gồm: số lượng noãn, số lượng noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh, số lượng phôi ngày 3, ngày 5 ở hai nhóm. Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém theo tiêu chuẩn POSEIDON nhóm 3, 4 với số lượng AFC < 5. Về thiết kế nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp lâm sàng, có đối chứng. Điều này đảm bảo tính đồng nhất của nghiên cứu và hạn chế tối đa các yếu tố nhiễu ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như những đặc điểm về kích thích buồng trứng là như nhau giữa nhóm trưởng thành noãn bằng hCG đơn thuần và nhóm trưởng thành noãn kép.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trưởng thành noãn kép làm tăng số lượng noãn, số lượng phôi trên nhóm bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém. Cụ thể, số lượng noãn thu được, số lượng noãn MII và số lượng phôi ngày 3, phôi ngày 5 ở nhóm trưởng thành noãn kép cao hơn trên những bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém (Bảng 3). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu tiến hành trên các đối tượng giảm dự trữ buồng trứng hoặc có đáp ứng buồng trứng kém. Chern và cs (2020) tiến hành trên 384 chu kỳ IVF thuộc nhóm POSEIDON 4, ghi nhận nhóm trưởng thành noãn kép thu được tổng số noãn, số noãn trưởng thành cũng như số phôi ngày 3 cao hơn. Thêm vào đó, nhóm tác giả này còn chứng minh tỷ lệ thai lâm sàng (23,1% so với 8,7%, $p = 0,004$) và thai sinh sống (17,5% so với 5,4%, $p = 0,006$) cũng được cải thiện khi bệnh nhân được trưởng thành noãn kép [5]. Trong một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu khác với 1389 chu kỳ IVF đáp ứng tiêu chuẩn Bologna, Zhang và cs (2017) cũng báo cáo số

lượng tế bào noãn thu được và noãn trưởng thành cao hơn đáng kể ($p < 0,001$) ở nhóm được trưởng thành noãn kép [6].

Bên cạnh đó, cũng đã có một số nghiên cứu ghi nhận phác đồ trưởng thành noãn kép không thực sự cải thiện kết quả noãn phôi cũng như kết quả có thai ở chu kỳ IVF trên nhóm đối tượng đáp ứng buồng trứng kém này. Eser và cs (2018), trong một nghiên cứu đối chứng bao gồm 47 trường hợp trưởng thành noãn kép và 62 trường hợp trưởng thành với hCG đáp ứng tiêu chí Bologna về đáp ứng buồng trứng kém, đã phát hiện không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm liên quan đến tổng số noãn thu được, số noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh, số lượng phôi, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai lâm sàng cũng như thai tiến triển [7].

Đã có nhiều giả thuyết được đưa ra nhằm giải thích cho việc kết quả ở nhóm trưởng thành noãn kép tốt hơn, có thể do sự giải phóng của các đỉnh FSH và LH sinh lý dưới tác động của GnRHa. Đỉnh FSH kích thích hình thành các receptor LH trong giai đoạn hoàng thể hóa tế bào hạt thúc đẩy sự trưởng thành noãn và sự giãn rộng của khối cumulus. Bên cạnh đó, FSH kích thích hoạt động hoạt hóa plasminogen chuyển thành plasmin là một enzyme tiêu protein có tác dụng làm yếu vỏ nang noãn tạo điều kiện cho quá trình phóng noãn được dễ dàng hơn [8]. Kết quả này củng cố bằng chứng lâm sàng cho việc đưa ra chỉ định trưởng thành noãn kép ở nhóm đáp ứng buồng trứng kém nhằm tối đa hóa số lượng noãn phôi, từ đó giúp bệnh nhân tăng thêm cơ hội mang thai. Tuy vậy, nghiên cứu còn có hạn chế là cỡ mẫu nhỏ và là nghiên cứu hồi cứu, chưa đánh giá được đến kết quả có thai, do đó trong tương lai cần tiếp tục mở rộng cỡ mẫu cũng như theo dõi kết quả có thai – mục tiêu điều trị của các chu kỳ thụ tinh ống nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ gây trưởng thành noãn kép cho thấy làm tăng số lượng noãn thu được, số lượng noãn trưởng thành và số lượng phôi thu được hơn so với sử dụng hCG đơn thuần trên nhóm đáp ứng buồng trứng kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ludwig M., Doody K.J., và Doody K.M. (2003). Use of recombinant human chorionic

- gonadotropin in ovulation induction. Fertil Steril, 79(5), 1051–1059.
2. **Gonen Y., Balakier H., Powell W. và cộng sự.** (1990). Use of gonadotropin-releasing hormone agonist to trigger follicular maturation for in vitro fertilization. J Clin Endocrinol Metab, 71(4), 918–922.
 3. **Orvieto R.** (2015). A simplified universal approach to COH protocol for IVF: ultrashort flare GnRH-agonist/GnRH-antagonist protocol with tailored mode and timing of final follicular maturation. J Ovarian Res, 8, 69.
 4. **Sa L.V.N., Hùng L.V., Thông P.C.Q. và cộng sự.** (2018). Hiệu quả của dual trigger (GnRH agonist + hCG liều thấp) trên kết cục IVF và dự phòng quả kích buồng trứng ở bệnh nhân đáp ứng cao với kích thích buồng trứng sử dụng phác đồ GnRH antagonist. 1, 16(2), 120–127.
 5. **Chern C.-U., Li J.-Y., Tsui K.-H. và cộng sự.** (2020). Dual-trigger improves the outcomes of in vitro fertilization cycles in older patients with diminished ovarian reserve: A retrospective cohort study. PLoS One, 15(7), e0235707.
 6. **Zhang J., Wang Y., Mao X. và cộng sự.** (2017). Dual trigger of final oocyte maturation in poor ovarian responders undergoing IVF/ICSI cycles. Reprod Biomed Online, 35(6), 701–707.
 7. **Eser A., Devranoglu B., Bostanci Ergen E. và cộng sự.** (2018). Dual trigger with gonadotropin-releasing hormone and human chorionic gonadotropin for poor responders. J Turk Ger Gynecol Assoc, 19(2), 98–103.
 8. **Zelevnik A.J., Midgley A.R., và Reichert L.E.** (1974). Granulosa cell maturation in the rat: increased binding of human chorionic gonadotropin following treatment with follicle-stimulating hormone in vivo. Endocrinology, 95(3), 818–825.

ĐỘ TIN CẬY CỦA NGHIỆM PHÁP 1STST TRONG ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG GẮNG SỨC Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thành Luân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ tin cậy của nghiệm pháp đứng lên - ngồi xuống trong 1 phút (1STST) trong đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích kết quả kiểm tra-kiểm tra lại 1STST ở 122 người bệnh COPD tại 2 thời điểm: lần khám đầu tiên của bệnh nhân và sau 1 tháng tái khám để đánh giá tính lặp lại và độ tin cậy của nghiệm pháp. Ngoài ra, tại mỗi thời điểm, các đối tượng lặp lại bài kiểm tra 1STST sau khoảng thời gian 30p - 1 giờ. Như vậy, mỗi người bệnh sẽ thực hiện tổng cộng 4 lần nghiệm pháp. **Kết quả và kết luận:** 1STST là nghiệm pháp có độ tin cậy cao để đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD, không có hiệu ứng học tập.

Từ khóa: Nghiệm pháp 1STST, COPD, hiệu ứng học tập, độ tin cậy

SUMMARY

RELIABILITY OF THE 1STST IN ASSESSMENT OF EXERCISE IN COPD PATIENTS

Objective: To determine the reliability of the 1-minute sit to stand test (1STST) in assessing exercise capacity in COPD patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive, test – retest analysis of 1STST in 122 COPD patients at 2- time points: at the patient's first visit and after 1 month to evaluate the repeatability and reliability of the test. In addition, at

each time-point, subjects repeated the STST test after an interval of time of 30-60 min. Thus, a total of 4 test occasion is scheduled. **Results and conclusions:** 1STST is a very reliable test to assess exercise capacity in COPD patients, with no learning effect

Keywords: 1STST test, COPD, learning effect, reliability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là vấn đề sức khỏe toàn cầu¹. Đây là bệnh phổ biến ở Việt Nam cũng như tất cả các nước trên thế giới với tần suất mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cao và ngày một tăng do tình trạng hút thuốc lá, thuốc lào và ô nhiễm môi trường gia tăng. Người bệnh COPD thường bị giảm khả năng hoạt động chức năng do suy giảm chức năng phổi tiến triển và yếu cơ. Nó dẫn đến sự giảm khả năng hoạt động chức năng cùng với sự gia tăng của trầm cảm, và dẫn đến tiên lượng kém hơn và số đợt cấp cao hơn ở nhóm người bệnh này. Hiện tại, hướng dẫn GOLD 2018 ủng hộ rằng cải thiện tình trạng chức năng nên là một mục tiêu trong điều trị COPD. Vì vậy, đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD có vai trò vô cùng quan trọng và cần thiết để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp và theo dõi tiến triển của bệnh. Trong thực hành lâm sàng, tình trạng chức năng có thể được đo bằng nhiều phương pháp khác nhau. Các bài kiểm tra gắng sức tiêu chuẩn vàng như nghiệm pháp gắng sức tim phổi CPET, bài kiểm tra đi bộ 6 phút (6MWT) và bài kiểm tra đi bộ kiểu con thoi tăng tiến

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng
 Email: thuhanghmtu@gmail.com
 Ngày nhận bài: 11.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
 Ngày duyệt bài: 23.11.2023

(ISWT) còn tồn tại nhiều hạn chế về mức chi trả, thời gian, không gian và nguồn lực để thực hiện. Bài kiểm tra gắng sức tim phổi CPET phải thực hiện trong phòng thí nghiệm và chi phí cao. Bài kiểm tra 6MWT yêu cầu một hành lang dài 30m, không có chướng ngại vật, trong khi ISWT yêu cầu một chặng đường 10m và cả hai đều yêu cầu đi bộ lặp lại vào một ngày khác hoặc sau khi nghỉ ngơi đầy đủ trong cùng một ngày để tính đến hiệu quả của thử nghiệm. Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã bắt đầu điều tra sự phát triển của các bài kiểm tra đơn giản và dễ tiến hành hơn. Trong số đó nghiệm pháp đứng lên - ngồi xuống trong 1 phút (1STST) là nghiệm pháp được đề xuất rộng rãi ở người bệnh COPD. Có rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính giá trị của 1STST, hiện có ít nghiên cứu về hiệu quả học tập (learning effect) và độ tin cậy của nghiệm pháp và ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về 1STST trên người bệnh COPD. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định độ tin cậy của nghiệm pháp đứng lên - ngồi xuống trong 1 phút trong đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh COPD đến khám tại phòng khám hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương và bệnh viện nhân dân Gia Định.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Người bệnh được chẩn đoán COPD ổn định thuộc tất cả các nhóm (A đến D) theo hướng dẫn của Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD), độ tuổi từ 40-79 tuổi.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đợt cấp trong vòng 4 tuần trước; phẫu thuật chi dưới trong vòng 3 tháng trước; hạn chế vận động chi dưới liên quan đến bệnh lý thần kinh, cơ xương khớp; bệnh tim không ổn định (bao gồm: nhồi máu cơ tim trong 1 tháng trước, bệnh mạch vành không ổn định hoặc đau thắt ngực trong tháng trước);

có rào cản ngôn ngữ; không thể hiểu quy trình hoặc thực hiện bài kiểm tra.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: 10/2021 -07/2022.

- Địa điểm: phòng khám hô hấp – Bv. đa khoa tỉnh Hải Dương và Bv nhân dân Gia Định.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang, mô tả.

- Chọn mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Trang thiết bị nghiên cứu: Ghế có lưng tựa, không tay vịn chiều cao 44 cm; máy đo oxy xung kẹp ngón tay; đồng hồ bấm giây; phiếu đánh giá nghiệm pháp; Ống nghe và máy đo huyết áp.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương chấp nhận và Hội đồng đạo đức của Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua số 843/HDDD-DHYD ngày 20/12/2021

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 69 (63-72) (ngưỡng 47-79), đa số là nam giới chiếm tỷ lệ 86%. Nhóm đối tượng có chỉ số BMI mức bình thường là chủ yếu (68%), nhóm gầy yếu chiếm rất ít 18,4%.

3.2. Đặc điểm bệnh lý. Theo mức độ tắc nghẽn, nhóm người bệnh có mức độ tắc nghẽn mức nhẹ và trung bình ($FEV1 \geq 50\%$) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm người bệnh tắc nghẽn mức nặng và rất nặng ($FEV1 < 50\%$), GOLD I+II là 65,6%. Theo triệu chứng bệnh, nhóm người bệnh có nhiều triệu chứng (nhóm B+D) chiếm chủ yếu với tỷ lệ 71%, trong đó người bệnh nhóm D chiếm tỷ lệ cao 39%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử nhập viện vì đợt cấp 1 năm trước đó là thấp (chiếm 24,6%), điểm khó thở mMRC chủ yếu ở mức ≥ 2 (71.3%).

3.3. Độ tin cậy của 1STST

Bảng 1: Độ tin cậy của 1STST trong hai buổi kiểm tra

	Kết quả 1STST	Kiểm tra 1	Kiểm tra 2	ICC	KTC 95%
Buổi 1 (N=122)	Số lặp lại	20 (18.8-22)	20 (19-22)	0.95	0.93-0.97
	Δ Nhịp tim	14 (12-17)	14.5 (12-18)	0.85	0.79-0.89
	Δ SpO ₂	2 (2 - 3)	3 (2 - 4)	0.91	0.88-0.94
	Điểm Borg	3.1 \pm 1.3	3.2 \pm 1.4	0.98	0.97-0.99
Buổi 2 (N=118)	Số lặp lại	20 (19-22)	20 (19-22)	0.98	0.97-0.99
	Δ Nhịp tim	15 (12-18)	14 (12,8-17)	0.83	0.76-0.88
	Δ SpO ₂	2 (2-4)	2.5 (2-4)	0.92	0.89-0.95
	Điểm Borg	3.2 \pm 1.3	3.2 \pm 1.3	1	0.97-0.99

Dữ liệu trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) và trung bình \pm độ lệch chuẩn) cho biến số liên tục

ICC: Độ tin cậy nội nhóm, P*: giá trị P của kiểm định Wilcoxon

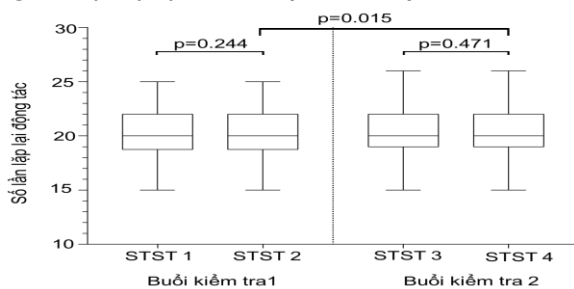
Δ Nhịp tim: chênh lệch nhịp tim trước và sau nghiệm pháp

Δ SpO₂: Chênh lệch độ bão hòa oxy trước và sau nghiệm pháp

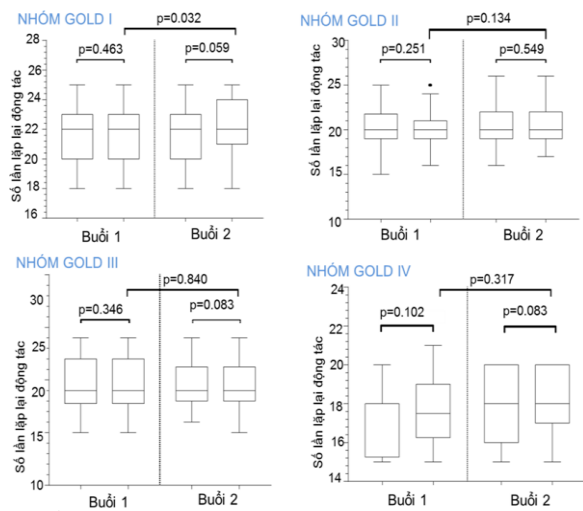
Nhận xét: Kết quả kiểm tra – kiểm tra lại trong buổi kiểm tra thứ nhất cho độ tin cậy cao. ICC của số lần lặp lại động tác đứng lên ngồi xuống là 0.95 (KTC95%: 0.93- 0.97), ICC của sự thay đổi nhịp tim là 0.85 (KTC 95%: 0.79-0.89), ICC của sự thay đổi nồng độ bão hòa oxy là 0.91 (KTC 95%: 0.88-0.94) và ICC của điểm mệt mỏi Borg là 0.98 (KTC 95%: 0.97-0.99). Kết quả kiểm tra-kiểm tra lại trong buổi kiểm tra thứ 2 cũng cho độ tin cậy tương tự với các chỉ số ICC trong khoảng 0.83-1.

3.4. Hiệu ứng học tập. Đánh giá chung trên tất cả người bệnh: chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa số lần lặp lại động tác đứng lên ngồi xuống khi kiểm tra-kiểm tra lại nghiệm pháp trong cả hai buổi kiểm tra. Sự khác biệt được quan sát thấy khi so sánh số lần lặp lại động tác của lần 2 làm nghiệm pháp và lần 4 làm nghiệm pháp thứ (P=0.015). Tuy nhiên, sự khác biệt rất nhỏ, không đáng kể (khác biệt trung bình 0,22 lần lặp lại, P<0,05). (Biểu đồ 2)

Đánh giá trên từng nhóm người bệnh có mức độ tắc nghẽn khác nhau: kết quả kiểm tra-kiểm tra lại nghiệm pháp 1STST ở các nhóm bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn từ nhẹ đến rất nặng cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hoặc sự khác biệt không đáng kể (khác biệt trung bình 0,52 lần lặp lại, p<0,05) ở nhóm bệnh nhân nhẹ (GOLD I) được tìm thấy giữa lần 2 làm nghiệm pháp và lần 4 làm nghiệm pháp, p=0,032. (Biểu đồ 3)

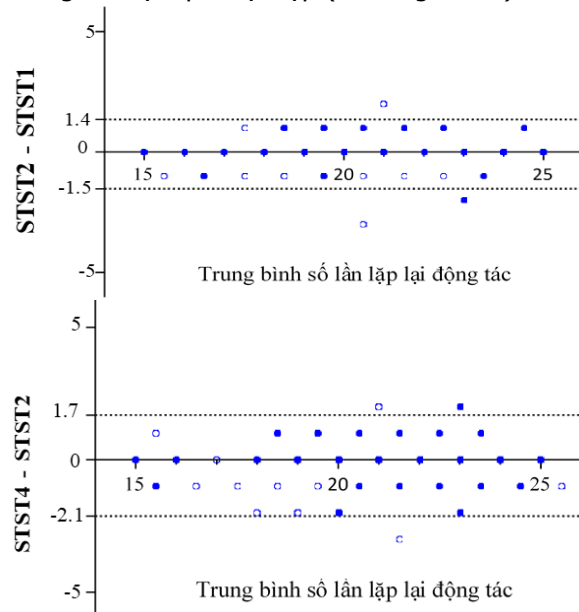


Biểu đồ 2: Kết quả 1STST trên tất cả người bệnh ở hai buổi kiểm tra



Biểu đồ 3: Kết quả 1STST trong các nhóm bệnh nhân nhẹ đến nặng ở hai buổi kiểm tra

Biểu đồ Bland-Altman cho thấy 1,96 x độ lệch chuẩn của trung bình khác biệt giữa lần thực hiện nghiệm pháp thứ nhất và thứ 2 nằm trong khoảng -1,5 đến 1,4 lần lặp lại và giữa lần 2 và lần 4 nằm trong khoảng -2,1 đến 1,7 lần lặp lại. Khi kiểm tra-kiểm tra lại chúng tôi không quan sát thấy sai số hệ thống nào, như vậy không có hiệu quả học tập (learning effect).



Biểu đồ 4: Biểu đồ Bland – Altman cho sự chênh lệch số lần lặp lại động tác trong các lần kiểm tra

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học dân số nghiên cứu. Nhóm đối tượng nghiên cứu của

chúng tôi là bệnh nhân ngoại trú, tuổi khoảng 69(63-72), tương đồng với tuổi của nhóm người bệnh COPD trong các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Reychler và cộng sự, tuổi trung bình 65,2±9, nghiên cứu của Meriem và cộng sự, tuổi trung bình 67,06±8,4... Đây cũng là mức tuổi trung bình trong dân số mắc COPD.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 86%. Đặc điểm bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ thấp (14%) trong nghiên cứu phản ánh đặc trưng về giới trong dân số COPD tại Việt Nam, điều tra tỷ lệ hiện mắc COPD ở miền Bắc Việt Nam năm 2014 nam là 10,9% và nữ là 3,9%. Ở độ tuổi trên 50, ở nam có 23,5% và nữ có 6,8% người mắc. Ở độ tuổi trên 60, tỷ lệ mắc là 47,8% trong nhóm nam giới có hút thuốc. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Nhung và cộng sự (2015) về tỷ lệ mắc COPD ở người không hút thuốc tại Việt Nam và Indonesia cho thấy, tỷ lệ mắc COPD ở nam giới là 12,9% và nữ là 4,4%. Hút thuốc lá tại Việt Nam thấp ở nữ (1,1%) và cao ở nam (45,3%) là lý do tạo khác biệt. Xét đặc điểm về giới, kết quả nghiên cứu chúng tôi có thể áp dụng cho dân số COPD tại Việt Nam.

Chỉ số BMI trong nhóm đối tượng nghiên cứu trung bình 21,6 ±3 kg/m², thấp hơn trong các nghiên cứu ở các nước Châu Âu và châu Úc, nhóm người bệnh COPD có BMI trung bình từ 23 đến 27 kg/m². Sự khác biệt có thể được giải thích, chỉ số BMI của người châu Á thường thấp hơn người da trắng. Mặt khác, theo khảo sát người bệnh ngoại trú mắc COPD tại Việt Nam thường bị suy dinh dưỡng. Chỉ số khối cơ thể là một chỉ số quan trọng cần được theo dõi ở người bệnh phổi mạn tính. Theo y văn, BMI thấp là một dự báo độc lập về tỷ lệ tử vong trong COPD. Bệnh nhân có BMI < 21,75 kg/m² có nguy cơ tử vong cao hơn. Mặt khác, BMI thấp là một yếu tố nguy cơ làm suy giảm chức năng phổi nhanh chóng, trong khi BMI cao có tác dụng bảo vệ. Theo khuyến nghị, trong quản lý người bệnh COPD ngưỡng BMI < 21 kg/m² có thể đại diện cho một điểm giới hạn hữu ích và thực tế để xác định bệnh nhân ngoại trú cần đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng toàn diện².

4.2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có mức độ khó thở đánh giá theo thang điểm mMRC chủ yếu ≥ 2 (71.3%), 24.6% có ít nhất 1 lần nhập viện vì đợt cấp trong 12 tháng qua, hạn chế luồng khí mức vừa (Post FEV1: 56% (42.8% - 72.3%) và đa số là nhóm người bệnh có nhiều triệu chứng, nguy cơ đợt cấp thấp (nhóm B) với tỷ lệ 45%. Đối

tượng nghiên cứu trong các nghiên cứu trước đó có mức độ tắc nghẽn nặng hơn.

4.3. Hiệu quả học tập và độ tin cậy. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá hiệu quả học tập và độ tin cậy kiểm tra-kiểm tra lại của 1STST tại 2 thời điểm cách nhau khoảng 1 tháng. ICC của số lần lặp lại cử động đứng lên ngồi xuống trong cả hai buổi kiểm tra lần lượt là 0,95 (KTC 95%: 0,93-0,97) và buổi kiểm tra 2, ICC 0,98 (KTC95%: 0,97-0,99). Chúng tôi không tìm thấy có hiệu quả học tập (learning effect) liên quan đến lâm sàng khi nghiệm pháp được thực hiện trong cùng ngày. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu đa trung tâm của Crook và cộng sự khi nhận thấy rằng bài kiểm tra 1STST cho thấy rất ít hiệu quả học tập với ICC ở mức 0,93 (KTC 95% 0,83-0,97) và độ tin cậy tuyệt vời khi kiểm tra lại với mức ICC 0.99 (KTC 95%: 0.97-1)³. Nghiên cứu của Reychler và cộng sự, thực hiện 2 lần lặp lại 1STST ở bệnh nhân COPD cũng cho thấy độ tin cậy là tốt với ICC cao hơn 0,9 và không có hiệu ứng học tập nào được tìm thấy⁴. Kết quả về hiệu quả học tập và độ tin cậy kiểm tra-kiểm tra lại tương tự như kết quả của chúng tôi cũng được báo cáo khi đánh giá 1STST ở bệnh nhân sau Covid-19. Các nghiên cứu 1STST trong nhóm dân số khác, cũng cho độ tin cậy của kiểm tra-kiểm tra lại (độ tin cậy tương đối) tương đối cao. Nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo ICC là 0.97 (KTC 95%: 0.94-0.98)⁵ và ở nhóm người lớn (tuổi từ 55-75) ICC là 0.8 (KTC 95%: 0.65-0.89)⁶. Trong một quần thể bệnh nhân xơ nang, kết quả của chúng tôi tương đồng về độ tin cậy của kiểm tra-kiểm tra lại ICC được báo cáo là 0,98 (KTC 95%: 0,96-0,99) nhưng lại tương phản về hiệu quả học tập⁷. Radtke và cộng sự, đã quan sát thấy hiệu quả học tập rõ ràng với mức tăng 18% hiệu suất số lần lặp lại giữa bài kiểm tra thứ nhất và lần thứ hai cách nhau 24h (tương đương tăng 8 lần lặp lại). Hiệu quả học tập cũng được quan sát thấy khi kiểm tra-kiểm tra lại 1STST ở nhóm trẻ em khỏe mạnh, số lần lặp lại giữa 2 bài kiểm tra chênh lệch trung bình 2,5 lần (KTC 95%: 1,5 - 3,5)⁸. Sự khác biệt có thể được giải thích, do sự khác nhau về độ tuổi, dân số bệnh nhân xơ nang có độ tuổi trẻ hơn nhóm dân số nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân xơ nang (tuổi trung bình 29 (25,5–36,0)) so với dân số của chúng tôi (tuổi trung bình 69 (63-72)). Mặt khác, nhóm bệnh nhân xơ nang và trẻ em khỏe mạnh thực hiện được nhiều lần lặp lại hơn đáng kể (xơ nang - trung bình 56 (48,0 - 61,5) và trẻ em - trung bình 40 ± 6) so với nhóm

bệnh nhân COPD, điều này cho thấy rằng với năng lực tập luyện cao hơn, kỹ thuật có thể ảnh hưởng nhiều hơn đến kết quả thực hiện. Ngoài ra, sự trái ngược kết quả trong nhóm trẻ em khỏe mạnh so với người lớn COPD, có thể được giải thích bởi sự khác biệt về động lực nội tại và nhận thức về thời gian giữa người lớn và trẻ em.

Chúng tôi cũng tìm thấy độ tin cậy nội bộ cao cho sự thay đổi nhịp tim, thay đổi SpO₂ và điểm khó thở Borg ngay sau nghiệm pháp. Buổi kiểm tra thứ nhất, ICC lần lượt 0.85 (KTC 95%: 0.79- 0.89) cho nhịp tim, 0.91 (KTC 95%: 0.88 - 0.94) cho thay đổi độ bão hòa oxy và 0.98 (KTC 95%: 0.97 - 0.99) cho điểm Borg. Buổi kiểm tra thứ 2 cũng cho một ICC tương tự. Độ tin cậy nội bộ của 1STST để đo các phản ứng tim mạch- hô hấp khi tập luyện không được báo cáo trong các nghiên cứu ở nhóm người bệnh COPD trước đó. Chúng tôi tìm thấy kết quả trong nghiên cứu ở trẻ em bị xơ nang, ICC cũng được báo cáo ở mức từ trung bình đến rất tốt (ICC > 0,5).

V. KẾT LUẬN

1STST là nghiệm pháp có tính tin cậy cao để đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD, không có hiệu ứng học tập. Dựa trên kết quả của chúng tôi, chúng tôi khuyến nghị việc thực hiện chỉ một lần nghiệm pháp 1STST nên được xem xét trong bối cảnh lâm sàng cũng như cho mục đích nghiên cứu và không cần đánh giá lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. May 13 2017;389 (10082):1931-1940. doi:10.1016/s0140-6736 (17)31222-9

2. Hogan D, Lan LTT, Diep DTN, Gallegos D, Collins PF. Nutritional status of Vietnamese outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2017;30(1): 83-89. doi: <https://doi.org/10.1111/jhn.12402>
3. Crook S, Büsching G, Schultz K, et al. A multicentre validation of the 1-min sit-to-stand test in patients with COPD. *The European respiratory journal*. Mar 2017;49(3) doi: 10.1183/13993003.01871-2016
4. Reyckler G, Boucard E, Peran L, et al. One minute sit-to-stand test is an alternative to 6MWT to measure functional exercise performance in COPD patients. *Clin Respir J*. Mar 2018;12(3): 1247-1256. doi:10.1111/crj.12658
5. Selles RW, Schreuders TA, Stam HJ. Mirror therapy in patients with causalgia (complex regional pain syndrome type II) following peripheral nerve injury: two cases. *Journal of rehabilitation medicine*. 2008;40(4):312-314.
6. Ritchie C, Trost SG, Brown W, Armit C. Reliability and validity of physical fitness field tests for adults aged 55 to 70 years. *J Sci Med Sport*. Mar 2005; 8(1):61-70. doi: 10.1016/s1440-2440 (05)80025-8
7. Radtke T, Hebestreit H, Puhan MA, Kriemler S. The 1-min sit-to-stand test in cystic fibrosis - Insights into cardiorespiratory responses. *Journal of cystic fibrosis: official journal of the European Cystic Fibrosis Society*. Nov 2017;16(6):744-751. doi:10.1016/j.jcf.2017.01.012
8. Reyckler G, Audag N, Mestre NM, Caty G. Assessment of Validity and Reliability of the 1-Minute Sit-to-Stand Test to Measure the Heart Rate Response to Exercise in Healthy Children. *JAMA Pediatr*. Jul 1 2019;173(7): 692-693. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.1084

Khảo sát kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh của nam giới

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Trần Nhân Nghĩa³

TÓM TẮT

Các bệnh lây qua đường tình dục (STDs) là một vấn đề y tế quan trọng của nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng kiến thức của nam giới Việt Nam về vấn đề

này còn thấp dẫn đến những hành vi tình dục không phù hợp và tỷ lệ mắc bệnh cao. Chúng tôi thực hiện khảo sát 210 nam giới đến khám tại Khoa Nam học và Y Học giới tính về kiến thức cơ bản các bệnh lây qua đường tình dục và hành vi tình dục của họ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tuổi quan hệ tình dục lần đầu trung bình là 20,9. Kiến thức về các tác nhân STDs của đối tượng tham gia nghiên cứu còn thấp, đặc biệt ở nhóm chưa quan hệ tình dục. Các yếu tố nguy cơ mắc các bệnh qua đường tình dục là quan hệ lần đầu ở độ tuổi vị thành niên (<18 tuổi), hút thuốc lá, dùng rượu bia thường xuyên, xem phim khiêu dâm, có mối quan hệ ngoài hôn nhân, và có nhiều hơn 2 đối tác. Các biện pháp tuyên truyền, giáo dục giới tính và tình dục cần phải được tăng cường để nâng cao kiến thức về các bệnh lây truyền đường tình

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

dục ở nam giới và cải thiện tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm đối tượng này và cộng đồng. **Từ khóa:** STDs, hành vi tình dục, quan hệ tình dục.

SUMMARY

INVESTIGATING KNOWLEDGE OF PATHOGENS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND FACTORS ASSOCIATED WITH CONTRACTING IN MEN

Sexually transmitted diseases (STDs) are an essential health problem in many countries, including Vietnam. Recent studies have shown that Vietnamese men's knowledge about this issue remains incomplete, leading to inappropriate sexual behaviors and high morbidity rates. We conducted a survey of 210 men at the Department of Andrology and Sexual Medicine about their basic knowledge of STDs and their sexual behavior. Our research results showed that the average age when men had their first sexual intercourse was 20.9. Knowledge about STDs of the study participants was incomplete, especially in men who had not engaged in sexual intercourse. Risk factors for STIs are having the first sexual intercourse at a teenage age (<18), smoking, frequent alcohol use, pornography use, having affairs, and having more than two sexual partners. Sexual education measures must be strengthened to improve knowledge about sexually transmitted diseases in men and decrease the prevalence of the diseases in this population and the community. **Keywords:** STDs, sexual behavior, sexual intercourse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các bệnh trùng lây qua đường tình dục (STDs) đã và đang là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Mặc dù đã có nhiều chiến lược nâng cao nhận thức của cộng đồng về an toàn tình dục, tỷ lệ mắc của các STDs không những không giảm đi mà còn có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây. Bên cạnh đó, giáo dục về sức khỏe sinh sản và tình dục ở nhà trường cho đối tượng học sinh, sinh viên còn có nhiều hạn chế. Nhiều phụ huynh, thầy cô trong nhà trường còn e ngại khi đề cập tới các vấn đề liên quan tới sức khỏe tình dục.

Ở Việt Nam, hiện tại có rất ít các nghiên cứu đánh giá về kiến thức và thái độ của cộng đồng, đặc biệt là ở nam giới. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thanh vào năm 2019 cho thấy kiến thức của sinh viên Hà Nội về quan hệ tình dục và STDs còn kém, và thái độ thì tiêu cực, e ngại, ít khi chia sẻ hay tìm hiểu về vấn đề này [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Sáu kết luận sự hiểu biết về các dạng, triệu chứng của các STDs thường gặp của bệnh nhân tại bệnh viện da liễu Trung Ương còn thấp [2]. Về nữ giới nói riêng, có các nghiên cứu thực hiện tại các khu công

ngiệp ở Bình Dương, Đồng Nai và Ba Vì cũng cho kết quả tương tự [3],[4].

Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá, kiểm chứng những kết quả của các nghiên cứu trước đây, cũng như tìm hiểu sơ bộ kiến thức về các bệnh tình dục của nam giới đến khám tại phòng khám Nam học và Y học giới tính, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Từ đó, có thể rút ra những mối liên hệ giữa hành vi tình dục, kiến thức về tác nhân gây bệnh với các bệnh lây qua đường tình dục nhằm làm tăng hiểu biết, góp phần vào mục tiêu giảm tỉ lệ STDs ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nam giới đến khám tại Khoa Nam học và Y học Giới tính, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nam giới tuổi từ 18 trở lên, đã quan hệ tình dục, có khả năng đọc hiểu, trả lời các thông tin trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành lấy mẫu thuận tiện được 210 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Quy trình nghiên cứu. Điều tra viên tiếp cận người bệnh đang chờ khám, giới thiệu thông tin nghiên cứu và mời người bệnh tham gia. Nếu người bệnh đồng ý, sẽ mời đến bàn riêng để trả lời các câu hỏi về thông tin cá nhân, tiền sử bệnh lý, hành vi tình dục, kiến thức về các tác nhân gây STDs. Sau đó, kết quả của lần khám này cũng sẽ được cập nhật trong bộ câu hỏi nghiên cứu (nếu bệnh nhân được chẩn đoán đang mắc STDs).

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata ver 25.0. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Các biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỉ lệ phần trăm. Các biến định tính được mô tả bằng giá trị trung bình. Kiểm định Chi bình phương được dùng để kiểm tra sự tương quan giữa các biến số. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho việc nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

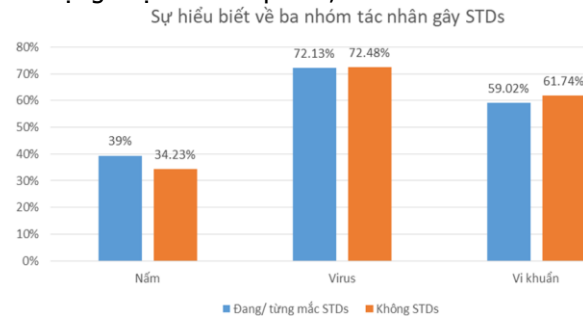
Chúng tôi thu thập thông tin từ 210 nam giới

đến khám trong thời gian nghiên cứu. Các đối tượng được chia làm 2 nhóm: nhóm từng có tiền sử hoặc đang mắc STDs, nhóm còn lại chưa từng bị mắc STDs.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Đang/từng mắc STDs		Không STDs		p
		N	%	N	%	
Khu vực sống	Nông thôn	24	39,34	67	44,97	0,751
	Thành thị	35	57,38	78	52,35	
	Miền núi	2	3,28	4	2,68	
Học vấn	Dưới THPT	22	36,07	54	36,24	0,981
	Trên THPT	39	63,93	95	63,76	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	8	13,11	23	15,44	0,006
	Công chức, HSSV	9	14,75	52	34,9	
	Kinh doanh, tự do	44	73,12	74	49,66	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	36	59,02	77	51,68	0,45
	Có gia đình	25	40,98	70	46,98	
	Li dị, góa	0	0	2	1,34	
Người sống cùng	Một mình	43	70,49	109	73,15	0,868
	Gia đình	9	14,75	22	14,77	
	Bạn bè, người quen	9	14,75	18	12,08	
Hút thuốc lá	Không	24	39,34	108	72,48	<0,001
	Có	37	60,66	41	27,52	
Ma túy	Không	59	96,72	145	97,32	0,815
	Có	2	3,28	4	2,68	
Thường xuyên sử dụng rượu bia	Không	30	49,18	116	77,85	<0,001
	Có	31	50,82	33	22,15	

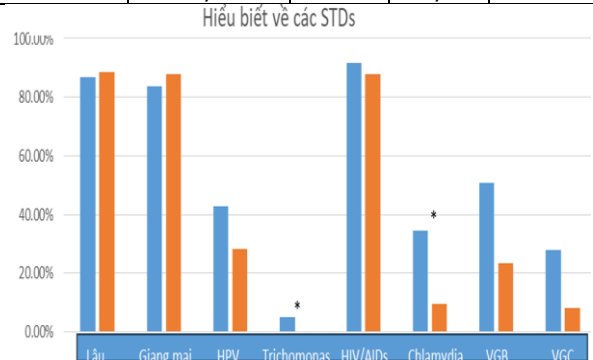
Nhận xét: Tuổi trung bình của 2 nhóm lần lượt là $28,2 \pm 5,9$ và $28,3 \pm 5,8$ với trung bình tuổi quan hệ lần đầu là 20,9. Tỷ lệ những người làm kinh doanh hoặc công việc tự do nhiễm STDs cao hơn hẳn nhóm không nhiễm (73,12% so với 49,66% và $p = 0,006$). Ngoài ra, nhóm hút thuốc lá và sử dụng rượu bia thường xuyên cũng có tỷ lệ mắc STDs cao hơn nhóm không hút thuốc và ít sử dụng rượu bia với $p < 0,001$.



Biểu đồ 1: Sự hiểu biết về ba nhóm tác nhân gây STDs của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm hành vi tình dục của các đối tượng

Đặc điểm		Đang/từng mắc STDs		Không STDs		p
		N	%	N	%	
Tuổi lần đầu quan hệ	<18	5	8,2	3	2,01	0,034
	>18	56	91,8	146	97,99	
Chung thủy với 1 đối tác	Không	27	44,26	23	16,55	<0,001



Biểu đồ 2: Sự hiểu biết về từng tác nhân gây STDs của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ những đối tượng nghiên cứu biết về 3 nhóm tác nhân gây STDs và 3 bệnh lậu, giang mai, HIV gần như không có sự khác biệt ở 2 nhóm đối tượng. Tuy nhiên, về các STDs cụ thể thì nhóm đang/từng mắc STDs có sự hiểu biết về tác nhân như HPV, Trichomonas, Chlamydia, viêm gan B, C cao hơn hẳn nhóm chưa từng mắc STDs.

trong 12 tháng	Có	34	55,74	116	83,45	
Sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần nhất	Không	24	39,34	63	45,65	0,408
	Có	37	60,66	75	54,35	
Có sử dụng chất kích thích trước quan hệ	Không	45	73,77	99	71,74	0,768
	Có	16	26,23	39	28,26	
Có sử dụng rượu bia trước quan hệ	Không	37	60,66	100	72,46	0,097
	Có	24	39,34	38	27,54	
Xem phim khiêu dâm	Không	31	50,85	98	71	0,006
	Có	30	49,18	40	28,99	
Quan hệ với gái mại dâm	Không	37	60,66	81	54,73	0,432
	Có	24	39,34	67	45,27	
Quan hệ với các đối tác không an toàn	Không	6	9,84	107	74,31	<0,001
	Có	55	90,16	37	25,69	
Số đối tác không an toàn	<2	27	44,26	129	86,58	<0,001
	≥2	34	55,74	20	13,42	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân quan hệ tình dục lần đầu sớm (<18 tuổi) có tỉ lệ nhiễm STDs cao hơn những người quan hệ tình dục lần đầu sau 18 tuổi ($p = 0,034$). Những bệnh nhân không chung thủy với 1 đối tác trong 12 tháng gần đây, có quan hệ với các đối tác không an toàn (người yêu cũ, đối tác làm ăn, bạn, người quen), và có số đối tác không an toàn ≥ 2 có tỉ lệ nhiễm STDs cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân còn lại với p đều $< 0,001$. Ngoài ra, cũng có sự khác biệt có ý nghĩa ở tỉ lệ mắc STDs giữa nhóm xem phim khiêu dâm và nhóm không xem, 49,18% so với 28,99% với $p = 0,006$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 210 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, có 202 bệnh nhân đã quan hệ tình dục với độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu là 20,9. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đó cũng tại Khoa Nam học và Y học giới tính, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1-9/2020 của Vũ Thái Hoàng là 21 tuổi [5]. Đây là độ tuổi mà nam giới đã trưởng thành cả về thể chất và nhận thức. Nhiều người đã có cuộc sống độc lập, tự đưa ra các quyết định, trong đó có việc quan hệ tình dục. Trong các nhóm ngành nghề, các đối tượng làm kinh doanh, tự do có tỉ lệ mắc STDs là cao nhất (73% so với 49% ở nhóm không mắc), có thể do đặc thù nghề nghiệp phải gặp gỡ nhiều đối tác, sắp xếp giờ giấc linh động, cũng như có nên dễ dàng mở rộng các mối quan hệ, dẫn đến tình dục không an toàn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shendré và cộng sự báo cáo rằng nhóm lao động tự do có nguy cơ lây nhiễm STDs cao nhất. Các tác giả chỉ ra rằng, nhóm lao động này do yêu cầu công việc phải thường xuyên di chuyển xa gia đình, ra xa khỏi khu vực sinh sống nên cởi mở hơn trong vấn đề tình dục với những đối tác mới [6].

Trong nghiên cứu này, nhóm đối tượng hút thuốc lá cũng như thường xuyên sử dụng rượu bia có tỉ lệ mắc STDs cao hơn nhóm không hút thuốc và không sử dụng rượu bia thường xuyên. Trên thế giới, nghiên cứu của Mackenzie cũng ghi nhận kết quả tương tự với tỉ lệ đối tượng mắc STDs hút thuốc lá, dùng chất kích thích, sử dụng đồ uống có cồn cao hơn nhóm không dùng [7]. Nghiên cứu của Ronni Wolf chỉ ra hút thuốc có thể làm tăng nguy cơ mắc STDs vì nó làm giảm sức đề kháng của người hút do làm giảm đáp ứng của kháng thể và thay đổi hoạt động của các tế bào bạch cầu [8]. Đối tượng thường xuyên sử dụng rượu bia có tỉ lệ nhiễm STDs là 50,2% so với 22% ở nhóm còn lại, điều này có thể lí giải do khi dùng rượu bia, các đối tượng này khó kiểm soát hành vi của mình, dễ dẫn đến quan hệ tình dục không an toàn. Ngoài ra, việc thường xuyên sử dụng rượu bia có thể dẫn đến những hệ lụy trên các hệ thống cơ quan, trong đó có hệ miễn dịch, làm suy giảm đáp ứng miễn dịch với các tác nhân gây viêm [9].

Về kiến thức, tỷ lệ trả lời đúng về ba nhóm tác nhân gây bệnh, cũng như hiểu biết về những STDs thường gặp là lậu, giang mai và HIV là gần như tương đương ở cả hai nhóm. Virus là tác nhân được biết đến nhiều nhất (khoảng 72%), theo sau là vi khuẩn (60%) và cuối cùng là nấm (35%). Tỉ lệ biết về lậu, giang mai, HIV của các nam bệnh nhân trong nghiên cứu là khá cao, xấp xỉ 90%, với HIV là bệnh được biết đến nhiều nhất. Kết quả này tương đồng với khảo sát trên các nữ công nhân của Kim Bảo Giang [3]. Tuy nhiên, với những tác nhân gây bệnh lây qua đường tình dục ít được đề cập trên các phương tiện truyền thông, như HPV, Trichomonas, Chlamydia, VGB, VGC thì tỉ lệ đối tượng có kiến thức về các tác nhân này còn thấp (đều <50%). Nhóm có tiền sử bị nhiễm/đang nhiễm thể hiện

sự hiểu biết vượt trội so với nhóm chưa từng nhiễm STDs (p lần lượt là 0,042; 0,006 và <0,001). Đặc biệt là *Trichomonas*, vì đây là tác nhân chủ yếu gây bệnh ở nữ giới nên nhóm nam giới chưa từng nhiễm trong nghiên cứu không ai biết về tác nhân này. Nguyên nhân của sự chênh lệch về kiến thức giữa 2 nhóm có thể do khi những bệnh nhân trong nhóm từng/đang nhiễm STDs có triệu chứng/đã được chẩn đoán bệnh thì họ mới bắt đầu quan tâm, tìm hiểu thông tin về STDs một cách kĩ lưỡng. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc, tác nhân gây bệnh có tỉ lệ nhiễm cao nhất trong những bệnh nhân nhiễm STDs là *Chlamydia* (30,46%)[10], tuy nhiên đến 90% nhóm chưa từng nhiễm STDs là không biết về tác nhân này. Điều này đặt ra yêu cầu phải truyền thông và phổ biến kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tăng cường hiểu biết của nam giới đối với những tác nhân phổ biến ở nữ giới để họ có thể chủ động phòng tránh được.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng nam giới quan hệ tình dục sớm, có nhiều đối tác làm tăng cao tỉ lệ mắc STDs (tuổi quan hệ tình dục lần đầu <18, không chung thủy trong vòng 12 tháng gần đây, có số đối tác ≥ 2), điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu trước đây của tác giả Vũ Thái Hoàng [5]. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa nhóm đã từng quan hệ tình dục với gái mại dâm và không quan hệ với gái mại dâm là không có ý nghĩa thống kê (60,6% và 54% với $p = 0,432$). Trong khi đó, tỉ lệ nhiễm STDs của các đối tượng có quan hệ tình dục với các đối tác không an toàn (bao gồm người yêu cũ, đối tác, bạn bè, người quen) là 90% so với 25% ở nhóm không có ($p < 0,001$). Những kết quả trên cho thấy nam giới chủ động sử dụng những biện pháp phòng tránh lây nhiễm khi quan hệ với đối tác có nguy cơ (gái mại dâm); tuy nhiên, nam giới lại có tâm lí chủ quan trước những đối tác tình dục là người quen, dẫn đến việc không sử dụng các biện pháp phòng tránh an toàn, góp phần làm tăng tỷ lệ mắc STDs. Điều này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chung thủy với một đối tác và việc sử dụng các biện pháp phòng tránh lây nhiễm STDs trong mọi trường hợp khi quan hệ tình dục với đối tác khác.

Nhóm xem phim khiêu dâm có tỉ lệ mắc STDs gấp đôi so với nhóm không xem (tương ứng là 49,18% và 28,99% với $p = 0,006$). Phim khiêu dâm với mục đích thu hút nhiều lượt xem thường phản ánh những hành vi không đúng với thực tế như quan hệ tình dục với nhiều đối tác,

quan hệ tình dục thô bạo và không sử dụng bao cao su. Điều này có thể dẫn đến tăng nhu cầu tình dục và các hành vi tình dục không an toàn như không sử dụng bao cao su, quan hệ với nhiều đối tác qua đó làm tăng tỉ lệ nhiễm STDs. Nghiên cứu của Mahapatra trên những nam giới Ấn Độ cho thấy những nam giới xem phim khiêu dâm có quan hệ tình dục trả tiền cao hơn (AOR: 4,2; 95% CI: 3,7–4,8), ít sử dụng bao cao su hơn (AOR: 2,3; 95% CI: 1,7–3,0) và tỉ lệ triệu chứng STDs cao hơn (AOR: 1,7; 95% CI: 1,5–1,8) nam giới ở nhóm không xem. Mỗi liên hệ giữa xem phim khiêu dâm và sự gia tăng nguy cơ mắc STDs đòi hỏi việc tăng cường giáo dục và siết chặt quản lý thể loại phim này.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về các tác nhân STDs của nam giới còn chưa đầy đủ, đặc biệt ở nhóm chưa quan hệ tình dục. Tỉ lệ nhiễm STDs tăng cao hơn ở những nam giới quan hệ tình dục lần đầu ở độ tuổi vị thành niên, không chung thủy, có nhiều bạn tình. Vì vậy, cần đẩy mạnh hơn nữa giáo dục kiến thức về STDs, cũng như an toàn tình dục, hôn nhân chung thủy một vợ một chồng trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Phương Thanh, Đào Anh Sơn, Nguyễn Hữu Đức Anh, Vũ Minh Tuấn, Nguyễn Thị Thủy Hạnh**, "Kiến thức, thái độ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục của sinh viên đại học tại Hà Nội năm 2019," *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, no. 126, pp. 129–137, 2020.
2. **S. Nguyen et al.**, "Lack of Knowledge about Sexually Transmitted Diseases (STDs): Implications for STDs Prevention and Care among Dermatology Patients in an Urban City in Vietnam," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 16, no. 6, p. 1080, Mar. 2019, doi: 10.3390/ijerph16061080.
3. **Kim Bảo Giang, Hoàng Văn Minh, Nguyễn Hữu Thắng, Đinh Thị Nhuận**, "Kiến thức về bệnh lây truyền qua đường tình dục và tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của công nhân nữ tại khu công nghiệp tỉnh Bình Dương và Đồng Nai năm 2013," *Tạp Chí Học Dự Phòng*, vol. XXIV, no. 7, p. 139, 2014.
4. **P. T. Lan, C. S. Lundborg, I. Mogren, H. D. Phuc, and N. T. K. Chuc**, "Lack of knowledge about sexually transmitted infections among women in North rural Vietnam," *BMC Infect. Dis.*, vol. 9, no. 1, p. 85, Dec. 2009, doi: 10.1186/1471-2334-9-85.
5. **Vũ Thái Hoàng, Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng**, "Mối liên quan giữa hành vi tình dục và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở nam giới," *Tạp Chí Học Việt Nam*, vol. 498, pp. 115–119, 2021.
6. **R. Tiwari and M. Shendre**, "Role of occupation as a risk factor for sexually transmitted disease: A case control study," *Indian J. Occup. Environ. Med.*, vol. 9, no. 1, p. 35, 2005, doi: 10.4103/0019-5278.16040.

7. T. D. MacKenzie, J. F. Steiner, A. J. Davidson, W. M. Marine, and F. N. Judson, "Tobacco Use and Other Risk Behaviors among Adolescents in an STD Clinic," *Prev. Med.*, vol. 27, no. 6, pp. 792–797, Nov. 1998, doi: 10.1006/pmed.1998.0359.
8. L. Arcavi and N. L. Benowitz, "Cigarette Smoking and Infection," *Arch. Intern. Med.*, vol. 164, no. 20, p. 2206, Nov. 2004, doi: 10.1001/archinte.164.20.2206.
9. V. Murali and S. Jayaraman, "Substance use disorders and sexually transmitted infections: a public health perspective," *BJPsych Adv.*, vol. 24, no. 3, pp. 161–166, May 2018, doi: 10.1192/bja.2017.14.
10. Nguyễn Hoài Bắc, Trần Văn Kiên, "Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) ở nam giới tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội," *Tạp Chí Học Việt Nam*, pp. 32–39.

HIỆU QUẢ CỦA HỢP PHƯƠNG "HUYẾT PHỦ TRỰC Ứ THANG" VÀ "ĐẠO ĐÀM THANG" TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Trần Thị Thúy Quỳnh¹, Lại Thanh Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hỗ trợ điều trị của hợp phương "Huyết phủ trực ứ thang" và "Đạo đàm thang" trong phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng, không có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. 60 người bệnh được chẩn đoán liệt vận động do đột quỵ nhồi máu não sau giai đoạn cấp được tiến hành điều trị bằng hợp phương "Huyết phủ trực ứ thang" kết hợp "Đạo đàm thang" trong 25 ngày. **Kết quả:** sau điều trị bệnh nhân có cơ lực chi trên từ bậc 3 trở lên tăng từ 25% lên 76,7%; cơ lực chi dưới từ bậc 3 trở lên tăng từ 28,3 % lên 96,7%. Điểm Barthel tăng từ 27,58 ± 13,45 điểm lên 72,33 ± 16,12 điểm, cải thiện độ liệt theo thang điểm Rankin: 21,7% có kết quả dịch chuyển độ Rankin loại tốt; 58,3% loại trung bình và 20% bệnh nhân loại kém. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Hợp phương "Huyết phủ trực ứ thang" và "Đạo đàm thang" có hiệu quả trong điều trị phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. **Từ khóa:** Huyết phủ trực ứ thang; Đạo đàm thang; Phục hồi chức năng vận động, Nhồi máu não

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THE COMBINATION OF "HUYET PHU TRUC U THANG" AND "DAO DAM THANG" IN RESTORING MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AFTER ACUTE PHASE

Objective: To assess the therapeutic outcomes of the combined application of "Huyet phu truc u

thang" and "Dao dam thang" in rehabilitating motor functions among patients with ischemic stroke after acute phase. **Subjects and Methods:** The study was designed as a clinical intervention trial, utilizing a pre- and post-treatment comparative approach. Comprising 60 patients diagnosed with motor paralysis due to ischemic stroke after the acute phase, who were treated with the researched combination of "Huyet phu truc u thang" and "Dao dam thang." **Results:** After 25 days of treatment, patients with upper limb strength at level 3 or above increased from 25% to 76.7%, and patients with lower limb strength at level 3 or above increased from 28.3% to 96.7%. The Barthel score increased from 27.58 ± 13.45 points to 72.33 ± 16.12 points. The improvement in the Rankin disability scale resulted in 21.7% achieving a favorable Rankin outcome, 58.3% achieving a moderate outcome, and 20% of patients obtaining a poor outcome. The differences before and after treatment are statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The combined therapy of "Huyet phu truc u thang" and "Dao dam thang" exhibits efficacy in rehabilitating motor functions among patients with ischemic stroke after acute phase.

Keywords: "Huyet phu truc u thang"; "Dao dam thang"; Motor function rehabilitation; ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ gần đây, đột quỵ não (ĐQN) được xem là vấn đề thời sự cấp bách không chỉ của các chuyên gia thần kinh mà còn là của cả hệ thống y tế bởi tỷ lệ mắc bệnh và hậu quả nghiêm trọng mà bệnh gây ra.¹ Theo Tổ chức Đột Quỵ Thế giới (WSO) mỗi năm trên thế giới có 12,2 triệu ca đột quỵ não mắc mới, trong đó hơn 16% xảy ra ở người trẻ 15-49 tuổi. Về con số tử vong, mỗi năm có tới 6,5 triệu ca với hơn 6% trong đó là người trẻ.² Tại Việt Nam theo báo cáo của hội nghị đột quỵ thế giới 2022 có khoảng 200.000 ca bệnh đột quỵ mỗi năm, 11.000 ca tử vong do đột quỵ và giống như các

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thanh Hiền.

Email: laithanhhienn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

bệnh mạn tính khác, con số này vẫn đang có chiều hướng gia tăng.³ Các di chứng do đột quỵ não đặc biệt là di chứng về vận động là gánh nặng không chỉ đối với bản thân người bệnh và gia đình họ mà còn ảnh hưởng đến cộng đồng và quốc gia mà họ đang sống.⁴ Y học cổ truyền (YHCT) có nhiều phương pháp điều trị ĐQN hiệu quả đã và đang được các thầy thuốc dùng điều trị cho bệnh nhân đạt kết quả tốt như: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt...kết hợp các bài thuốc được ghi trong y văn kinh điển như: Bổ dương hoàn ngũ thang, An cung ngư hoàng, Huyết phủ trục ứ thang...⁵⁻⁷ Theo YHCT nhồi máu não (NMN) sau giai đoạn cấp hay gặp do khí huyết ứ trệ mạch lạc tắc trở làm cho chân tay mình mẩy tàn phế không cử động được⁵. Bài thuốc "Huyết phủ trục ứ thang" có tác dụng hoạt huyết hóa ứ thông kinh hoạt lạc giúp cho kinh lạc được thông suốt hết tắc trệ từ đó phục hồi vận động⁷. Ngoài ra bệnh nhân NMN rất hay kèm theo rối loạn chuyển hóa lipid, đối chiếu với YHCT cho rằng nguyên nhân do phong đàm, đàm thấp, thể phong đàm chiếm tỷ lệ khá cao trong bản thân bất toại.⁵ Bài thuốc "Đạo đàm thang" có tác dụng ích khí, trừ đàm hóa trọc để chữa chứng phong đàm thượng nghịch, cũng phù hợp để điều trị bản thân bất toại thể phong đàm.⁶ Vậy phối hợp hai bài thuốc trên có giúp tăng hiệu quả trong điều trị NMN sau giai đoạn cấp. Nhằm đa dạng hóa các phương pháp điều trị YHCT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Tác dụng hỗ trợ điều trị của "Huyết phủ trục ứ thang" hợp "Đạo đàm thang" trong phục hồi vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn lựa: Là những người bệnh được chẩn đoán là NMN sau giai đoạn cấp, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Nghệ An từ 8/2022 - 8/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn sau: Sau 7 ngày từ khi khởi phát đột quỵ não và có tình trạng bệnh ổn định, không có dấu hiệu tiến triển nặng của bệnh. Tỉnh thần tỉnh táo, hợp tác với bác sỹ điều trị. Có liệt nửa người ở các mức độ khác nhau với phân độ cơ lực từ độ 0 đến độ 4. Người bệnh đồng ý và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán Bản thân bất toại thuộc thể Khí trệ huyết ứ hoặc thể Phong đàm theo YHCT.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Có một số bệnh lý kèm theo: lao, suy thận, suy gan, HIV/AIDS, rối loạn tâm thần, ý thức,

bệnh lý tim mạch chưa kiểm soát được.

Người bệnh nhồi máu não tổn thương diện rộng, nhồi máu não chuyển dạng chảy máu.

Đị ứng với bất cứ một thành phần nào của hợp phương nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, không có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện 60 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu: Gồm 3 bước

Bước 1: Chọn đối tượng nghiên cứu.

Bước 2: Quy trình điều trị: Người bệnh đủ tiêu chuẩn, tiến hành điều trị trong 25 ngày liên tục bằng phác đồ nền và hợp phương nghiên cứu.

Thuốc sắc: Hợp phương nghiên cứu "Huyết phủ trục ứ thang" kết hợp với bài "Đạo đàm thang", sắc uống ngày 2 lần sáng – chiều. 150ml/ lần.

Điện châm theo công thức huyệt của Bộ Y tế: Quyết định số 26/2008/QĐ-BYT ban hành ngày 22 tháng 7 năm 2008.

Xoa bóp bấm huyệt: Quy trình xoa bóp bấm huyệt của Bộ Y tế năm 2013 (số:792/QĐ – BYT ngày 12/3/2013)

Bước 3: Đánh giá hiệu quả điều trị.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu: Phân độ cơ lực, Chỉ số Barthel, Thang điểm Rankin sửa đổi, Thể bệnh YHCT.

Phương pháp đánh giá: Đánh giá mức độ phục hồi vận động theo phân độ cơ lực, thang điểm Rankin và chỉ số Barthel thời điểm N₁, N₁₄, N₂₅.

+ Đánh giá kết quả điều trị: Dựa vào sự cải thiện độ liệt theo phân độ cơ lực và thang điểm mRS.

Loại tốt: Chuyển được 2 độ liệt trở lên

Loại trung bình: Chuyển được 1 độ liệt

Loại kém: Không chuyển được độ liệt hoặc nặng hơn.

+ Đánh giá mức cải thiện độ liệt theo hai thể YHCT: Đánh giá cải thiện độ liệt trên các thể y học cổ truyền theo thang điểm Barthel, Rankin thời điểm N₁, N₁₄, N₂₅.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu trong nghiên cứu được thu thập, phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài được tiến hành nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe con người và tìm kiếm phương pháp điều trị mới, không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Đề tài chỉ được tiến hành khi được hội đồng thông qua đề cương trường đại học Y Hà Nội phê duyệt và được sự đồng ý tiến hành của Bệnh viện YHCT Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Sự thay đổi cơ lực chi trên trước và sau điều trị

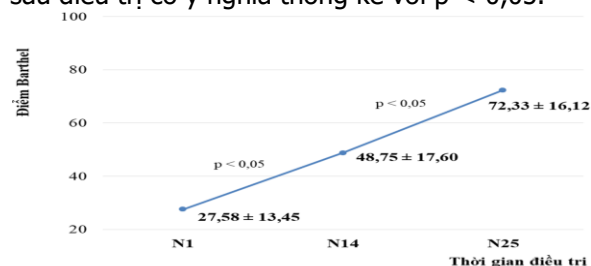
Cơ lực	Thời điểm NC		N ₁		N ₂₅		p _{N1-N25}
	n	%	n	%	n	%	
≥ 3	15	25,0	46	76,7			<0,05
< 3	45	75,0	14	23,3			
Tổng	60	100	60	100			

Trước điều trị, có 25% bệnh nhân NMN có cơ lực chi trên từ bậc 3 trở lên. Sau 25 ngày điều trị có 76,7% bệnh nhân có cơ lực từ bậc ba trở lên, còn 23,3% bệnh nhân có cơ lực nhỏ hơn bậc 3. Sự thay đổi cơ lực chi trên trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Sự thay đổi cơ lực chi dưới trước và sau điều trị

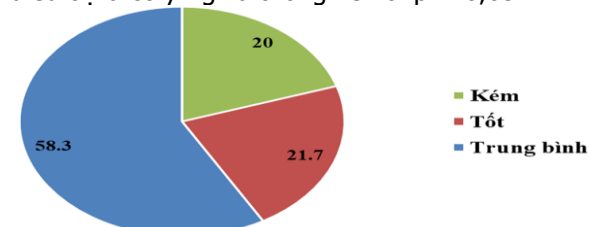
Cơ lực	Thời điểm NC		N ₁		N ₂₅		p _{N1-N25}
	n	%	n	%	n	%	
≥ 3	17	28,3	58	96,7			<0,05
< 3	43	71,7	2	3,3			
Tổng	60	100	60	100			

Trước điều trị có 28,2% bệnh nhân NMN có cơ lực chi dưới từ bậc 3 trở lên, 71,7% có cơ lực < 3. Sau 25 ngày điều trị, có 96,7% bệnh nhân có cơ lực từ bậc 3 trở lên, 3,3% bệnh nhân có cơ lực dưới 3. Sự thay đổi cơ lực chi trên trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Điểm barthel trung bình trước và sau điều trị

Trước điều trị, điểm Barthel trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27,58 \pm 13,45$, sau 14 ngày điều trị, điểm Barthel trung bình là $48,75 \pm 17,60$. Sau 25 ngày điều trị điểm Barthel trung bình là $72,33 \pm 16,12$. Sự khác biệt trước sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2: Kết quả dịch chuyển độ liệt theo Rankin sau điều trị

Sau 25 ngày điều trị, có 21,7% có kết quả dịch chuyển độ Rankin loại tốt, 58,3% loại trung bình và có 20% bệnh nhân đạt loại kém.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy, phân độ cơ lực chi trên của đối tượng nghiên cứu cải thiện theo thời gian điều trị. Trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có cơ lực < bậc 3 chiếm đa số (75%) có 25% bệnh nhân NMN có cơ lực chi trên từ bậc 3 trở lên. Sau 25 ngày điều trị, có 46 bệnh nhân NMN có cơ lực chi trên ≥ bậc 3 chiếm 76,7%, 14 bệnh nhân có cơ lực chi trên < bậc 3 chiếm 23,3%. Sự thay đổi cơ lực chi trên trước và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu qua Bảng 2 cho thấy có sự cải thiện cơ lực chi dưới của bệnh nhân NMN qua thời gian điều trị. Trước điều trị, có 71,7% bệnh nhân NMN có cơ lực chi dưới < bậc 3, 28,3% có cơ lực ≥ bậc 3. Tại thời điểm sau 25 ngày điều trị, số bệnh nhân cơ lực chi dưới ≥ bậc 3 chiếm tỷ lệ cao 96,7%, còn 3 bệnh nhân chiếm 3,3% có cơ lực < bậc 3. Sự thay đổi cơ lực chi dưới trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bán thân bất toại là hậu quả của chứng Trúng phong, biểu hiện của thương hạ chi một bên phải hoặc trái tê dại, không cử động, có thể còn cảm giác biết đau, biết nóng, lạnh, tay không cầm nắm được, chân không đi lại được.⁵ Bệnh có thể do khí hư không vận hành được huyết, huyết không dinh dưỡng được cân cơ, khí huyết ứ trệ, mạch lạc tắc trở làm cho chân tay, mình mẩy tàn phế không cử động được; hoặc do Phong đàm trở tắc ở trên làm cho kinh lạc mất điều hòa, lưỡi cứng, nói ngọng, chân tay tê dại. Bài thuốc Huyết phủ trực ứ thang gồm Tứ vật đào hồng kết hợp với Tứ nghịch tán gia thêm Cát cánh, Ngưu tất. Tứ vật đào hồng có tác dụng hoạt huyết, dưỡng huyết, khứ ứ, Tứ nghịch tán để sơ can lý khí, Cát cánh khai phế đưa thuốc lên trên, chỉ xác để khoan hung cách, Ngưu tất khứ ứ hạ hành. Cả bài thuốc có tác dụng hoạt huyết khứ ứ, lý khí chỉ thống.⁸ Phương pháp lập bài Huyết phủ trực ứ thang dựa vào sự thịnh hư của tà khí và chính khí, căn cứ vào sự thăng giáng của khí cơ tạng phủ kinh lạc và sự sinh hóa của khí huyết để tạo thành bài thuốc. Bài thuốc có ý nghĩa trị cả khí lẫn huyết dựa vào nguyên lý "khí là thống soái của huyết, khí hành thì huyết hành" cho thấy mối quan hệ mật thiết giữa khí và huyết; đồng thời dựa theo chức năng của can và tính chất Can thích thông đạt, bài thuốc sử dụng thuốc hoạt huyết hóa ứ làm chủ dược, phối hợp thuốc hành khí như sài hồ, chỉ xác, cát cánh nhằm mục

đích “khí hành thì huyết hành, huyết hành thì hết ứ trệ”. Chúng huyết ứ, âm huyết tổn thương, thuốc hành khí để làm tổn thương âm huyết, trong đó bài thuốc dùng Tứ vật thang dưỡng huyết, bồi dưỡng chính khí thêm các thuốc hoạt huyết hành khí để trừ tà khí mà không làm tổn thương chính khí. Bài thuốc dùng Cát cánh để tán ứ, Ngưu tất dẫn máu đi xuống, hai vị thuốc một thăng một giáng, thông lợi khí cơ, điều đạt khí huyết trừ tà khí, lập lại cân bằng âm dương.⁹ Đạo đàm thang (Tế sinh phương) gồm các vị thuốc Bán hạ, Trần bì, Bạch linh, Cam thảo, Chỉ thực, Thiên nam tinh, Sinh khương có tác dụng Ích khí trừ đàm, hóa trọc, khai khiếu, trị chứng trúng phong, đờm mê tâm khiếu, cứng lưỡi không nói được. Người bệnh ngày thường ăn uống không điều độ, trung khí suy hư, tỳ không kiện vận, tỳ thấp sinh đờm, đờm uất hóa nhiệt, trở trệ kinh lạc, che mờ thanh khiếu bệnh nhân đột nhiên hôn mê, ngã ra, méo xệch không cử động được. Bài thuốc do bài Nhị trần thang gia vị chỉ thực để hạ khí giáng nghịch, thêm Nam tinh để sưu phong khứ đờm, vì vậy dẫn được đờm xuống, trị phong đờm thượng nghịch.⁹ Như vậy phối hợp hai bài thuốc cổ phương Huyết phủ trục ứ thang hợp Đạo đàm thang giúp cải thiện cơ lực và khả năng vận động ở bệnh nhân liệt nửa người do NMN. Biểu đồ 1 cho thấy sau 14 ngày điều trị điểm Barthel trung bình tăng từ $27,58 \pm 13,45$ lên $48,76 \pm 17,60$ điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 25 ngày điều trị, điểm Barthel trung bình là $72,33 \pm 16,12$ điểm. Sự khác biệt điểm Barthel trung bình trước và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu: Nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh và cộng sự (2018) cho thấy, sau 28 ngày điều trị bằng cao lỏng Huyết phủ trục ứ thang kết hợp điện châm trên 40 bệnh nhân liệt nửa người do NMN: điểm Barthel trung bình tăng từ $23,88 \pm 10,83$ lên $65,38 \pm 15,75$ điểm. Biểu đồ 2 cho thấy, có 21,7% bệnh nhân NMN cải thiện chuyển độ Rankin loại tốt sau 25 ngày điều trị, số bệnh nhân loại trung bình là 58,3%, có 20% chuyển độ Rankin loại kém. Hợp phương Huyết phủ trục ứ thang và Đạo đàm thang có tác dụng cải thiện cơ lực chi trên và chi dưới từ đó giúp cải thiện khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân liệt nửa người do NMN. Huyết phủ trục ứ thang với tác dụng hoạt huyết hóa ứ, lý khí chỉ thống, có ý nghĩa trị cả khí lẫn huyết nhằm mục đích “khí hành thì huyết hành, huyết hành thì hết ứ trệ”. Đạo đàm thang có tác dụng Ích khí trừ đàm, hóa trọc, khai khiếu. Khi phong

đàm được trừ, kinh mạch được thông sướng, hết tắc trệ, vận hành kinh lạc được điều hòa, vận động tay chân từ đó được cải thiện. Hơn nữa kết hợp với phác đồ điện châm, xoa bóp bấm huyết giúp tăng cường phục hồi khả năng vận động ở bệnh nhân liệt nửa người do NMN. Cơ lực chi trên, chi dưới cải thiện giúp bệnh nhân có thể độc lập hơn trong các hoạt động tự chăm sóc hay vận động hàng ngày, giúp cải thiện tình trạng tàn phế hay phụ thuộc trong hoạt động cuộc sống hàng ngày sau đột quỵ. Điện châm trong điều trị phục hồi chức năng vận động bệnh nhân NMN trên cơ sở điều hòa khí huyết, khí hòa thì huyết hòa, kinh mạch thông sướng, tuần hoàn không bị trở ngại, âm dương điều hòa cân cơ được phục hồi. Xoa bóp bấm huyết là phương pháp trị liệu cơ học hiệu quả của YHCT, động tác không phức tạp, ứng dụng rộng rãi trong điều trị, phòng bệnh và phục hồi sức khỏe. Xoa bóp tác động lên da làm giãn mạch máu, tăng cường tuần hoàn động mạch, tĩnh mạch, da được nuôi dưỡng, đảm bảo sự đàn hồi và tăng cường vệ khí bảo vệ cơ thể. Ở bệnh nhân NMN, đặc biệt là những bệnh nhân liệt vận động, xoa bóp là cần thiết để tránh các biến chứng như loét do tỳ đè, hạn chế những ảnh hưởng bất lợi đến kết quả phục hồi cho bệnh nhân. Kết hợp với điều trị từ bên trong của thuốc Huyết phủ trục ứ thang và Đạo đàm thang có tác dụng hoạt huyết hóa ứ, lý khí chỉ thống và Ích khí trừ đàm, hóa trọc, khai khiếu giúp cải thiện cơ lực, nâng cao hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân NMN.

V. KẾT LUẬN

Hợp phương “Huyết phủ trục ứ thang” và “Đạo đàm thang” có hiệu quả trong điều trị phục hồi vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp

VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu tác dụng của hợp phương Huyết phủ trục ứ thang và Đạo đàm thang với cỡ mẫu lớn hơn và trong thời gian dài hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả của phương pháp điều trị. Nghiên cứu chuyển dạng bài thuốc thành chế phẩm thuốc thuận tiện trong quá trình sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biên Dịch Nguyễn Quang Tuấn, Nguyễn Văn Chí, Mai Duy Tôn.** In: Đột Quỵ Não-Sinh Lý Bệnh và Cập Nhật Điều Trị (Ấn Bản Lần Thứ 3). Nhà xuất bản Y học; 2019:70-92,204-235,243-262.
2. **Hội nghị Đột quỵ Quốc tế 2022:** Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai vinh dự nhận chứng nhận

- Kim Cường lần thứ 7 của tổ chức Đột quy thế giới! Cổng thông tin bệnh viện Bạch Mai. Accessed August 20, 2023. <https://bachmai.gov.vn/tin-chi-tiet/-/bai-viet/169-TRIAL-hoi-nghi-dot-quy-quoc-te-2022-trung-tam-dot-quy-benh-vien-bach-mai-vinh-du-nhan-chung-nhan-kim-cuong-lan-thu-7-cua-to-chuc-dot-quy-the-gioi+33-144.html>
3. **Bệnh P chống Đ quy CQ lý K.** Tử Vong Do Đột Quy Ở Người Trẻ Tuổi Ngày Càng Gia Tăng. dotquy.kcb.vn. Published April 28, 2021. Accessed June 13, 2022. <http://dotquy.kcb.vn/hieu-dung-ve-dot-quy/tu-vong-do-dot-quy-o-nguoi-tre-tuoi-ngay-cang-gia-tang.html>
 4. **Trần Văn Chương.** Phức Hồi Chức Năng Bệnh Nhân Liệt Nửa Người. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2010.
 5. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội.** In: Bệnh Học Nội Khoa Y Học Cổ Truyền. Nhà xuất bản Y học; 2012:135-168.
 6. **Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội.** In: Chuyên Đề Nội Khoa Y Học Cổ Truyền (Tái Bản Lần Thứ Nhất). Nhà xuất bản Y học; 2006:69-461.
 7. **Phạm Vũ.** Đánh Giá Tác Dụng Của Bài Thuốc Huyết Phủ Trục ứ Thang Trong Điều Trị Phức Hồi Chức Năng Vận Động ở Bệnh Nhân Nhồi Máu Não Sau Giai Đoạn Cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2017.
 8. **Bộ Y tế - Hội đồng Dược điển.** Dược Điển Việt Nam IV, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội. Nhà xuất bản Y học; 2009.
 9. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn.** Phương Tế Học. , Nxb Thuận Hóa, Huế.; 2009.

BIẾN CHỨNG CỦA LIỆU PHÁP HẠ THÂN NHIỆT Ở BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN DO CĂN NGUYÊN TIM MẠCH

Nguyễn Văn Chi², Bùi Mạnh Cường¹,
Phạm Xuân Thắng², Nguyễn Tuấn Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá biến chứng của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang hồi cứu hồ sơ bệnh án trên toàn bộ 35 bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Bệnh nhân sau liệu pháp hạ thân nhiệt: 100% gặp phải biến chứng rét run 5,7% biến chứng co giật và 14,3% biến chứng chảy máu trên lâm sàng. Chỉ số kali tăng từ $3,4 \pm 0,5$ mmol/l tại thời điểm nhập viện lên $4,7 \pm 0,9$ mmol/l vào giai đoạn làm ấm và giảm xuống $4,4 \pm 1,0$ mmol/l sau liệu pháp hạ thân nhiệt. Chỉ số tiểu cầu tại thời điểm nhập viện là 266 ± 61 (g/l) giảm xuống 150 ± 60 (g/l) sau liệu pháp hạ thân nhiệt ($p < 0,05$). Ngoại tâm thu gặp ở 2,9% bệnh nhân. 51,4% bệnh nhân có biến chứng viêm phổi do thở máy. **Kết luận:** Rét run, rối loạn đông máu và biến chứng nhiễm trùng là các biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau liệu pháp hạ thân nhiệt. Trong quá trình thực hiện liệu pháp hạ thân nhiệt cần theo dõi sát, phát hiện và xử trí các biến chứng kịp thời. **Từ khóa:** liệu pháp hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn, nguyên nhân tim mạch, biến chứng.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN PATIENTS WITH CARDIAC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
Email: chinvvnn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

ARREST DUE TO CARDIOVASCULAR CAUSES

Target: The study was conducted to assess the complications of hypothermia therapy in patients with cardiac arrest as the underlying cause. **Methods:** This cross-sectional retrospective study reviewed the medical records of a total of 35 patients who experienced cardiac arrest due to cardiac causes from May 2015 to December 2018. **Results:** Patients who underwent hypothermia therapy experienced the following complications: 100% had shivering, 5,7% had seizures, and 14,3% had clinical bleeding complications. Serum potassium levels increased from $3,4 \pm 0,5$ mmol/L at admission to $4,7 \pm 0,9$ mmol/L during the rewarming phase and decreased to $4,4 \pm 1,0$ mmol/L after hypothermia therapy. Platelet count at admission was 266 ± 61 (g/L) and decreased to 150 ± 60 (g/L) after hypothermia therapy ($p < 0,05$). Ventricular arrhythmias occurred in 2,9% of patients. Ventilator-associated pneumonia was observed in 51,4% of patients. **Conclusion:** Shivering, coagulation disturbances, and infectious complications are common in patients with cardiac arrest after hypothermia therapy. Close monitoring, timely detection, and management of complications are essential during the implementation of hypothermia therapy. **Keywords:** hypothermia therapy, cardiac arrest, cardiac causes, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng tim ngừng hoạt động hoặc hoạt động không có hiệu quả. Liệu pháp hạ thân nhiệt đã được chứng minh có hiệu quả giúp giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Các báo cáo trên thế giới đã chứng minh hiệu quả của liệu pháp này giúp giảm tỷ lệ tử vong xuống 14% và giảm di chứng tàn phế xuống là 11%. [1] Bên cạnh những hiệu

quả của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn mang lại, những khuyến cáo đã được đưa ra về việc sử dụng liệu pháp này có thể gặp các biến chứng như nhiễm trùng, rối loạn đông máu, rối loạn chuyển hóa, điện giải và tim mạch. [2] 36,1% huyết áp thấp; 46,5% tăng đường huyết và 37,3% viêm phổi là kết quả của một nghiên cứu trên thế giới đánh giá biến chứng gặp phải sau áp dụng liệu pháp hạ thân nhiệt. [3]

Tim mạch là một trong những nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn phổ biến nhất chiếm từ 50% đến 60%. [4] Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngừng tuần hoàn do các nguyên nhân khác nhau có thể khác nhau. Do đó, các biến chứng của liệu pháp hạ thân nhiệt trên nhóm bệnh nhân này có thể có sự khác biệt. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài: "*Biến chứng của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN ngừng tuần hoàn trong bệnh viện hoặc ngoại viện được chẩn đoán trong hồ sơ bệnh án do nguyên nhân tim mạch hồi sinh tim phổi thành công có tái lập tuần hoàn tự nhiên điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. BN hoàn thành điều trị liệu pháp hạ thân nhiệt, có kết quả điều trị được lưu tại bệnh viện.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân NTH đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm:** Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 05 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: bệnh án nghiên cứu bao gồm các thông tin: đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu, biến chứng của liệu pháp hạ thân nhiệt gồm các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trong quá trình điều trị.

Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Lập danh sách bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch có chỉ định liệu pháp hạ thân nhiệt.

- Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ có hồ sơ bệnh án.

- Theo dõi đánh giá các diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tại các thời điểm T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng excel và xử lý theo phần mềm Stata 12.0.

Đặc điểm nhân khẩu của quần thể được mô tả qua giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị, tỷ lệ phần trăm. So sánh đánh giá sự khác biệt của giá trị cận lâm sàng (glucose máu) tại các thời điểm T1, T2, T3, T4 so với thời điểm nhập viện (T0) sử dụng Sign test ghép cặp.

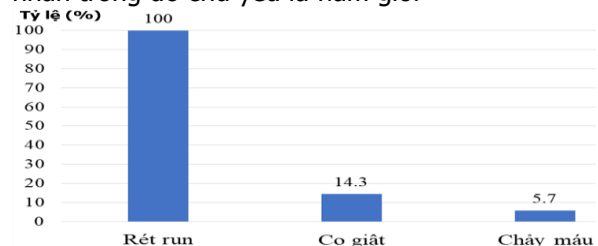
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	34	97,1
	Nữ	1	2,9
Tuổi	≤ 30 tuổi	5	14,3
	31-50	19	54,3
	51-60	4	11,4
	> 60	7	20,0
	Mean ± SD	43,9 ± 16,1	
Tiền sử bệnh tật	Đái tháo đường (ĐTĐ)	8	22,9
	Tăng huyết áp (THA)	3	8,6
	THA + ĐTĐ	2	5,7
	Chưa phát hiện bệnh lý	26	74,3

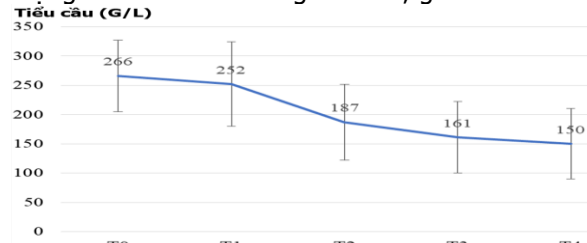
Nghiên cứu tiến hành đánh giá trên 37 bệnh nhân trong đó chủ yếu là nam giới



Biểu đồ 1. Đặc điểm biến chứng lâm sàng của

bệnh nhân NTH sau liệu pháp hạ thân nhiệt

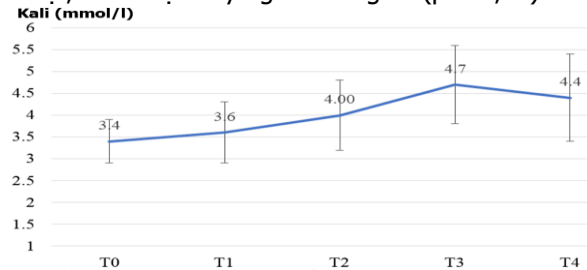
Tất cả bệnh nhân sau liệu pháp hạ thân nhiệt gặp phải biến chứng rét run và 100% bệnh nhân kiểm soát được cơn rét run sau khi được nhân viên y tế có các biện pháp thay đổi liều lượng thuốc an thần và giảm đau, giãn cơ.



Biểu đồ 2. Sự thay đổi tiểu cầu của bệnh nhân sau hạ thân nhiệt

T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

Tiểu cầu giảm trong quá trình điều trị hạ thân nhiệt, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)



Biểu đồ 3. Sự thay đổi Kali của bệnh nhân sau hạ thân nhiệt

T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

Hạ kali máu trong giai đoạn hạ nhiệt độ, chúng tôi chủ động bù kali máu tốc độ 1 - 2 g/giờ trong giai đoạn hạ nhiệt độ, tránh nguy cơ rối loạn nhịp tim do hạ kali máu. Chỉ số Kali máu trung bình 3,6 mmol/L vào cuối giai đoạn hạ nhiệt độ. Chúng tôi ngừng bù kali máu trong suốt giai đoạn duy trì, Kali máu có xu hướng ổn định trong giai đoạn duy trì, xu hướng tăng trong giai đoạn làm ấm.

Bảng 2. Sự thay đổi Glucose máu của bệnh nhân sau hạ thân nhiệt

Thời điểm	Glucose máu* (mmol/L)	p
T0*	16,8 (12,9-19,4)	-
T1*	17,6 (9,6-20,4)	0,4869 ^a
T2*	7,2 (5,9-9,0)	0,0000 ^a
T3*	6,3 (5,5-8,5)	0,0005 ^a
T4*	6,3 (5,7-9,3)	0,0003 ^a

*Trung vị, khoảng tứ phân vị; ^ap tính theo Sign test

T0: Lúc vào viện; T1: Cuối giai đoạn hạ thân nhiệt; T2: Cuối giai đoạn duy trì; T3: Cuối giai đoạn làm ấm; T4: Cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt.

Trong giai đoạn hạ thân nhiệt chỉ số glucose máu tăng lên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chỉ số glucose máu có xu hướng giảm trong giai đoạn duy trì, giai đoạn làm ấm và giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt, sự khác biệt giữa của chỉ số glucose máu tại các thời điểm này với khi nhập viện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm biến chứng tim mạch của bệnh nhân NTH sau hạ thân nhiệt

Biến chứng tim mạch	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhịp chậm < 40 nhịp/phút	0	0,0
Ngoại tâm thu	1	2,9
Rung thất	0	0,0
Nhịp nhanh thất	0	0,0

Biến chứng tim mạch ghi nhận chủ yếu là ngoại tâm thu thất chiếm 2,9%. Không ghi nhận trường hợp nhịp chậm dưới 40 nhịp/phút, rung thất và nhịp nhanh thất.

Bảng 4. Biến chứng nhiễm trùng trên lâm sàng

Lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi liên quan đến thở máy	18	51,4
Sốc nhiễm khuẩn	3	8,6
Phù phổi	7	20,0

Trên 50% bệnh nhân sau liệu pháp hạ thân nhiệt gặp phải biến chứng nhiễm trùng trên lâm sàng bao gồm: viêm phổi do thở máy, sốc nhiễm khuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ngừng tuần hoàn chủ yếu là nam giới, độ tuổi trung bình là $43,9 \pm 16,1$ tuổi. Trên 70% bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý kèm theo.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rét run là biến chứng gặp phải ở 100% bệnh nhân sau liệu pháp hạ thân nhiệt. Kết quả này tương đồng với một số các nghiên cứu khác cũng cho thấy sự phổ biến của biến chứng này. Cụ thể nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt và cộng sự trên 68 bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau điều trị hạ thân nhiệt. Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân xuất hiện rét run ở giai đoạn hạ thân nhiệt [5]. Rét run là một trong những phản ứng thay đổi sinh lý được đề cập đến trong các hướng dẫn về liệu pháp hạ thân nhiệt trong ngừng tuần hoàn, đây là cơ chế bảo vệ của cơ thể. Mặc dù hầu hết bệnh nhân

sau liệu pháp hạ thân nhiệt gặp phải biến chứng này, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác đều chỉ ra biến chứng này có thể kiểm soát được.

Tỷ lệ biến chứng ghi nhận ở 14,3% bệnh nhân. Kết quả này thấp hơn so với hầu hết các nghiên cứu được tìm thấy trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn điều trị liệu pháp hạ thân nhiệt. Cụ thể, nghiên cứu của William A. Knight và cộng sự trên 33 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp hạ thân nhiệt sau khi ngừng tuần hoàn ghi nhận 11/33 bệnh nhân (33%, 95%CI = 19% -52%) có cơn co giật tại một số thời điểm khi nhập viện; 9/11 bệnh nhân co giật trước khi chết khi nhập viện, so với 11/22 bệnh nhân không co giật (82% so với 50%). [6] Nghiên cứu của N Nielsen và cộng sự trên 975 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện đã ghi nhận 24% bệnh nhân ngừng tuần hoàn điều trị hạ thân nhiệt xuất hiện co giật. [2] Nghiên cứu của Byung Kook Lee và cộng sự trên 930 ngừng tuần hoàn sau hồi sức tim phổi được điều trị bằng phương pháp hạ thân nhiệt, nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân này sau can thiệp có nguy cơ co giật chiếm đến 31,8%. [3] Biến chứng co giật cũng đã được ghi nhận là một trong những triệu chứng có thể xảy ra sau ngừng tim do tổn thương não do thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên, các báo cáo cũng đã nhấn mạnh triệu chứng co giật không xảy ra nhiều ở bệnh nhân được điều trị hạ thân nhiệt. Do đó, sự xuất hiện của triệu chứng này có thể dự báo những kết cục bất lợi. [7]

Kali máu được bù chủ động trong giai đoạn hạ nhiệt độ. Xu hướng ổn định ở giai đoạn duy trì và tăng trong giai đoạn làm ấm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt và cộng sự trên 68 bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau điều trị hạ thân nhiệt cho thấy chỉ số Kali máu có xu hướng giảm ở giai đoạn hạ nhiệt độ (mặc dù có bù kali chủ động), ổn định dần ở giai đoạn duy trì và có xu hướng tăng ở giai đoạn làm ấm. Chỉ số kali máu giai đoạn hạ thân nhiệt là $3,7 \pm 0,8\text{mmol/L}$ tăng lên $4,5 \pm 0,9\text{mmol/L}$ ở cuối giai đoạn làm ấm và giảm nhẹ xuống $4,4 \pm 1,0\text{mmol/L}$ ở cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt ($p < 0,05$). [5] Mặc dù có sự thay đổi chỉ số kali máu trong các giai đoạn của liệu pháp hạ thân nhiệt, tuy nhiên tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chỉ số kali máu ở các giai đoạn của liệu pháp vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Byung Kook Lee và cộng sự trên 930 bệnh nhân ngừng tuần hoàn

sau hồi sức tim phổi được điều trị bằng phương pháp hạ thân nhiệt. Nghiên cứu ghi nhận 28,5% bệnh nhân gặp phải biến chứng hạ kali máu. [3] Bên cạnh chỉ số kali, nghiên cứu này chỉ số glucose máu tăng ở giai đoạn hạ thân nhiệt (T1) sau đó giảm sau liệu pháp hạ thân nhiệt ($p < 0,05$). Kết quả này có sự với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt và cộng sự cho thấy tác dụng phụ làm tăng đường máu của bệnh nhân trong giai đoạn hạ thân nhiệt có 72,1% bệnh nhân có đường máu $> 11\text{mmol/L}$. Đường máu tăng cao trong giai đoạn hạ thân nhiệt, sau đó giảm dần trong giai đoạn duy trì và ổn định trong giai đoạn làm ấm. [5]

Biến chứng ngoại tâm thu thất ghi nhận ở 2,9% bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải biến chứng tim mạch trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn ghi nhận biến chứng ngoại tâm thu, các biến chứng như nhịp chậm, rung thất. Cụ thể, Nghiên cứu của N Nielsen và cộng sự trên 975 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Kết quả cho thấy phương pháp hạ thân nhiệt có thể gây ra những biến chứng về tim mạch cho bệnh nhân. Cụ thể, 13% bệnh nhân sau can thiệp có nhịp tim chậm < 40 nhịp/phút; 6% nhịp tim nhanh > 130 nhịp/phút; 9% xuất hiện rung nhĩ; 9% nhịp nhanh thất; 7% rung thất; và 33% xuất hiện rối loạn nhịp tim. [2] Nghiên cứu của Byung Kook Lee và cộng sự trên 930 bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau hồi sức tim phổi được điều trị bằng phương pháp hạ thân nhiệt, nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân này sau can thiệp gặp phải các biến chứng về tim mạch, cụ thể: 13,3% bệnh nhân xuất hiện nhịp chậm; 36,1% huyết áp thấp. [3] Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt và cộng sự trên 68 bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau điều trị hạ thân nhiệt ghi nhận 10,3% bệnh nhân có nhịp chậm < 40 nhịp/phút; 2,9% ngoại tâm thu; không ghi nhận các rối loạn nhịp tim khác như rung thất và nhịp nhanh thất. [5] Biến chứng tim mạch có tỷ lệ thấp ở nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch áp dụng liệu pháp hạ thân nhiệt là cơ sở để xem xét lựa chọn liệu pháp hạ thân nhiệt ở nhóm đối tượng này.

Chỉ số tiêu cầu giảm sau liệu pháp hạ thân nhiệt đã được chỉ ra trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này tương tự với một số nghiên cứu cũng chỉ ra đây là biến chứng có thể gặp trên nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn có sử dụng liệu pháp hạ thân nhiệt. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt và cộng sự trên 68 bệnh nhân ngừng tuần hoàn sau điều trị hạ thân nhiệt cho

thấy giảm tiểu cầu là một trong những biến chứng gặp phải sau can thiệp hạ thân nhiệt của bệnh nhân. Tiểu cầu máu giảm trong tất cả các giai đoạn của quá trình hạ nhiệt, tiểu cầu giảm thấp nhất ở cuối giai đoạn bình thường hóa nhiệt. Tiểu cầu khi vào viện là $287,7 \pm 72,2$ G/L xuống $163,1 \pm 61,1$ G/L ($p < 0,05$). [5] Tuy nhiên biến chứng chảy máu trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,7% thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của N Nielsen và cộng sự trên 975 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Kết quả cho thấy biến chứng về chảy máu trong điều trị cho bệnh nhân đã được báo cáo ở 4% các trường hợp bệnh nhân chảy máu cần truyền máu và 0,2% chảy máu trong não. [2] Nghiên cứu của Kirkegaard và cộng sự năm 2019 trên 355 bệnh nhân ngừng tuần hoàn thuộc hai nhóm quản lý nhiệt độ 33°C trong 48 giờ và nhóm quản lý trong 24 giờ. Ở cả hai nhóm nghiên cứu đều ghi nhận tình trạng chảy máu ở bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân quản lý nhiệt độ 48 giờ tỷ lệ là 10% và nhóm quản lý 24 giờ tỷ lệ chảy máu là 13%. [8]

Biến chứng nhiễm trùng ghi nhận ở trên 50% bệnh nhân trong nghiên cứu này. Kết quả này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu ghi nhận biến chứng nhiễm trùng ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn sử dụng liệu pháp hạ thân nhiệt. Cụ thể, Nghiên cứu của N Nielsen và cộng sự trên 975 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Kết quả cho thấy biến chứng nhiễm trùng đã gặp phải ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn sử dụng phương pháp hạ thân nhiệt. Cụ thể, 41% bệnh nhân viêm phổi; 4% nhiễm trùng huyết và 4% mắc các nhiễm trùng khác. [2] Nghiên cứu của Byung Kook Lee và cộng sự trên 930 ngừng tuần hoàn sau hồi sức tim phổi được điều trị bằng phương pháp hạ thân nhiệt, nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân này sau can thiệp có tình trạng nhiễm trùng: 37,3% bệnh nhân viêm phổi và 14,7% nhiễm trùng huyết. [3] Tuy nhiên, các hướng dẫn đã chỉ ra việc phát hiện các biến chứng về nhiễm trùng để có biện pháp can thiệp là một thách thức đối với bệnh nhân được điều trị hạ thân nhiệt do triệu chứng sốt thường khó phát hiện ở nhóm đối tượng này. Các khuyến nghị đã được đưa ra như mở rộng hơn chỉ định điều trị kháng sinh ban đầu cho bệnh nhân khi nhân viên y tế nghi ngờ có tình trạng nhiễm trùng. [7]

Nghiên cứu là một trong số ít những nghiên cứu tiến hành đánh giá các biến chứng của bệnh nhân sau liệu pháp hạ thân nhiệt ở nhóm bệnh nhân NTH do căn nguyên tim mạch; trong khi hầu hết các nghiên cứu được tìm thấy đánh giá

trên nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn do tất cả các nguyên nhân. Nghiên cứu có một số hạn chế do cỡ mẫu của nghiên cứu còn thấp. Bên cạnh đó, do nghiên cứu lấy số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, do đó có thể ảnh hưởng đến đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và biến chứng của kỹ thuật hạ thân nhiệt. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu là cơ sở cung cấp số liệu quan trọng nhằm xem xét lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Sau liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch: 100% bệnh nhân có biến chứng rét run, 14,3% biến chứng có giạt và 51,4% viêm phổi do thở máy. Rét run, tiểu cầu giảm và viêm phổi do thở máy là các biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch sau liệu pháp hạ thân nhiệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cổng thông tin Bệnh viện Bạch Mai.** Bệnh viện Bạch Mai - Hội nhập và Phát triển (2011-2016). Tại trang web: <<http://www.bachmai.gov.vn/gioi-thieu-ve-benh-vien/lich-su-hinh-thanh-menuleft-236/benh-vien-bach-mai-hoi-nhap-va-phat-trien-2011-2016-menuleft-240.html>>. Truy cập ngày: 09/19/2022.
2. **Nielsen N., Hovdenes J., Nilsson F., et al.** (2009). Outcome, timing and adverse events in therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(7), 926–934.
3. **Lee B.K., Park K.N., Kang G.H., et al.** (2014). Outcome and current status of therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest in Korea using data from the Korea Hypothermia Network registry. *Clin Exp Emerg Med*, 1(1), 19–27.
4. **Andersen L.W., Holmberg M.J., Berg K.M., et al.** (2019). In-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA*, 321(12), 1200–1210.
5. **Nguyễn Tuấn Đạt, Nguyễn Văn Chi, Hà Trần Hưng, et al.** (2022). Nhận xét một số biến chứng của phương pháp hạ thân nhiệt chỉ huy với đích 33°C trong điều trị bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*, 516(1), 152–155.
6. **Knight W.A., Hart K.W., Adeoye O.M., et al.** (2013). The incidence of seizures in patients undergoing therapeutic hypothermia after resuscitation from cardiac arrest. *Epilepsy Res*, 106(3), 396–402.
7. **Lundbye J.B., Rai M., Ramu B., et al.** (2012). Therapeutic hypothermia is associated with improved neurologic outcome and survival in cardiac arrest survivors of non-shockable rhythms. *Resuscitation*, 83(2), 202–207.
8. **Kirkegaard H., Søreide E., de Haas I., et al.** (2017). Targeted Temperature Management for 48 vs 24 Hours and Neurologic Outcome After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA*, 318(4), 341–350.

ĐÁNH GIÁ THỊ LỰC TƯƠNG PHẢN SAU PHẪU THUẬT ĐỤC THỂ THỦY TINH

Nguyễn Hạnh Giang¹, Nguyễn Đức Anh¹, Nguyễn Minh Phú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thị lực tương phản và một số yếu tố ảnh hưởng đến thị lực tương phản trên các bệnh nhân sau phẫu thuật đục thể thủy tinh tại Bệnh viện Mắt Hà Nội 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 mắt sau phẫu thuật đục thể thủy tinh tại Bệnh viện Mắt Hà Nội 2 từ 12/2022 đến 4/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 65 ± 9.5 với 24 nam và 26 nữ. Tỷ lệ mắt đục thể thủy tinh là mắt phải là 54%, mắt trái là 46%. Phân bố mức độ đục nhân thể thủy tinh là độ 2 (12%), độ 3 (50%), độ 4 (22%) và độ 5 (16%). Sau phẫu thuật thị lực chỉnh kính tối đa của các mắt chủ yếu trong khoảng 20/30 đến 20/40 (54%), còn lại là thị lực trên 20/30 (18%) và từ 20/40 đến 20/100 (28%). Thị lực tương phản sau phẫu thuật cải thiện đáng kể so với thời điểm trước phẫu thuật và ổn định sau 2 tháng. Phần lớn các mắt có thị lực tương phản nằm trong giới hạn bình thường tại các tần số không gian thấp và trung bình (1.5 cpv, 3 cpv, 6 cpv) và thấp hơn giá trị bình thường tại các tần số không gian cao (12 cpv, 18 cpv). Một số yếu tố ảnh hưởng tới thị lực tương phản sau phẫu thuật bao gồm tuổi, hiện tượng chói lóa và quang sáng. **Kết luận:** Đục thể thủy tinh là một trong số những bệnh lý nhãn khoa thường gặp nhất. Đánh giá thị lực tương phản góp phần cải thiện chức năng thị giác và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật đục thể thủy tinh. **Từ khóa:** Đục thể thủy tinh, thị lực tương phản, tần số không gian.

SUMMARY

MEASUREMENT OF CONTRAST VISUAL ACUITY AFTER CATARACT SURGERY

Purpose: Measure contrast visual acuity and affected factors of patients after cataract surgery at Hanoi Eye Hospital 2. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performed on 50 eyes after cataract surgery at Hanoi Eye Hospital 2 from December 2022 to April 2023. **Results:** The mean age of patients in the study group was 65 ± 9.5 with 24 males and 26 females. The rate of cataract eyes is 54% in the right eye, 46% in the left eye. Cataract grade of the patients are grade 2 (12%), grade 3 (50%), grade 4 (22%), and grade 5 (16%). After surgery, the best corrected visual acuity was in the range of 20/30 to 20/40 (54%), better than 20/30 (18%) and from 20/40 to 20/100. (28%). Contrast visual acuity after

surgery significantly improved compared to before surgery and stabilized after 2 months. Most of the eyes had contrast visual acuity within normal limits at low and middle spatial frequencies (1.5 cpv, 3 cpv, 6 cpv) and worse than normal values at high spatial frequencies (12 cpv, 18 cpv). Several factors that affect contrast visual acuity after surgery include age, glare and halos. **Conclusion:** Cataract is one of the most common eye diseases. Contrast visual acuity measurement takes an important role to improve visual function and enhance quality of life for patients after cataract surgery. **Keywords:** Cataract, contrast visual acuity, spatial frequency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ trước đến nay, đục thể thủy tinh luôn là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tại Việt Nam, theo điều tra (RAAB – 2015) thống kê tại 14 tỉnh thành trong cả nước có gần 330.000 người mù, trong đó số người mù do đục thể thủy tinh chiếm khoảng trên 74%. Đục thể thủy tinh nếu không được điều trị kịp thời sẽ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội, ảnh hưởng rất lớn đến khả năng học tập, công tác, lao động và hòa nhập với cộng đồng. Cho đến nay, phương pháp điều trị bệnh đục thể thủy tinh có hiệu quả nhất vẫn là phẫu thuật. Sau phẫu thuật, các nghiên cứu đã ghi nhận nhiều trường hợp dù thị lực đã cải thiện tốt nhưng bệnh nhân vẫn than phiền về chất lượng thị giác gây không ít phiền rối cho các bác sĩ lâm sàng. Chính điều này đã thúc đẩy nhiều nhà khoa học đi sâu vào nghiên cứu các chức năng thị giác khác bên ngoài thị lực, trong đó thị lực tương phản là một trong những mối quan tâm hàng đầu. Theo Ventruba (2005), thị lực tương phản có liên quan nhiều hơn thị lực đối với cảm nhận về thị giác của bệnh nhân đục thể thủy tinh.¹ Mặc dù vẫn còn nhiều tranh luận về mức độ và diễn tiến của thị lực tương phản nhưng nhiều công trình nghiên cứu đã khẳng định thị lực tương phản bị ảnh hưởng rõ rệt ở các bệnh nhân đục thể thủy tinh. Tuy nhiên, tại nước ta cho đến nay vai trò của thị lực tương phản vẫn chưa thực sự được quan tâm và đánh giá đúng mức trong theo dõi và điều trị bệnh lý đục thể thủy tinh. Xuất phát từ những nhu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh".

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hạnh Giang

Email: giangnguyenhanh97@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị đục thể thủy tinh được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Mắt Hà Nội 2 từ 12/2022 đến 4/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 đến 80 tuổi được chẩn đoán đục thể thủy tinh tuổi già được chẩn đoán và phẫu thuật thay thể thủy tinh tại Bệnh viện Mắt Hà Nội 2.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có thông tin thị lực không rõ ràng (bệnh nhân quá nhỏ), bệnh nhân già yếu, bệnh toàn thân nặng, không phối hợp thăm khám.

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nhãn cầu trước đó: Đục lệch thể thủy tinh, không soi được đáy mắt, có các bệnh lý phối hợp khác tại mắt (viêm màng bồ đào, glaucoma, loạn dưỡng giác mạc, thoái hóa hoàng điểm, bệnh võng mạc đái tháo đường...).

- Bệnh nhân đã từng phẫu thuật khúc xạ, phẫu thuật nội nhãn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Lần lượt lựa chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ số lượng mẫu cần thiết.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Mức độ đục nhân thể thủy tinh (n = 50 mắt)	
- Độ 1, n (%)	0 (0)
- Độ 2, n (%)	6 (12)
- Độ 3, n (%)	25 (50)
- Độ 4, n (%)	11 (22)
- Độ 5, n (%)	8 (16)
Thị lực trước phẫu thuật (n = 50 mắt)	
- Từ 20/100 trở xuống, n (%)	33 (66)
- Từ 20/40 – đến trên 20/200, n (%)	16 (32)
- Từ 20/30 đến trên 20/40, n (%)	1 (2)
- Trên 20/30, n (%)	0 (0)
Thị lực sau phẫu thuật (n = 50 mắt)	
- Từ 20/100 trở xuống, n (%)	0 (0)
- Từ 20/40 – đến trên 20/200, n (%)	14 (28)
- Từ 20/30 đến trên 20/40, n (%)	27 (54)
- Trên 20/30, n (%)	9 (18)
Cấu tạo thể thủy tinh nhân tạo	
- Đơn tiêu, n (%)	34 (68)
- Đa tiêu, n (%)	16 (32)
Hiện tượng chói lóa và quầng sáng sau phẫu thuật	
- Có, n (%)	7 (14)
- Không, n (%)	43 (86)

- Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Mắt Hà Nội 2 được đo thị lực, nhãn áp, hỏi bệnh, khám mắt bán phần trước và bán phần sau, ghi nhận đặc điểm lâm sàng.

- Chẩn đoán xác định và chỉ định phẫu thuật.

- Khám lại sau mổ tại các thời điểm 1 tuần, 2 tháng sau phẫu thuật.

- Nhập các chỉ số nghiên cứu, số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 50 bệnh nhân)

Tuổi tại thời điểm phẫu thuật	
- Trung bình (tuổi)	65 ± 9.5
- Phân bố (tuổi)	42 – 88
Giới	
- Nam, n (%)	24 (48)
- Nữ, n (%)	26 (52)
Mắt phẫu thuật	
- Mắt phải, n (%)	27 (54)
- Mắt trái, n (%)	23 (46)

Nhận xét: Tuổi trung bình khi được phẫu thuật là 65 ± 9.5 (tuổi), bệnh nhân trẻ nhất là 42 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Bệnh phân bố ở cả hai mắt và hai giới với tỷ lệ tương đương.

3.2. Đặc điểm lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Bảng 3: Thị lực tương phản trước và sau phẫu thuật đục thể thủy tinh

Tần số không gian (cpg) Thị lực tương phản (log CS)	1.5	3	6	12	18
Trước phẫu thuật	1.17 ± 0.31	1.18 ± 0.39	1.34 ± 0.38	0.50 ± 0.31	0.05 ± 0.13
Sau phẫu thuật 1 tuần	1.40 ± 0.09	1.66 ± 0.13	1.67 ± 0.12	1.21 ± 0.11	0.43 ± 0.20
Sau phẫu thuật 2 tháng	1.44 ± 0.10	1.79 ± 0.76	1.70 ± 0.12	1.26 ± 0.12	0.50 ± 0.20

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có mức độ đục nhân thể thủy tinh phân bố từ độ 2 đến độ 5 (Theo phân loại của Lucio Buratto). Sau phẫu thuật, tất cả các mắt đều có thị lực nhìn xa cải thiện so với trước phẫu thuật. Trong đó, số mắt có thị lực trong khoảng từ 20/30 đến trên 20/40 chiếm tỷ lệ cao nhất (54%), sau đó đến nhóm có thị lực từ 20/40 đến trên 20/100 (28%) và nhóm có thị lực trên 20/30 (18%). Ngoài ra, không có mắt nào có thị lực bằng hoặc kém hơn 20/100. Tỷ lệ mắt được đặt thể thủy tinh nhân tạo đơn tiêu chiếm 68% trong

khi thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu chiếm 32%. Sau phẫu thuật, có 7 mắt xuất hiện hiện tượng chói lóa, nhìn thấy quầng sáng (chiếm 14%). Tại thời điểm sau phẫu thuật, thị lực tương phản cải thiện đáng kể so với thời điểm trước phẫu thuật. So sánh với khoảng tham chiếu, thị lực tương phản tại các tần số 1.5, 3 và 6 nằm trong giới hạn bình thường, trong khi thị lực tương phản tại tần số 12 và 18 thấp hơn giới hạn bình thường.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh

Bảng 4: Mối liên quan giữa tuổi và thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh (n = 50 mắt)

Tần số không gian (cpg) Thị lực tương phản theo nhóm tuổi (log CS)	1.5	3	6	12	18
40 – 55	1.51 ± 0.08	2.31 ± 1.76	1.76 ± 0.13	1.28 ± 0.10	0.55 ± 0.24
56 – 70	1.42 ± 0.11	1.67 ± 0.13	1.71 ± 0.11	1.26 ± 0.12	0.48 ± 0.20
> 70	1.43 ± 0.09	1.65 ± 0.08	1.65 ± 0.11	1.24 ± 0.11	0.49 ± 0.16

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi càng trẻ thì có thị lực tương phản càng cao. Tại các tần số không gian thấp (1.5 cpg, 3 cpg và 6 cpg) thị lực tương phản của cả 3 nhóm tuổi đều nằm trong mức giới hạn bình thường. Tại các tần số không gian cao (12 cpg và 18 cpg), thị lực tương phản của cả 3 nhóm tuổi gần như tương đương nhau và đều nằm dưới mức giới hạn bình thường.

Bảng 5: Mối liên quan giữa hiện tượng chói lóa, quầng sáng và thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh (n = 50 mắt)

Tần số không gian (cpg) Hiện tượng chói lóa, quầng sáng	1.5	3	6	12	18
Có	1.36 ± 0.07	1.59 ± 0.14	1.66 ± 0.11	1.18 ± 0.13	0.30 ± 0.28
Không	1.45 ± 0.10	1.82 ± 0.82	1.71 ± 0.12	1.27 ± 0.18	0.53 ± 0.17

Nhận xét: Thị lực tương phản của nhóm xuất hiện chói lóa, quầng sáng thấp hơn nhóm còn lại tại tất cả các tần số không gian. Tuy nhiên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ ghi nhận tại tần số không gian cao (12 cpg và 18 cpg) với $p < 0,05$ (Chi – Square Test).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 65 ± 9.5 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 42 tuổi, lớn tuổi nhất là 88 tuổi. Độ tuổi 56 đến 70 tuổi hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 56%. Điều này không có nghĩa là tỷ lệ đục thể thủy tinh của nhóm này cao hơn nhóm trên 70 tuổi mà có thể giải thích do bệnh nhân ở độ tuổi này có xu hướng quan tâm đến sức khỏe và nhu cầu cải thiện thị lực nhiều hơn những

bệnh nhân trên 70 tuổi. Ngoài ra, lý do chúng tôi lựa chọn đối tượng nghiên cứu tập trung vào độ tuổi này bởi vì bệnh nhân ở độ tuổi này thường là đục thể thủy tinh tuổi già, loại trừ các trường hợp đục thể thủy tinh có đi kèm các bệnh lý khác tại mắt. Hơn nữa, bệnh nhân ở độ tuổi này thường có xu hướng phối hợp tốt hơn khi đánh giá thị lực tương phản so với nhóm bệnh nhân có độ tuổi quá cao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số mắt bị đục thể thủy tinh ở mức độ 3 (50%), tiếp theo là độ 4 (22%), độ 5 (16%) và độ 2 (12%). Không có trường hợp nào nhân cứng độ 1 do các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thuộc đều độ tuổi trung niên và cao tuổi. Điều này là tương đồng với các nghiên cứu về phẫu thuật đục

thể thủy tinh khác tại Việt Nam và trên thế giới. Trong nghiên cứu về phẫu thuật đục thể thủy tinh của Longo A (2015) tại Bệnh viện Đại học Catania – Ý, các đối tượng nghiên cứu có mức độ đục thể thủy tinh phân bố từ độ 2 đến độ 5 trong đó chủ yếu là độ 3 và độ 4 chiếm 86,9%.²

Tại thời điểm trước phẫu thuật, thị lực tương phản của các mắt trong nhóm nghiên cứu tại tất cả các tần số không gian đều nằm dưới khoảng

tham chiếu. Nghiên cứu của Vingopoulos F (2022) đánh giá thị lực tương phản trên 58 mắt đục nhân thể thủy tinh với mức độ đục từ độ 2 trở lên và có thị lực từ 20/50 trở lên cho thấy kết quả tương đồng với nhóm nghiên cứu.³ Trong đó, thị lực tương phản giảm tại tất cả các tần số không gian từ 1.5 cpd đến 18 cpd. Tại tần số không gian cao (18 cpd) hầu hết các bệnh nhân đều không thể cảm nhận được sự tương phản.

Bảng 6: So sánh thị lực tương phản sau phẫu thuật với các nghiên cứu khác

Tần số không gian (cpd) Thị lực tương phản (log CS)	1.5	3	6	12	18
T.T.P Thu và cs	1.49 ± 0.16	1.78 ± 0.15	1.80 ± 0.17	1.50 ± 0.15	0.93 ± 0.25
Ephigenia K. Mela và cs	Không đánh giá	1.59 ± 0.34	1.70 ± 0.34	1.29 ± 0.40	0.76 ± 0.35
Nhóm nghiên cứu	1.44 ± 0,10	1.79 ± 0.76	1.70 ± 0.12	1.26 ± 0.12	0.50 ± 0.20

So sánh giữa kết quả thị lực tương phản sau phẫu thuật giữa nhóm nghiên cứu và các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới, chúng tôi nhận thấy, tại các tần số không gian thấp và trung bình (1.5 cpd, 3 cpd và 6 cpd), thị lực tương phản giữa nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Phương Thu (2006) tại Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh và nghiên cứu của E. K. Mela và cộng sự (1996).^{4,5} Trong khi đó, tại các tần số không gian cao (12 cpd và 18 cpd), thị lực tương phản sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị tương đồng với nghiên cứu của E. K. Mela nhưng thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của T.T.P. Thu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (One Sample T – test).

Sự khác biệt này có thể được giải thích do sự khác nhau giữa phương pháp đánh giá thị lực tương phản của các nghiên cứu. Đối với nghiên cứu của Trần Thị Phương Thu, thị lực tương phản được đánh giá bằng bảng FACT, trong nghiên cứu của E.K. Mela, thị lực tương phản được đánh giá bằng hệ thống CSV – 1000. Đối với nghiên cứu của chúng tôi, hệ thống CP – 400 được áp dụng để đánh giá thị lực tương phản. Mặc dù cả 3 phương pháp này đều được xây dựng trên nguyên lý đánh giá thị lực tương phản dựa vào sóng cách tử hình sin, hệ thống CSV – 1000 và CP – 400 là hệ thống kỹ thuật số, các hiển thị và đánh giá được xử lý dựa trên sự mã hóa của máy tính tương ứng với điều kiện khoảng cách đo và tuổi của bệnh nhân. Còn đối với bảng FACT là bảng đánh giá thị lực tương phản được in trên giấy, do đó tại các tần số không gian cao, khi mà sự khác biệt giữa các mức độ tương phản là rất ít, sai số xảy ra là điều khó tránh khỏi. Alizera Mohammadi và cộng sự

(2018) đã thực hiện nghiên cứu so sánh giữa hai phương pháp đo thị lực tương phản là bảng FACT và hệ thống kỹ thuật số Metrovision.⁶ Kết quả là ngoại trừ ở tần số không gian 1 cpd, bảng FACT cho kết quả thị lực tương phản cao hơn đáng kể so với hệ thống Metrovision ở tất cả các tần số không gian ở cả ở mắt bình thường và mắt nhược thị ($p < 0,01$). Sự khác biệt giữa hai phương pháp càng tăng lên khi tăng tần số không gian. Tuy nhiên, vẫn có một mối tương quan đáng kể giữa hai phương pháp đo ở hầu hết các tần số không gian.

Đánh giá mối liên quan giữa độ tuổi và thị lực tương phản, nghiên cứu của Gunilla Derefeldt (1979) đã chỉ ra rằng độ nhạy tương phản phụ thuộc vào độ tuổi.⁷ Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân trong độ tuổi 60 – 70 tuổi có suy giảm thị lực tương phản ở tất cả các tần số không gian, đặc biệt là tần số không gian trung bình và cao so với nhóm có độ tuổi trẻ hơn. Điều này có thể được giải thích là do kết quả của tình trạng co đồng tử do tuổi già. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cho thấy ở độ tuổi từ 50 đến 87 có sự suy giảm tuyến tính của thị lực tương phản theo tuổi ở mức tần số không gian trung bình và cao. Ngược lại, đối với tần số không gian thấp, có rất ít bằng chứng cho thấy sự suy giảm thị lực tương phản là do lão hóa.

Trong các nghiên cứu về thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh trên thế giới, ảnh hưởng của hiện tượng chói lóa, quang sáng sau phẫu thuật là một trong những vấn đề quan trọng, có tác động trực tiếp tới chất lượng thị giác sau phẫu thuật của bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Gary S. Rubin (1993) thực hiện trên 72 mắt sau phẫu thuật đục thể thủy tinh, tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, có 5/72 mắt xuất

hiện chói lóa, quang sáng (6,9%).⁸ Nghiên cứu cũng cho rằng, hiện tượng chói lóa có mối tương quan đáng kể với thị lực và thị lực tương phản và điều này độc lập với tật khúc xạ của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá thị lực tương phản là một yếu tố quan trọng nhằm cải thiện chất lượng thị giác sau phẫu thuật đục thể thủy tinh, kết quả nghiên cứu lần này cho thấy đặc điểm tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu, bệnh gặp ở độ tuổi trung bình là 65 ± 9.5 với tỷ lệ giới tính và mắt phẫu thuật là tương đương nhau. Thị lực tương phản sau phẫu thuật cải thiện đáng kể so với thời điểm trước phẫu thuật và ổn định tại thời điểm 2 tháng sau phẫu thuật. So sánh với khoảng tham chiếu, tại các tần số không gian thấp và trung bình (1.5 cpg, 3 cpg và 6 cpg), 70% đến 88% số mắt có thị lực tương phản nằm trong giới hạn bình thường, trong khi tại tần số không gian cao (12 cpg và 18 cpg), phần lớn các mắt (72% đến 90%) có thị lực tương phản thấp hơn giới hạn bình thường. Về các yếu tố ảnh hưởng, tuổi bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật và hiện tượng chói lóa, quang sáng sau phẫu thuật là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thị lực tương phản sau phẫu thuật đục thể thủy tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ventruba J. [The influence of visual acuity and contrast sensitivity on subjective evaluation of visual function before and after cataract surgery]. *Cesk Slov Oftalmol*. 2005;61(4):265-272.
2. Longo A, Uva MG, Reibaldi A, Avitabile T, Reibaldi M. Long-term effect of phacoemulsification on trabeculectomy function. *Eye (Lond)*. 2015; 29(10):1347-1352.
3. Vingopoulos F, Kasetty M, Garg I, et al. Active Learning to Characterize the Full Contrast Sensitivity Function in Cataracts. *OPHTH*. 2022;16:3109-3118.
4. Trần Thị Phương Thu, Phạm Nguyên Huân. Đánh giá kết quả phẫu thuật đục thể thủy tinh đặt kính nội nhãn giả điều tiết Acrysof Restor ở hai mắt tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh. Published 2006.
5. Mela EK, Gartaganis SP, Koliopoulos JX. Contrast sensitivity function after cataract extraction and intraocular lens implantation. *Doc Ophthalmol*. 1996;92(2):79-91.
6. Mohammadi A, Hashemi H, Mirzajani A, Yekta A, Jafarzadehpour E, Khabazkhoob M. Comparison of two methods for measuring contrast sensitivity in anisometropic amblyopia. *Journal of Current Ophthalmology*. 2018; 30(4):343-347.
7. Derefeldt G, Lennerstrand G, Lundh B. Age Variations in Normal Human Contrast Sensitivity. *Acta Ophthalmologica*. 1979;57(4):679-690.
8. Rubin GS. Comparison of Acuity, Contrast Sensitivity, and Disability Glare Before and After Cataract Surgery. *Arch Ophthalmol*. 1993;111(1):56.

NHẬN XÉT THỰC TRẠNG VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN TẠI KHOA PHỤC HÌNH RĂNG BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Chu Thị Quỳnh Hương¹, Đào Thị Dung², Vũ Thị Phương Loan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng và sự hài lòng của người bệnh sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tất cả các bệnh nhân đang sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần đến khám và điều trị tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Kết quả:** nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (60% và 40%), độ tuổi mất răng trung bình là 62,11 tuổi, nguyên nhân mất răng là do răng lung lay. Tỷ lệ bệnh nhân cảm thấy thoải mái 68,89%,

tỷ lệ bệnh nhân thấy bất tiện do phải tháo ra vệ sinh hằng ngày 76,92%. Về khả năng ăn nhai và thẩm mỹ của hàm giả sử dụng hài lòng cao nhất với thời gian sử dụng hàm giả dưới 1 năm và thấp nhất với thời gian sử dụng trên 5 năm. Sự hài lòng của người bệnh về thái độ tiếp xúc, phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc y tế của các bác sĩ tại khoa Phục Hình Răng là 100%. **Kết luận:** theo thời gian, sự hài lòng của bệnh nhân về khả năng ăn nhai và thẩm mỹ của hàm giả giảm dần. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với các bác sĩ tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Từ khóa: hàm giả tháo lắp bán phần, mất răng

SUMMARY

REVIEW THE SITUATION AND SATISFACTION OF THE PATIENT WHO USE REMOVABLE DENTAL DENTISTRY IN DEPARTMENT OF PROSTHODONTICS, NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO - STOMATOLOGY, HANOI

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

²Đại học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: Quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Objective: Review the situation and satisfaction of the patient who use removable dental dentistry in Department of Prosthodontics, National Hospital of Odonto - Stomatology, Hanoi. **Subject and method:** cross-sectional description, all patients using partial removable dentures came for examination and treatment at the Department of Orthodontics, National Hospital of Odonto - Stomatology, Hanoi. **Results:** female accounted for a higher proportion than male (60% and 40%), the average age of tooth loss was 62.11 years old, the cause of tooth loss was due to loose teeth. The proportion of patients who feel comfortable is 68.89%, the rate of patients who feel uncomfortable due to having to take it off to clean daily is 76.92%. Regarding the chewing ability and aesthetics of the jaw, the highest satisfaction is assumed with the time of using the denture less than 1 year and the lowest with the use time of over 5 years. Patient satisfaction about the attitude of contact, medical examination and treatment service and medical care of doctors at the Department of Dental Restoration is 100%. **Conclusion:** over time, patient satisfaction about chewing ability and aesthetics of dentures decreased. Patients are completely satisfied with the doctors at the Department of Orthodontics, Hanoi Central Hospital of Odonto-Stomatology

Keywords: removable partial dental, tooth loss.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng miệng đảm nhiệm rất nhiều chức năng như việc ăn nhai, thẩm mỹ, phát âm,... Việc mất răng là một biến cố quan trọng đối với con người với những biến đổi tại chỗ và toàn thân. Việc mất răng có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ trẻ nhỏ đến người già. Và việc mất một hay nhiều chiếc răng đều có thể trực tiếp hoặc gián tiếp ảnh hưởng đến dinh dưỡng, thể chất, tâm lý và chất lượng cuộc sống của chúng ta. Phục hình răng đã mất là một việc quan trọng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Bên cạnh phục hình cố định và cấy ghép Implant thì hàm giả tháo lắp nói chung và hàm giả tháo lắp bán phần nói riêng vẫn được sử dụng rất rộng rãi. Tuy nhiên, thời gian sử dụng các răng được làm phục hình càng dài thì chất lượng phục hình càng giảm. Ở các hàm giả tháo lắp, sau một thời gian sử dụng thì hàm đeo không còn sát khít làm cho khả năng ăn nhai giảm sút đáng kể. Ngoài ra, về mặt thẩm mỹ thì theo thời gian bệnh nhân chỉ còn tạm hài lòng với phục hình vì răng giả bị đổi màu đặc biệt là ở các răng hàm giả tháo lắp[1]. Từ những nghiên cứu và thực tiễn trên, để góp phần tìm hiểu rõ hơn về thực trạng bệnh nhân đeo hàm giả tháo lắp bán phần và sự hài lòng của bệnh nhân khi sử dụng, từ đó đưa ra những khuyến cáo phù hợp để chất lượng phục hình hàm giả tháo lắp bán phần được cải thiện và nâng cao, tôi tiến hành đề tài "*Nhận xét thực trạng*

và sự hài lòng của người bệnh sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần đến khám và điều trị tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 4 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân đang sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần được thực hiện tại bệnh viện hoặc phòng khám tư

- Đối với bệnh nhân có phục hình thực hiện tại phòng hàm tư thì đảm bảo yêu cầu chỉ định đúng, hàm đạt tiêu chuẩn

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mất răng nhưng không sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần

- Bệnh nhân không đủ năng lực trả lời câu hỏi.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện có chọn lọc. Nghiên cứu đã phỏng vấn và khám được 45 bệnh nhân

2.3. Dụng cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin. Dụng cụ nghiên cứu: phiếu câu hỏi, phiếu khám, dụng cụ khám (khay, gắp, thám trâm, gương)

Kỹ thuật thu thập thông tin

*Phỏng vấn: họ và tên, tuổi, giới, địa chỉ, số điện thoại, nguyên nhân mất răng, thời gian mất răng, lí do làm hàm giả, nơi làm hàm giả, loại hàm giả đang sử dụng, số lượng hàm giả đã đeo, thời gian đeo, độ ổn định khi ăn đồ mềm, đồ dai, đồ cứng, cảm nhận khi đeo hàm giả bất tiện và lí do bất tiện, hài lòng về khả năng ăn nhai và thẩm mỹ, hài lòng về thái độ tiếp xúc, phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc y tế của bác sĩ

*Khám: vị trí mất răng, số lượng răng mất, phân loại mất răng theo Kennedy, vị trí đau (nếu có)

2.4. Xử lý dữ liệu. Toàn bộ các thông tin được làm sạch và mã hóa bằng phần mềm Excel 2016. Sau đó được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích về mục đích của nghiên cứu, cách thức khám, bảo mật thông tin trong quá trình thực hiện nghiên cứu và bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền từ chối không tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n = 45)	Tỉ lệ % (100%)
Giới tính	Nữ	27	60,00
	Nam	18	40,00
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	17	37,78
	Từ 60 – 69 tuổi	15	33,33
	Từ 70 – 79 tuổi	7	15,56
	Từ 80 tuổi trở lên	6	13,33

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân nữ là 60% trong khi bệnh nhân nam là 40% và chủ yếu thuộc nhóm dưới 60 tuổi.

Bảng 2: Đặc điểm về tuổi của bệnh nhân

Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất	21
Bệnh nhân lớn tuổi nhất	85
Tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn	62,11 \pm 14,21

Nhận xét: Độ tuổi mất răng trung bình là 62,11 \pm 14,21, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi

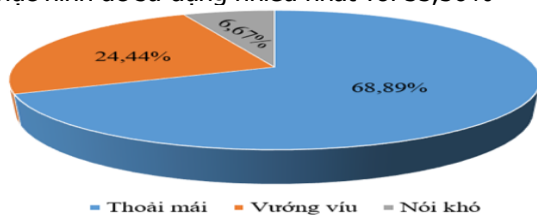
Bảng 3: Nguyên nhân mất răng

Nguyên nhân mất răng	Số lượng	Tỉ lệ
Sâu răng	22	22,22%
Răng lung lay	27	60%

Bảng 4: Liên hệ giữa địa điểm làm hàm giả và loại hàm bệnh nhân sử dụng

Địa điểm phục hình	Loại hàm bệnh nhân sử dụng						Tổng	
	Hàm nhựa thường		Hàm nhựa dẻo		Hàm khung			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bệnh viện	10	27,03	20	54,05	7	18,92	37	100
Phòng khám tư	2	25,00	5	62,05	1	12,50	8	100
Tổng	12	26,67	25	55,56	8	17,78	45	100

Nhận xét: Bệnh nhân lựa chọn làm phục hình tại bệnh viện là chủ yếu với hàm nhựa dẻo là loại phục hình được sử dụng nhiều nhất với 55,56%



Biểu đồ 2: Cảm nhận của bệnh nhân khi sử dụng hàm giả

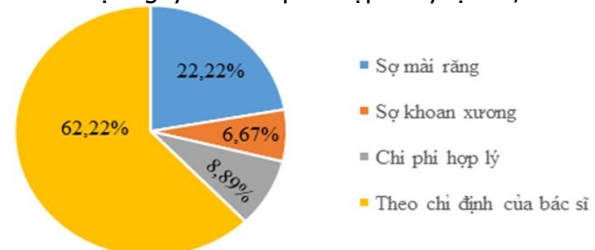
Nhận xét: Cảm nhận của bệnh nhân khi sử dụng hàm giả tháo lắp đa phần là thoải mái với tỉ lệ cao nhất chiếm 68,89%.

Bảng 5: Liên hệ giữa thời gian sử dụng hàm giả và mức độ hài lòng của bệnh nhân về khả năng ăn nhai

Thời gian sử dụng hàm giả	Không hài lòng		Tạm chấp nhận		Hài lòng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 1 năm	0	0,00	0	0,00	14	100,00	14	100,00

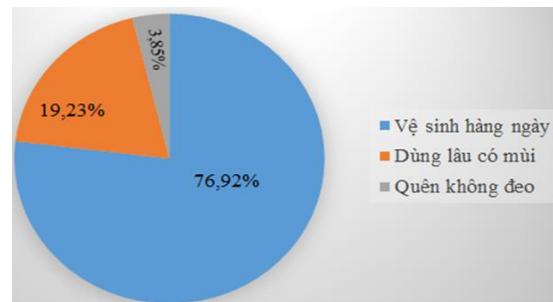
Chấn thương răng	5	11,11%
Nguyên nhân khác hoặc nguyên nhân phối hợp	3	6,67%
Tổng	45	100%

Nhận xét: Nguyên nhân mất răng chủ yếu là do răng lung lay với tỉ lệ chiếm 60%, sau đó là nguyên nhân do sâu răng với 22,22%, do chấn thương chiếm 11,11% và thấp nhất là nguyên nhân khác hoặc nguyên nhân phối hợp có tỉ lệ là 6,67%.



Biểu đồ 1: Lý do bệnh nhân làm hàm giả tháo lắp bán phần

Nhận xét: Làm hàm giả theo chỉ định của bác sĩ là lí do được nhiều bệnh nhân lựa chọn nhất với 62,22%. Sợ mài răng có tỉ lệ lựa chọn là 22,22% và sau đó là chi phí hợp lí chiếm 8,89%. Sợ khoan xương là lí do với tỉ lệ bệnh nhân chọn thấp nhất (6,67%).



Biểu đồ 3: Lý do bất tiện

Nhận xét: Vệ sinh hàng ngày là lí do bất tiện khi sử dụng hàm giả chiếm tỉ lệ cao nhất 76,92% trong khi dùng lâu có mùi là 19,23% và quên không đeo có tỉ lệ thấp nhất 3,85%.

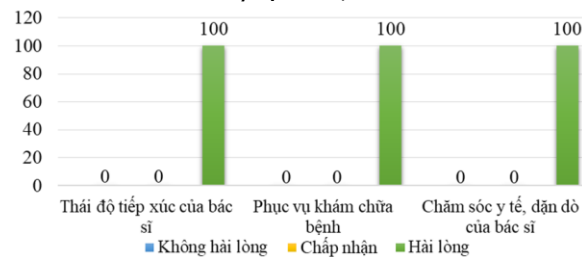
Từ 1 – 3 năm	0	0,00	0	0,00	11	100,00	11	100,00
Từ 3 – 5 năm	0	0,00	2	28,57	5	71,43	7	100,00
Trên 5 năm	0	0,00	12	92,31	1	7,69	13	100,00
Tổng	0	0,00	14	31,11	31	68,89	45	100,00

Nhận xét: Thời gian đeo dưới 1 năm và từ 1 – 3 năm tất cả bệnh nhân đều hài lòng với khả năng ăn nhai của hàm giả. Thời gian đeo từ 3 – 5 năm và trên 5 năm thì sự hài lòng của bệnh nhân là 71,43% và 7,69%; trong khi ở mức tạm chấp nhận của 3 – 5 năm là 28,57% và trên 5 năm là 92,31%.

Bảng 6: Mức độ hài lòng của bệnh nhân về thẩm mỹ theo thời gian

Thời gian sử dụng hàm giả	Không hài lòng		Tạm chấp nhận		Hài lòng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 1 năm	0	0,00	1	7,14	13	31,11	14	31,11
Từ 1 – 3 năm	0	0,00	0	0,00	11	35,48	11	24,44
Từ 3 – 5 năm	0	0,00	4	35,71	2	6,45	7	15,56
Trên 5 năm	0	0,00	8	57,14	5	16,13	13	28,89
Tổng	0	0,00	14(31,11%)	100,00	31(68,89%)	100,00	45	100,00

Nhận xét: Về mức độ hài lòng thì bệnh nhân có thời gian đeo từ 1 – 3 năm có tỷ lệ cao nhất với 35,48% sau đó là dưới 1 năm với 31,11% trong khi từ 3 – 5 năm chiếm 6,45% và trên 5 năm chiếm 16,13%. Về mức độ tạm chấp nhận, thời gian dùng trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 57,14% và thấp nhất là 1 – 3 năm, sau đó là dưới 1 năm với 7,14% và từ 3 – 5 năm có tỷ lệ là 35,71%.



Biểu đồ 4: Liên hệ giữa mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với bác sĩ của khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Nhận xét: Đối với thái độ tiếp xúc của bác sĩ, thái độ phục vụ khám chữa bệnh và thái độ chăm sóc y tế, dặn dò của bác sĩ đối với bệnh nhân sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần thì tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với bác sĩ (chiếm 100%).

IV. BÀN LUẬN

Tham gia nghiên cứu có 45 bệnh nhân trong đó nữ chiếm 60% và nam chiếm 40%. Nghiên cứu của tôi có tỉ lệ nam nữ khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (tỉ lệ nữ giới 48% và nam giới 52%)[2]. Sự khác biệt này do đặc thù của Khoa Răng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có đối tượng bệnh nhân chính là bộ đội.

Về tuổi: Nghiên cứu có nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm dưới 60 tuổi (37,78%) với độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 62,11 tuổi. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả nghiên

cứu của Phạm Thái Thông có độ tuổi mất răng trung bình là 62,3 tuổi.[3]

Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có lí do mất răng là vì răng lung lay với 60% sau đó là sâu răng 22,22%, chấn thương 11,11% và nguyên nhân khác hay nguyên nhân phối hợp là 6,67%. Kết quả này ngược lại với kết quả của Nguyễn Phú Hòa (sâu răng 86,9% và viêm quanh răng 65,2%).[4] Sở dĩ có sự khác biệt này là do nghiên cứu của Nguyễn Phú Hoà đã thực hiện cách đây 10 năm và với sự phát triển của xã hội cũng như phương tiện truyền thông thì nhận thức của người dân về vệ sinh răng miệng cũng đã được nâng cao hơn.

Bên cạnh phục hình tháo lắp thì phục hình cố định hay cấy ghép Implant cũng là những pp phục hồi lại răng đã mất. Nhưng nhiều lí do khác nhau mà nhiều bệnh nhân vẫn chọn phương pháp làm hàm giả tháo lắp như sợ mài răng, sợ khoan xương, chi phí hợp lí và đặc biệt là theo chỉ định của bác sĩ với tỉ lệ lên tới 62,22%. Điều này cho thấy, bên cạnh những yếu tố về tâm lí và chi phí thì lời khuyên, chỉ định của bác sĩ cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp phục hình của bệnh nhân vì bác sĩ là người có chuyên môn và hiểu rõ tình trạng sức khỏe của bệnh nhân từ đó đưa ra những phương pháp điều trị phù hợp nhất.

Tỉ lệ hàm nhựa chiếm khá cao 55,56% với địa điểm làm phục hình chủ yếu là tại bệnh viện. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả khác như Đào Thị Dung thì có sự khác biệt: đa số bệnh nhân lựa chọn làm phục hình tại phòng khám tư trong đó hàm nhựa cứng chiếm 70,59%; hàm nhựa dẻo là 17,65% và hàm khung là 11,76%[1]. Có thể giải thích cho sự khác biệt này là do nghiên cứu của Đào Thị Dung được thực hiện tại cộng đồng và thực hiện vào năm 2015, ở thời điểm đó hàm nhựa dẻo mặc dù

chi phí thấp nhưng mới xuất hiện chưa lâu nên chưa được bệnh nhân sử dụng nhiều.

Hàm giả tháo lắp bán phần sẽ chiếm một thể tích nhất định trong khoang miệng và cảm nhận của mỗi người khác nhau. Vì vậy, trong quá trình sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần sẽ mang lại cho bệnh nhân những cảm nhận khác nhau, có bệnh nhân cảm thấy thoải mái nhưng cũng sẽ có bệnh nhân cảm thấy vướng víu hay nói khó đặc biệt là với những bệnh nhân có thời gian sử dụng hàm chưa lâu.

Đặc điểm có thể tháo ra và lắp vào vừa là ưu điểm đồng thời cũng là nhược điểm của loại hàm này vì nhiều lí do khác nhau như bệnh nhân phải tháo ra để vệ sinh hàng ngày (76,92%) hay dùng lâu ngày hàm giả sẽ có mùi (19,23%) hay thậm chí là bệnh nhân quên đeo sau khi tháo ra (3,85%).

Sau khi mất răng, khả năng ăn nhai của bệnh nhân bị ảnh hưởng tùy theo vị trí và số lượng răng mất. Bên cạnh đó, sự hài lòng và yêu cầu về khả năng ăn nhai của hàm giả đối với mỗi bệnh nhân là khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy theo thời gian khả năng ăn nhai của hàm giả của giảm dần, 100% bệnh nhân hài lòng với khả năng ăn nhai có thời gian đeo hàm giả dưới 3 năm và mức độ hài lòng giảm còn 7,96% ở những bệnh nhân có thời gian sử dụng hàm trên 5 năm. Có thể giải thích cho sự thay đổi này là do theo thời gian sử dụng, tại vị trí mất răng, sống hàm tiêu dần và mỏng đi làm cho hàm đeo không còn sát khít và dẫn đến khả năng ăn nhai của hàm giả giảm sút đáng kể.

Phục hình tháo lắp bán phần không chỉ giúp bệnh nhân phục hồi lại khả năng ăn nhai mà còn giúp bệnh nhân cải thiện hơn về mặt thẩm mỹ. Tuy nhiên, cũng giống như khả năng ăn nhai, theo thời gian sử dụng, mức độ hài lòng của bn về thẩm mỹ của hàm giả cũng giảm dần. Điều này là do theo thời gian sử dụng màu sắc của hàm giả dần bị biến đổi gây ra sự khác biệt vs răng và vùng niêm mạc xung quanh. Hàm giả tháo lắp nền nhựa cứng và hàm khung có nền bằng nhựa acrylic trong khi hàm tháo lắp nhựa dẻo có nền hàm bằng nhựa nhiệt dẻo, cả hai loại nhựa này về tính chất vật lí thì màu sắc kém ổn định theo thời gian. Bên cạnh đó, sự hài lòng về tính thẩm mỹ của hàm giả tháo lắp còn phụ thuộc vào giới tính, vị trí mất răng, quan điểm và cảm nhận của mỗi cá nhân.

Bên cạnh khảo sát sự hài lòng của người bệnh về hàm giả tháo lắp, các bệnh nhân tham gia nghiên cứu còn được khảo sát về mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với các bác sĩ của Khoa

Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với với thái độ tiếp xúc của bs, phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc y tế của các bs tại đây. Tỷ lệ này cao hơn so với NC của Trương Văn Hiếu cũng đã thực hiện tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có tỷ lệ là 91,11%[5]. Sự khác nhau này là do tác giả Trương Văn Hiếu thực hiện khảo sát trên những bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện và có can thiệp phẫu thuật, còn nghiên cứu của tôi thực hiện trên các bệnh nhân sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần đến khám và đt tại khoa Phục Hình Răng.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng bệnh nhân sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần tại khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội chủ yếu là bệnh nhân dưới 60 tuổi với nguyên nhân mất răng chủ yếu là do răng lung lay và tỷ lệ hàm nhựa dẻo được sử dụng là cao nhất so với hàm nhựa cứng và hàm khung.

Sự hài lòng về khả năng ăn nhai và thẩm mỹ của hàm giả tháo lắp của bệnh nhân khi sử dụng hàm giả tháo lắp bán phần đạt mức độ cao nhất với thời gian sử dụng dưới 1 năm đạt cao nhất và giảm dần theo thời gian sử dụng.

Sự hài lòng về bác sĩ của khoa Phục Hình Răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội của bệnh nhân đạt 100% về thái độ tiếp xúc của bác sĩ, phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc y tế, dặn dò sau khi phục hình của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Dung, Trần Ngọc Sơn**, Một số yếu tố liên quan đến phục hình răng đã mất của người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, 2017(33): p. 98 - 102.
2. **Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Điện Biên**, Đánh giá hiệu quả chăm sóc răng miệng sau khi được hướng dẫn ở bệnh nhân mang hàm giả tháo lắp từng phần tại Khoa Răng miệng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Tạp chí Y Dược lâm sàng, 2022(17): p. 66-72.
3. **Phạm Thái Thông**. 2017. Đánh giá kết quả điều trị mất răng loại Kennedy I và II bằng hàm khung có sử dụng khớp nối Preci.67.
4. **Nguyễn Phú Hòa**, Nghiên cứu làm hàm giả tháo lắp toàn bộ có sử dụng kỹ thuật lấy dấu sơ khởi và lấy dấu vành khít. 2014: Luận án Tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội. p. 94.
5. **Trương Văn Hiếu, Lê Thị Liên, Nguyễn Thị Lan Anh**, Thực trạng về sự hài lòng và các yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội- năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022(517): p. 17-21.

THỰC TRẠNG CÔNG KHAI XU HƯỚNG TÍNH DỤC CỦA NGƯỜI ĐỒNG TÍNH, SONG TÍNH VÀ CHUYỂN GIỚI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022

Phan Thanh Hải¹, Phan Thị Ngọc Tuyên², Nguyễn Quý An³, Trang Triều Quân¹,
Trần Vĩ Khang¹, Nguyễn Văn Tín¹, Phạm Thị Ngọc Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vấn đề tồn tại từ rất lâu nhưng những hiểu biết về cộng đồng người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng công khai xu hướng tính dục của người LGBT tại thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên người 150 LGBT tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Có 63,3% đối tượng đã công khai công khai xu hướng tính dục. Mức độ công khai của các đối tượng với gia đình, bạn bè, nơi làm việc và nơi học tập khác nhau. Tại mỗi môi trường mức độ công khai chiếm tỷ lệ cao nhất là công khai với 1 đối tượng. Trong và 36,7% người LGBT chưa công khai thì đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phần vẫn chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%). **Kết luận:** Còn một số lượng khá lớn (36,7%) các đối tượng trong nghiên cứu chưa và còn phân vân trong việc công khai. Tư vấn hỗ trợ tâm lý cho cộng đồng LGBT là hoạt động cần thiết để hỗ trợ người LGBT tự tin hơn trong cuộc sống hiện tại và tương lai. **Từ khóa:** Công khai xu hướng tính dục, LGBT, Cần Thơ

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF PUBLICLY EXPRESSED SEXUAL ORIENTATIONS OF LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER PEOPLE IN CAN THO CITY

Background: Although it has existed for a long time, understanding of the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) community remains limited. **Objectives:** To investigate the current state of publicly expressed sexual orientation trends among LGBT individuals in Can Tho City. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 LGBT individuals in the districts of Ninh Kieu, Binh Thuy, and Cai Rang in Can Tho City. **Results:** Among the participants, 63.3% had publicly expressed their sexual orientation. The level of openness varied across different aspects of their lives, including with family, friends, workplaces, and educational institutions. The highest level of openness was observed with one's partner. Among the 36.7% who had not disclosed their sexual orientation, 34 out

of 55 participants (61.8%) were unsure about whether to reveal their orientation or not; 16 out of 55 (29.1%) intended to come out, and 5 out of 55 (9.1%) did not intend to. Conclusion: A significant proportion (36.7%) of the participants in the study had not yet come out or were uncertain about doing so. Providing psychological support and counseling for the LGBT community is crucial to help them feel more confident in their present and future lives. **Keywords:** Publicity of sexual orientation, LGBT, Can Tho

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự tồn tại của người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) trong xã hội là sự thật và không thể chối bỏ. Hiện vẫn chưa có điều tra nào cho một con số ước lượng chính xác về số lượng người LGBT ở Việt Nam. Theo số liệu của Viện Nghiên cứu xã hội, kinh tế và môi trường (Institute for Social, Economic and Environmental Research - ISEE), Việt Nam hiện đang có khoảng 1,6 triệu người đồng tính, song tính và chuyển giới ở độ tuổi 15-59 [1]. Kết quả từ báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới thì khoảng 3% dân số có thiên hướng tính dục đồng tính, nếu lấy tỷ lệ này áp dụng cho Việt Nam thì hiện nay cả nước có khoảng gần 3 triệu người LGBT [1], [2], [3]. Nhưng rất nhiều người trong số họ phải sống trong vỏ bọc để tránh sự kì thị, xa lánh của những người xung quanh. Mặc dù người đồng tính là một phần hợp thành nên xã hội loài người nhưng ở nhiều nơi trên thế giới họ vẫn là nạn nhân của những hành vi ngược đãi. Thậm chí, trước đây, đồng tính luyến ái được coi là một loại bệnh tâm thần được hình thành đồng thời dưới cả khía cạnh bệnh lý và tâm lý [3], [4]. Nhiều người cũng cho rằng, hiện tượng đồng tính luyến ái là sự phát triển lệch lạc, lệch chuẩn về cả đạo đức và lối sống, trái với thuần phong mỹ tục của người Việt Nam. Trong nhiều năm trở lại đây, nhiều người không ngần ngại công khai mình là người đồng tính. Nhiều phong trào đòi quyền bình đẳng, đòi quyền được kết hôn cho những người đồng tính luyến ái đã xuất hiện ở khá nhiều nước trên thế giới [5]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát thực trạng công khai xu hướng tính dục của người LGBT tại thành phố Cần Thơ năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người LGBT

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật thành phố Cần Thơ

³Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

trên 18 tuổi đang sinh sống và làm việc tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** chọn thuận tiện tất cả các đối tượng LGBT đang sinh sống và làm việc tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ, đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2023. Có tổng 150 người LGBT đã tham gia.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, trình độ, hoàn cảnh gia đình và thâm niên công tác phân bố theo địa điểm nghiên cứu

+ Thực trạng công khai xu hướng tính dục, bao gồm: tỷ lệ công khai, mức độ công khai và nhu cầu công khai xu hướng tính dục.

- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:** Số liệu được thu thập bằng bảng hỏi. Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng theo địa điểm nghiên cứu

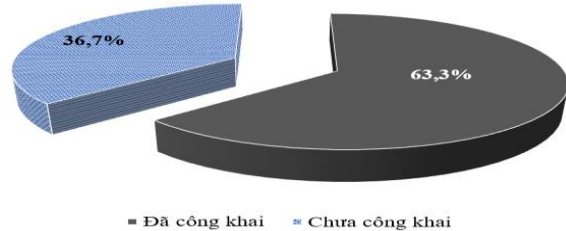
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	60	40%
Nam	90	60%
Trình độ học vấn		
Tốt nghiệp phổ thông	45	30,0
Đại học	82	70,0
Thạc sĩ	23	10,5
Hoàn cảnh gia đình		
Độc thân	60	40,0
Có gia đình	75	50,0
Ly hôn	15	10,0
Thâm niên công tác		
1 năm	30	20,0
Từ 2 – 3 năm	32	21,3
Trên 3 năm	88	58,6
Nơi cư trú		
Ninh Kiều	60	40,0
Cái Răng	50	33,3
Bình Thủy	40	26,7

Nhận xét: Tỷ lệ nam (60%) tham gia nghiên cứu nhiều hơn nữ (40%); trình độ đại học chiếm cao nhất (70%); 50% đối tượng đã có gia đình;

thâm niên công tác trên 3 năm (58,6%) chiếm tỷ lệ cao nhất và trong 3 quận, đối tượng cư trú tại quận Ninh Kiều nhiều nhất (40,0%).

3.2. Thực trạng công khai xu hướng tính dục

3.2.1. Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục (n=150)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục của người LGBT

Nhận xét: có 95/150 (63,3%) đối tượng đã công khai và 55/150 (36,7%) người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục được ghi nhận trong nghiên cứu.

3.2.2. Mức độ công khai xu hướng tính dục

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với bạn bè

Bảng 2. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với bạn bè

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỷ lệ (%)
1	Chưa công khai	8	8,4
2	Công khai với 01 người bạn	29	30,5
3	Công khai với 01 số bạn bè	21	22,1
4	Công khai với nhiều người bạn bè	20	21,1
5	Công khai với tất cả bạn bè quen biết	17	17,9
Tổng		95	100

Nhận xét: Ở các mức độ công khai với bạn bè, công khai với 01 người bạn khác chiếm tỷ lệ cao nhất 30,5% và thấp nhất là chưa công khai với bất kỳ người nào chiếm tỷ lệ 8,4%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với gia đình

Bảng 3. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với gia đình

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỷ lệ (%)
1	Chưa công khai	30	31,2
2	Công khai với 1 người	27	28,4
3	Công khai với nhiều người	13	13,7
4	Công khai tất cả thành viên	25	26,3
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 31,2%; ở các mức độ công khai với gia đình, công khai với 01 người nhà

28,4%; công khai tất cả thành viên, 26,3% và thấp nhất là công khai với nhiều người 13,7%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

Bảng 4. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỉ lệ (%)
1	Chưa công khai	30	31,6
2	Công khai với 01 người	27	28,4
3	Công khai tất cả thành viên	25	26,3
4	Công khai với lãnh đạo	13	13,7
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 31,6%; ở các mức độ công khai với nơi làm việc, công khai với 01 người nhà 28,4%; công khai tất cả thành viên, 26,3% và thấp nhất là công khai với lãnh đạo, 13,7%.

- Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi trường học

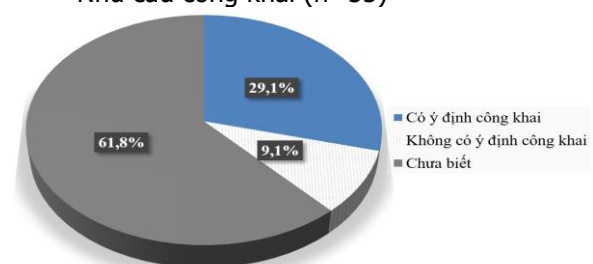
Bảng 4. Mức độ công khai xu hướng tính dục của người LGBT với nơi làm việc

STT	Nội dung	Số lượng (n=95)	Tỉ lệ (%)
1	Chưa công khai	20	21,0
2	Công khai với 01 người	34	35,8
3	Công khai với một số người	13	13,7
4	Công khai với giáo viên chủ nhiệm	22	23,2
5	Khác	6	6,3
Tổng		95	100

Nhận xét: chưa công khai với 1 người chiếm tỷ lệ cao nhất 35,8%; chưa công khai 21,0%.

3.2.3. Nhu cầu công khai xu hướng tính dục. Khảo sát nhu cầu công khai xu hướng tính dục của 55 người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục, kết quả ghi nhận:

- Nhu cầu công khai (n=55)



Biểu đồ 2: Nhu cầu công khai của người LGBT được công khai xu hướng tính dục

Nhận xét: Đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phân vân chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%) đối tượng không có ý định này.

- Đối tượng sẽ công khai (n=16). Khi nghiên cứu tiếp trong 16 người LGBT có xu hướng muốn công khai xu hướng tính dục đối tượng công khai cụ thể:

Bảng 2: Đối tượng sẽ công khai

STT	Nội dung	Số lượng (n=16)	Tỉ lệ (%)
1	Công khai với gia đình	14	87,6
2	Công khai với nhóm bạn bè thân	6	37,5
3	Công khai ở học đường	3	18,8
4	Công khai nơi làm việc	2	12,5

Nhận xét: Có đến 87,5% dự định sẽ công khai với gia đình, 37,5% có ý định công khai với nhóm bạn bè thân, 18,8% dự định sẽ công khai ở học đường và 12,5% dự định công khai nơi làm việc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này có tổng 150 người LGBT đang sinh sống và làm việc tại thành phố Cần Thơ, nghiên cứu ghi nhận 90 nam (60%) và 60 nữ (40%), tỉ lệ nam/nữ là 3/2. Kết quả được giải thích do trong xã hội nam giới thường xuất hiện và được chú ý nhiều hơn nữ giới, và cũng có thể do trên thực tế nhóm đồng tính nam lộ diện nhiều hơn trong khi nhóm đồng tính nữ thường kín đáo hơn [1]. Về trình độ học vấn, trong nghiên cứu các đối tượng đều có trình độ cao, cụ thể: đại học (70%), 30% đã tốt nghiệp phổ thông và 10% là thạc sĩ. Về hoàn cảnh gia đình có 50,0% đối tượng có gia đình, độc thân là 40,0% và 10% ly hôn. Trong thâm niên công tác được đánh giá thì trên 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%) tiếp đó là nhóm 2-3 năm (21,3%) và ít nhất là 1 năm (20%). Và do quận Ninh Kiều là quận lớn nhất tại thành phố Cần Thơ, nên đối tượng trong nghiên cứu này có 40% có nơi cư trú tại quận này, 33,3% sinh sống tại quận Cái Rang và 26,7% có nơi cư trú tại Bình Thủy.

4.2. Thực trạng công khai xu hướng tính dục

Tỷ lệ công khai xu hướng tính dục. Trong nghiên cứu này với 150 người LGBT tại Cần Thơ năm 2022 có đến 95/150 (63,3%) đối tượng đã công khai và 55/150 (36,7%) người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục được ghi nhận. Kết quả này thể hiện sự cởi mở hơn rất nhiều so với những năm trước đây. Trong nghiên cứu của ISEE tiến hành từ 2009 cho tới năm 2012, với những người đồng tính nam được hỏi, chỉ có 2,5% số người công khai hoàn toàn về xu hướng tính dục, và 5% gần như là công khai.

Trong khi đó, 32,5% đang hoàn toàn bí mật về xu hướng tính dục của mình và 35% gần như hoàn toàn bí mật. Số 25% còn lại "lúc thì bí mật lúc thì công khai" tùy thuộc vào môi trường. Người đồng tính không dám công khai ngay cả đối với những người gần gũi nhất với mình trong gia đình [2]. Xã hội phát triển dân trí được nâng cao và sự kỳ thị cũng thay đổi nhiều có thể là nguyên nhân cho sự khác biệt này.

Mức độ công khai xu hướng tính dục.

Đối với bạn bè, các đối tượng LGBT đa số họ đã công khai với 01 người bạn (30,5%), có 17,9% các đối tượng đã công khai với tất cả bạn bè quen biết, và có lần lượt 22,1% và 21,1% công khai với 1 số hoặc nhiều người bạn (Bảng 2). Tương tự, tỷ lệ công khai với 1 thành viên khác trong gia đình (28,4%), nơi làm việc (28,4%) hay trường học (35,8%), cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Và khi xem xét mức độ hạn chế công khai thì trong 4 môi trường, tỷ lệ không công khai tập trung cao nhất ở nơi làm việc (31,6%) và gia đình (31,2%) thấp nhất là bạn bè với 8,4%. Margaret Rosario và cộng sự [5] cũng ghi nhận mặc dù việc tiết lộ xu hướng tính dục với gia đình, bạn bè và những người khác là một phần quan trọng trong quá trình công khai giới tính của thanh niên LGBT, tuy nhiên mức độ công khai không giống nhau, đa số các đối tượng thường công khai với một người bạn thân trước khi tiết lộ với cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình. Năm 2019, nghiên cứu Nguyễn Thị Kim Ngân [1] ghi nhận có đến 78,2% các đối tượng cho biết họ đã từng bị phân biệt đối xử tại nơi làm việc, trong đó có hơn 30% thường xuyên bị phân biệt đối xử.

Trên 39 đối tượng đồng tính, Donatella Di Marco và cộng sự, 2022 [6], cũng cho thấy việc công khai giới tính các đối tượng đồng tính với đồng nghiệp của họ bị ảnh hưởng bởi bối cảnh văn hóa xã hội, trách nhiệm công việc trong cơ quan. Một nghiên cứu khác của Eisenberg, Marla E. và cộng sự, 2023 [7], các đặc điểm về bản sắc chủng tộc/dân tộc, bản sắc giới tính, bản dạng giới và giới tính khi sinh cũng ảnh hưởng nhiều không chỉ đến việc công khai xu hướng tính dục mà còn ảnh hưởng đến sự hỗ trợ tâm lý từ cha mẹ, cơ quan chức năng,...

Như vậy đối với người LGBT việc công khai xu hướng tính dục ở các môi trường là không giống nhau. Nó bị phụ thuộc rất nhiều yếu tố, đặc biệt là môi trường xung quanh. Nên việc công khai xu hướng tính dục hay không lệ thuộc phần nhiều vào sự cảm nhận môi trường xung quanh họ sống có an toàn hay không, nhất là với gia

đình, bạn bè, nơi làm việc và trong trường học. Bên cạnh đó thì yếu tố kinh tế cũng là nguyên nhân khá quan trọng để cho người LGBT làm tiêu chí mà công khai xu hướng tính dục hay không.

Nhu cầu công khai xu hướng tính dục.

Khảo sát nhu cầu công khai xu hướng tính dục của 55 người LGBT chưa công khai xu hướng tính dục, kết quả ghi nhận đa số các đối tượng 34/55 (61,8%) còn phân vân chưa biết có hay không công khai xu hướng tính dục; 16/55 (29,1%) đối tượng có ý định công khai và 5/55 (9,1%) đối tượng không có ý định này. Và khi dự định công khai, trong 16 đối tượng này có đến 87,5% dự định sẽ công khai với gia đình, 37,5% có ý định công khai với nhóm bạn bè thân, 18,8% dự định sẽ công khai ở học đường và 12,5% dự định công khai nơi làm việc. Như vậy đối với các bạn chưa công khai nhưng lại có ý định công khai xu hướng tính dục thì gia đình là sự chờ đợi để họ công khai nhiều nhất, tiếp theo sẽ là bạn bè.

Ghi nhận từ các kết quả trong nghiên cứu, ở cả đối tượng đã công khai hay chưa công khai nhưng có dự định sẽ công khai thì gia đình và bạn bè chính là những người quan trọng để họ thể hiện rõ bản thân. Ở nơi làm việc và trường học tuy có sự cởi mở trong việc công khai hơn nhưng phần lớn đối tượng LGBT vẫn còn e dè.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên người 150 LGBT tại quận Ninh Kiều, Bình Thủy và Cái Răng của Thành phố Cần Thơ kết quả ghi nhận có 63,3% đối tượng đã công khai xu hướng tính dục. Mức độ công khai của các đối tượng với gia đình, bạn bè, nơi làm việc và nơi học tập đa số dừng lại ở mức độ công khai với 1 người. Bên cạnh đó còn một số lượng khá lớn (36,7%) các đối tượng trong nghiên cứu chưa và còn phân vân trong việc công khai. Kết quả nghiên cứu cho thấy tư vấn hỗ trợ tâm lý cho cộng đồng LGBT là hoạt động cần thiết để hỗ trợ người LGBT tự tin hơn trong cuộc sống hiện tại và tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Ngân, An Thanh Ly, Thực trạng phân biệt đối xử dựa trên khác biệt xu hướng tính dục tại nơi làm việc đối với người đồng tính, song tính và chuyển giới ở khu công nghiệp, Tạp chí y học cộng đồng, số 4 (51) – Tháng 07-908/2019.
2. Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (ISEE), Tổng luận nghiên cứu về người đồng tính, song tính và chuyển giới ở Việt Nam, 2013.
3. Gates G. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? 2011 [cited 2023; Available from: <http://williamsinstitute>.

law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf.

4. **American Psychological Association.** (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
5. **Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw, and Joyce Hunter,** Disclosure of Sexual Orientation and Subsequent Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: Critical Role of Disclosure Reactions, *Psychol Addict Behav.* 2009 Mar; 23(1): 175–184. doi: 10.1037/a0014284.
6. **Donatella Di Marco, Helge Hoel, Alicia**

Arenas & Lourdes Munduate (2022). Non-Heteronormative Sexual Orientations at Work: Disclosure Dynamics and the Negotiation of Boundaries between Lesbian and Gay Employees and Their Co-workers, *Journal of Homosexuality*, DOI: 10.1080/00918369.2022.2122365.

7. **Eisenberg, Marla E., Gower, Amy L., Río-González, Ana María del, Nic Rider, G., Bowleg, Lisa, Russell, Stephen T.** Interpersonal Protective Factors for LGBTQ+ Youth at Multiple Intersecting Social Identities and Positions, *Annals of LGBTQ Public and Population Health*, Jun 2023, DOI: 10.1891/LGBTQ-2022-0027.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 MÃN KINH CÓ THỪA CÂN, BÉO PHÌ

Đồng Thị Dung¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mãn kinh có thừa cân, béo phì. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mãn kinh có thừa cân, béo phì đến khám tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 68.1 ± 8.3 tuổi; tuổi mãn kinh trung bình 50.8 ± 2.8 tuổi; > 70% BN mãn kinh trên 10 năm. Tỷ lệ mắc đái tháo đường typ 2 trên 10 năm là cao nhất 58.0%. BMI trung bình là 25.7 ± 2.4 kg/m². Vòng eo trung bình là 90.9 ± 6.9 với tỷ lệ vòng eo ≥ 80 cm chiếm tới 97.3%. Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c < 7% là 30.4%, HbA1c trung bình là $8.2 \pm 1.6\%$. Glucose máu lúc đói trung bình 8.5 ± 2.7 mmol/L. Có mối liên quan giữa tỷ lệ đạt HbA1c < 7% và số lượng triệu chứng cơ năng thời kỳ mãn kinh. **Kết luận:** Thực trạng kiểm soát đường máu còn kém. Thừa cân, béo phì đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng tới đạt mục tiêu kiểm soát bệnh. Cần cá thể hóa trong điều trị, đồng thời nhấn mạnh vai trò của dinh dưỡng và tập thể lực để đạt mục tiêu kiểm soát cân nặng. **Từ khóa:** đái tháo đường, mãn kinh, thừa cân, béo phì.

SUMMARY

GLYCEMIC CONTROL STATUS IN OVERWEIGHT AND OBESE POSTMENOPAUSAL TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Objectives: To investigate the status of glycemic control in overweight and obese postmenopausal type 2 diabetic patients. **Subjects and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study on 112

overweight and obese postmenopausal type 2 diabetic patients who visited the Outpatient Department, Bach Mai Hospital from January 2023 to August 2023. **Results:** The average age was 68.1 ± 8.3 years old; the average age of menopause was 50.8 ± 2.8 years; > 70% of patients have experienced menopause for more than 10 years. The rate of having type 2 diabetes for over 10 years is the highest at 58.0%. The mean BMI was 25.7 ± 2.4 kg/m². The average waist circumference is 90.9 ± 6.9 with a waist circumference ≥ 80 cm accounting for 97.3%. The rate of HbA1c < 7% was 30.4%, the mean HbA1c was $8.2 \pm 1.6\%$. The average fasting blood glucose was 8.5 ± 2.7 mmol/L. There was a relationship between the rate of achieving HbA1c < 7% and the number of menopausal symptoms. **Conclusions:** Glycemic control status is still poor. Overweight and obesity have a significant role in attaining disease control goals. Treatment must be personalized, while emphasizing the role of nutrition and exercise in achieving weight-control objectives. **Keywords:** diabetes, menopause, overweight, obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường typ 2 (chiếm > 90% tổng số các trường hợp ĐTĐ) là kết quả của sự kết hợp giữa tình trạng đề kháng với hoạt động của insulin và đáp ứng chế tiết insulin bù trừ không thỏa đáng¹.

Lợi ích của kiểm soát tốt đường huyết đã được chứng minh rõ trong nghiên cứu nền tảng UKPDS⁴: giảm 1% HbA1c làm giảm 21% tỷ lệ tử vong, giảm 37% tỷ lệ các biến chứng thận và mắt, và giảm 14% tỷ lệ nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, thực tế kiểm soát đường huyết còn nhiều hạn chế do các yếu tố khách quan và chủ quan, trong đó không thể không nhắc đến sự gia tăng đáng kể tỷ lệ thừa cân, béo phì. Tại Việt Nam, tỷ lệ đạt mục tiêu glucose lúc đói cũng như HbA1c còn thấp, dao động từ 20 – 40%².

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Dung
Email: dungkykthn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

Nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh trên 52 BN ĐTĐ có tuổi trung bình 67.6 ± 7.8 , BMI trung bình $24.1 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$ thấy kết quả: nhóm nghiên cứu có nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1c cao hơn với mức HbA1c trung bình là $8.1 \pm 2.7\%$; thừa cân, béo phì làm tăng nguy cơ kháng insulin 5,1 lần, béo bụng làm tăng nguy cơ kháng insulin lên 2 lần³. Thời kỳ mãn kinh với sự giảm sút nồng độ estrogen làm gia tăng béo phì trung tâm và các rối loạn chuyển hóa. Do đó, sự phối hợp cả 2 yếu tố mãn kinh và thừa cân, béo phì dự báo sự gia tăng đáng kể nguy cơ ĐTĐ typ 2 cũng như khó khăn hơn trong kiểm soát đường huyết. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài *"Thực trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mãn kinh có thừa cân, béo phì"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mãn kinh có thừa cân, béo phì điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những BN thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:
 - + Được chẩn đoán xác định ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2022.
 - + Chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020.
 - + Chẩn đoán mãn kinh theo tiêu chuẩn của WHO 1996.
 - + Chẩn đoán thừa cân, béo phì theo phân loại WHO 2000 áp dụng cho khu vực châu Á.
 - + BN được theo dõi định kỳ ≥ 3 tháng.

• Bệnh nhân thuộc nhóm chứng là những bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mãn kinh có cân nặng bình thường đủ các tiêu chuẩn như nhóm nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Mãn kinh không tự nhiên (sau phẫu thuật cắt buồng trứng, cắt tử cung do u, sau điều trị hóa chất)
- + Bệnh nhân đã chuyển giới.
- + Có bệnh nội tiết khác kèm theo (Basedow, to đầu chi, hội chứng Cushing).
- + Đang mắc bệnh lý nhiễm trùng và/hoặc các bệnh lý cấp tính khác.
- + Bệnh nhân mất máu cấp hoặc mạn, thiếu sắt, xuất huyết tiêu hóa, một số bệnh huyết sắc tố ảnh hưởng tới kết quả HbA1c.
- + Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân theo dõi không đều đặn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.
- Cỡ mẫu: thuận tiện.
- Các biến số nghiên cứu:
 - + Hỏi bệnh: tuổi; thời gian mắc ĐTĐ; tuổi mãn kinh; các triệu chứng cơ năng sau mãn kinh.
 - + Khám các dấu hiệu hội chứng chuyển hóa (BMI, vòng eo, dấu gai đen).
 - + Xét nghiệm đánh giá kiểm soát đường huyết (glucose máu tĩnh mạch lúc đói, HbA1c) thực hiện tại khoa Hóa sinh Bệnh viện Bạch Mai.
- Phương pháp đánh giá: đánh giá kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan theo tiêu chuẩn Chẩn đoán và điều trị ĐTĐ typ 2 của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được vào nhóm nghiên cứu 112 bệnh nhân, nhóm chứng 102 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

		Nhóm nghiên cứu (n=112)	Nhóm chứng (n=102)	p
		Số BN (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)	
Tuổi	45 - 59	20 (17.9)	14 (13.7)	0.422
	60 - 79	83 (74.1)	75 (73.5)	
	≥ 80	9 (8.0)	13 (12.8)	
	$X \pm SD$	68.1 ± 8.3 (tuổi)	69.8 ± 8.2 (tuổi)	
Tuổi mãn kinh trung bình		50.8 ± 2.8 (tuổi)	50.4 ± 2.6 (tuổi)	
Số năm mãn kinh	< 5 năm	10 (8.9)	7 (6.9)	0.838
	5 - 10 năm	14 (12.5)	14 (13.7)	
	> 10 năm	88 (78.6)	81 (79.4)	
	$X \pm SD$	17.4 ± 8.2 (năm)	19.5 ± 8.7 (năm)	
Số năm mắc ĐTĐ	< 5 năm	22 (19.6)	13 (12.8)	0.103
	5 - 10 năm	25 (22.4)	35 (34.3)	
	> 10 năm	65 (58.0)	54 (52.9)	
	$X \pm SD$	12.6 ± 8.1 (năm)	13.3 ± 8.3 (năm)	

Nhận xét: - Tuổi: Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 68.1 ± 8.3 tuổi, dao động từ 48 – 88 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 60 – 79 chiếm tỷ lệ cao nhất với 74.1%.

- Thời gian mãn kinh: Cả 2 nhóm có sự tương đồng, xung quanh 50 tuổi. Nhóm nghiên cứu có tuổi mãn kinh trung bình là 50.8 ± 2.8 tuổi, trong đó thời gian mãn kinh > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (78.6%). Thời gian mãn

kinh trung bình là 17.4 ± 8.2 năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mãn kinh nhỏ nhất là 45 tuổi và tuổi mãn kinh lớn nhất là 59 tuổi.

- Thời gian mắc ĐTD: > 50% các bệnh nhân ở cả 2 nhóm có thời gian mắc ĐTD trên 10 năm. Nhóm nghiên cứu có thời gian mắc ĐTD trung bình là 12.6 ± 8.1 năm. Thời gian mắc ĐTD ngắn nhất là 1 năm và dài nhất là 38 năm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm BMI, vòng eo, dấu gai đen

		Nhóm nghiên cứu (n=112)	Nhóm chứng (n=102)	p
		Số BN (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)	
BMI trung bình		25.7 ± 2.4	21.0 ± 1.2	
Vòng eo	< 80 cm	3 (2.7)	37 (36.3)	0.000
	≥ 80 cm	109 (97.3)	65 (63.7)	
	$X \pm SD$	90.9 ± 6.9 (cm)	80.6 ± 5.6 (cm)	
Gai đen	Có	18 (16.1)	0 (0)	0.000
	Không	94 (83.9)	102 (100)	

Nhận xét: - BMI trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt rõ với giá trị lần lượt là 25.7 ± 2.4 và 21.0 ± 1.2 (kg/m²).

- Vòng eo: Nhóm nghiên cứu có vòng eo trung bình là 90.9 ± 6.9 cm cao hơn so với nhóm chứng (80.6 ± 5.6 cm); tỷ lệ vòng eo < 80 cm chỉ chiếm 2.7% thấp so với nhóm chứng (36.3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p = 0.000).

- Dấu gai đen: Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ phát hiện dấu gai đen ở nhóm nghiên cứu, nhóm chứng không phát hiện trường hợp nào. Có 18/112 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 16.1% có dấu gai đen.

- Đau xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu với 46/112 BN (chiếm 41.1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (21/102 BN, chiếm 20.6%) (p=0.001).

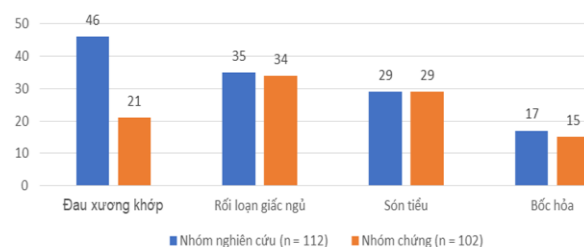
3.3. Thực trạng kiểm soát đường huyết

Bảng 3.3. Tỷ lệ mức độ KSDH theo glucose máu đói và HbA1c

		Nhóm nghiên cứu (n=112)	Nhóm chứng (n=102)	p
		Số BN (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)	
Glucose (mmol/L)	< 7.0	34 (30.4)	45 (44.1)	0.037
	≥ 7.0	78 (69.6)	57 (55.9)	
	$X \pm SD$	8.5 ± 2.7	7.7 ± 2.2	
HbA1c (%)	< 7.0	26 (23.2)	38 (37.3)	0.025
	≥ 7.0	86 (76.8)	64 (62.7)	
	$X \pm SD$	8.2 ± 1.6	7.5 ± 1.4	

Nhận xét: - Nhìn chung, giá trị trung bình glucose máu tĩnh mạch lúc đói và HbA1c ở cả 2 nhóm khá cao, khoảng dao động giữa các bệnh nhân lớn: > 55% giá trị glucose ≥ 7.0 mmol/L, và chỉ 23.2% (26/112 bệnh nhân) ở nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu HbA1c < 7.0%, con số này ở nhóm chứng là 37.3% (38/102 bệnh nhân).

- Nhóm nghiên cứu có nồng độ glucose máu tĩnh mạch lúc đói dao động từ 4.7 – 16.5



Biểu đồ 3.1. Các triệu chứng cơ năng phổ biến thời kỳ mãn kinh

Nhận xét: - Có 4 triệu chứng cơ năng các BN than phiền thường gặp, trong đó tỷ lệ rối loạn giấc ngủ, són tiểu và bốc hỏa tương đương nhau ở cả 2 nhóm.

mmol/L, trung bình là 8.5 ± 2.7 mmol/L cao hơn nhóm chứng (7.7 ± 2.2 mmol/L), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p = 0.037). Trong cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào có glucose máu đói < 4.4 mmol/L.

- HbA1c trung bình của nhóm nghiên cứu là 8.2 ± 1.6 % (dao động từ 5.7 – 13.7%) cao hơn nhóm chứng (7.7 ± 2.2 %), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0.025).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đạt HbA1c < 7% và số triệu chứng cơ năng thời kỳ mãn kinh

		Nhóm nghiên cứu (n=112)	Nhóm chứng (n=102)	p
		Số BN (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)	
Số triệu chứng mãn kinh	≤ 1	32 (28.6)	22 (21.6)	0.003
	≥ 2	6 (5.4)	4 (3.9)	

Nhận xét: - Ở cả 2 nhóm, mối liên quan giữa số triệu chứng cơ năng thời kỳ mãn kinh và đạt HbA1c < 7% không có sự khác biệt.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng triệu chứng cơ năng thời kỳ mãn kinh và tỷ lệ đạt HbA1c: BN nhóm nghiên cứu có số triệu chứng cơ năng thời kỳ mãn kinh ≤ 1 có tỷ lệ kiểm soát HbA1c cao hơn rõ rệt BN có ≥ 2 triệu chứng (28.6% so với 5.4%) (p = 0.003).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu DiabCare Asia năm 2015⁵ trên 1631 BN ĐTĐ typ 2 Việt Nam tuổi trung bình là 62.7 tuổi, BMI trung bình $23.9 \pm 3.5 \text{ kg/m}^2$, thời gian mắc bệnh trung bình 9.5 ± 6.5 năm, trong đó 58.9% là giới nữ thấy: tỷ lệ đạt HbA1c < 7% là 36.1% và giá trị HbA1c trung bình là $7.9 \pm 1.8\%$; nồng độ glucose máu đói trung bình $8.0 \pm 2.7 \text{ mmol/L}$. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ khoảng 25% tổng số BN kiểm soát đạt HbA1c < 7%, giá trị HbA1c trung bình là $8.2 \pm 1.6\%$; và chỉ 30.4% BN nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu glucose máu đói dưới 7.0 mmol/L , con số này ở nhóm chứng là 44.1%.

So với nghiên cứu tương tự là DiabCare Asia 1998 chỉ 18% BN Việt Nam đạt HbA1c < 7% và giá trị HbA1c trung bình là $8.9 \pm 2.2\%$ thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đã có sự cải thiện trong quản lý và chăm sóc BN ĐTĐ typ 2.

Kết quả kiểm soát HbA1c trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu DiabCare Asia 2015 có thể lý giải như sau: Thứ nhất, đối tượng nghiên cứu là các BN có tuổi trung bình cao hơn (68.1 ± 8.3) nên sẽ có những hạn chế hơn trong tuân thủ điều trị (như thực hiện chế độ ăn, tập luyện). Thứ hai, 100% các BN là phụ nữ đã mãn kinh, trong nghiên cứu DiabCare 2015 gồm cả nam và nữ với phần đông hơn là nữ (58.9%). Thời gian mắc ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn (trung bình là 12.6 ± 8.1 năm). Cả giới nữ và thời gian mắc ĐTĐ dài hơn đều ảnh hưởng tới kết quả kiểm soát đường huyết theo hướng bất lợi, điều này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Đặc biệt, mãn kinh với sự giảm sút estrogen là một trong những nguyên nhân gây gia tăng rối loạn chuyển hóa, béo trung tâm – những yếu tố liên quan mật thiết với ĐTĐ typ 2. Nghiên cứu tỷ lệ kháng insulin (một đặc trưng trong cơ chế bệnh

sinh ĐTĐ typ 2) của Pradhan và cộng sự⁶ trên 3500 phụ nữ mãn kinh thấy tỷ lệ này là 75%. Thứ ba, BN trong nghiên cứu DiabCare Asia 2015 phần đông thừa cân (BMI trung bình 23.9 ± 3.5), đối tượng nghiên cứu của chúng tôi BMI lớn hơn (25.7 ± 2.4). Sự gia tăng BMI đã được thừa nhận có liên quan nhiều mặt với ĐTĐ typ 2: dữ liệu từ 8 quốc gia trong một nghiên cứu về mối liên quan giữa BMI và kiểm soát đường huyết trên BN ĐTĐ typ 2 trưởng thành từ 18 tuổi trở lên (phần lớn các số liệu trên BN châu Á – 13/17 nghiên cứu) từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019 cho kết luận tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém hơn tăng khi BMI tăng (mối quan hệ thuận chiều). Tiêu biểu như nghiên cứu của Ma và cộng sự trên 17259 BN Trung Quốc thấy tỷ lệ HbA1c < 7% ở nhóm được phân loại BMI bình thường ($18.5 - 23.99$), thừa cân ($24.0 - 27.99$) và béo phì (≥ 28.0) lần lượt là 58.6%, 50.6% và 45.5% (p < 0.001). Hay trong nghiên cứu của Weng và cộng sự trên 626386 BN ĐTĐ typ 2 ở Mỹ tuổi trung bình là 63.8, với 51.3% giới nữ thấy tỷ lệ HbA1c ≤ 6.5% giảm khi BMI tăng, sự khác biệt càng đáng kể khi cách biệt BMI càng lớn (có 40.1% BN có BMI < 30 đạt mục tiêu HbA1c, trong khi ở nhóm BMI ≥ 40 thì con số này chỉ là 30.1%)⁷. Từ sự liên hệ chặt chẽ này cùng với những nghiên cứu về giảm cân nặng hợp lý giúp cải thiện trực tiếp tình trạng kháng insulin cũng như bảo tồn chức năng tế bào beta tuy mà nhiều hướng dẫn điều trị ĐTĐ typ 2 trên thế giới (ADA, EASD) cũng như Bộ Y tế Việt Nam đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giảm cân, đồng thời cân nhắc trong lựa chọn các loại thuốc làm giảm đường huyết có tác động đến cân nặng nhằm đạt mục tiêu cân nặng hợp lý ở BN ĐTĐ typ 2. Thứ tư, khuyến cáo những năm gần đây trong quản lý ĐTĐ typ 2 là cá thể hóa điều trị¹. Bằng chứng là nghiên cứu ACCORD⁸ thực hiện trên 10251 BN với mức HbA1c trung bình 8.1% chia làm 2 nhóm: nhóm điều trị tích cực HbA1c < 6.0% và nhóm điều trị chuẩn HbA1c (7.0 – 7.9%) cho thấy: tỷ lệ tử vong nhóm điều trị tích cực cao hơn do tần suất hạ đường huyết cao hơn so với nhóm điều trị chuẩn và nghiên cứu phải kết thúc sau 3.5 năm. Do vậy, từ đặc điểm BN trong nghiên cứu, chúng tôi đặt mục tiêu HbA1c của đa số các BN từ 7.0 – 7.5%.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng kiểm soát đường huyết trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mãn kinh có thừa cân, béo phì còn kém. Thừa cân, béo phì đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng tới đạt mục tiêu kiểm soát bệnh. Cần cá thể hóa trong điều trị ĐTĐ, đồng thời nhấn mạnh vai trò của dinh dưỡng và tập thể dục đạt mục tiêu kiểm soát cân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2** (2020), Bộ Y tế, 5481/QĐ-BYT.
2. **Nguyễn Thy Khuê** (2014). Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đạt mục tiêu HbA1c tại một phòng khám chuyên khoa đái tháo đường ở TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Nội tiết- Đái tháo đường Việt Nam. 2014;(13):35-40.
3. **Hồ Thị Kim Thanh** (2010). Tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có hội chứng chuyển hóa từ 60 tuổi trở lên. Tạp chí nghiên cứu Y học,70,(5):32-37.
4. **UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)**

Group (1998). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet,352:854-865.

5. **Nguyen KT, Diep BTT, Nguyen VDK, Van Lam H, Tran KQ, Tran NQ** (2020). A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). Int J Diabetes Dev Ctries;40(1):70-79.
6. **Pradhan AD, Manson JE, Hendrix SL, et al** (2006). Cross-sectional correlates of fasting hyperinsulinaemia in post-menopausal women of different ethnic origin. Diabet Med J Br Diabet Assoc;23(1):77-85.
7. **Boye KS** (2021). The Association Between Body Mass Index and Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Across Eight Countries: A Literature Review. Curr Res Diabetes Obes J;15(1).
8. **Ismail-Beigi F, Craven T, Banerji MA, et al.; ACCORD trial group** (2010). Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial. Lancet;376:419-430.

ĐÁNH GIÁ TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN SỎI ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Thái Doãn Kỳ¹, Nghiêm xuân Hoàn¹, Mai Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm các phương pháp điều trị và tình trạng ra viện của bệnh nhân sỏi đường mật. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 1165 bệnh nhân sỏi đường mật với 1385 lượt điều trị nội trú, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2021 tới 12/2022 về tỷ lệ các phương pháp điều trị, số lần nhập viện, thời gian nằm viện trung bình và kết cục điều trị của nhóm bệnh nhân. **Kết quả:** 53% bệnh nhân là nữ, và 58,19% bệnh nhân trên 60 tuổi. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân sỏi đường mật là 6,9 ngày, của bệnh nhân điều trị nội khoa là 5,94 ngày, và điều trị ngoại khoa là 8,04 ngày. Biến chứng nặng của sỏi đường mật bao gồm viêm đường mật mức độ nặng (15,74%), sốc nhiễm khuẩn (7,73%). Có 26 lượt điều trị tại khoa hồi sức tích cực, với thời gian điều trị trung bình tại khoa là 4,21 ngày. Trong 1165 bệnh nhân, có 85% chỉ nhập viện điều trị 1 lần; và phẫu thuật làm tăng nguy cơ tái nhập viện ở bệnh nhân sỏi đường mật so với điều trị nội khoa (OR (95%CI) =1,57 (1,34-1,89); P<0,0001). Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp điều trị chủ yếu (55,52%) với nhóm bệnh này; Trong khi đó,

có 16,1% số bệnh nhân chỉ cần điều trị nội khoa cơ bản. Cuối cùng, có 99,71% số bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị ổn định và ra viện. **Kết luận:** Sỏi đường mật là bệnh hay gặp, có tỷ lệ điều trị bệnh ổn định rất cao, thời gian nằm viện ngắn, kể cả với nhóm bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện TƯQĐ 108.

Viết tắt: NSMTND, nội soi mật tụy ngược dòng.

SUMMARY

COMPREHENSIVE EVALUATION OF TREATMENT AND MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH GALLSTONES AT MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108

Objective: To evaluate the characteristics of treatment methods and hospital outcomes of patients with gallstones. **Methods:** A retrospective study was conducted on 1165 patients with gallstones who received 1385 inpatient treatments at Military Hospital 108 from January 2021 to December 2022. The study aimed to analyze the proportion of treatment methods, the number of hospital admissions, the average hospital stay duration, and treatment outcomes of the patient group. **Results:** 53% of the patients were female, and 58.19% were over 60 years old. The average hospital stay duration for gallstone patients was 6.9 days, 5.94 days for internal medicine treatment, and 8.04 days for surgical treatment. Severe complications of gallstones included severe cholecystitis (15.74%) and septic shock (7.73%). There were 26 cases treated in the intensive care unit, with an average treatment duration of 4.21 days.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình
 Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com
 Ngày nhận bài: 12.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023
 Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Among the 1165 patients, 85% were admitted for treatment only once, and surgery increased the risk of readmission in gallstone patients compared to internal medicine treatment (OR (95% CI) = 1.57 (1.34-1.89); $P < 0.0001$). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) was the primary treatment method (55.52%) for this group of patients, while 16.1% of the patients only required basic internal medicine treatment. Finally, 99.71% of gallstone patients were treated effectively and discharged from the hospital. Conclusion: Gallstones are a common condition, with a very high rate of stably successful treatment and short hospital stays, even in elderly patients at Military Hospital 108.

Từ khóa: Sỏi đường mật, sỏi ống mật chủ, sỏi trong gan, lâm sàng, cận lâm sàng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 10-20% số bệnh nhân sỏi mật; Trong đó khoảng 70% là sỏi ống mật chủ, chủ yếu là sỏi Cholesterol (khoảng 85%) [7]. Tại Nhật Bản, sỏi OMC chiếm khoảng 14,2 – 20,3%, chủ yếu là sỏi sắc tố nâu [8]. Tại Việt Nam, liên quan tới thói quen ăn uống liên quan tới ẩm thực đường phố, gây ra nhiễm ký sinh trùng đường ruột như giun đũa, sán lá gan lớn, sán lá gan bé... làm cho khoảng 6-7% dân số mắc bệnh sỏi mật, trong đó khoảng 20% là sỏi đường mật [1]. Biểu chứng viêm đường mật và viêm tụy cấp là các biến chứng phổ biến của sỏi đường mật, gặp ở khoảng 30% số bệnh nhân; đây là những biến chứng diễn biến phức tạp, nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [4, 5]. Ngược lại, sỏi đường mật không có viêm đường mật gây ra cảm giác đau bụng vùng gan ở các mức độ khác nhau, tồn tại dai dẳng và tạo ra từng đợt viêm đường mật tái đi tái lại, và có thể gây ra những bệnh lý viêm mạn tính tại gan như viêm xơ đường mật, xơ gan... Nguyên tắc chính điều trị sỏi đường mật là giảm áp lực trong đường mật và lấy sỏi. Điều trị nội khoa cơ bản bao gồm kháng sinh, giãn cơ và giảm đau có thể giúp kiểm soát tình trạng viêm đường mật nhẹ và vừa, tạo cơ hội cho sỏi nhỏ đường mật thoát ra ngoài. Ngoài ra, dẫn lưu qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), dẫn lưu qua da là những biện pháp bổ sung, giúp lưu thông và giảm áp lực đường mật. Cuối cùng, để xử lý triệt để sỏi đường mật, cần can thiệp lấy sỏi đường mật qua NSMTND hoặc phẫu thuật [4]. Hiện nay tại Việt Nam, chưa có nhiều công bố về thực trạng điều trị chung nhóm bệnh này. Do đó, bài báo này, chúng tôi cung cấp thêm những dẫn chứng khoa học về bức tranh điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 1165 bệnh nhân với 1385 lần điều trị nội trú, chẩn đoán sỏi đường mật, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ 01.2021 tới tháng 12.2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật dựa trên đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chỉ có sỏi túi mật dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh
- Viêm đường mật do nguyên nhân ác tính
- Tắc mật do nguyên nhân ác tính, hoặc sau hẹp tắc đường mật sau phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu

* Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới và những biến chứng của sỏi đường mật: Viêm đường mật, mức độ viêm [6]; Viêm tụy cấp: Tăng men tụy ≥ 2 lần ngưỡng bình thường; Sốc nhiễm khuẩn: Dựa trên triệu chứng lâm sàng của sốc; và Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (hoặc phải sử dụng vận mạch để nâng huyết áp); Nhiễm khuẩn huyết (Cấy máu dương tính); Tắc mật: Vàng da vàng mắt, Bilirubin toàn phần $\geq 34 \mu\text{mol/L}$.

- Số lần nhập viện điều trị nội trú

- Phương pháp điều trị: Nội khoa, ngoại khoa, hồi sức

- Thời gian điều trị nội trú, và kết quả điều trị của các phương pháp

2.3. Xử lý số liệu. Phân tích thống kê sử dụng phần mềm GraphPad Prism version 9.1 (<https://www.graphpad.com/>) và SPSS Statistics 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sỏi mật

Bảng 1: Tuổi, giới và biến chứng thường gặp của sỏi đường mật

	Số lượt BN (n=1385)	Tỷ lệ %
Tuổi, giới		
Nữ	734	53,00
Tuổi ≥ 60	806	58,19
Biến chứng của sỏi đường mật		
Sốc nhiễm khuẩn	107	7,73
Nhiễm khuẩn huyết	110	7,94
Viêm đường mật	1209	87,29
Viêm đường mật mức độ nặng	218	15,74
Viêm tụy cấp	126	9,10
Tắc mật	781	56,39

Trong tổng số 1385 lượt bệnh nhân, bệnh nhân phần đông là nữ (53%) và tuổi trên 60 tuổi (58,19%). Biểu chứng của sỏi đường mật hay gặp nhất là viêm đường mật (87,29%), sau đó đến tắc mật (56,39%) và viêm tụy cấp (9,1%). Đặc biệt cần chú ý, những biểu chứng nặng, nguy cơ tử vong cao của sỏi đường mật không phải là hiếm gặp; bao gồm viêm đường mật mức độ nặng (15,74%), nhiễm khuẩn huyết (7,94%) và sốc nhiễm khuẩn (7,73%).

3.2. Một số đặc điểm thời gian nằm viện và số lần nhập viện điều trị nội trú.

Bảng 2: Thời gian điều trị nội trú

	Số ngày (mean, range)
--	--------------------------

Bảng 3: Số lần nhập viện. Điều trị nội khoa bao gồm điều trị nội khoa cơ bản (kháng sinh, giãn cơ, giảm đau) và NSMTND (đặt stent đường mật và/hoặc lấy sỏi). Điều trị ngoại khoa bao gồm: Mở ống mật lấy sỏi, cắt 1 phần gan hoặc ghép gan

Số lần nhập viện	Tổng số bệnh nhân n=1165 (%)	Điều trị nội khoa n=762 (%)	Điều trị phẫu thuật n=403 (%)	Điều trị nội khoa vs Điều trị phẫu thuật OR (95%CI); giá trị P
1 lần	990 (85)	685 (90)	305 (76)	1
≥ 2 lần	175 (15)	77 (10)	98 (24)	1,57 (1,34-1,89); P<0,0001

Bảng 3 mô tả số lần nhập viện của bệnh nhân. Có 990/1165 bệnh nhân (chiếm ~85%) chỉ nhập viện điều trị 1 lần, không có tái phát sỏi đường mật hoặc biểu chứng sau điều trị. Số còn lại (khoảng 15%) nhập viện điều trị nội trú từ 2 lần; Cá biệt có 01 bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú 6 lần/2 năm (số liệu không công bố trong bảng). Đặc biệt, bệnh nhân sau phẫu thuật sỏi đường mật có nguy cơ phải nhập viện lại cao hơn 1,5 lần so với nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa (OR (95%CI) = 1,57 (1,34-1,89); P<0,0001).

3.3. Phân loại bệnh nhân theo phương pháp điều trị và kết quả

Bảng 4: Phân loại bệnh nhân theo phương pháp điều trị. Điều trị nội khoa cơ bản bao gồm truyền dịch, kháng sinh (nếu có viêm đường mật), giảm đau và giãn cơ trơn tiêu hóa. Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) bao gồm đặt stent đường mật và/hoặc lấy sỏi đường mật. Phẫu thuật bao gồm mở ống mật chủ lấy sỏi, cắt thùy gan, ghép gan và cắt túi mật (sau NSMTND dự phòng tái phát sỏi đường mật từ túi mật).

Phương pháp điều trị	Số lượt BN (n=1385)	Tỷ lệ (%)
Nội khoa cơ bản	223	16,10
NSMTND	769	55,52
Phẫu thuật	462	33,36
NSMTND-Phẫu thuật	69	4,98

Tại bệnh viện 108, trong 2 năm, NSMTND là phương pháp được chỉ định nhiều nhất để điều

Tổng lượt điều trị (n=1385)	6,91 ± 1,81 [1 - 89]
Điều trị nội khoa (n=922)	5,94±1,64 [1 - 29]#
Điều trị ngoại khoa (n=462)	8,04±1,95 [1 - 89]#
Hồi sức (n= 26)	4,21±2,40 [1 - 31]

Thời gian điều trị trung bình của 1 bệnh nhân sỏi là 6,91 ngày trong đó dài nhất là 89 ngày ở bệnh nhân xơ gan mật do sỏi đường mật, được điều trị bằng ghép gan. Thời gian nằm viện của bệnh nhân điều trị nội khoa (bao gồm nội khoa cơ bản và NSMTND) ngắn hơn đáng kể so với điều trị ngoại khoa (5,94 ngày vs 8,04 ngày, P<0,0001). Có 26 lượt bệnh nhân phải điều trị tích cực tại khoa hồi sức (ICU), với thời gian nằm điều trị trung bình là 4,21 ngày.

trị sỏi đường mật (769 lượt bệnh nhân, chiếm 55,52%), tiếp theo là phẫu thuật (462 lượt bệnh nhân, chiếm 33,36%). Ngoài ra, có 16,1% bệnh nhân sỏi đường mật chỉ cần điều trị nội khoa cơ bản để ổn định bệnh. Có 69 bệnh nhân được chỉ định cả 2 phương pháp điều trị là NSMTND và phẫu thuật.

Bảng 5: Tình trạng bệnh nhân ra viện

Tình trạng ra viện	Số lượt bệnh nhân (n=1385)	Tỷ lệ (%)
Hồi sức cấp cứu	26	1.88
Đỡ - Khỏi ra viện	1381	99.71
Tử vong	4	0.29

Có 26 lượt bệnh nhân (1,88%) cần điều trị tích cực tại khoa hồi sức. Sau điều trị sỏi OMC, tỷ lệ đỡ - khỏi ra viện là 99,71%. Tỷ lệ xin về-tử vong là 0,29% số bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Sỏi đường mật (bao gồm sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ) là bệnh lý thường gặp tại Việt Nam (khoảng 6-7% dân số)[1]. Đây là nguyên nhân chính gây ra các tình trạng viêm đường mật cấp tính, và tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. Điều trị nhóm bệnh này chủ yếu gồm điều trị nội khoa cơ bản (kháng sinh, giãn cơ, giảm đau hạ sốt), nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) đặt stent và/hoặc lấy sỏi; và phẫu thuật (nội soi hoặc mổ mở: lấy sỏi, cắt gan hoặc ghép gan).

Chúng tôi triển khai nghiên cứu trên 1165 bệnh nhân sỏi đường mật với 1385 lượt điều trị ở bệnh viện Trung ương Quân đội 108, điều trị nội khoa, nội soi mật tụy ngược dòng và phẫu thuật.

Qua nghiên cứu trên 1165 bệnh nhân, chúng tôi thấy nữ gặp nhiều hơn nam, và nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm phần lớn. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu lớn trên thế giới và Việt Nam, tuy nhiên khác với số ít báo cáo về sỏi mật ở Việt Nam [2, 3]; điều này có thể do khác nhau về quần thể nghiên cứu dựa trên phương pháp điều trị vì nghiên cứu của chúng tôi lấy chung tất cả các bệnh nhân sỏi đường mật.

Biến chứng viêm tụy cấp và viêm đường mật là các biến chứng phổ biến của sỏi mật, gặp ở khoảng 30% vs 70% số bệnh nhân theo các công bố của các tác giả [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 90% số bệnh nhân có viêm đường mật, trong đó khoảng 15% số bệnh nhân là viêm đường mật mức độ nặng theo tiêu chuẩn của TG18 [6], và 7,73% bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm khuẩn. Đây là nhóm bệnh nhân lâm sàng nặng nề, tổn thương ít nhất 1 tạng quan trọng và diễn biến phức tạp, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị sớm và hồi sức tích cực. Đây là biến chứng rất nặng nề, nguy cơ tử vong cao, cần phải điều trị chăm sóc đặc biệt tại các khoa cấp cứu hồi sức, và cần giải phóng đường mật cấp cứu.

Thời gian nằm viện trung bình của 1 bệnh nhân sỏi đường mật là 6,9 ngày. Trong đó nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa (bao gồm nội khoa cơ bản và NSMTND) có thời gian nằm viện ngắn (trung bình 5,9 ngày). Ngược lại, nhóm bệnh nhân phẫu thuật có thời gian nằm viện trung bình dài hơn (8,04 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với điều trị nội khoa, Bảng 2), do thời gian hậu phẫu và chăm sóc sau mổ dài hơn, đặc biệt là những bệnh nhân phẫu thuật cắt gan hoặc ghép gan để điều trị sỏi trong gan. Ngoài ra, có 107 lượt bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn, nhưng chỉ có 26 lượt điều trị (1,88%) tại các khoa hồi sức tích cực với thời gian nằm tại khoa trung bình là 4,21 ngày (Bảng 2 và 5). Điều đó cho thấy rằng, số bệnh nhân còn lại, hoàn toàn có thể điều trị ổn định tại khoa cấp cứu tiêu hóa, bằng điều trị nội khoa tích cực kết hợp với giải phóng đường mật cấp cứu.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng 85% số bệnh nhân sỏi đường mật chỉ cần nhập viện điều trị 1 lần trong 2 năm theo dõi. Trong đó, chỉ 10% số bệnh nhân điều trị nội khoa (gồm nội khoa cơ bản và NSMTND) là cần nhập viện điều trị từ 2 lần trở lên. Đây chủ yếu là nhóm bệnh

nhân được điều trị nội khoa cơ bản kết hợp với NSMTND đặt stent đường mật, sau đó tái khám để lấy sỏi. Ngược lại, nguy cơ nhập viện lại ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật đường mật cao hơn nhóm điều trị nội khoa là 1,5 lần, cá biệt có bệnh nhân nhập viện 6 lần/2 năm. Điều này là do phẫu thuật được chỉ định trên những bệnh nhân thất bại với NSMTND, hoặc sỏi đường mật kích thước lớn hoặc sỏi trong gan số lượng nhiều nên tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ cao. Ngoài ra, có bệnh nhân cần nhập viện lại do tai biến của phẫu thuật như dò mật, tắc mật.

Đối với điều trị sỏi đường mật, NSMTND hiện nay là phương pháp được chỉ định rộng rãi, đầu tiên, đặc biệt là sỏi ống mật chủ do can thiệp xâm nhập tối thiểu, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỉ lệ thành công cao, ít sang chấn, hồi phục nhanh, chi phí thấp [4]. NSMTND được triển khai ở bệnh viện TƯQĐ 108 từ năm 2010. Kết quả nghiên cứu trong 2 năm, có 55,52% số bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị bằng kỹ thuật này. Ngược lại, phẫu thuật chỉ được đặt ra khi NSMTND thất bại, hoặc sỏi đường mật kích thước lớn, sỏi trong gan nhiều. Và có 42% lượt bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị sỏi đường mật. Có 69 lượt bệnh nhân (~5%) đã được thực hiện chuỗi điều trị: NSMTND-phẫu thuật, đây là những bệnh nhân sỏi to, không thể lấy hết qua nội soi, được đặt stent giảm áp đường mật và chuyển phẫu thuật; Hoặc 1 số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật sau NSMTND để tránh sỏi đường mật tái phát từ túi mật.

Kết cục điều trị bệnh lý sỏi đường mật tại bệnh viện trong 2 năm (2021-2022), sau điều trị, có 99,71% bệnh nhân ổn định ra viện. Có 4 bệnh nhân (0,29%) xin về và tử vong, nguyên nhân do bệnh nhân tuổi cao, nhiều bệnh kết hợp và tình trạng sốc nhiễm khuẩn rất nặng, suy đa tạng.

V. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện TƯQĐ 108, có 1385 lượt điều trị sỏi đường mật trong giai đoạn 2021-2022, với thời gian nằm viện trung bình là 6,91 ngày, và 85% số bệnh nhân chỉ nhập viện điều trị 1 lần. Tỷ lệ điều trị thành công sỏi đường mật là 99,71% bằng các phương pháp. Trong đó, nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp chủ yếu điều trị sỏi đường mật, với thời gian nằm viện ngắn, nguy cơ tái phát sỏi thấp hơn so với phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Nghĩa, Đỗ Văn Dũng, Văn Tân**, Điều tra xác định số đo hiện mắc sỏi mật tại thành phố hồ chí minh. Báo cáo khoa học tại Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ X, 1999: p. 155-166.

2. Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái, Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí y học Việt Nam, 2022. 511(2): p. 62-5.
3. Nguyễn Công Long, Lục Lê Long, Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam, 2022. 513: p. 62-5.
4. Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108, Giáo trình bệnh học nội tiêu hoá. 2017: Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. Ahmed, M., Acute cholangitis - an update. World J Gastrointest Pathophysiol, 2018. 9(1): p. 1-7.
6. Kiriya, S., et al., Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018. 25(1): p. 17-30.
7. Stinton, L.M., E.A. Shaffer, Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver, 2012. 6(2): p. 172-87.
8. Tazuma, S., Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2006. 20(6): p. 1075-83.

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ LDL-C ĐỊNH LƯỢNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2022

Hồ Huyền Linh¹, Trần Xuân Uyên¹, Trịnh Lý Vy¹, Trần Khả Linh¹,
Trần Bùi Hoàng Thảo¹, Huỳnh Quang Minh², Phạm Thị Ngọc Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sự tương quan giữa các phương pháp định lượng gián tiếp LDL-cholesterol với trực tiếp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ LDL-C tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp ở người làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 3700 mẫu máu người bệnh có chỉ định xét nghiệm cholesterol, triglycerid, HDL-c và LDL-c. Nồng độ cholesterol, triglycerid, HDL-c và LDL-c được định lượng trực tiếp, ước tính nồng độ LDL-C bằng công thức Friedewald và de Cordova. **Kết quả:** Độ sai biệt nồng độ trung bình LDL-C giữa các phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald và de Cordova với phương pháp trực tiếp ($2,45 \pm 0,96 \text{ mmol/L}$) lần lượt là $2,42 \pm 1,16 \text{ mmol/L}$ và $2,07 \pm 0,92 \text{ mmol/L}$. Hệ số tương quan của phương pháp gián tiếp Friedewald là $r=0,76$ ($p<0,01$) và de Cordova là $r=0,912$ ($p<0,01$) so với trực tiếp, biểu thị mối tương quan thuận, mạnh. Phương trình hồi quy tuyến tính giữa phương pháp gián tiếp Friedewald và de Cordova với phương pháp trực tiếp lần lượt là $y=0,188x+0,903$ và $y=0,432x+0,876$. **Kết luận:** Nồng độ LDL-C định lượng giữa hai phương pháp gián tiếp có độ sai biệt thấp so với trực tiếp. Có tương quan thuận, mức độ mạnh giữa phương pháp gián tiếp Friedewald và de Cordova với trực tiếp. **Từ khóa:** Friedewald, de Cordova, LDL-C

SUMMARY

RESEARCH SITUATION OF BLOOD LIPID DRUGS AND SURVEY OF THE CORRELATION BETWEEN LDL-C CONCENTRATION QUANTITATIVE BY DIRECT AND INDIRECT METHOD AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL, 2021

Background: In the world, there have been many studies on the correlation between indirect methods of LDL-cholesterol quantification with direct. **Objectives:** To investigate the correlation between LDL-C concentration calculated by indirect formula (Friedewald's formula and de Cordova's formula) with direct quantitative method in fat testers at the hospital. Can Tho city department, 2022. **Materials and methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study on 3700 blood samples of patients with indications for cholesterol, triglyceride, HDL-c and LDL-c tests. Cholesterol, triglyceride, HDL-c and LDL-c concentrations were directly quantified, and LDL-C concentrations were estimated using the Friedewald and de Cordova formula. **Results:** The difference in mean LDL-C concentration between the indirect methods of Friedewald and de Cordova and the direct method ($2.45 \pm 0.96 \text{ mmol/L}$) was $2.42 \pm 1.16 \text{ mmol/L}$ and $2.07 \pm 0.92 \text{ mmol/L}$. The correlation coefficient of Friedewald's indirect method was $r=0.76$ ($p<0.01$) and de Cordova was $r=0.912$ ($p<0.01$) compared with the direct method, indicating a strong, positive correlation. The linear regression equation between the indirect method Friedewald and de Cordova with the direct method was $y=0.188x+0.903$ and $y=0.432x+0.876$, respectively. **Conclusion:** Quantitative LDL-C concentration between the two indirect methods had a low difference compared with the direct method. There was a strong, positive correlation between the indirect method Friedewald and de Cordova and the direct method.

Keywords: Friedewald, de Cordova, LDL-C

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLPM) là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong của các bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não mà LDL-cholesterol (LDL-c) được thừa nhận rộng rãi là yếu tố nguy cơ chính. Xét nghiệm LDL-c giúp đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành, xơ vữa động mạch và theo dõi điều trị hạ lipid trong máu đã trở thành khuyến cáo của Chương trình đào tạo quốc gia về Cholesterol (NCEP- Hoa Kỳ) [1]. Việc đánh giá chính xác mức LDL-c là rất quan trọng vì các quyết định điều trị thường dựa trên việc đạt được mục tiêu LDL-c cụ thể, dựa trên rủi ro hoặc giảm mức LDL-c ít nhất 50%. Phương pháp tham chiếu để đo LDL-C là định lượng beta, yêu cầu siêu ly tâm huyết tương để phân đoạn các lớp lipoprotein. Điều này đòi hỏi thiết bị chuyên dụng, trình độ kỹ thuật dẫn đến chi phí xét nghiệm cao nên khó áp dụng tại hầu hết các phòng xét nghiệm, đặc biệt trên địa bàn thành phố Cần Thơ. Trong lịch sử, công thức được sử dụng rộng rãi nhất để tính LDL-c là công thức Friedewald ($LDL-c = TC - (HDL-c) - TG/2,2$). Phương trình này được thiết lập vào năm 1972 và ước tính LDL-c bằng cách sử dụng cholesterol toàn phần, cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-c) và triglyceride (TG) [2]. Tuy nhiên, công thức Friedewald lại có những hạn chế đáng kể. Công thức giả định rằng tỷ lệ giữa TG toàn phần và cholesterol lipoprotein mật độ rất thấp (LDL-c) là như nhau ở tất cả các đối tượng (tỷ lệ mol 2,2:1) và lượng cholesterol, TG trong chylomicron cũng không đáng kể. Điều này có nghĩa là việc sử dụng Friedewald không được khuyến nghị trong các mẫu không nhịn ăn hoặc khi TG lớn hơn 4,5 mmol/L (400 mg/dL) vì những giả định này ít có khả năng hợp lệ [3]. Mãi đến năm 2013, công thức $De\ Cordova$ ($LDL-c = 3/4 (TC - HDL-c)$) ra đời tại Brazil, ước tính nồng độ LDL-c chỉ dựa trên nồng độ TG và HDL-c. Công thức này đơn giản, không phụ thuộc vào TG nên áp dụng được ngay cả khi TG lớn hơn 4,5 mmol/L (400 mg/dL) (khoảng nồng độ công thức Friedewald không áp dụng được) [4]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ LDL-C tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp ở người làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022 có đủ 4 chỉ số: cholesterol, Triglycerid, HDL-C và LDL-C.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang sử dụng thuốc hạ lipid máu hoặc những thuốc làm ảnh hưởng đến lipid máu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế có tổng 3700 bệnh nhân đã tham gia trong nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu.

Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện theo 4 nhóm được phân chia theo giá trị TG (mmol/L) bao gồm: <1,7 mmol/L; 1,7-2,25 mmol/L; 2,26-5,63 mmol/L và $\geq 5,64$ mmol/L, các nội dung nghiên cứu:

- Giá trị trung bình của LDL- C_{DLTT} với LDL- $C_{Friedewald}$ và LDL- $C_{De\ Cordova}$ với LDL- $C_{De\ Cordova}$

- Mối tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo công thức gián tiếp (công thức Friedewald và công thức de Cordova) với phương pháp định lượng trực tiếp trên hệ thống AU680 (Beckman Coulter) có CV% đều thỏa yêu cầu theo khuyến cáo của NCEP ở bệnh nhân làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022.

Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: Các mẫu huyết tương được định lượng 4 thông số lipid bằng kỹ thuật đo quang theo nguyên lý enzyme, trong đó, LDL-c được sử dụng phương pháp Denka Seiken trên hệ thống AU680 (LDL- C_{DLTT}) và ước tính theo công thức Friedewald (LDL- $C_{Friedewald}$) và công thức de Cordova (LDL- $C_{De\ Cordova}$).

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các nồng độ lipid máu là biến định lượng, được trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Xác định mối tương quan giữa LDL- C_{DLTT} và LDL- $C_{De\ Cordova}$ theo phân tích tương quan Pearson dựa trên hệ số tương quan r và phương trình hồi y = $b_x + b_0$; trong đó x là nồng độ LDL- C_{DLTT} (được giả định là biến số cố định khi không có sai sót trong đo lường); y là nồng độ LDL- $C_{Friedewald}$ hoặc LDL- $C_{De\ Cordova}$ dự đoán tương ứng với LDL- C_{DLTT} (mức ý nghĩa $\alpha=0.01$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hồi cứu xác định mối tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo công thức gián tiếp với phương pháp định lượng trực tiếp trên 3700 mẫu máu người bệnh có chỉ định xét nghiệm bộ mỡ bao gồm 4 chỉ số: cholesterol, triglycerid, HDL-C và

LDL-C tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022, kết quả ghi nhận:

- Tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald + Giá trị trung bình của LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{Friedewald}

Bảng 1: Giá trị trung bình của LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{Friedewald}

Nhóm TG (mmol/L)	n	Mean±SD LDL-C _{DLTT} (mmol/L)	Mean±SD LDL-C _{Friedewald} (mmol/L)	p
<1,7 mmol/L	1645	2,15±0,85	2,44±1,01	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	795	2,51±0,88	2,61±1,07	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	1122	2,75±0,96	2,44±1,21	<0,001
≥5,64 mmol/L	138	3,21±1,35	0,93±1,70	<0,001
Toàn nghiên cứu	3700	2,45±0,960	2,42±1,16	<0,001

Nhận xét: giá trị trung bình của LDL-c ở phương pháp gián tiếp Friedewald so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

+ Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald

Bảng 2: Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo Friedewald với phương pháp trực tiếp

Nhóm TG (mmol/L)	LDL-C _{Friedewald}	Hệ số tương quan (r)	p
<1,7 mmol/L	y= 0,14x+1,073	0,909	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	y= -0,159x+1,104	0,906	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	y= -0,566x+1,093	0,871	<0,001
≥5,64 mmol/L	y= -1,455x+0,743	0,587	<0,001
Toàn nghiên cứu	y= 0,188x+0,903	0,76	<0,001

Nhận xét: xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa LDL-C_{DLTT} và LDL-C_{Friedewald} được xem xét bằng phương trình hồi quy tuyến tính, hệ số tương quan r đều có độ mạnh p < 0,001 và r dương cao, biểu thị mối tương quan thuận, mạnh.

- Mối tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo phương pháp định lượng trực tiếp và công thức de Cordova

+ Giá trị trung bình của LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{de Cordova}

Bảng 3: Giá trị trung bình của LDL-C_{DLTT} với LDL-C_{de Cordova}

Nhóm TG (mmol/L)	n	Mean±SD LDL-C _{DLTT} (mmol/L)	Mean±SD LDL-C _{Cordova} (mmol/L)	p
<1,7 mmol/L	1645	2,15±0,85	2,22±0,78	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	795	2,51±0,88	2,61±0,81	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	1122	2,75±0,96	2,93±0,90	<0,001
≥5,64 mmol/L	138	3,21±1,35	3,68±1,27	<0,001
Toàn nghiên cứu	3700	2,45±0,96	2,57±0,92	<0,001

Nhận xét: giá trị trung bình của LDL-c ở phương pháp gián tiếp de Cordova so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

+ Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo De Cordova với phương pháp trực tiếp

Bảng 4: Phương trình hồi quy và hệ số tương quan giữa phương pháp gián tiếp theo De Cordova với phương pháp trực tiếp

Nhóm TG (mmol/L)	LDL-C _{Cordova}	Hệ số tương quan (r)	p
<1,7 mmol/L	y= 0,433x+0,834	0,916	<0,001
1,7-2,25 mmol/L	y= 0,524x+0,832	0,907	<0,001
2,26-5,63 mmol/L	y= 0,595x+0,85	0,902	<0,001
≥5,64 mmol/L	y= 1,05x+0,819	0,869	<0,001
Toàn nghiên cứu	y= 0,432x+0,876	0,912	<0,001

Nhận xét: xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa LDL-C_{DLTT} và LDL-C_{de Cordova} cũng biểu thị mối tương quan thuận, mạnh với hệ số tương quan r đều có độ mạnh $p < 0,001$ và r dương cao.

IV. BÀN LUẬN

- **Tương quan giữa phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp theo Friedewald.** Giá trị trung bình của LDL-C ước tính bằng phương pháp gián tiếp Friedewald trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,42 \pm 1,16$ mmol/L. Phương pháp ước tính gián tiếp này cho nồng độ LDL-C ước tính trung bình là thấp nhất trong nghiên cứu. So với kết quả của các nghiên cứu khác, kết quả này tương đương so với nghiên cứu Garoufi Anastasia [5], với nồng độ LDL-C trung bình là $2,36 \pm 0,65$ mmol/L, cũng như kết quả của Nguyễn Hồng Hát [6], với nồng độ LDL-C trung bình $2,88 \pm 1,43$ mmol/L. Xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG, giá trị trung bình của LDL-c ở phương pháp gián tiếp Friedewald so với phương pháp định lượng trực tiếp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả bảng 2, nghiên cứu ghi nhận phương trình tương quan hồi quy tuyến tính nồng độ LDL-C giữa phương pháp định lượng trực tiếp với phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald là $y = 0,188x + 0,903$. Hệ số tương quan giữa các phương pháp trong toàn nghiên cứu của chúng tôi là $r = 0,76$ ($p < 0,001$), thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Châu [7], với hệ số tương quan toàn nghiên cứu là $r = 0,802$. Ở các nhóm triglycerid $< 5,64$ mmol/L, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho các hệ số tương quan cao lần lượt là $r = 0,909$, $r = 0,906$, $r = 0,871$, với $p < 0,001$, cho thấy có tương quan mạnh giữa 2 phương pháp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hát [6], với $r = 0,973$, nghiên cứu của Nishtha Wadhwa [8] với $r = 0,966$, và nghiên cứu của Martins J [9], với $r = 0,952$. Xét trong toàn nghiên cứu và xét theo nhóm dựa trên giá trị TG mỗi tương quan giữa LDL-C_{DLTT} và LDL-C_{Friedewald} được xem xét bằng phương trình hồi quy tuyến tính, hệ số tương quan r đều có độ mạnh $p < 0,001$ và r dương cao, biểu thị mối tương quan thuận, mạnh.

- **Tương quan giữa nồng độ LDL-c tính theo phương pháp định lượng trực tiếp và công thức de Cordova.** Giá trị trung bình LDL-C phương pháp trực tiếp là $2,45 \pm 0,96$ mmol/L, phương pháp gián tiếp LDL-C Cordova là $2,57 \pm 0,92$ mmol/L, khác biệt các giá trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Với phương pháp

định lượng gián tiếp Cordova, nghiên cứu đã xây dựng phương trình tương quan hồi quy tuyến tính $y = 0,432x + 0,876$. Hệ số góc từ 1,18-1,32 cao hơn trong khoảng tiêu chuẩn chấp nhận $0,85 \leq a \leq 1,15$. Hệ số tương quan tuyến tính cho toàn nghiên cứu là $r = 0,912$, cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hà [4] với $r = 0,727$. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Minh Hà không công bố giá trị trung bình ở nhóm triglycerid $\geq 5,64$ mmol/L [4]. Hiện nay, nồng độ triglycerid là một nguyên nhân lớn dẫn sự khác biệt về độ tương quan giữa hai phương pháp gián tiếp và trực tiếp giữa các nghiên cứu khác nhau. Ở các nhóm triglycerid $< 5,64$ mmol/L, chúng tôi thu được các kết quả tương ứng lần lượt là $r = 0,916$, $r = 0,907$ và $r = 0,902$, với $p < 0,05$ cho thấy có tương quan mạnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hansol Choi [10], có $r = 0,932$. Ở nhóm triglycerid $\geq 5,64$ mmol/L, kết quả nghiên cứu cho $r = 0,869$ với $p < 0,05$, cho thấy vẫn có sự tương quan giữa hai phương pháp ước lượng gián tiếp và định lượng trực tiếp nhưng yếu hơn mức triglycerid $< 5,64$ mmol/L. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Azam Karkhaneh, có $r = 0,622$, nghiên cứu của Nishtha Wadhwa [8], có $r = 0,761$. Trong hai công thức thì công thức Cordova không có triglyceride, nghĩa là sẽ giảm sai số khi phân tích. Đây cũng là một lợi thế cần xem xét khi sử dụng công thức này để ước lượng LDL-C gián tiếp.

Tóm lại, dù có sự tương đồng là hay khác so với các nghiên cứu trong và ngoài nước nhưng nhìn chung, nồng độ LDL-c ước tính theo cả 2 công thức Friedewald và de Cordova có tương quan tốt với nồng độ LDL-c theo phương pháp trực tiếp.

V. KẾT LUẬN

Phương trình tương quan hồi quy tuyến tính giữa phương pháp trực tiếp với phương pháp Friedewald với là $y = 0,188x + 0,903$, với phương pháp de Cordova $y = 0,432x + 0,876$. Có mối tương quan tuyến tính thuận, mức độ mạnh giữa các phương pháp định lượng gián tiếp với định lượng trực tiếp ở hai công thức. Trong đó, phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald $r = 0,76$ với độ tin cậy $p < 0,01$. phương pháp gián tiếp LDL-C Cordova $r = 0,912$ với độ tin cậy $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Academy of Pediatrics.** National Cholesterol Education Panel on Blood Levels in Children and Adolescents. Pediatrics 1992; 89: 525-84.

2. Friedewald W T, Levy R I, Fredrickson D S (1972), "Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge", Clin Chem, 18 (6), pp. 499-502.
3. Lin Qiu-zhen, Chen Yan-qiao, Guo Li-Ling (2019), "Comparison of non-fasting LDL-C levels calculated by Friedewald formula with those directly measured in Chinese patients with coronary heart disease after a daily breakfast", Clinica Chimica Acta, 495 pp. 399-405.
4. Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Ngọc Tâm (2018), "Tương quan và tương hợp nồng độ LDL-C định lượng trực tiếp và ước tính bằng công thức de Cordova", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 22 (4), tr. 344-352.
5. Garoufi Anastasia, Drakatos Antonis, Tsentidis (2017), "Comparing calculated LDL-C with directly measured LDL-C in healthy and in dyslipidemic children", Clinical biochemistry, 50 (1-2), pp. 16-22.
6. Nguyễn Hồng Hát, Trần Ngọc Dung (2021) "Tương quan tuyến tính giữa các phương pháp định lượng gián tiếp và trực tiếp LDL-Cholesterol tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Minh Hải", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, pp. 150-157.
7. Nguyễn Thị Cẩm Châu, Vũ Quang Huy (2010), "So sánh hai phương pháp định lượng LDL- c trực tiếp và gián tiếp", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, tr. 163-172.
8. Nishtha Wadhwa, Radhika, Krishnaswamy (2016), "Comparison of LDL-Cholesterol Estimate using Various Formulae with Directly Measured LDL-Cholesterol in Indian Population", J Clin Diagn Res, 10 (12), pp. BC11-BC13.
9. Martins J, Olorunju Steve AS, Murray LM (2015), "Comparison of equations for the calculation of LDL-cholesterol in hospitalised patients", Clinica Chimica Acta, 444 137-142.
10. Hansol Choi, et al (2016), "Comparison of formulas for calculating low-density lipoprotein cholesterol in general population and high-risk patients with cardiovascular disease", Korean circulation journal, 46 (5), 688-698.
11. Azam Karkhaneh, Molood Bagherieh, Solmaz Sadeghi (2019), "Evaluation of eight formulas for LDL-C estimation in Iranian subjects with different metabolic health statuses", Lipids in Health and Disease, 18 (231), pp. 1-11.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Trần Lâm Vũ¹, Trần Nguyễn Ngọc¹, Nguyễn Văn Dũng²,
Đoàn Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Phương Mai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng rối loạn giảm ham muốn tình dục ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị tại viện sức khỏe tâm thần năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 81 đối tượng từ tháng 7-2022 đến tháng 7-2023. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ nam/nữ là 59.3/40.7%, Số bệnh nhân độc thân/ chưa kết hôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,7%, chỉ 27,2% số bệnh nhân đã lập gia đình và 11,1% bệnh nhân đã li thân, li dị, 6,2% bệnh nhân mắc bệnh dưới 1 năm, 42% bệnh nhân mắc bệnh từ 1-5 năm, 51,8% bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm, có 81,5% bệnh nhân có suy giảm ham muốn tình dục (theo ICD-10), trong đó 62,1% là nam giới. **Kết luận:** tỉ lệ người bệnh mắc tâm thần phân liệt có rối loạn giảm ham muốn tình dục ở mức rất cao.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, rối loạn ham muốn tình dục

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF HYPOSEXUAL DESIRE DISORDER IN SCHIZOPHRENIA PATIENT

Objective: To evaluate clinical characteristics of sexual desire disorder in patients with schizophrenia treated at mental health institute in 2022-2023. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 subjects from July 2022 to July 2023. **Research results:** male/female ratio was 59.3/40.7%, the number of single/unmarried patients accounted for the highest rate with 61.7%, only 27.2% of married patients and 11.1% of patients were separated or divorced, 6.2% of patients had the disease for less than 1 year, 42% of patients had the disease from 1-5 years, 51.8% of patients had the disease for more than 5 years, there were 81.5% of patients have decreased libido (according to ICD-10), of which 62.1% are men. **Conclusion:** Schizophrenic patients have a very high rate of sexual desire disorders.

Keywords: Schizophrenia, sexual desire disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, làm cho

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lâm Vũ
Email: lamvutranhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kì dị, khó hiểu.¹

Rối loạn giảm ham muốn tình dục được định nghĩa là tình trạng thiếu (hoặc vắng mặt) dai dẳng hoặc tái phát những tưởng tượng tình dục và ham muốn hoạt động tình dục gây ra đau khổ rõ rệt hoặc khó khăn giữa các cá nhân không liên quan đến tình trạng bệnh lý hoặc tâm thần hoặc việc sử dụng chất gây nghiện hoặc thuốc. Cả triệu chứng dương tính cũng như triệu chứng âm tính của bệnh tâm thần phân liệt đều có thể ảnh hưởng tiêu cực đến các mối quan hệ giữa các cá nhân và tình dục. Rối loạn giảm ham muốn tình dục ảnh hưởng nhiều đến người bệnh tâm thần phân liệt. Có thể trực tiếp hoặc gián tiếp đến chất lượng cuộc sống, sự tuân thủ, hình thành và duy trì hạnh phúc gia đình, có thể dẫn tới trầm cảm và tự sát. Theo một nghiên cứu của Tolesa Fanta và cộng sự, năm 2018, Nghiên cứu cắt ngang tại bệnh viện được thực hiện tại Bệnh viện Chuyên khoa Tâm thần Amanuel từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017. **Kết quả** tổng số 422 bệnh nhân Tâm thần phân liệt tham gia vào nghiên cứu. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục nói chung là 82,7%; ở hai giới nam và nữ, tỷ lệ hiện mắc lần lượt là 84,5 và 78,6%. Tình trạng hôn nhân (Chưa kết hôn, Ly hôn và góa bụa), tiền sử tái phát và chất lượng cuộc sống kém có liên quan đáng kể đến rối loạn chức năng tình dục.² Mặc dù vậy, rối loạn giảm ham muốn tình dục ở người bệnh tâm thần phân liệt vẫn chưa được quan tâm hay thảo luận nhiều dẫn đến rất dễ bị bỏ sót. Điều này có thể tác động trực tiếp đến diễn biến bệnh và nguy cơ tái phát bệnh.

Hiện nay ở Việt Nam, chưa có tác giả nào nghiên cứu về suy giảm ham muốn tình dục ở người tâm thần phân liệt, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu *"Mô tả đặc điểm suy giảm ham muốn tình dục ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị tại Viện sức khỏe tâm thần"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh tâm thần phân liệt được chẩn đoán và đang điều trị tại Viện sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Viện sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2022 đến tháng 07/2023 trong đó thời gian thu thập số liệu từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu là tất cả những người bệnh được chẩn đoán và điều trị tâm thần phân liệt tại Viện sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai, có độ tuổi từ 18-50 và đồng ý tham gia nghiên cứu, chúng tôi lấy đến đủ số lượng cỡ mẫu là 81 người bệnh thì dừng.

2.4. Nhập liệu và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1 sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích cho ra các biểu đồ về suy giảm ham muốn tình dục

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào, mọi thông tin sẽ được giữ bí mật và chỉ dùng để phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=81)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	48	59,3
	Nữ	33	40,7
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	50	61,7
	Đã kết hôn	22	27,2
	Ly thân, ly dị	9	11,1
Nơi sinh sống	Nông thôn	39	48,1
	Thành thị	42	51,9
Tuổi khởi phát	Trước 30 tuổi	63	77,8
	Sau 30 tuổi	18	22,2
Tuổi trung bình		31,7 ± 6,987	

Nhận xét: Về giới, nam chiếm ưu thế với 59,3%, tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,4/1. Về tình trạng hôn nhân, phần lớn người bệnh chưa kết hôn (61,7%). Về nơi sinh sống, không có sự khác biệt đáng kể về nơi sinh sống. Về tuổi khởi phát, phần lớn người bệnh (77,8%) khởi phát bệnh trước 30 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 31,7 ± 6,987.

3.2. Tỷ lệ rối loạn giảm ham muốn tình dục ở đối tượng bệnh nhân Tâm thần phân liệt

Bảng 3.2. Tỷ lệ rối loạn giảm ham muốn tình dục (n=81)

Đặc điểm suy giảm ham muốn	n	%
Có	66	81,5
Không	15	18,5
Tổng	81	100%

Nhận xét: Có 66 người bệnh có suy giảm

ham muốn tình dục, chiếm 81,5%.

3.3. Đặc điểm rối loạn giảm ham muốn tình dục

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng RLGHM tình dục (n= 81)

Đặc điểm	Giới		Giới	
	Nam	%	Nữ	% nữ
Giảm suy nghĩ tưởng tượng tình dục	40	85,1%	27	81,8%
Giảm hứng thú với hoạt động tình dục	40	85,1%	28	84,8%
Giảm tần suất hoạt động tình dục	41	85,4%	25	75,8%
Cảm thấy đau khổ, ảnh hưởng đến cuộc sống cá nhân	26	65,0%	16	57,1%

Nhận xét: Ở nhóm đối tượng nam giới: 40 người bệnh có biểu hiện giảm những suy nghĩ tưởng tượng về tình dục, 40 người bệnh có giảm hứng thú với hoạt động tình dục, 41 người bệnh có biểu hiện giảm tần suất hoạt động tình dục.

Ở nhóm đối tượng nữ giới: 27 người bệnh có biểu hiện giảm suy nghĩ tưởng tượng tình dục, 28 người bệnh có biểu hiện giảm hứng thú với hoạt động tình dục, và 25 người có giảm tần suất hoạt động tình dục.

Bảng 3.4. tỷ lệ rối loạn giảm ham muốn tình dục của người bệnh tâm thần phân liệt theo giới tính (N=81)

		Chẩn đoán SGHMTD		Tổng	p
		Có	Không		
Giới tính	Nam	41	7	48	>0,05
	%	85,4%	14,6%	100%	
	Nữ	25	8	33	
	%	75,8%	24,2%	100,0%	

Nhận xét: Số người bệnh nam có 41 (chiếm 85,4%) có suy giảm ham muốn tình dục. Trong số người bệnh nữ, 75,8% có suy giảm ham muốn tình dục.

Bảng 3.5. Đặc điểm duy giảm ham muốn tình dục theo nơi sinh sống (N=81)

		Chẩn đoán SGHMTD		Tổng	p
		Có	Không		
Nơi sinh sống	Nông thôn %	31	8	39	>0,05
	%	79,5%	20,5%	100%	
	Thành thị %	35	7	42	
	%	83,3%	16,7%	100,0%	

Nhận xét: Có 39 người bệnh sống ở nông thôn, 43 người bệnh sống ở thành thị. Số người bệnh ở nông thôn có suy giảm ham muốn tình dục là 31, chiếm 79,5%. Số người bệnh sống ở thành thị có suy giảm ham muốn tình dục là 35, chiếm 83,3%.

Bảng 3.6. Đặc điểm rối loạn giảm ham

muốn tình dục theo nhóm tuổi (N= 81)

			Chẩn đoán SGHMTD		Tổng
			Có	Không	
PL tuổi	Dưới 30	Số lượng	25	5	30
		%	83,3	16,7	100,0
	Từ 30-40	Số lượng	31	10	41
		%	75,6	24,4	100,0
	Từ 41-50	Số lượng	10	0	10
		%	100,0	0	100,0

Nhận xét: Nhóm người bệnh dưới 30 tuổi là 30, trong đó có 25 người bệnh có suy giảm ham muốn tình dục, chiếm 83,3%, nhóm người bệnh từ 30 đến 40 tuổi là 41, trong đó 31 (75,6%) có suy giảm ham muốn tình dục, 10 người bệnh trong độ tuổi từ 41-50 đều được chẩn đoán suy giảm ham muốn tình dục.

Bảng 3.7. Điểm số thang đo ham muốn tình dục SDI-II(N=81)

	HMTD theo cặp	HMTD đơn độc	Tổng điểm SDI-II
Nam	19,19±14,58	10,40±6,48	31,75±21,066
Nữ	11,91±10,471	6,76±5,256	20,03±16,425
Chung	16,22±13,48	8,91±6,241	26,98±20,055

Nhận xét: Đánh giá ham muốn tình dục theo cặp, nam có điểm số trung bình 19,19 ± 14,58, nữ có điểm số trung bình 11,91 ± 10,471, điểm số trung bình của nhóm đối tượng là 16,22 ± 13,48. Đánh giá ham muốn tình dục đơn độc, nam có điểm số trung bình 10,40 ± 6,48, nữ có điểm số trung bình 6,76 ± 5,256, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm số trung bình 8,91 ± 6,241. Điểm số thang đo SDI-II trung bình 26,98 ± 20,055, trong đó nam là 31,75 ± 21,066, nữ là 20,03 ± 16,425.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng. Về đặc điểm giới, theo kết quả của chúng tôi, trong số 81 người bệnh nghiên cứu, có số nam là 48, chiếm tỉ lệ 59,3%, số nữ là 33, chiếm tỉ lệ 40,7%. Tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/2. Tỉ lệ này của chúng tôi khá tương đồng với kết quả trong nhiều nghiên cứu trước đây. Theo một phân tích tổng hợp của Abel và cộng sự (2010) đã xác định tỷ lệ trung bình của tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt nam:nữ là 1,42:1.³

Về đặc điểm tình trạng hôn nhân, số người bệnh độc thân/ chưa kết hôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,7%, chỉ 27,2% số người bệnh đã lập gia đình và 11,1% người bệnh đã li thân, li dị. Tỷ lệ người bệnh tâm thần phân liệt kết hôn đã được các nhà nghiên cứu khác chứng minh là thấp hơn nhiều so với người bình thường hoặc những người mắc chứng rối loạn tâm thần khác. Tỷ lệ ly

hôn cao hơn lần lượt là 2,8 và 6,3 lần so với dân số chung, và 44,2% người bệnh tâm thần phân liệt so với 24,5% dân số nói chung không có con (Ritsner và cộng sự - 1992).⁴

Về nơi sinh sống, có 48,1% người bệnh sống ở nông thôn, 51,9% người bệnh sống ở thành thị.

Về đặc điểm tuổi, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $31,7 \pm 6,987$. 77,8% số bệnh nhân khởi phát bệnh trước 30 tuổi. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ lưu hành bệnh tâm thần phân liệt suốt đời được báo cáo là khoảng 1 đến 1,5%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ là tương đương nhau. Tuổi khởi phát hay gặp nhất là 15-25 tuổi ở nam và 25-35 tuổi ở nữ. Như vậy kết quả cho thấy hầu hết các bệnh nhân đang trong độ tuổi ham muốn hoạt động tình dục mạnh mẽ, và đó cũng chính là hoạt động duy trì giống nòi. Trong giai đoạn này là sự trưởng thành đầy đủ về cơ thể, về chức năng hoạt động tình dục, có thể coi như là giai đoạn đỉnh cao phong độ của sức khỏe con người, ham muốn tình dục cao và dễ bị khơi gợi, kích thích. Đây cũng là độ tuổi lao động, làm việc chính, vì vậy việc mắc bệnh gây nên nhiều hậu quả cho sức khỏe bản thân và gánh nặng về kinh tế cho gia đình, xã hội.

4.2. Đặc điểm suy giảm ham muốn tình dục ở đối tượng bệnh nhân nghiên cứu.

Theo kết quả của chúng tôi, có 66 người bệnh được chẩn đoán rối loạn giảm ham muốn tình dục, chiếm 81,5%. Có 85,4 % nam và 81,5% người bệnh nữ được chẩn đoán suy giảm ham muốn tình dục. Về đặc điểm triệu chứng, nhóm đối tượng nam giới: 40 người bệnh có biểu hiện giảm hứng thú với hoạt động tình dục, 40 người bệnh có giảm hứng thú với hoạt động tình dục, 41 người bệnh có biểu hiện giảm tần suất hoạt động tình dục. Ở nhóm đối tượng nữ giới: 27 người bệnh có biểu hiện giảm suy nghĩ tưởng tượng tình dục, 28 người bệnh có biểu hiện giảm hứng thú với hoạt động tình dục, và 25 người có giảm tần suất hoạt động tình dục. 65% nam giới và 57,1% nữ giới có những triệu chứng trên cho rằng nó ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống bản thân.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ suy giảm ham muốn tình dục ở hai giới nam và nữ ($p=0,272$). Tỷ lệ suy giảm ham muốn tình dục ở các nhóm bệnh nhân có nơi sinh sống khác nhau là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p=0,777$). So sánh với kết quả nghiên cứu của Fanta và cộng sự (2018): tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục nói chung là 82,7%, và ở người bệnh nam và nữ, tỷ lệ hiện mắc lần lượt là 84,5% và 78,6%. So sánh với kết

quả nghiên cứu của Cai-Lan Hou và cộng sự, năm 2016, rối loạn chức năng tình dục không liên quan đến chất lượng sống thấp hơn.⁵ Về tỷ lệ suy giảm ham muốn tình dục ở các nhóm tuổi khác nhau, nhóm tuổi dưới 30 có tỷ lệ rối loạn giảm ham muốn tình dục là 83,3%, con số này ở nhóm tuổi từ 30-40 và từ 41-50 lần lượt là 75,6% và 100%. Ở độ tuổi càng cao, với sự lão hóa và sức khỏe giảm sút theo thời gian, những bệnh nhân ở nhóm tuổi này hầu hết đều có sự suy giảm ham muốn tình dục. Với nhóm dân số bình thường, đặc biệt là phụ nữ, rối loạn giảm ham muốn tình dục cũng chiếm một tỷ lệ không nhỏ, các nghiên cứu lớn dựa trên dân số đã chỉ ra rằng khoảng 36% đến 39% phụ nữ cho biết ham muốn tình dục thấp, với 8% đến 10% đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán chính cho rối loạn giảm ham muốn tình dục. Trong Nghiên cứu toàn cầu về thái độ và hành vi tình dục, 17,6% nam giới ở Canada, Hoa Kỳ, Úc, New Zealand và Nam Phi phản nản về việc thiếu hứng thú tình dục. Tuy nhiên, chỉ có 2,7% phản nản đây là vấn đề thường xuyên xảy ra. Thiếu hứng thú với tình dục có liên quan đến tuổi già, sức khỏe kém và trầm cảm. Tương tự, trong một mẫu xác suất quốc gia về hành vi tình dục ở Vương quốc Anh, 17% nam giới phản nản về ham muốn tình dục thấp trong năm trước. Tuy nhiên, chỉ có 1,8% phản nản về vấn đề này kéo dài ít nhất 6 tháng. Từ kết quả nghiên cứu, có thể nhận thấy tỷ lệ suy giảm ham muốn tình dục là khá cao trong nhóm đối tượng tâm thần phân liệt, bất kể giới tính hay độ tuổi hay nơi sinh sống. Về điểm số trung bình thang đo ham muốn tình dục SDI-II, điểm số trung bình ham muốn tình dục theo cặp là $16,22 \pm 13,48$, điểm số trung bình của ham muốn tình dục đơn độc là $8,91 \pm 6,241$. So sánh với kết quả nghiên cứu của Callea (2021) ở nhóm dân số bình thường, cho kết quả điểm số ham muốn tình dục theo cặp là $50,52 \pm 11,35$ trong đó nam giới: $54,41 \pm 9,36$, nữ giới: $46,92 \pm 11,86$, điểm số ham muốn tình dục đơn độc là $17,90 \pm 6,04$, trong đó nam giới: $20,24 \pm 5,44$, nữ giới: $15,73 \pm 5,75$.⁶ Có thể thấy ở nhóm đối tượng bệnh nhân tâm thần phân liệt, điểm số ham muốn tình dục, dù đơn độc hay theo cặp, đều thấp hơn đáng kể so với dân số chung. Trong khuôn khổ văn hóa xã hội, ham muốn tình dục sẽ cho thấy khao khát hoạt động tình dục vì mục đích riêng của nó, không nhằm mục đích nào khác ngoài mục đích hưởng thụ và thỏa mãn riêng của một người hay giải phóng căng thẳng tình dục. Mặc dù một số đối tượng vẫn có thể quan hệ tình dục ngay cả khi không có ham

muốn tình dục, tuy nhiên ở trong hầu hết các trường hợp ham muốn tình dục thường đi trước hoạt động tình dục.⁷ Và vì vậy, khi một đối tượng không có hoặc suy giảm ham muốn tình dục, đồng nghĩa với đời sống tình dục của anh ta/ cô ta và đối tác tương ứng sẽ không như mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh tâm thần phân liệt có tỉ lệ rối loạn suy giảm ham muốn tình dục khá cao ở cả hai giới (nam là 85,4% và nữ là 81,5%), và ở từng nhóm tuổi, đặc biệt tỷ lệ suy giảm ham muốn tình dục ở nhóm tuổi từ 41-50 tuổi là 100%. Người bệnh tâm thần phân liệt cũng có điểm số thang đo ham muốn tình dục thấp hơn đáng kể so với nhóm dân số chung. Đây sẽ là một thách thức lớn đối với công tác quản lý, điều trị và đảm bảo chất lượng cuộc sống cho người bệnh tâm thần phân liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Kim Việt.** Bệnh tâm thần phân liệt. Giáo trình bệnh học Tâm thần. Hà Nội: Nhà xuất bản Y

- học; 2016:74-79.
2. **Fanta, T., Haile, K., Abebaw, D., Assefa, D., & Hibde, G.** (2018). Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. BMC Psychiatry, 18(1), 158.
3. **Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M.** (2010). Sex differences in schizophrenia. International Review of Psychiatry, 22(5), 417-428.
4. **Ritsner, M., Sherina, O., & Ginath, Y.** (1992). Genetic epidemiological study of schizophrenia: Reproduction behaviour. Acta Psychiatrica Scandinavica, 85(6), 423-429.
5. **Hou, C.-L., Zang, Y., Rosen, R. C., Cai, M.-Y., Li, Y., Jia, F.-J., Lin, Y.-Q., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F. K., & Xiang, Y.-T.** (2016). Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. Comprehensive Psychiatry, 65, 116-121.
6. **Callea, Antonino, and Giorgia Rossi.** "italian validation of the sexual desire inventory (sdi-2): psychometric properties and factorial structure". Clinical Neuropsychiatry 18, p.h 4 (2021): 223-230.
7. **Beck, J. G., Bozman, A. W., & Qualtrough, T.** (1991). The Experience of Sexual Desire: Psychological Correlates in a College Sample. The Journal of Sex Research, 28(3), 443-456.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG SAU PHẪU THUẬT: SO SÁNH GIỮA NHÓM BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ PHẪU THUẬT ROBOT

Nguyễn Phú Hữu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam. Phẫu thuật nội soi (PTNS) và phẫu thuật robot (PTRB) điều trị ung thư trực tràng ngày càng phổ biến. Bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư trực tràng có tái lập lưu thông tiêu hóa cần được đánh giá chất lượng cuộc sống nhằm đánh giá kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi nghiên cứu trên 86 bệnh nhân (BN) ở hai nhóm PTNS và PTRB điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông tiêu hóa. Các BN được đánh giá chất lượng cuộc sống theo bảng SF-36 tại thời điểm 6 và 12 tuần sau mổ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm được PTNS và PTRB lần lượt là 62,2 và 60,6 tuổi. Chủ yếu bệnh nhân nằm ở giai đoạn II và III, không có BN ở giai đoạn IV và ít bệnh nhân ở giai đoạn I. Ở nhóm robot, sức khỏe tổng thể và chức năng xã hội được cải thiện đáng kể sau 6 tuần và 12 tuần so với nhóm nội soi. **Kết luận:** Trong nhóm phẫu thuật robot, đa số các lĩnh vực thuộc SF-36 có sự cải

thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi tại thời điểm 6 và 12 tuần sau mổ.

Từ khóa: Ung thư trực tràng; SF-36; Chất lượng cuộc sống; Phẫu thuật robot.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF RECTAL CANCER PATIENTS AFTER SURGERY: COMPARISON BETWEEN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY AND ROBOTIC SURGERY

Objective: Rectal cancer is a common disorder in Vietnam. Laparoscopic surgery and robotic surgery for ministering rectal cancer are increasingly popular. Patients who have rectal cancer surgery with end-to-end anastomosis are included in the study to assess their quality of life. **Subjects and methods:** We studied 86 patients in two groups of laparoscopic and robotic surgery, treating rectal cancer with end-to-end anastomosis. Patients were assessed for quality of life according to the SF-36 table 6 and 12 weeks after surgery. **Results:** The average age of the laparoscopic and robotic surgery groups was 62.2 and 60.6, respectively. Most patients are in stages II and III; there are no patients in stage IV and few in stage I. In robotic group, general health and social functionality improved significantly after 6 weeks and 12 weeks compared laparoscopic group. **Conclusions:** In the robotic surgery group, most

*Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hữu

Email: bsphuu2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

areas of SF-36 had better improvement than the group of laparoscopic surgery patients 6 and 12 weeks after surgery. **Keywords:** Rectal cancer; SF-36; Quality of life; Robotic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cách đây hơn 70 năm (1948), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [1] đã định nghĩa "sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần xã hội, và không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật". Hiện nay, sức khỏe được nhìn với nhiều chiều khác nhau: thể chất, tinh thần, cảm xúc, môi trường, kinh tế, với sự đa dạng và liên quan lẫn nhau.

Từ định nghĩa về sức khỏe, WHO đã đưa ra khái niệm về chất lượng cuộc sống năm 1993. Theo đó, chất lượng cuộc sống được định nghĩa là những cảm nhận của các cá nhân về cuộc sống của họ trong bối cảnh văn hóa và các hệ thống giá trị mà họ đang sống, liên quan đến mục đích, nguyện vọng, tiêu chuẩn và các mối quan tâm của họ. Vì thế có thể hiểu tại sao các thang đo chất lượng cuộc sống là những bảng câu hỏi về cảm nhận của từng người, chứ không dựa vào đánh giá chuyên môn của thầy thuốc hoặc kết quả xét nghiệm [2].

Ung thư trực tràng là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam [3]. Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức tuy nhiên phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính yếu. Tại bệnh viện Bình Dân, với lịch sử phát triển lâu đời và phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm, phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng là loại phẫu thuật thường gặp và đem lại nhiều kết quả ngắn hạn tốt. Do đó, việc đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ là hết sức quan trọng, góp phần đánh giá quá trình điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng ảnh hưởng đến chất lượng sống của họ như thế nào. Bên cạnh việc góp phần nâng cao chất lượng điều trị, việc liên lạc để đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân còn cho thấy tinh thần trách nhiệm và sự quan tâm của bác sĩ điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu này bao gồm 86 bệnh nhân ung thư trực tràng, được phẫu thuật điều trị triệt căn, có tái lập lưu thông tiêu hoá tại bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Trong đó, 41 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng và 45 bệnh nhân được phẫu thuật có robot hỗ trợ. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về nghiên cứu và đều được cho xác nhận đơn tham gia

ngiên cứu. Tại thời điểm 6 tuần và 12 tuần sau mổ, tất cả bệnh nhân đều được liên lạc để đánh giá chất lượng cuộc sống thông qua phỏng vấn trực tiếp khi tái khám hoặc thông qua gọi điện thoại.

Tiêu chuẩn đưa vào: Có kết quả giải phẫu bệnh carcinoma tuyến trực tràng, chưa di căn xa, chưa xâm lấn các cơ quan lân cận.

Bệnh nhân (BN) đồng ý tham gia nghiên cứu.

BN được phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật có robot hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư trực tràng, có tái lập lưu thông tiêu hoá.

Tiêu chuẩn loại ra. Các trường hợp phải chuyển mổ mở trong quá trình phẫu thuật.

BN không đủ khả năng để trả lời các câu hỏi phỏng vấn hoặc mất liên lạc.

BN mắc các bệnh lý nền ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống như tai biến mạch máu não cũ, yếu liệt, bệnh lý cơ xương khớp làm hạn chế vận động, bệnh lý nội khoa gây ảnh hưởng chức năng hô hấp như COPD, hen phế quản, suy tim.

Xử lý số liệu. Các biến số định tính được thể hiện theo phần trăm. Các biến số định lượng được phân tích theo phép kiểm tra Shapiro để xác định tình trạng phân phối. Nếu là phân phối chuẩn, biến số sẽ được thể hiện theo trung bình, độ lệch chuẩn và phân tích theo phép kiểm tra t. Nếu biến số không phân phối chuẩn, sẽ được thể hiện theo trung vị, khoảng tứ phân vị và phân tích theo phép kiểm tra Wilcoxon. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau mổ được xác định theo bảng câu hỏi SF-36 đã được dịch ra tiếng Việt, và được chấp nhận bởi tập đoàn RAND, cơ quan đã nghiên cứu tìm ra bảng câu hỏi SF-36.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện sau khi được Hội đồng chuyên môn và Hội đồng đạo đức của bệnh viện Bình Dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tất cả 86 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong đó, 41 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) và 45 bệnh nhân được phẫu thuật có robot hỗ trợ (PTRB). Các biến số nền được thể hiện trong bảng 1. Ta thấy giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, giới và thời gian phát hiện ung thư tới lúc phẫu thuật. Trong 86 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, không có trường hợp nào có biến chứng nghiêm trọng trong mổ hay chuyển mổ hở.

Bảng 1: Các biến số nền của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Biến số	PTNS (n=41)	PT Robot (n=45)	Giá trị p
---------	----------------	--------------------	--------------

Tuổi (TB±ĐLC)	62,2 ± 11,2	60,6 ± 11,4	0,78
Giai đoạn ung thư (n)			
I	4	3	0,48
II	15	17	
III	22	25	
IV	0	0	
Loại phẫu thuật (n)			
Cắt trước	21	23	0,65
Cắt trước thấp	20	22	
Mở hồi tràng ra da (n, %)	15 (36,6%)	15 (33,3%)	0,45
Biến chứng chung hậu phẫu (Clavien-Dindo 1,2)	10/41 (24,4%)	10/45 (22,2%)	0,69

Trong nhóm BN tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình của nhóm được PTNS là 62,2 tuổi, của nhóm PTRB là 60,6 tuổi. Giữa hai nhóm bệnh nhân không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi. Về phân giai đoạn ung thư theo AJCC lần thứ 8, chủ yếu bệnh nhân nằm ở giai đoạn II và III, không có bệnh nhân ở giai đoạn IV và ít bệnh nhân ở giai đoạn I. Số trường hợp được phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp là gần giống nhau. Không có sự khác biệt về giai đoạn ung thư và loại phẫu thuật giữa hai nhóm nghiên cứu. Mỗi nhóm nghiên cứu đều có 15 trường hợp được mở hồi tràng ra da, và được phẫu thuật đóng lại vào khoảng 1 tháng sau mổ.

Bảng 2: So sánh giá trị của các lĩnh vực thuộc bảng SF-36 giữa hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm 6 tuần sau mổ (thời điểm các bệnh nhân đã được đóng hồi tràng).

Lĩnh vực của SF-36	PTNS (n=41)	PTRB (n=45)	Giá trị p
Chức năng thể chất	79,5 ± 8,9	81,5 ± 12,5	0,390
Vai trò thể chất	50,7 ± 6,5	55,5 ± 10,7	0.010
Sự đau	65,5 ± 8,9	70,2 ± 5,2	0,004
Sức khỏe tổng quát	77,5 ± 8,5	85,9 ± 5,3	<0,001
Sức sống	79,5 ± 9,5	82,3 ± 7,7	0,140
Chức năng xã hội	72,5 ± 8,9	88,6 ± 10,1	<0,001
Vai trò cảm xúc	68,2 ± 7,2	77,4 ± 9,1	<0,001
Sức khỏe tâm thần	90,3 ± 10,5	90,0 ± 5,5	0,870

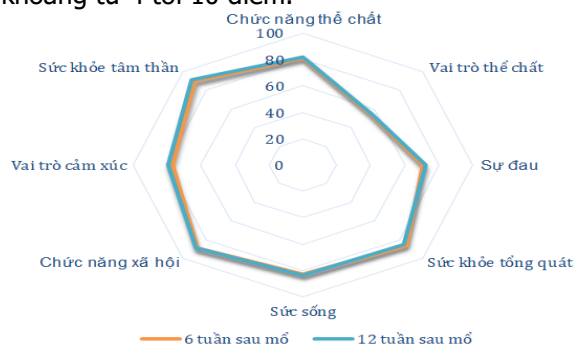
Bảng 2 thể hiện các điểm số trong các lĩnh vực thuộc bảng SF-36 giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nhìn chung, đa phần các điểm số đạt mức khá tốt (>75 điểm) tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Chức năng thể chất và sức khỏe tâm thần là hai lĩnh vực có điểm số tốt

nhất trong cả hai nhóm bệnh nhân. Kể đến là lĩnh vực sức khỏe tổng quát và chức năng xã hội với các điểm số đều trên 75 điểm. Trong hầu hết các lĩnh vực, PTRB có điểm số tốt hơn nhóm PTNS, với sự chênh lệch từ 5 tới 10 điểm. Năm trong tổng số 8 lĩnh vực ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân, với điểm số cao hơn nằm ở nhóm PTRB.

Bảng 3: So sánh giá trị của các lĩnh vực thuộc bảng SF-36 giữa hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm 12 tuần sau mổ.

Lĩnh vực của SF-36	PTNS (n=41)	PTRB (n=45)	Giá trị p
Chức năng thể chất	78,1 ± 8,6	82,7 ± 10,5	0,029
Vai trò thể chất	52,7 ± 4,3	56,6 ± 9,7	0.020
Sự đau	66,2 ± 5,9	72,2 ± 7,2	<0,001
Sức khỏe tổng quát	75,2 ± 4,5	84,9 ± 4,2	<0,001
Sức sống	79,5 ± 7,5	83,2 ± 7,8	0,028
Chức năng xã hội	75,2 ± 7,9	88,9 ± 9,1	<0,001
Vai trò cảm xúc	71,2 ± 8,2	79,4 ± 9,0	<0,001
Sức khỏe tâm thần	90,2 ± 11,5	92,0 ± 7,5	0,388

Bảng 3 cho thấy điểm số các lĩnh vực của bảng SF-36 trong hai nhóm PTNS và PTRB tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Ngoại trừ sức khỏe tâm thần, còn lại tất cả các lĩnh vực khác đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm PTNS và PTRB. Sự khác biệt giữa hai nhóm khoảng từ 4 tới 10 điểm.



Biểu đồ 1: So sánh CLCS trong nhóm PTRB theo hai thời điểm

Biểu đồ 1 thể hiện sự so sánh CLCS trong nhóm PTRB theo hai thời điểm: 6 và 12 tuần sau mổ. Theo đó, các lĩnh vực của SF-36 tại thời điểm 12 tuần sau mổ đa phần có sự cải thiện so với thời điểm 6 tuần. Ta nhận thấy sự thay đổi đáng kể ở các lĩnh vực sự đau, vai trò cảm xúc và sức khỏe tâm thần.

Bảng 4: So sánh giá trị của các lĩnh vực thuộc bảng SF-36 giữa hai nhóm cắt trước và

cắt trước thấp tại thời điểm 12 tuần sau mổ.

Lĩnh vực của SF-36	Cắt trước (n=44)	Cắt trước thấp(n=42)	Giá trị p
Chức năng thể chất	82,5 ± 7,9	78,5 ± 10,5	0,003
Vai trò thể chất	60,2 ± 8,5	53,5 ± 5,7	<0,001
Sự đau	66,2 ± 8,2	70,1 ± 2,2	0,005
Sức khỏe tổng quát	79,4 ± 9,5	68,9 ± 9,2	<0,001
Sức sống	83,5 ± 8,5	80,3 ± 5,7	0,046
Chức năng xã hội	77,5 ± 11,9	78,6 ± 9,1	0,634
Vai trò cảm xúc	78,2 ± 15,2	70,4 ± 12,1	0,011
Sức khỏe tâm thần	91,3 ± 7,5	89,0 ± 9,5	0,214

Bảng 4 cho thấy điểm số của các lĩnh vực thuộc bảng SF-36 theo hai nhóm: phẫu thuật cắt trước và phẫu thuật cắt trước thấp. Ngoại trừ chức năng xã hội và sức khỏe tâm thần, tất cả các lĩnh vực còn lại đều ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với điểm số cao hơn thuộc về nhóm phẫu thuật cắt trước. Đặc biệt trong số này, sức khỏe tổng quát là lĩnh vực có sự chênh lệch lớn nhất với hơn 10 điểm, theo sau đó là vai trò cảm xúc với sự khác biệt khoảng 8 điểm nghiêng về nhóm cắt trước.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 62,2 tuổi (nhóm PTNS) và 60,6 tuổi (nhóm PTRB). Trong đó, bệnh nhân trẻ nhất và lớn nhất có độ tuổi lần lượt là 36 và 86 tuổi. Độ tuổi này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Nam [4] thực hiện tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2023, và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Trung [5] thực hiện tại Đà Nẵng năm 2017.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp ung thư trực tràng nằm trong nghiên cứu nằm ở giai đoạn II và III với lần lượt là 32 và 47 trường hợp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bosma [6] thực hiện năm 2016 và tác giả Phạm Hồng Nam [4]. Nghiên cứu của tác giả Nam được thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh, cùng nơi với nghiên cứu của chúng tôi, do đó có sự tương đồng một phần về dân số nghiên cứu. Ngược lại, nghiên cứu của tác giả Kotaro [7] thực hiện năm 2023 tại Nhật Bản nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống theo SF-36 trên 360 bệnh nhân ung thư trực tràng lại có đa số bệnh nhân nằm ở giai đoạn I. Điều này có thể do nghiên cứu của Kotaro thực hiện tại Fukuoka, Nhật Bản, một thành phố phát triển và có tỷ lệ

tầm soát thường niên ung thư trực tràng ở người dân tương đối cao, do vậy nhiều trường hợp đã được chẩn đoán sớm hơn.

Bảng 2 và bảng 3 cho thấy điểm số của các lĩnh vực thuộc SF-36 theo hai nhóm bệnh nhân tại thời điểm 6 và 12 tuần sau mổ. Trong nhóm PTNS, đa số các điểm số ở mức tốt (trên 75 điểm). Điều này chứng tỏ kỹ thuật nội soi tại Việt Nam ngày càng hoàn thiện và cho thấy kết quả tốt trong việc bảo tồn các thần kinh cũng như các cấu trúc vùng chậu trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Các chức năng thể chất, sức khỏe tổng quát có điểm số rất tốt tại thời điểm 12 tuần sau mổ, thể hiện sự hồi phục tốt của bệnh nhân. Ngoài ra, các điểm số khác cũng có giá trị khá tốt và nhìn chung đa phần bệnh nhân hài lòng với cuộc sống hiện tại. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Nam [4], khi tác giả cho thấy điểm trung bình ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt u và tái lập lưu thông tiêu hóa là 81,6 điểm. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Laforest [8] thực hiện trên 22 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt có tái lập lưu thông tiêu hóa tại một bệnh viện ở Pháp, ghi nhận điểm số các lĩnh vực của SF-36 dao động từ 42 tới 49,1 điểm. Sở dĩ có sự khác biệt lớn trên là do nghiên cứu của Laforest thực hiện trên nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, với miệng nổi trong vòng 3 cm so với đường lược. Do đó, việc bảo tồn hoàn toàn các thần kinh cũng như các cấu trúc giải phẫu vùng chậu sẽ khó khăn hơn, dẫn đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân giảm hơn.

Cũng trong bảng 2 và bảng 3, cho thấy điểm số các lĩnh vực thuộc SF-36 trong nhóm bệnh nhân PTRB điều trị ung thư trực tràng. Đa phần các điểm số tốt hơn so với nhóm PTNS với sự chênh lệch từ 5 tới 10 điểm. Kết quả này thể hiện chất lượng cuộc sống tốt hơn ở nhóm bệnh nhân được PTRB điều trị ung thư trực tràng so với nhóm PTNS. PTRB điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Bình Dân được thực hiện từ năm 2016 với hệ thống robot DaVinci thế hệ Si. Từ đó đến nay, nhiều trường hợp ung thư trực tràng đã được thực hiện thành công. Theo tác giả Felipe [9], PTRB phù hợp đặc biệt ở những trường hợp khung chậu hẹp như ở nam giới và bệnh nhân béo phì. PTRB có thể giúp phẫu tích tỉ mỉ trong các bước quan trọng, chẳng hạn như bảo tồn bao mạc treo trực tràng, bảo tồn thần kinh và đi xuống vùng chậu. Ngoài ra, PTRB điều trị ung thư trực tràng có tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở thấp hơn, mất máu ít hơn, tỷ lệ biến chứng

sau phẫu thuật tương tự và kết quả thay thế ngắn hạn tương đương so với PTNS.

Trong cả hai nhóm bệnh nhân, tại thời điểm 12 tuần sau mổ, phần lớn các lĩnh vực trong SF-36 đều cải thiện hơn so với thời điểm 6 tuần. Điều này thể hiện quá trình lành bệnh diễn ra sau mổ, đồng thời cũng thể hiện hiệu quả trong công tác điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật. Đặc biệt trong nhóm PTRB như thể hiện trong biểu đồ 1, các chỉ số tại thời điểm 12 tuần có sự cải thiện rõ, đáng kể. Điều này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lizdenis [10] nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Lithuania. Theo tác giả, các chỉ số CLCS tại thời điểm 3 tháng sau mổ có sự cải thiện rõ rệt so với trước mổ và so với thời điểm 1 tháng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật robot và nội soi ổ bụng điều trị ung thư trực tràng nhìn chung là tốt tại thời điểm 6 và 12 sau mổ. Trong nhóm phẫu thuật robot, đa số các lĩnh vực thuộc SF-36 có sự cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi tại thời điểm 6 và 12 tuần sau mổ. Nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được thực hiện để so sánh chính xác nhất kết quả giữa hai nhóm bệnh nhân trong dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Courtney M. Townsend Jr, et al (2012). Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice – 19th ed. Elsevier.
2. Trần Kim Trang (2012). "Các thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân tim mạch". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 16 (1), pp. 9-15.
3. Glimelius B, Tiet E, Cercantes A, Arnold D (2013). Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. Annals of Oncology, 24 (suppl_6):vi81-vi8.
4. Phạm Hồng Nam và cộng sự (2023). Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng. Tạp Chí Y học Việt Nam, 526(1A).
5. Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017). Tạp chí Y Dược học Huế.8(8): p.tr 7-12.
6. Bosma E, Pullens MJ, de Vries J, Roukema JA (2016). Health status, anxiety, and depressive symptoms following complicated and uncomplicated colorectal surgeries. Int J Colorectal Dis.;31(2):273-282.
7. Yuge K, Miwa K, Fujita F, Murotani K, Shigaki T, Yoshida N, Yoshida T, Koushi K, Fujiyoshi K, Nagasu S and Akagi Y (2023). Comparison of long-term quality of life based on surgical procedure in patients with rectal cancer. Front. Oncol. 13:1197131.
8. Laforest A, Bretagnol F, Mouazan AS, Maggiori L, Ferron M, Panis Y (2012). Functional disorders after rectal cancer resection: does a rehabilitation programme improve anal continence and quality of life? Colorectal Dis.14(10):1231-1237.
9. Quezada-Diaz FF, Smith JJ (2021). Options for Low Rectal Cancer: Robotic Total Mesorectal Excision. Clin Colon Rectal Surg.34(5):311-316.
10. Lizdenis P, Birutis J, Celkienė I, et al. (2015). Short-term results of quality of life for curatively treated colorectal cancer patients in Lithuania. Medicina (Kaunas). 51(1):32-37.

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG NGOÀI VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON GIAI ĐOẠN TRUNG BÌNH VÀ NẶNG

Nguyễn Thị Bích Lệ¹, Nguyễn Văn Liệu¹

TÓM TẮT

Bệnh Parkinson là một rối loạn thần kinh thoái hóa tiến triển. Bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất phổ biến và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson. Việc quan tâm đúng mức đến các rối loạn ngoài vận động mang lại hiệu quả điều trị tối ưu, đặc biệt ở người bệnh giai đoạn trung bình và nặng.

Mục tiêu: Mô tả một số rối loạn ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Có 41 người bệnh nữ và 52 người bệnh nam với độ tuổi trung bình $65,11 \pm 11,23$ tuổi, chủ yếu phân bố tuổi trên 70 tuổi (chiếm 38,7%); triệu chứng tim mạch xuất hiện phổ biến với 67,7% trong nhóm nghiên cứu; Trong các rối loạn giấc ngủ, buồn ngủ quá mức ban ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (85%), ít gặp hội chứng chân không nghỉ (30,1%); Đa phần người bệnh trong nghiên cứu có biểu hiện lo âu (96,8%) và trầm cảm (83,9%); Tỷ lệ các triệu chứng loạn thần trong nhóm người bệnh nghiên cứu tương đối thấp (ảo giác 7,5%, hoang

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Lệ

Email: nguyenvanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

tương 8,6 %); Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%); Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%); Rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%); Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%) **Kết luận:** bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất thường xuyên và nặng nề, thầy thuốc cần quan tâm hơn đến vấn đề này trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Bệnh Parkinson, rối loạn ngoài vận động, giai đoạn trung bình và nặng

SUMMARY

SOME NON-MOTOR SYMPTOMS IN PEOPLE WITH STAGE OF PARKINSON'S DISEASE MEDIUM AND HEAVY

Parkinson's disease is a progressive degenerative neurological disorder. Besides movement disorders, non-motor disorders are very common and seriously affect the quality of life of people with Parkinson's disease. Proper attention to non-motor disorders brings optimal treatment results, especially in patients with moderate and severe disease. **Objectives:** To describe some non-motor disorders in patients with moderate and severe Parkinson's disease. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 93 patients with moderate and severe Parkinson's disease at the Department of Examination - Bach Mai Hospital from March 2022 to September 2023. **Results:** There were 41 female patients and 52 male patients with an average age of 65.11 ± 11.23 years old, mainly aged over 70 years old (accounting for 38,7%); cardiovascular symptoms appeared popular with 67.7% in the study group; Among sleep disorders, excessive daytime sleepiness accounts for the highest rate (85%), restless legs syndrome is less common (30.1%); Most of the patients in the study showed anxiety (96.8%) and depression (83.9%); The rate of psychotic symptoms in the study group was relatively low (7.5% hallucinations, 8.6% delusions); The majority of patients present with memory disorders (89.25%) and difficulty concentrating (87.1%); The most common digestive disorder is constipation (82.8%); The most common urinary disorder is nocturia (65.6); The least common symptom was urinary urgency (11%); Decreased libido is quite common in Parkinson's disease (90.4%) **Conclusion:** besides movement disorders, non-motor disorders appear very often and severely, doctors need to pay more attention to the problem. this topic in clinical practice. **Keywords:** Parkinson's disease, non-motor disorders, moderate and severe stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một rối loạn thần kinh thoái hóa tiến triển thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh được đặc trưng bởi rối loạn vận động bao gồm giảm vận động, run, cứng và mất ổn định tư thế. Ngoài ra, người bệnh Parkinson còn có các rối loạn khác ngoài vận động như suy giảm chức năng nhận thức, rối loạn chức năng thực vật, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiểu tiện,

trầm cảm....[1]. Các rối loạn ngoài vận động rất thường gặp và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson, đặc biệt là ở giai đoạn trung bình và nặng. Trong thực hành lâm sàng, đôi khi thầy thuốc chỉ chú trọng phát hiện và điều trị các rối loạn vận động mà vô tình bỏ sót các rối loạn ngoài vận động, làm hiệu quả điều trị không đạt được như mong đợi. Đối với một bệnh mạn tính như bệnh Parkinson, việc quan tâm đầy đủ các triệu chứng của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Hiện nay cũng có một số tác giả nghiên cứu về các triệu chứng ngoài vận động trên người bệnh Parkinson, ví dụ như các rối loạn tâm thần, các rối loạn chức năng nhận thức, rối loạn tiểu tiện, rối loạn nuốt vv... Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện các triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng năm 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson của Hội rối loạn vận động (MSD)

- Người bệnh ở giai đoạn bệnh 3, 4 và 5 theo phân loại của Hoehn và Yahr

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không thu thập được đầy đủ các thông số cần cho nghiên cứu

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Người bệnh được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

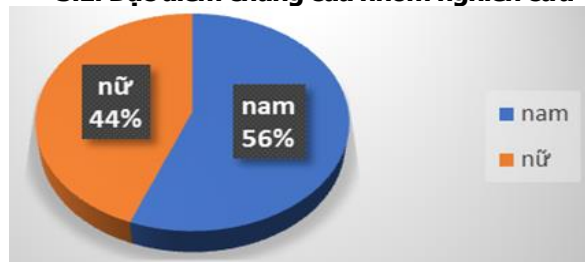
- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động

- Đặc điểm các rối loạn ngoài vận động dựa theo thang điểm: Đánh giá triệu chứng ngoài vận động bằng thang NMSS (Nonmotor Symptom assesment Scale)

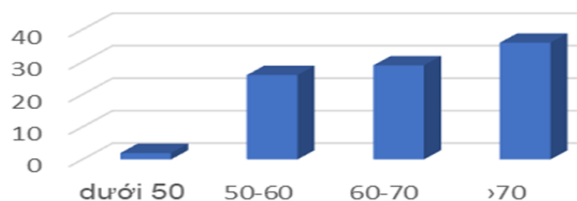
2.6. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: xử lý và phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới
phân bố theo tuổi



Biểu đồ 2: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh nghiên cứu, tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 56% và 44%. Trong 93 người bệnh, người bệnh thấp tuổi nhất là 46 tuổi, cao tuổi nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,11 \pm 11,23$. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ trên 70 tuổi (38,7%).

Bảng 2: Triệu chứng tim mạch

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Giá trị chung	8,5	2,5	12	0	30 (32,3%)	63 (67,7%)
Hạ huyết áp tư thế	6,3	2,7	8	0	42 (45,2%)	51 (54,8%)
Ngất	2,3	0,5	4	0	80 (86%)	13 (14%)

Nhận xét: Triệu chứng hạ huyết áp tư thế có điểm NMSS trung bình là $6,3 \pm 2,7$; với 54,8% người bệnh biểu hiện triệu chứng nhưng tỷ lệ người bệnh ngất thấp (13 người bệnh tương đương 14%).

3.2.2. Rối loạn giấc ngủ/ suy nhược.

Bảng 3: Đặc điểm các rối loạn giấc ngủ thường gặp trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Ngủ ngày	5,9	3,1	12	0	14 (15%)	79 (85%)
HC suy nhược	7,4	4,6	12	0	25 (26,8%)	(73,2%)
Khó ngủ	6,6	4,2	12	0	20 (21,5%)	73 (78,5%)
HC Chân không nghỉ	2,9	3,8	12	0	65 (69,8%)	28 (30,1%)

Nhận xét: Trong các rối loạn giấc ngủ, buồn ngủ quá mức ban ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (85%), ít gặp hội chứng chân không nghỉ (30,1%)

3.2.3. Triệu chứng khí sắc/vô cảm

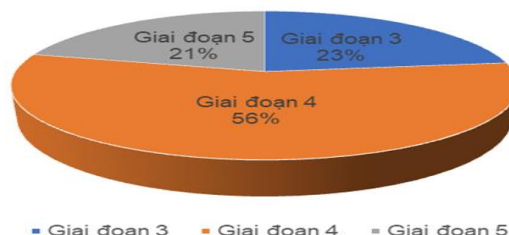
Bảng 4: Đặc điểm các rối loạn khí sắc trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Lo âu	8,7	2,7	12	0	3 (3,2%)	90 (96,8%)
Trầm cảm	11,0	5,9	22	0	15 (16,1%)	78 (83,9%)

Bảng 1. Thời gian bị bệnh

Thời gian bị bệnh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 5 năm	20	21,5
5 – 9 năm	45	48,4
≥ 10 năm	28	30,1
Thời gian mắc bệnh trung bình	$8,13 \pm 4,39$	

Nhận xét: Thời gian bị bệnh trung bình là $8,13 \pm 4,39$ năm. Phần lớn người bệnh có thời gian bị bệnh từ 5-9 năm (chiếm 48,4%), tiếp theo là khoảng từ 10 năm mắc bệnh trở lên (chiếm 30,1%).



Biểu đồ 3: Đặc điểm về giai đoạn bệnh

Nhận xét: 93 người bệnh của nhóm nghiên cứu ở giai đoạn bệnh từ 3-5, nhóm người bệnh ở giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 56%. Nhóm người bệnh giai đoạn 3 là 23%, giai đoạn 5 là 21%.

3.2. Một số rối loạn ngoài vận động ở nhóm người bệnh nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng tim mạch

Nhận xét: Đa phần người bệnh trong nghiên cứu có biểu hiện lo âu (96,8 %) và trầm cảm (83,9%).

3.2.4. Triệu chứng tri giác/ảo giác

Bảng 5: Đặc điểm các triệu chứng loạn thần và giác quan trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Ao giác	0,5	0,9	4	0	86(92,4%)	7(7,5%)
Hoang tưởng	0,3	0,7	3	0	85(91,4%)	8(8,6%)
Nhìn đôi	0,1	0,4	3	0	88(94,6%)	5 (5,4%)

Nhận xét: Tỷ lệ các triệu chứng loạn thần trong nhóm người bệnh nghiên cứu tương đối thấp (ảo giác 7,5%, hoang tưởng 8,6%).

3.2.5. Triệu chứng chú ý/trí nhớ

Bảng 6: Đặc điểm một số rối loạn nhận thức trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Khó tập trung	6,4	5,9	12	0	12 (12,9%)	81 (87,1%)
Quên	5,9	3,9	12	0	10 (10,75%)	83 (89,25%)

Nhận xét: Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%)

3.2.6. Các triệu chứng tiêu hóa

Bảng 7: Đặc điểm một số rối loạn tiêu hóa thường gặp trong bệnh Parkinson

Đặc điểm	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Chảy dãi	4,4	4,4	12	0	44 (47,3%)	49 (52,7%)
Táo bón	7,6	5,5	12	0	16 (17,2%)	77 (82,8%)
Nuốt khó	3,1	3,6	12	0	53 (56,9%)	40 (43,1%)

Nhận xét: Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%) với điểm NMSS trung bình cao nhất ($7,6 \pm 5,5$).

3.2.7. Các triệu chứng tiết niệu

Bảng 8: Đặc điểm một số rối loạn tiểu tiện thường gặp trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Điểm IPSS trung bình	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Tiểu khẩn cấp	1,9	0,5	82 (88,2%)	11 (11,8%)
Tiểu nhiều lần	3,8	1,1	52 (55,9%)	42 (44,1%)
Tiểu đêm	4,7	1,6	32 (34,4%)	61 (65,6%)

Nhận xét: Rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6%) với điểm NMSS cao nhất ($4,7 \pm 5,2$); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%).

3.2.8. Rối loạn chức năng tình dục

Bảng 9: Đặc điểm một số rối loạn tình dục trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Giảm ham muốn tình dục	3,2	1,9	8	0	9 (9,6%)	84 (90,4%)
Khó quan hệ tình dục	1,0	1,3	6	0	56 (60,2%)	37 (39,8%)

Nhận xét: Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%), với điểm NMSS trung bình của các rối loạn thuộc nhóm này bằng $3,2 \pm 1,9$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 người người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng, số người bệnh nam nhiều hơn số người bệnh nữ với tỉ lệ lần lượt là 56% và 44%. Tỷ lệ

nam/nữ là: 1,27. Kết quả này cũng tương đồng với một số tác giả như tác giả Nguyễn Thế Anh là 1,77 lần, theo tác giả Trương Thị Thu Hương tỷ lệ nam/ nữ là 1,38 lần. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65 ± 11 . Phần lớn các người bệnh nằm trong độ tuổi >70 . Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bị bệnh trung bình là $8,13 \pm 4,39$ năm. Phần lớn người bệnh có thời gian bị bệnh từ 5-9 năm (chiếm 48,4%), tiếp theo là khoảng từ 10

năm mắc bệnh trở lên (chiếm 30,1%). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, thời gian bị bệnh trong nghiên cứu của P. Martinez-Matin là $8,1 \pm 5,7$ năm [2], trong nghiên cứu của Claire Hinnell là 5 năm [3].

4.2. Đặc điểm triệu chứng ngoài vận động

4.2.1. Đặc điểm về triệu chứng tim mạch. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 63 người bệnh có triệu chứng tim mạch chiếm tỷ lệ 67,7%. Trong đó, 54,8% người bệnh có triệu chứng hạ huyết áp tư thế, 14% người bệnh có triệu chứng ngất. Theo tác giả W. Poewe hạ huyết áp tư thế ở người bệnh Parkinson chiếm khoảng 20- 60% trường hợp [4]. Hạ huyết áp tư thế liên quan đến các thuốc tác động trên hệ dopaminergic, độ nặng của bệnh cũng như thời gian bị bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người bệnh được quản lý bệnh theo chương trình Parkinson đa số có sử dụng các thuốc đồng vận dopamine. Do vậy, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi khá cao 54,8%.

4.2.2. Đặc điểm về triệu chứng giấc ngủ/suy nhược. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh có triệu chứng về rối loạn giấc ngủ/suy nhược. Trong đó có 85% người bệnh có triệu chứng ngủ ngày, 78,5% người bệnh có triệu chứng khó ngủ, 30,1% người bệnh có hội chứng chân không nghỉ, 73,2% người bệnh có triệu chứng suy nhược cơ thể. Theo tác giả Todd J.Swick, hội chứng chân không nghỉ là một rối loạn thần kinh thường gặp có ảnh hưởng đến 4%-10% dân số nói chung và gặp khoảng 10-20% ở người bệnh Parkinson [5].

4.2.3. Đặc điểm triệu chứng khí sắc/vô cảm. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lo âu và trầm cảm xảy ra rất thường xuyên, 96,8% người bệnh có triệu chứng lo âu; 83,9% người bệnh có triệu chứng trầm cảm. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Alberto Raggi và cộng sự về sự ảnh hưởng của các triệu chứng ngoài vận động tới sự tàn tật của người bệnh Parkinson cho thấy có 57,3% người bệnh có triệu chứng buồn, lo âu chiếm 49,0%, rối loạn trí nhớ là 39,6%, mất quan tâm thích thú là 35,5% [6].

4.2.4. Đặc điểm triệu chứng rối loạn tri giác/ảo giác. Theo kết quả nghiên cứu, có 7% người bệnh có triệu chứng ảo giác, 8,6% người bệnh có triệu chứng hoang tưởng. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Alberto Raggi và cộng sự cho thấy triệu chứng nhìn đôi là

17,7%, ảo giác là 11,5%, hoang tưởng là 2,1%. Rối loạn tâm thần ở người bệnh Parkinson là một yếu tố tiên lượng xấu, ảnh hưởng nhiều tới việc phải chăm sóc người bệnh lâu dài trong bệnh viện.

4.2.5. Đặc điểm triệu chứng chú ý/trí nhớ. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%). Nghiên cứu của tác giả Alberto R và cộng sự cho kết quả là 39,6% người bệnh có vấn đề về trí nhớ và 31,3% người bệnh mất tập trung [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả nước ngoài có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những người bệnh ở giai đoạn trung bình và nặng.

4.2.6. Đặc điểm triệu chứng tiêu hóa. Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%) với điểm NMSS trung bình cao nhất ($7,6 \pm 5,5$). Triệu chứng chảy rầy cũng khá phổ biến với 52,7%, triệu chứng nuốt khó gặp ở 43,1% nhóm người bệnh nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu của K. R. Chaudhuri và cộng sự triệu chứng chảy dãi chiếm 41,7%, nuốt khó chiếm 27,0%, táo bón chiếm 47,5% [7]. Rối loạn tiêu hóa ở người bệnh Parkinson có nhiều yếu tố tham gia như rối loạn thần kinh thực vật, thay đổi chế độ ăn, tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị Parkinson và tác dụng trực tiếp của bệnh Parkinson.

4.2.7. Đặc điểm triệu chứng tiết niệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6%) với điểm NMSS cao nhất ($4,7 \pm 5,2$); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%). Theo Kristian Winge và cộng sự, 95% người bệnh có ít nhất một triệu chứng hoạt động quá mức của bàng quang. Kết quả nghiên cứu của ông cho thấy có 65% người bệnh tiểu khẩn cấp, 56% tiểu đêm, 56% tiểu không tự chủ, 37% tiểu nhiều lần đánh giá bằng thang điểm Dan-PSS.

4.2.8. Đặc điểm triệu chứng rối loạn tình dục. Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%), và 39,8% người bệnh có triệu chứng khó quan hệ tình dục. Rối loạn tình dục trong nghiên cứu của tác giả Syam Krishnan và cộng sự chiếm 52,9% [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng chúng tôi kết luận: bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất thường xuyên và nặng nề, thầy thuốc cần quan tâm hơn đến vấn đề này trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường**, in Bệnh và hội chứng Parkinson. 2002, Nhà xuất bản Y học Hà Nội: Hà Nội.
2. **Martinez-Martin, P.**, International study on the psychometric attributes of the Non-Motor Symptoms Scale in Parkinson disease. *Neurology*, 2009. 73: p. 1584- 1591.
3. **Hinnell, C.**, Nonmotor Versus Motor Symptoms: How Much Do They Matter to Health Status in Parkinson's Disease? *Movement Disorder*, 2012. 27: p. 236-241.
4. **Poewe, W.**, Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 2008. 15: p. 14-20.
5. **Swick, T.J.**, Parkinson's Disease and Sleep/Wake Disturbances. Hindawi Publishing Corporation, 2012. 2012: p. 1-14.
6. **Raggi et al, A.**, Impact of nonmotor symptoms on disability in patients with Parkinson's disease. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2011. 34: p. 316- 320.
7. **Chaudhuri et al, K.R.**, The Nondeclaration of Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease to Health Care Professionals: An International Study Using the Nonmotor Symptoms Questionnaire. *Movement Disorder*, 2010. 25(6): p. 704-709.
8. **Kishnan et al, S.**, Do Nonmotor symptoms in Parkinson's disease differ from normal aging? *Movement Disorder*, 2011. 26: p. 2110-2113.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH (NHIỄM TOAN CETON VÀ/HOẶC TĂNG ÁP LỰC THẨM THẤU)

Nguyễn Minh Tuấn Anh¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Các biến chứng tăng đường huyết cấp tính của bệnh Đái tháo đường là một trong những lý do chính buộc bệnh nhân phải nhập viện. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Đái tháo đường có biến chứng cấp tính (nhiễm toan ceton và/hoặc tăng áp lực thẩm thấu). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng tăng đường huyết cấp tính nhập viện tại khoa Nội tiết- Đái tháo đường và Trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2023-08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là $52,02 \pm 19,19$ tuổi, hay gặp nhất là ≥ 60 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nhập viện có biến chứng tăng đường huyết cấp tính là những bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường (31,3%) và được chẩn đoán trong vòng 5 năm trở lại (43,8%). Khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân kém, với 60,7% bệnh nhân điều trị thuốc không đều. Glucose máu trung bình lúc nhập viện cao: $39,8 \pm 14,2$ mmol/L và kiểm soát HbA1c kém với chỉ số HbA1c $\geq 10\%$ chiếm 60,4%. **Kết luận:** Biến chứng cấp tính do tăng đường huyết không kiểm soát xuất hiện chủ yếu ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường, chưa được điều trị hay ở những bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị, kiểm soát đường máu kém.

Từ khóa: đái tháo đường, biến chứng cấp tính, nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THE HYPERGLYCEMIC CRISIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS (DIABETIC KETOACIDOSIS AND/OR HYPEROSMOLAR HYPERGLYCEMIC STATE)

Overview: The acute hyperglycemia complications of diabetes mellitus (also known as the hyperglycemic crisis) are one of the main reasons for hospitalization. **Objectives:** Describe the clinical and subclinical characteristics of the hyperglycemic crisis (Diabetic Ketoacidosis and/or Hyperosmolar Hyperglycemic State) in patients with diabetes mellitus. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, carried out on 48 diabetic patients with hyperglycemic crisis admitted to the Endocrinology and the Emergency department of Bach Mai Hospital, from January 2023 to August 2023. **Results:** The average patients's age is around $52,02 \pm 19,19$ year-old, in which the most common is patients over 60 years old. The majority of hospitalized patients with hyperglycemic crisis are those newly diagnosed (31,1%) and diagnosed within the last 5 years (43,8%). The patients' adherence to the treatment is very poor, with 60,7% taking the medication irregularly. The average blood glucose at admission is high: $39,8 \pm 14,2$ mmol/L and the HbA1c control is inadequate, with the HbA1c index $\geq 10\%$ accounted for 60,4%. **Conclusion:** The hyperglycemic crisis appears mainly in newly diagnosed patients, untreated patients or in patients who doesn't comply with the treatment regimen, with poor blood glucose control.

Keywords: diabetes mellitus, hyperglycemic crisis, diabetic ketoacidosis, hyperosmolar hyperglycemic state.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một nhóm bệnh rối loạn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn Anh

Email: marblenguyen1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

chuyển hoá được đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose máu do sự thiếu hụt một phần hoặc toàn bộ insulin, mất tác dụng của insulin hoặc cả hai lý do trên. Đái tháo đường được chia ra thành: đái tháo đường type 1, đái tháo đường type 2, đái tháo đường thai kỳ và các thể chuyên biệt của đái tháo đường. Các nghiên cứu gần đây đều chứng minh tăng đường huyết cấp tính là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân đái tháo đường¹.

Số lượng bệnh nhân đái tháo đường nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai do biến chứng tăng đường huyết cấp tính (nhiễm toan ceton và/hoặc tăng áp lực thẩm thấu) ngày càng gia tăng. Hiện nay, trên thế giới và ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về tỷ lệ gặp biến chứng nhiễm toan ceton hay biến chứng tăng áp lực thẩm thấu ở bệnh nhân đái tháo đường. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để thống kê tỷ lệ chung cho cả 2 biến chứng tăng đường huyết cấp tính nhập viện cấp cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biến chứng tăng đường huyết cấp tính để làm cơ sở tiên lượng ở bệnh nhân đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm tất cả các bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng cấp tính (nhiễm toan ceton và/hoặc tăng áp lực thẩm thấu) nhập viện tại khoa Nội tiết- Đái tháo đường và Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới của nhóm nghiên cứu (n=48)

Đặc điểm	Biến chứng	Toan ceton n (%)	TALTT n (%)	Cả 2 n (%)	p
Giới					
Nam (n= 29)		14 (56,0)	7 (63,6)	8 (66,7)	0,320
Nữ (n= 19)		11 (44,0)	4 (36,4)	4 (33,3)	
Tuổi					
≤ 30		6 (24,0)	1 (9,1)	2 (16,7)	0,099
30 đến < 45		5 (20,0)	1 (9,1)	1 (8,3)	
45 đến < 60		8 (32,0)	3 (27,3)	4 (33,3)	
≥ 60		6 (24,0)	6 (54,5)	5 (41,7)	
X ± D		47,88 ± 19,68	58,18 ± 15,71	55,00 ± 20,41	0,280
Tuổi trung bình		52,02 ± 19,19			

Nhận xét: - Tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau với tỷ lệ nam : nữ = 3 : 2. Tỷ lệ nam nữ ở cả 3 nhóm biến chứng là khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $52,02 \pm 19,19$ tuổi. Ở nhóm nhiễm toan ceton, bệnh nhân gặp ở mọi lứa tuổi, trong

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường trước đây hoặc bệnh nhân được chẩn đoán mới.

Bệnh nhân được chẩn đoán có biến chứng nhiễm toan ceton và/hoặc tăng áp lực thẩm thấu theo tiêu chuẩn của ADA 2021².

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ; Bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng toan lactic; Bệnh nhân < 15 tuổi

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

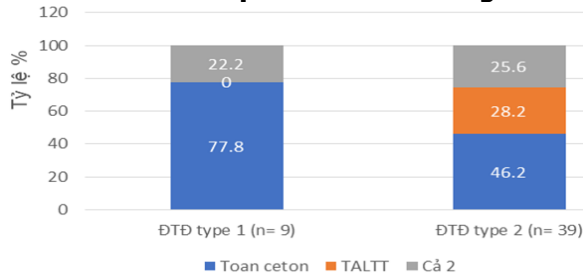
- Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được thu thập các triệu chứng lâm sàng của biến chứng tăng đường huyết cấp tính (rối loạn ý thức, dấu hiệu mất nước, buồn nôn, nôn, triệu chứng đường máu cao, nhiễm trùng); chỉ định cận lâm sàng Glucose máu, HbA1c).

- **Xử lý số liệu:** phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán: tần suất, tỷ lệ với các biến định tính; trung bình, phương sai với các biến định lượng; các test thống kê để kiểm định, mức khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tổng 48 bệnh nhân mắc đái tháo đường có biến chứng tăng đường huyết cấp tính. Trong đó có 25 bệnh nhân nhiễm toan ceton (52,1%), 11 bệnh nhân có tăng áp lực thẩm thấu (22,9%) và 12 bệnh nhân mắc cả 2 biến chứng trên (25%) tại thời điểm nhập viện.

khi nhóm tăng áp lực thẩm thấu hay nhóm mắc cả 2 biến chứng có tỷ lệ bệnh nhân sau 45 tuổi cao hơn, lần lượt là 81,8% và 75%. Tuổi trung bình của nhóm biến chứng tăng áp lực thẩm thấu và nhóm mắc cả 2 biến chứng cao hơn so với nhóm nhiễm toan ceton. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Tiền sử bệnh đái tháo đường**Biểu đồ 3.1. Phân bố biến chứng tăng đường huyết cấp tính ở bệnh nhân Đái tháo đường type 1 và Đái tháo đường type 2**

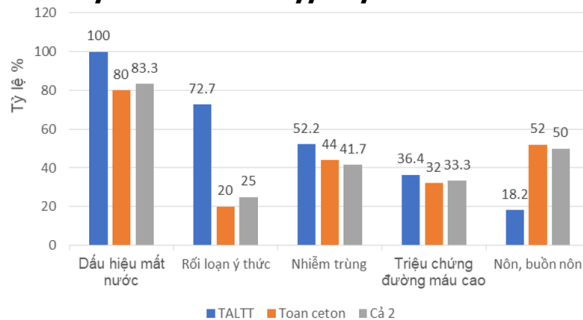
Nhận xét: Biến chứng nhiễm toan ceton chiếm đa số ở cả 2 nhóm bệnh nhân Đái tháo đường type 1 và Đái tháo đường type 2, lần lượt là 77,8% và 46,2%. Tỷ lệ mắc phối hợp cả 2 biến chứng ở 2 nhóm bệnh nhân Đái tháo đường type 1 và type 2 là tương đương nhau (22,2% và 25,6%).

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử mắc đái tháo đường và tuân thủ điều trị

Biến chứng	Toan ceton n (%)	TALTT n (%)	Cả 2 n (%)	p
Biến số				
Tiền sử đái tháo đường (n= 48)				
Lần đầu chẩn đoán (n=15)	5 (20,0)	5 (45,5)	5 (41,7)	0,101
< 5 năm	13 (52,0)	2 (18,2)	6 (50,0)	
5-10 năm	2 (8,0)	1 (9,1)	0	
≥ 10 năm	5 (20,0)	3 (27,3)	1 (8,3)	
Tuân thủ điều trị (n= 33)				
Đều	7 (35,0)	2 (33,3)	2 (28,6)	0,242
Không đều	13 (65,0)	4 (66,7)	5 (71,4)	

Nhận xét: - Tỷ lệ bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tăng áp lực thẩm thấu (45,5%) và mắc cả 2 biến chứng (41,7%). Bên cạnh đó, các bệnh nhân có tiền sử Đái tháo đường trong vòng 5 năm trở lại cũng chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nhiễm toan ceton và mắc cả 2 biến chứng, lần lượt là 52% và 50%.

- Phần lớn những bệnh nhân đã được chẩn đoán Đái tháo đường điều trị thuốc không đều, chiếm tỷ lệ lần lượt ở 3 nhóm nghiên cứu là 65%, 66,7% và 71,4%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**3.3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện:****bệnh nhân tại thời điểm nhập viện**

Nhận xét: Mất nước là triệu chứng gặp chủ yếu ở cả 3 nhóm biến chứng, với tỷ lệ lần lượt là 100%, 80% và 83,3%. Rối loạn ý thức thường gặp ở bệnh nhân có tăng áp lực thẩm thấu (72,7%) hơn là ở 2 nhóm còn lại (20% và 25%). Trong khi đó, triệu chứng nôn, buồn nôn gặp nhiều hơn ở bệnh nhân có toan ceton (52%) hay mắc cả 2 biến chứng (50%) so với tăng áp lực thẩm thấu (18,2%). Tình trạng nhiễm trùng kèm theo cũng chiếm tỷ lệ đáng kể ở cả 3 nhóm (52,2%, 44% và 41,7%).

3.3.2. Glucose máu lúc nhập viện, HbA1c:**Biểu đồ 3.2: Triệu chứng lâm sàng của****Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo glucose máu lúc nhập viện và chỉ số HbA1c**

Biến chứng Biến số	Toan ceton n (%)	TALTT n (%)	Cả 2 n (%)	p
Glucose máu (mmol/L)				
16,7-33,2	13 (52,0)	3 (27,3)	2 (16,6)	0,031
33,3-55,5	10 (40,0)	6 (54,5)	7 (58,3)	
≥ 55,6	2 (8,0)	2 (18,2)	3 (25,0)	
X ± D	34,35 ± 11,02	43,89 ± 16,20	47,33 ± 14,55	0,015
Glucose trung bình	39,78 ± 14,20			
HbA1c (%)				
6,0-7,9	3 (12,0)	1 (9,1)	2 (16,7)	0,469

8,0-9,9	8 (32,0)	1 (9,1)	4 (33,3)	
≥ 10,0	14 (56,0)	9 (81,8)	6 (50,0)	
$\bar{X} \pm D$	10,94 ± 2,49	11,90 ± 2,83	10,93 ± 3,23	0,600
HbA1c trung bình	11,20 ± 2,74			

Nhận xét: - Nồng độ Glucose máu trung bình tại thời điểm nhập viện là 39,8±14,2 mmol/L. Nồng độ Glucose máu trung bình của nhóm tăng áp lực thẩm thấu và mắc cả 2 biến chứng cao hơn so với nhóm toan ceton. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Chỉ số HbA1c trung bình là 11,2 ± 2,7%. Đa số bệnh nhân nhập viện có chỉ số HbA1c ≥ 10%, tỷ lệ lần lượt của 3 nhóm là 56,0%, 81,8% và 50%.

IV. BÀN LUẬN

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ là 3:2, gần như tương đương nhau và không có sự khác biệt giữa các nhóm biến chứng, $p > 0,05$. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 52,02 ± 19,19 tuổi, trong đó nhóm tuổi chung gặp chủ yếu là: 45- 60 tuổi (31,3%) và trên 60 tuổi (35,4%). Ở nhóm nhiễm toan ceton, bệnh nhân gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên nhóm tăng áp lực thẩm thấu hay nhóm mắc phối hợp cả 2 biến chứng có tỷ lệ bệnh nhân sau 45 tuổi cao hơn, lần lượt là 81,8% và 75%. Như vậy, nhìn chung các biến chứng cấp tính hay gặp hơn ở bệnh nhân cao tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Thị Kim Ngân về thực trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân cao tuổi³.

- Trong 48 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường type 2 chiếm 81,2%, nhiều hơn đáng kể so với bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường type 1, với tỷ lệ 18,8%. Điều này là phù hợp với dịch tễ học của bệnh Đái tháo đường nói chung⁴. Mặc dù nhiễm toan ceton là biến chứng gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân Đái tháo đường type 1 (chiếm 77,8%), tuy nhiên vẫn có tỷ lệ 22,2% bệnh nhân có nhiễm cả toan ceton lẫn tăng áp lực thẩm thấu phối hợp. Tương tự với Đái tháo đường type 2, cũng có 25,6% bệnh nhân mắc phối hợp 2 biến chứng, bên cạnh 28,2% bệnh nhân tăng áp lực thẩm thấu và 46,2% bệnh nhân nhiễm toan ceton đơn thuần.

- Việc tầm soát và phát hiện bệnh sớm ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ có thể giúp giảm tỷ lệ gặp các biến chứng cấp tính ở bệnh nhân Đái tháo đường. Có tới 43,8% bệnh nhân trong nghiên cứu nhập viện với tình trạng tăng đường huyết cấp tính là những bệnh nhân lần đầu tiên được chẩn đoán Đái tháo đường. Nhóm bệnh nhân này có thể đã có đái tháo đường

nhưng chưa hề được phát hiện và điều trị sớm, do đó thường đến viện khi các triệu chứng lâm sàng rầm rộ và kèm theo các biến chứng cấp tính của tăng đường huyết. Bên cạnh đó, với những bệnh nhân đã có tiền sử chẩn đoán Đái tháo đường, tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị nói chung còn rất cao, chiếm 60,6%. Điều này có thể liên quan đến việc người dân chưa được cung cấp đầy đủ kiến thức về bệnh để phòng ngừa, khám định kỳ và phát hiện sớm các biến chứng cấp tính hay mạn tính. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường trong vòng 5 năm cũng chiếm tỷ lệ khá cao (31,3%), có thể liên quan đến mức độ hiểu biết về bệnh, kinh nghiệm tự quản lý đường huyết tại nhà của bản thân bệnh nhân còn kém hay tầm lý chủ quan của bệnh nhân trong điều trị giai đoạn những năm đầu.

- Về đánh giá đặc điểm lâm sàng, triệu chứng hay gặp nhất là dấu hiệu mất nước, chiếm 100% ở nhóm tăng áp lực thẩm thấu, 80,0% ở nhóm toan ceton và 83,3% ở nhóm mắc cả 2 biến chứng. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức gặp nhiều hơn ở bệnh nhân có tăng áp lực thẩm thấu (72,7%) so với toan ceton (20%). Trong khi đó, triệu chứng nôn, buồn nôn, đau bụng gặp chủ yếu ở bệnh nhân có nhiễm toan ceton (52% và 50%), nhiều hơn so với nhóm tăng áp lực thẩm thấu (18,2%). Điều này là phù hợp với cơ chế bệnh sinh của 2 nhóm biến chứng tăng đường huyết cấp tính. Nhóm bệnh nhân mắc phối hợp cả 2 biến chứng nhìn chung có đặc điểm lâm sàng tương đồng với nhóm nhiễm toan ceton. Bên cạnh đó, tình trạng nhiễm trùng có tỷ lệ tương đương nhau ở cả 3 nhóm biến chứng và cũng là yếu tố thúc đẩy gây tăng đường máu cấp.

- Về đặc điểm cận lâm sàng, glucose máu trung bình khi nhập viện là 39,8 ± 14,2mmol/L. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mauvais-Jarvis và cs, nồng độ glucose trung bình ở nhóm đái tháo đường type 1 là 20,9 ± 12,6mmol/L (n= 21) và của nhóm type 2 là 30,5 ± 13,1mmol/L (n= 111)⁵. Sự khác biệt có lẽ là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nhóm bệnh nhân có biến chứng tăng áp lực thẩm thấu và mắc cả 2 biến chứng (có đường máu trung bình lần lượt là: 43,89 ± 16,20 và 47,33 ± 14,55 mmol/L). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Bên cạnh đó, HbA1c là chỉ số quan trọng

để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu. Việc kiểm soát glucose máu tốt, làm giảm HbA1c và làm giảm đáng kể nguy cơ biến chứng do Đái tháo đường⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số HbA1c trung bình là $11,2 \pm 2,7\%$ và sự khác biệt giữa 3 nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Trịnh Ngọc Anh (2011), giá trị HbA1c trung bình của bệnh nhân Đái tháo đường mới phát hiện có bệnh lý cấp tính là $11,89 \pm 2,9\%$ ⁷, của tác giả Mauvais-Jarvis và cộng sự, giá trị HbA1c trung bình ở nhóm bệnh nhân Đái tháo đường type 1 và type 2 có nguy cơ nhiễm toan ceton lần lượt là $11,6 \pm 3,5\%$ ($n = 21$) và $13,4 \pm 2,1\%$ ($n = 111$)⁵.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng cấp tính do tăng đường huyết không kiểm soát xuất hiện chủ yếu ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường, chưa được điều trị hay ở những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, kiểm soát đường máu kém. Vì vậy, cần phải tư vấn kỹ lưỡng cho bệnh nhân về chế độ ăn, chế độ tập luyện, tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị thuốc đái tháo đường để có thể đạt được tối ưu mục tiêu kiểm soát đường máu và phòng ngừa các biến chứng

cấp tính, cũng như mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(7):1335-1343. doi:10.2337/dc09-9032
2. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes (2021) (PDF) by ADA. <https://unitedvrg.com/2021/08/13/standards-of-medical-care-in-diabetes-2021-pdf/>. Accessed September 28, 2022.
3. Ngân ĐTK. Nhận xét thực trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương 2018.
4. IDF DIABETES ATLAS. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>. Accessed September 14, 2022.
5. Mauvais-Jarvis F, Sobngwi E, Porcher R, et al. Ketosis-prone type 2 diabetes in patients of sub-Saharan African origin: clinical pathophysiology and natural history of beta-cell dysfunction and insulin resistance. *Diabetes*. 2004; 53(3): 645-653. doi: 10.2337/diabetes.53.3.645
6. Balasubramanyam A, Nalini R, Hampe CS, Maldonado M. Syndromes of Ketosis-Prone Diabetes Mellitus. *Endocr Rev*. 2008;29(3):292-302. doi:10.1210/er.2007-0026
7. Trịnh Ngọc Anh. Bước đầu nghiên cứu áp dụng phác đồ chuyển insulin truyền tĩnh mạch sang đường tiêm dưới da ở các bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng cấp tính.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ FERRITIN HUYẾT THANH VỚI BỆNH LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Vũ Thị Ngọc Lan¹, Lê Thị Thúy¹, Hồ Thị Tuyết Thu¹
Bùi Chung Thủy², Lê Trung Thế³, Phan Khánh Hải⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ Ferritin huyết thanh với nguy cơ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng (1:2) trên 240 thai phụ có tuổi thai từ 24-18 tuần đến khám tại phòng khám sản, Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng trong khoảng thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022 (trong đó 80 thai phụ chẩn đoán có ĐTĐTK và 160 thai phụ không có ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2021). **Kết quả:** Nhóm thai phụ

có nồng độ ferritin huyết thanh $\geq 30\text{ng/ml}$ có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn gấp 2,59 lần (95%CI= 1,12-6,01) so với nhóm thai phụ có nồng độ ferritin huyết thanh $<15\text{ng/ml}$ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và đái tháo đường thai kỳ, ferritin huyết thanh cao làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, ferritin huyết thanh.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SERUM FERRITIN LEVEL AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Objective: We investigated the relationship between serum ferritin level and risk of gestational diabetes mellitus (GDM). **Method:** A case control study (ratio 1:2) was conducted with 240 pregnant women with gestational age from 24-18 weeks visiting the Obstetrics Clinic of Da Nang Hospital for Women and Children, from June 2021 to June 2022 (80 pregnant women with GDM as cases & 160 pregnant women without GDM as controls according to

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

³Bệnh viện Đà Nẵng

⁴Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc Lan

Email: vtlan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

diagnostic criteria of the American Diabetes Association, 2021). **Results:** The group of pregnant women with serum ferritin level $\geq 30\text{ng/ml}$ had a 2,59 times higher risk of GDM (95% CI = 1,12-6,01) than the group of pregnant women with serum ferritin level $<15\text{ ng/ml}$ ($p<0,05$). **Conclusion:** There is an association between serum ferritin levels and gestational diabetes, high serum ferritin increases the risk of gestational diabetes. **Keywords:** gestational diabetes mellitus, serum ferritin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một thể của bệnh đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (International Diabetes Federation-IDF) năm 2021, tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ trên thế giới khác nhau ở các khu vực trong đó khu vực Đông Nam Á có tỷ lệ cao nhất 25,9%¹. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường.

Sắt là một nguyên tố thiết yếu của sự sống, sắt cần thiết trong các vị trí hoạt động của các enzym có vai trò trong hô hấp, phản ứng vận chuyển điện tử, chuyển hóa năng lượng, tổng hợp DNA và điều hòa gen. Sắt cũng cần thiết cho việc vận chuyển oxy và dự trữ oxy trong các protein hemoglobin và myoglobin. Bên cạnh tầm quan trọng của sắt đối với sự sống, lượng sắt dư thừa trong cơ thể có thể gây độc. Khi tồn tại quá mức, sắt xúc tác phản ứng hình thành nên các gốc tự do, các phần tử oxi hoạt động ROS (reactive oxygen species). Các phần tử này gây ức chế quá trình thay thế, biệt hóa và duy trì chức năng tế bào β , ức chế sản xuất và bài tiết insulin ở tế bào β tuyến tụy. Đồng thời các phần tử oxy hoạt động gây rối loạn hoạt động của các con đường truyền tín hiệu insulin nội bào (hoạt động của IRS-1 và PI 3-K) hậu quả làm chuyển vị GLUT4 ra màng tế bào mỡ, giảm tổng hợp glycogen ở tế bào gan và cơ, cuối cùng dẫn đến tăng tình trạng đề kháng insulin ở các cơ quan ngoại vi và góp phần tăng nguy cơ phát triển đái tháo đường². Dự trữ chủ yếu của sắt trong tế bào là ferritin và nồng độ ferritin trong huyết thanh giúp phản ánh phần nào lượng sắt có trong cơ thể. Ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa tăng nồng độ ferritin huyết thanh và sự phát triển của đái tháo đường³. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa tăng

nồng độ ferritin huyết thanh và nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cũng được nhiều tác giả quan tâm⁴⁻⁷. Tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với đái tháo đường thai kỳ còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 80 thai phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng và 160 thai phụ khỏe mạnh không mắc ĐTĐTK từ tháng 06 năm 2021 đến 06 năm 2022.

Nhóm bệnh:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ được làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết ở tuần lễ thứ 24-28 và được chẩn đoán là đái tháo đường thai kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường trước khi có thai. Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận,... Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp,... Đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan,... Những thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm chứng: gồm các thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng, có làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết ở tuần lễ thứ 24-28 và không bị đái tháo đường thai kỳ, tương ứng về tuổi tác so với thai phụ nhóm bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ⁸:

Đường máu lúc đói: $\geq 5,1\text{ mmol/l}$ (92mg/dl).
Đường máu sau 1 giờ: $\geq 10,0\text{ mmol/l}$ (180 mg/dl)
hoặc Đường máu sau 2 giờ: $\geq 8,5\text{mmol/l}$ (153 mg/l)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thiết kế bệnh chứng

2.2.2. Phương pháp lấy mẫu: từ tháng 6/2021-6/2022 tại phòng khám sản khoa, Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng, các thai phụ có tuổi thai 24-28 được sàng lọc thường quy ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống. Thai phụ được chẩn đoán mắc ĐTĐTK, không có các tiêu chuẩn loại trừ được mời tham gia vào nhóm bệnh của nghiên cứu. Khi lấy được 1 thai phụ vào nhóm bệnh sẽ mời 2 thai phụ kế tiếp vào nhóm chứng với điều kiện thai phụ tương đồng về tuổi mang thai với nhóm bệnh và

không mắc ĐTĐTK. Nếu các thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu thì sẽ thu thập thông tin theo phiếu nghiên cứu trong đó có kết quả xét nghiệm nồng độ Ferritin huyết thanh trong khoảng tuần thai từ 24-28 tuần.

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi làm sạch được nhập vào máy bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê: Kiểm định Khi bình phương được sử dụng trong so sánh 2 tỷ lệ. Hệ số tương quan r được sử dụng trong xác định mối tương quan giữa 2 biến định lượng. Tỷ suất chênh (OR) và 95% khoảng tin cậy của OR được tính toán trong phân tích mối liên quan. Mô hình hồi quy logistic đa biến được áp dụng trong phân tích mối tương quan nhằm khống chế yếu tố nhiễu. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm bệnh (n=80) (n/%)	Nhóm chứng (n=160) (n/%)
Tuổi mẹ	Mean \pm	32,91 \pm	32,09 \pm

Bảng 2: Nồng độ ferritin huyết thanh của đối tượng nghiên cứu (ng/mL)

Nhóm đối tượng	N	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung vị (25 th -75 th)	P
Tất cả thai phụ	240	5,20	73,70	20,42 (13,19 – 30,14)	0,000
Nhóm bệnh	80	5,20	73,70	25,39 (16,63 – 39,31)	
Nhóm chứng	160	5,70	53,64	18,41 (11,40 – 26,35)	

Nồng độ ferritin huyết thanh không có phân phối chuẩn, giá trị thấp nhất là 5,20ng/mL và giá trị cao nhất là 73,70ng/mL.

Nhóm thai phụ đái tháo đường thai kỳ có giá

(năm)	SD	4,43	3,52
	< 35	52 (65,00)	125 (78,13)
	≥ 35	28 (35,00)	35 (21,87)
BMI (kg/m ²)	Mean \pm SD	21,49 \pm 1,66	20,67 \pm 1,47
	< 23	61 (76,25)	147 (91,87)
	≥ 23	19 (23,75)	13 (8,13)
Tiền sử sảy thai, sinh non		11 (13,75)	20 (12,50)
Tiền sử sinh con $\geq 4000g$		3 (3,75)	5 (3,13)
Tiền sử ĐTĐTK		0	0
Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ		7 (8,75)	4 (2,50)

Đối tượng nghiên cứu có tuổi mang thai trung bình tương đồng giữa 2 nhóm bệnh và chứng, phân nhóm tuổi mẹ ≥ 35 (năm) ở nhóm bệnh có tỷ lệ cao hơn nhóm chứng.

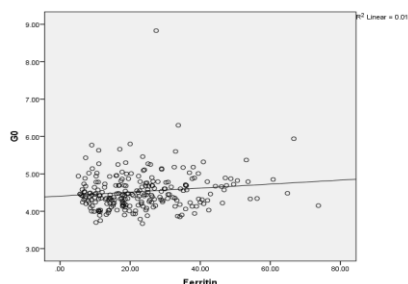
BMI trung bình trước khi có thai của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, nhóm BMI ≥ 23 (kg/m²) chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh.

Các yếu tố về tiền sử (sảy thai, sinh non, sinh con $> 4000g$, ĐTĐTK) không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm bệnh và chứng.

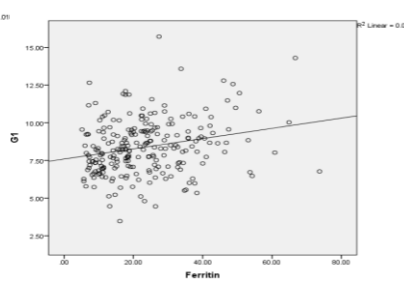
Tỷ lệ tiền sử gia đình mắc ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng.

3.2. Mối liên quan giữa nồng độ Ferritin huyết thanh và đái tháo đường thai kỳ

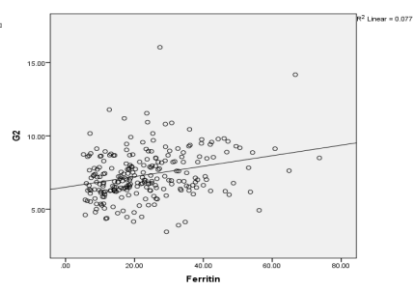
trị trung vị của nồng độ ferritin huyết thanh là 25,39ng/mL cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trung vị nồng độ ferritin huyết thanh của nhóm chứng là 18,41ng/mL.



$$p = 0,037, r = 0,135$$



$$p = 0,000, r = 0,242$$



$$p = 0,000, r = 0,277$$

Hình 1: Mối tương quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và các nồng độ glucose huyết thanh trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống của đối tượng nghiên cứu (n=240)

Có mối tương quan tuyến tính thuận, mức độ yếu giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nồng độ glucose huyết thanh trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

Bảng 3: Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ

Nồng độ ferritin (ng/mL)	Nhóm bệnh (n)	Nhóm chứng (n)	OR (95%CI)	OR* (95%CI)	p*
< 15	18	55	1		
15-30	29	78	1,13(0,57-2,24)	1,10(0,55-2,21)	0,782
≥ 30	33	27	3,73(1,78-7,79)	2,59(1,12-6,01)	0,025
Tổng	80	160			

*: Hiệu chỉnh theo biến BMI trong mô hình hồi quy logistic đa biến

Thai phụ có nồng độ ferritin huyết thanh ≥ 30 (ng/mL) có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao gấp 2,59 lần so với thai phụ có nồng độ ferritin huyết thanh < 15 (ng/mL) ($p=0,025$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các đặc điểm yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK đều có tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh so với nhóm chứng: nhóm tuổi ≥ 35 (năm), nhóm BMI ≥ 23 (kg/m²), tiền sử gia đình mắc ĐTĐ. Trong đó, nhóm tiền sử về sản khoa không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi với 240 thai phụ ghi nhận không có thai phụ nào có tiền sử ĐTĐTK, điều này có thể lý giải do hầu hết các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao đến khám thai thường sẽ được tầm soát ĐTĐTK ngay tại thời điểm quý 1 và được quản lý như thai nghén nguy cơ cao trong khi thời điểm nhóm nghiên cứu lấy mẫu vào tuần 24-28 của thai kỳ. Do đó hầu hết các đặc điểm về tiền sử của nhóm nghiên cứu ghi nhận được nhìn chung đều thấp và không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm.

4.2. Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và đái tháo đường thai kỳ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ ferritin huyết thanh không có phân phối chuẩn, giá trị thấp nhất là 5,20 (ng/mL) và giá trị cao nhất là 73,70 (ng/mL). Đối với nhóm bệnh gồm 80 thai phụ, giá trị trung vị của nồng độ ferritin huyết thanh là 25,39 (ng/mL) cao hơn so với nhóm chứng là 18,41(ng/mL), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Kết quả này của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu trong nước của tác giả Võ Thị Hải Dương và cộng sự năm 2021⁷. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận kết quả tương tự chúng tôi⁵⁻⁶

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn tìm thấy mối tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ ferritin huyết thanh và các nồng độ glucose huyết thanh trong OGTT, ferritin huyết thanh càng cao thì glucose huyết thanh càng cao. Tuy

nhiên mối tương quan này không có ý nghĩa lâm sàng do mức độ tương quan yếu ($r=0,277$). Với mục đích tương tự, tác giả Wang và cộng sự (2020) khi đánh giá tương quan giữa ferritin huyết thanh với chỉ số glucose trong OGTT đã phân tầng mức độ ferritin huyết thanh theo 3 nhóm: <30 ng/mL, $30 - 70$ ng/mL và >70 ng/mL. Tác giả ghi nhận trong nhóm ferritin huyết thanh >70 ng/mL có mối tương quan tuyến tính thuận chặt chẽ giữa nồng độ ferritin huyết thanh và glucose máu đối với $p=0,002$ và $r=0,461$. Đối với nhóm có nồng độ ferritin <30 ng/mL cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nồng độ glucose huyết thanh 1h ($p=0,038$; $r=0,089$) và nồng độ glucose huyết thanh 2h ($p=0,008$; $r=0,113$). Trong khi đó, ở nhóm có nồng độ ferritin $30-70$ ng/mL không có mối tương quan giữa ferritin huyết thanh và các chỉ số của OGTT⁵. Như vậy, kết quả của chúng tôi và kết quả của tác giả Wang đều chỉ ra được một vài mối tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nồng độ glucose huyết thanh nhưng mức độ tương quan còn yếu.

Để đánh giá mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ, chúng tôi tiến hành phân nhóm mức nồng độ ferritin với các điểm cắt phản ánh mức độ dự trữ sắt (< 15 ng/mL, $15-30$ ng/mL và ≥ 30 ng/mL), sau đó đánh giá nguy cơ bằng tỷ số chênh OR và giá trị p. Sau khi phân tích, chúng tôi nhận thấy nhóm thai phụ có nồng độ ferritin ≥ 30 ng/mL có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn gấp 3,73 lần so với nhóm thai phụ có nồng độ ferritin < 15 ng/mL với $p=0,000$. Khi hiệu chỉnh theo BMI trước khi có thai trong mô hình hồi quy logistic đa biến vẫn cho thấy nhóm thai phụ có nồng độ ferritin ≥ 30 ng/mL có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn gấp 2,59 lần so với nhóm thai phụ có nồng độ ferritin < 15 ng/mL với $p=0,025$. Tương tự với chúng tôi, tác giả Võ T.H. Dương và cộng sự (2021) tại TP HCM ghi nhận nhóm thai phụ có nồng độ ferritin ≥ 30 ng/mL có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn gấp 5,04 lần so với

nhóm thai phụ có nồng độ ferritin < 15ng/mL với $p=0,003$ ⁷. Tỷ số chênh OR ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Võ T.H. Dương điều này có thể do sự khác biệt về quần thể nghiên cứu giữa 2 thành phố, số lượng biến đưa vào mô hình hồi quy logistic,... nhưng nhìn chung nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Võ T. H. Dương đều ghi nhận có mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nguy cơ ĐTĐTK tại Việt Nam. Đối chiếu với các nghiên cứu tương tự trên thế giới, chúng tôi ghi nhận có một vài điểm tương đồng. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp công bố năm 2022 của tác giả Yang và cộng sự về mối liên quan giữa chuyển hóa sắt và đái tháo đường thai kỳ đã ghi nhận so với nhóm có nồng độ ferritin mức độ thấp, nhóm có nồng độ ferritin mức độ cao có liên quan đến tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ với OR=1,92; 95%CI=1,59-2,32 và $p<0,0001$ ⁹. Như vậy, với cách đánh giá khách quan và tính chính chính xác cao, kết quả phân tích gộp của tác giả Yang đã cung cấp một bằng chứng tốt nhất về mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nguy cơ đái tháo đường thai kỳ.

Nhìn chung, ferritin đóng vai trò quan trọng trong quá trình chuyển hóa sắt và ferritin huyết thanh là một chỉ số phản ánh được dự trữ sắt trong cơ thể. Giá trị ferritin huyết thanh ổn định, không dễ bị ảnh hưởng bởi lượng sắt bổ sung thời gian gần nên nồng độ ferritin huyết thanh ở thai phụ trong tuần thai < 28 tuần phần nào phản ánh tốt dự trữ sắt trước đó của thai phụ. Nồng độ ferritin huyết thanh cao có thể là dấu hiệu của tình trạng dư thừa sắt và trong thai kỳ các thai phụ luôn được bổ sung sắt nên có thể dẫn tới tình trạng dư thừa. Việc quá tải sắt trong cơ thể gây ra mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và các tác nhân phản ứng oxy hóa cuối cùng dẫn đến tình trạng tổn thương tế bào beta tuyến tụy và đề kháng insulin, từ đó làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ nói chung và ĐTĐTK nói riêng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu tham khảo chúng tôi sử dụng để đối sánh, phần nào cung cấp bằng chứng cho mối liên quan giữa tình trạng dư thừa sắt và bệnh lý đái tháo đường thai kỳ.

Hạn chế của đề tài này với thiết kế nghiên cứu bệnh chứng có sử dụng kỹ thuật hồi cứu trong thu thập thông tin của thai phụ nên sai số nhớ lại là không thể tránh khỏi.

V. KẾT LUẬN

Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ: thai phụ có nồng độ ferritin huyết thanh $\geq 30\text{ng/mL}$ có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn gấp 2,59 lần so với nhóm thai phụ có nồng độ ferritin huyết thanh < 15ng/mL. Mối liên quan này giúp chúng ta hiểu biết rõ hơn về sinh bệnh học và góp phần đánh giá nguy cơ của bệnh lý đái tháo đường thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (IDF).** Prevalence of gestational diabetes mellitus. 2021;
2. **Gautam S, Alam F, Moin S, Noor N, Arif SH.** Role of ferritin and oxidative stress index in gestational diabetes mellitus. Journal of diabetes and metabolic disorders. Dec 2021;20(2):1615-1619. doi:10.1007/s40200-021-00911-2
3. **Liu J, Li Q, Yang Y, Ma L.** Iron metabolism and type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis and systematic review. Journal of diabetes investigation. Jul 2020;11(4): 946-955. doi: 10.1111/jdi.13216
4. **Amiri FN, Basirat Z, Omidvar S, Sharbatdaran M, Tilaki KH, Pouramir M.** Comparison of the serum iron, ferritin levels and total iron-binding capacity between pregnant women with and without gestational diabetes. Journal of natural science, biology, and medicine. Jul 2013;4(2): 302-5. doi: 10.4103/ 0976-9668.116977
5. **Wang Z, Fan HB, Yang WW, et al.** Correlation between plasma ferritin level and gestational diabetes mellitus and its impact on fetal macrosomia. Journal of diabetes investigation. Nov 2018;9(6):1354-1359. doi:10.1111/jdi.12836
6. **Chauhan P, Gogoi P, Tripathi S, Naik S.** Association of Maternal Serum Ferritin Level in Gestational Diabetes Mellitus and its Effect on Cord Blood Hemoglobin. International Journal of Contemporary Medical Research [IJCMR]. 01/01 2020;7doi:10.21276/ijcmr.2020.7.1.8
7. **Võ Thị Hải Dương, Võ Minh Tuấn, Phạm Trung Hà.** Mối liên quan giữa nồng độ sắt huyết thanh, ferritin với bệnh lý đái tháo đường thai kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam. 08/04 2021; 503(2)doi:10.51298/vmj.v503i2.803
8. **American Diabetes Association (ADA).** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes care. Jan 2021;44(Suppl 1):S15-s33. doi:10.2337/dc21-S002
9. **Yang K, Yang Y, Pan B, Fu S, Cheng J, Liu J.** Relationship between iron metabolism and gestational diabetes mellitus: A systemic review and meta analysis. Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2022;31(2): 242-254. doi: 10.6133/apjcn.202206_31(2).0010

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH HIỂN LỚN BẰNG LASER NỘI MẠCH TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2022 – 2023

Trần Thị Hương Lan¹, Nguyễn Văn Sơn¹, Dương Hồng Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá thay đổi về lâm sàng và hình ảnh siêu âm Doppler mạch máu sau điều trị ở bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn (TMHL) mạn tính. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 55 bệnh nhân (60 chân) suy TMHL mạn tính, điều trị bằng Laser nội mạch tại trung tâm tim mạch, bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 07/2022 đến tháng 05/2023. **Kết quả:** sau điều trị, các triệu chứng tức nặng chân, nóng rát bắp chân, ngứa, chuột rút, phù, rối loạn sắc tố đều giảm có ý nghĩa sau 7 ngày và sau 1 tháng, với $p < 0,05$. Sau 1 tháng, phân độ C3 giảm từ 45% xuống còn 10%; C4 giảm từ 18,3% xuống còn 8,3%; $p < 0,05$. Đường kính TMHL trên gối giảm từ $7,7 \pm 0,78$ mm xuống còn $4,1 \pm 0,85$ mm sau 7 ngày và $2,0 \pm 0,49$ mm sau 1 tháng; đoạn dưới gối giảm từ $7,5 \pm 0,8$ mm xuống còn $3,9 \pm 0,9$ mm sau 7 ngày và $1,77 \pm 0,5$ mm sau 1 tháng; $p < 0,05$. 100 % bệnh nhân không còn dòng trào ngược (DTN) sau 7 ngày và 1 tháng điều trị, $p < 0,05$. **Kết luận:** điều trị suy TMHL bằng Laser nội mạch cho kết quả giảm đáng kể về các triệu chứng lâm sàng cũng như đường kính tĩnh mạch và DTN trên siêu âm Doppler mạch máu. **Từ khóa:** suy tĩnh mạch hiển lớn, Laser nội mạch, kết quả.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS IN PATIENTS WITH GREAT SAPHEOUS INSUFFICIENCY BY ENDOVASCULAR LASER AT CARDIOVASCULAR CENTER, PHU THO GENERAL HOSPITAL 2022 - 2023

Objective: To evaluate some changes of clinical features and Doppler ultrasound images after treatment in patients with chronic great saphenous insufficiency. **Methods:** a cross-sectional descriptive, prospective study on 55 patients (60 legs) with chronic great saphenous insufficiency, treated with endovascular laser at cardiovascular center, Phu Tho Provincial General Hospital from July 2022 to May 2023. **Results:** after treatment, the symptoms of leg heaviness, burning calves, itching, cramps, edema and pigmentation disorders were significantly reduced after 7 days and 1 month, $p < 0.05$. After 1 month, grade C3 decreased from 45% to 10%; C4 decreased from 18.3% to 8.3%; $p < 0.05$. The diameter of the great

saphenous vein above the knee decreased from 7.7 ± 0.78 mm to 4.1 ± 0.85 mm after 7 days and 2.0 ± 0.49 mm after 1 month; the below knee segment decreased from 7.5 ± 0.8 mm to 3.9 ± 0.9 mm after 7 days and 1.77 ± 0.5 mm after 1 month; $p < 0.05$. 100% of patients no longer have reflux duration after 7 days and 1 month of treatment, $p < 0.05$. **Conclusion:** Treatment by intravascular laser in chronic great saphenous insufficiency decreased significantly clinical symptoms, venous diameter and reflux duration on Doppler ultrasound.

Keywords: great saphenous vein failure, intravascular laser, results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch (STM) mạn tính chi dưới là bệnh ngày càng phổ biến, ảnh hưởng cả đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Việt Nam, một nghiên cứu chỉ ra số trường hợp STM mạn tính chi dưới ngày càng gia tăng với 976 bệnh nhân giai đoạn 2004-2007, lên 4244 bệnh nhân trong giai đoạn 2013-2017 [1]. Đây là bệnh đặc trưng bởi chỉ sự suy giảm khả năng đưa máu từ ngoại biên trở về tim của hệ thống TM nằm ở vùng chân, dẫn đến ứ đọng máu gây ra các biến đổi về huyết động và biến dạng tổ chức mô tại chỗ, với các dấu hiệu lâm sàng từ nhẹ (giãn tĩnh mạch, tức nặng chân, phù) cho đến nặng (teo cơ, loét). TMHL là tĩnh mạch dài nhất của cơ thể do đó nguy cơ bị STM là rất cao.

Các biện pháp điều trị STM mạn tính chi dưới hiện nay bao gồm điều trị bảo tồn trong giai đoạn đầu (thay đổi thói quen sinh hoạt, đi tất áp lực, sử dụng thuốc), khi bệnh đến giai đoạn nặng hơn cần sử dụng các biện pháp can thiệp như phẫu thuật, gây xơ và can thiệp nội mạch. Phẫu thuật cổ điển có nhiều nhược điểm như tính xâm lấn cao, tiềm ẩn các nguy cơ về biến chứng trong quá trình gây mê, phẫu thuật, để lại sẹo sau mổ ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Điều trị STM mạn tính bằng Laser nội mạch là kỹ thuật không xâm lấn, an toàn và hiệu quả cho nhiều bệnh nhân, đã được triển khai tại nhiều trung tâm lớn trên cả nước, trong đó có trung tâm tim mạch, bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ năm 2017, tuy nhiên tại đây chưa có nghiên cứu về hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá sự thay đổi về lâm sàng và hình ảnh siêu âm Doppler

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Lan

Email: drhuonglan@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

mạch máu sau điều trị bằng Laser nội mạch ở bệnh nhân suy TMHL mạn tính, tại trung tâm tim mạch, bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2022-2023”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 55 bệnh nhân (60 chân) suy TMHL mạn tính, điều trị bằng Laser nội mạch, tại Trung tâm tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, từ tháng 07/2022 đến tháng 05/2023.

- Tiêu chuẩn chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán suy TMHL theo hướng dẫn của Hội Tĩnh mạch châu Âu [2]: triệu chứng cơ năng (tức nặng chân, sưng chân, ngứa chân, chuột rút về đêm, tê chân, cảm giác bỏng rát, kim châm...); triệu chứng thực thể (giãn TM, phù chân, loét, đổi màu da, xơ hóa da, chàm TM); siêu âm Doppler mạch máu chi dưới (vị trí tổn thương là TMHL có thời gian DTN tại thân TM > 0,5s).

+ Phân độ lâm sàng CEAP từ C2 đến C6.

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Huyết khối TM sâu cấp tính, viêm TM nông cấp,
+ Bệnh động mạch ngoại biên nặng (ABI < 0,6).
+ Nguy cơ tắc huyết khối cao (tiền sử thrombophilia, huyết khối TM sâu).

+ Bệnh lý rối loạn đông máu, phụ nữ mang thai.

+ Dị ứng thuốc gây tê tại chỗ như Lidocain hoặc Novocain.

+ TM ngoằn ngoèo khó đặt ống dẫn, đường kính TM < 3 mm.

+ BN có suy tĩnh mạch hiển bé kết hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Nội dung nghiên cứu:** đánh giá thay đổi trước và sau điều trị bằng Laser nội mạch (7 ngày và 1 tháng) ở bệnh nhân suy TMHL về các

thông số lâm sàng và siêu âm:

+ Lâm sàng: thay đổi triệu chứng cơ năng và thực thể của suy TMHL, về phân độ lâm sàng C (từ C0 đến C6) theo phân loại CEAP (2020) [2].

+ Siêu âm: thay đổi về đường kính (mm) và thời gian DTN (giây). Đánh giá thành công của điều trị theo hướng dẫn của hội Tĩnh mạch Châu Âu 2012, sau 1 tháng [3]:

. Thành công hoàn toàn: TMHL tắc hoàn toàn, không còn DTN TMHL.

. Thành công một phần: còn thời gian DTN TMHL < 0,5s

. Thất bại: TM thông hoàn toàn hoặc thời gian DTN TMHL ≥ 0,5s.

+ Các tai biến gặp phải trong và sau thời gian điều trị 1 tháng

- Phương tiện nghiên cứu: máy phát laser Endotherme™ 1470 bước sóng 1470nm; máy siêu âm Vivid S6 trang bị đầu dò siêu âm Doppler mạch máu 9MHz.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình (n=55)	57,22±10,84	(26 - 77)
Giới (n=55)	Nam	36
	Nữ	19
Số chân bị bệnh (n=55)	1 chân	50
	2 chân	5
Vị trí chân (n=60)	Chân phải	37
	Chân trái	23

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 57,22 ± 10,84 tuổi, nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi. Nữ giới chiếm 65,5%. Tỷ lệ bệnh ở chân phải gấp nhiều hơn chân trái, với 61,7% so với 38,3%. 10,1% số bệnh nhân suy TMHL hai chân.

Bảng 2. Thay đổi về triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Triệu chứng (n=60)	Trước điều trị		Sau 7 ngày		Sau 1 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tức nặng chân	58	96,7%	27	45%	12	20%	< 0,001
Nóng rát bỏng chân	17	28,3%	0	0%	0	0%	< 0,001
Ngứa	47	78,3%	12	20%	3	5%	< 0,001
Chuột rút	32	53,3%	23	38,3%	14	23,3%	< 0,001
Phù	38	63,3%	25	41,7%	9	15%	< 0,001
Giãn TM nông	60	100%	58	96,7 %	56	93,3%	> 0,05
Rối loạn sắc tố	11	18,3%	11	18,3%	5	8,3%	< 0,05
Loét	0	0%	0	0%	0	0%	-

Nhận xét: các triệu chứng tức nặng chân, nóng rát bỏng chân, ngứa, chuột rút, phù được cải thiện rõ rệt sau điều trị Laser nội mạch với p < 0,05. Các triệu chứng này giảm dần sau 7 ngày và

tiếp tục giảm sau 1 tháng điều trị. Không thấy sự thay đổi có ý nghĩa sau điều trị triệu chứng giãn TM nông, $p > 0,05$.

Bảng 3. Thay đổi phân độ lâm sàng CEAP trước và sau điều trị

Phân độ CEAP (n=60)		C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Trước điều trị	n	0	0	22	27	11	0	0
	%	0%	0%	36,7%	45%	18,3%	0%	0%
Sau 7 ngày	n	3	13	19	14	11	0	0
	%	5%	21,7%	31,7%	23,3%	18,3%	0%	0%
Sau 1 tháng	n	6	25	18	6	5	0	0
	%	10%	41,7%	30%	10%	8,3%	0%	0%
p		< 0,001						

Nhận xét: Tại thời điểm ban đầu, chỉ gặp các trường hợp có phân độ từ C2 đến C4. Sau 7 ngày can thiệp, tỷ lệ C3 giảm từ 45% xuống còn 23,3%; C2 giảm từ 36,7% xuống còn 31,7%; không có bệnh nhân nào chuyển sang C5, C6.

Sau 1 tháng can thiệp, tỷ lệ C4 giảm từ 18,3% xuống còn 8,3%; các phân độ C2, C3 tiếp tục giảm còn 30% và 10%. Sự cải thiện phân độ lâm sàng là có ý nghĩa với $p < 0,05$.

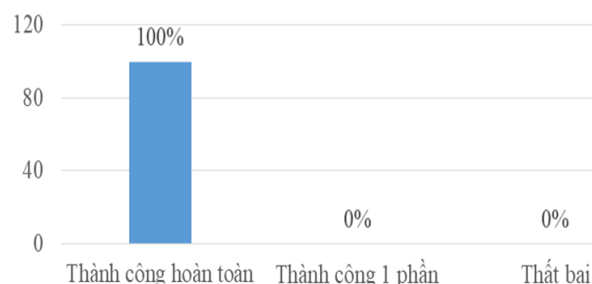
Bảng 4. Thay đổi đường kính TMHL và thời gian DTN trên siêu âm trước và sau điều trị

Đặc điểm (n=60)	Trước điều trị	Sau 7 ngày	Sau 1 tháng	p
Đường kính TMHL: $X \pm SD$				
Trên gối	$7,7 \pm 0,78$	$4,1 \pm 0,85$	$2,0 \pm 0,49$	< 0,001
Dưới gối	$7,5 \pm 0,8$	$3,9 \pm 0,9$	$1,77 \pm 0,5$	< 0,001
Thời gian DTN (giây): $X \pm SD$				
Trên gối	$2,1 \pm 0,6$	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$	< 0,001
Dưới gối	$1,9 \pm 0,6$	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$	< 0,001

Nhận xét: Đường kính trung bình TMHL cả đoạn trên gối và đoạn dưới gối đều có sự cải thiện rõ rệt sau can thiệp, với $p < 0,05$; trong đó đoạn trên gối giảm từ $7,7 \pm 0,78$ mm xuống còn $4,1 \pm 0,85$ mm sau can thiệp 7 ngày và $2,0 \pm 0,49$ mm sau 01 tháng; đoạn dưới gối giảm từ $7,5 \pm 0,8$ mm xuống còn $3,9 \pm 0,9$ mm sau can thiệp 07 ngày và $1,77 \pm 0,5$ mm sau 01 tháng.

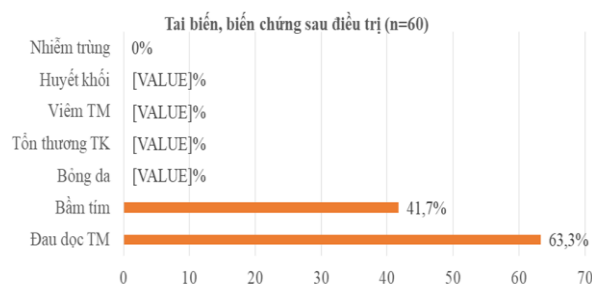
Về thời gian DTN trung bình của TMHL đoạn trên gối và dưới gối cũng thấy sự giảm có ý nghĩa sau can thiệp. 100% bệnh nhân không còn DTN sau can thiệp 07 ngày và 01 tháng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ thành công sau điều trị 1 tháng (n=60)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thành công sau điều trị 1 tháng

Nhận xét: Trong số 55 bệnh nhân với 60 chân được điều trị, tất cả các bệnh nhân đều được điều trị thành công hoàn toàn (hết DTN và TM được gây tắc hoàn toàn).



Biểu đồ 2. Tai biến, biến chứng trong 1 tháng đầu sau can thiệp

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu được can thiệp Laser nội mạch có 25/60 chân gặp tai biến bầm tím chiếm tỷ lệ 41,7%, 38/60 chân gặp tai biến dọc dọc TM sau can thiệp. Không gặp trường hợp nào sau can thiệp bị bỏng da, tổn thương thần kinh, viêm TM, huyết khối và nhiễm trùng.

IV. BÀN LUẬN

- Cải thiện về triệu chứng lâm sàng sau điều trị Laser nội mạch:

Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành can thiệp trên 55 bệnh nhân (60 chân), trong đó 55 bệnh nhân can thiệp điều trị 1 chi (90,9%) và 5 bệnh nhân can thiệp điều trị 2 chân (9,1%). Tỷ lệ chân phải được điều trị là 61,7% cao hơn chân trái là 38,3%. Về tỷ lệ giữa chân phải và chân trái có sự khác biệt giữa các nghiên cứu với nhau, tuy nhiên tỷ lệ chênh lệch không lớn. Tỷ lệ

này trong nghiên cứu của Vũ Minh Phúc (2021) là: chân phải (47,5%); chân trái (52,5%), tỷ lệ can thiệp trên 2 chân chiếm 34,7% [4].

Chúng tôi so sánh các triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp điều trị bằng Laser nội mạch 7 ngày và 1 tháng. Kết quả cho thấy, các triệu chứng sau can thiệp giảm rõ rệt. Triệu chứng tức nặng chi dưới giảm từ 96,7% xuống còn 20% sau điều trị 1 tháng, có ý nghĩa với $p < 0,001$. Tương tự đối với các triệu chứng: nóng, rất bấp chân; ngứa; chuột rút; phù; rối loạn sắc tố đều cải thiện có ý nghĩa. Nghiên cứu của Kilsoo Y. [5] từ 2018 – 2019 đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng ở người bệnh STM chi dưới cho biết các triệu chứng cải thiện nhiều nhất sau điều trị là chuột rút (94,7%) và ngứa (93,8%), tiếp theo là cảm giác nặng chân (85,2%), tê (77,8%) và đau (60,9%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngọc (2020), triệu chứng búi giãn (mức điểm 2 và 3) giảm từ 92,7% xuống còn 9,7% sau 1 tháng. Điểm đi tắt áp lực mức 2 và 3 cũng giảm từ 60,9% còn 12,2% sau 1 tháng [6].

Thang điểm CEAP phân độ lâm sàng STM mạn tính thành 6 mức độ: C0 - Không có biểu hiện bệnh lý TM có thể nhìn hoặc sờ thấy; C1 - Giãn mao mạch, giãn mạch dạng lưới; C2 - Giãn TM > 3mm; C3 - Phù chi dưới; C4 - Rối loạn sắc tố da, chàm TM; C5: Rối loạn sắc tố da và loét đã liền sẹo và C6 - Rối loạn sắc tố da và loét đang hoạt động [2]. Chúng tôi thấy tỷ lệ nhóm C3 và C4 giảm đáng kể từ 45% và 18,3% xuống còn 10% và 8,3%; có sự chuyển dịch sang mức độ lâm sàng nhẹ hơn là C0 (10%) và C1 (41,7%) tại thời điểm 1 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm 2 giảm nhẹ từ 36,7% xuống còn 30%. Sự giảm mức độ lâm sàng theo điểm CEAP có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Pavei và cộng sự (2021) với tỷ lệ C3 giảm từ 15% xuống 2% sau theo dõi trong khi tỷ lệ C2 không thay đổi, tỷ lệ C0 và C1 tăng từ 0% lên lần lượt là 28% và 21% [7].

- Cải thiện về hình ảnh siêu âm sau điều trị Laser nội mạch:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ không còn xuất hiện DTN là 100% tại thời điểm 1 tháng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Vân (2016) với thời gian theo dõi kéo dài hơn cho thấy tất cả các trường hợp đều không còn DTN sau điều trị Laser nội mạch sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng [8]. Các trường hợp không đạt hiệu quả tắc hoàn toàn sau can thiệp có thể là do tĩnh mạch can thiệp bị tái thông hoặc sau đốt tĩnh mạch chỉ bị tắc một phần. Nguyên nhân tĩnh mạch tắc một phần có liên quan đến đường

kính tĩnh mạch và kỹ thuật thực hiện, đặc biệt là mức năng lượng và gây tê ép quanh mạch không tốt dẫn đến còn nhiều máu trong lòng mạch trong khi đốt, làm giảm tác dụng nhiệt của laser lên thành mạch.

Chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng sau can thiệp là đau dọc TM và bầm tím. Tỷ lệ bầm tím là 41,7%, kết quả này ít hơn so với các nghiên cứu của Vũ Duy Linh (84,38%) [9] nhưng nhiều hơn so với nghiên cứu của Vũ Minh Phúc (25%) [4]. Tỷ lệ này giữa các nghiên cứu có sự khác biệt khá lớn, tuy nhiên đều có điểm chung sẽ hết nhanh chóng sau can thiệp và nó không gây khó chịu quá lớn hay ảnh hưởng quá lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp. Khác với bầm tím, đau cũng là triệu chứng thường gặp nhưng tạo nên sự khó chịu đối với bệnh nhân, có thể gây hạn chế đi lại trong những ngày đầu can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đau dọc theo tĩnh mạch chiếm 63,3%. Khi so sánh đau sau can thiệp nội mạch và đau sau phẫu thuật, Lê Thị Ngọc Hằng đã chỉ ra sự khác biệt khi chỉ có 78,6% bệnh nhân không đau và đau ít ở nhóm can thiệp nội mạch nhưng có tới 63% bệnh nhân đau vừa hạn chế sinh hoạt, đi lại ở nhóm sau phẫu thuật và 10% đau nhiều, không thể tự đi lại sau phẫu thuật trong khi tỷ lệ này ở nhóm can thiệp nội mạch là 0% [1]. Nghiên cứu của Vũ Minh Phúc [4] khi điều trị trên 689 chân cho thấy thời gian trung bình đau sau can thiệp là $7,0 \pm 2,2$ ngày, tuy nhiên thời gian để bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt chỉ mất $1,0 \pm 0,3$ ngày. Như vậy, triệu chứng đau sau can thiệp cũng không ảnh hưởng quá lâu đến cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Điều trị suy TMHL bằng Laser nội mạch cho kết quả giảm có ý nghĩa về các triệu chứng lâm sàng cũng như đường kính của TMHL và thời gian DTN trên siêu âm Doppler mạch máu sau 7 ngày và sau 1 tháng can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Ngọc Hằng và cộng sự.**, Kinh nghiệm điều trị phẫu thuật cho 9230 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới tại bệnh viện đại học Y dược Tphcm. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2018. 21: p. 38-42.
2. **De Maeseneer M.G., et al.**, Editor's choice—European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2022. 63(2): p. 184-267.
3. **Rabe E., et al.**, European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders.

- Phlebology, 2014. 29(6): p. 338-354.
4. **Vũ Minh Phúc và cộng sự.**, Kinh nghiệm qua 689 chỉ bị suy tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng laser 1470nm. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 510(1).
 5. **Yie K.**, Symptom improvement after cyanoacrylate glue adhesion and endovenous laser ablation in low-grade CEAP clinical classes. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2022. 10(2): p. 360-369. e2.
 6. **Nguyễn Văn Ngọc và cộng sự.**, Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm doppler trước và sau đốt laser nội mạch điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, 2020(41): p. 79-85.
 7. **Pavei P., et al.**, Favorable long-term results of endovenous laser ablation of great and small saphenous vein incompetence with a 1470-nm laser and radial fiber. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2021. 9(2): p. 352-360.
 8. **Nguyễn Thị Cẩm Vân và cộng sự.**, Đánh giá kết quả điều trị Laser nội tĩnh mạch trong bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới tại Bệnh viện Trung ương Huế với Laser bán dẫn bước sóng 1470NM. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2016. 12: p. 19-24..
 9. **Vũ Duy Linh.**, Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính bằng laser diode nội mạch bước sóng 1470 nm. 2021. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI HẢI DƯƠNG, VIỆT NAM

Trương Phi Hùng^{1,2}, Trần Thị Hiền³

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim hiện đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, liên quan đến gánh nặng đáng kể về tình trạng suy giảm sức khỏe, tỷ lệ tử vong và chi phí chăm sóc y tế. Vì hầu hết các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân suy tim mạn đã công bố được tiến hành tại các quốc gia phát triển. Dữ liệu về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe bằng thang điểm SF36 trên bệnh nhân suy tim mạn ngoại trú tại trung tâm tim mạch bệnh viện tỉnh Hải Dương, Việt Nam. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Trung Tâm Tim Mạch tỉnh Hải Dương từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 140 bệnh nhân được nhận nghiên cứu, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $56,3 \pm 8,5$, tỉ lệ nam:nữ là 1,59:1. Chất lượng cuộc sống giảm ở tất cả các lĩnh vực sức khỏe thể chất và tâm thần với số điểm lần lượt là 44,3 (30,5 - 52,1) và 46,9 (32,1 - 58,8). Điểm số ở hầu hết các lĩnh vực không có sự khác biệt về giới tính, độ tuổi và chức năng cơ bóp thất trái. Lĩnh vực cảm nhận sức sống thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở giới nữ so với nam giới với điểm số lần lượt là 40 (35 - 50) và 45 (35 - 55) với $p = 0,046$. Lĩnh vực hoạt động chức năng ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi có

điểm thấp hơn nhóm người bệnh < 60 tuổi với $p = 0,022$. Ở lĩnh vực giới hạn tâm lý, nhóm người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm có điểm số thấp hơn nhóm suy tim phân suất tống máu bảo tồn với $p = 0,038$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim mạn giảm có ý nghĩa ở các lĩnh vực liên quan đến thể chất và tâm thần.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe, thang điểm SF36, suy tim, Hải Dương

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN HAI DUONG, VIETNAM

Introduction: Heart failure is currently a public health issue, associated with a significant burden of reduced health status, mortality rate, and healthcare costs. Most studies on health-related quality of life in patients with chronic heart failure have been conducted in developed countries. Data on health-related quality of life in patients with heart failure in Vietnam is limited. **Objective:** This study was conducted to assess health-related quality of life using the SF36 scale in outpatients with chronic heart failure at the Cardiology Center of Hai Duong province hospital, Vietnam. **Subjects:** Outpatients with heart failure treated at the Cardiology Center of Hai Duong Province from December 2021 to April 2022. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** One hundred forty patients were included in the study, with a mean age of 56.3 ± 8.5 years, and a male to female ratio of 1.59:1. Health-related quality of life decreased in all physical and mental health domains, with scores of 44.3 (30.5-52.1) and 46.9 (32.1-58.8), respectively. Scores in most domains did not differ by sex, age, or left ventricular ejection fraction. The vitality domain was significantly lower in women than

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

men with scores of 40 (35-50) and 45 (35-55), respectively, with $p = 0.046$. The physical functioning domain was lower in patients aged ≥ 60 years than in those aged < 60 years with $p = 0.022$. In the emotional limitation's domain, patients with reduced ejection fraction had lower scores than those with preserved ejection fraction, with $p = 0.038$. **Conclusion:** The study showed that health-related quality of life in patients with chronic heart failure was significantly decreased in physical and mental health domains. **Keywords:** Health-related quality of life, SF36 scale, heart failure, Hai Duong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề sức khỏe cộng đồng có tác động lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân¹. Tại Việt Nam, tần suất lưu hành của bệnh lý suy tim ngày càng tăng liên quan đến sự già hóa dân số. Suy tim có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân, khi mất dần tính tự chủ về mặt thể chất và sự lo lắng tâm lý do ảnh hưởng đến giao tiếp xã hội, gây hạn chế các hoạt động hàng ngày kéo dài².

Trong các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim tại Hoa Kỳ³ và châu Âu⁴ cho thấy đa số bệnh nhân quan tâm hơn đến chất lượng cuộc sống hơn là sự sống còn. Ngoài ra, trong các hướng dẫn về điều trị suy tim cũng nhấn mạnh đến chất lượng cuộc sống của người bệnh như là một tiêu chí trong điều trị chuẩn. Hiện nay, có nhiều các công cụ, thang điểm được đưa ra để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim mạn như thang điểm KCCNQ, SF-36 và EQ-5D-5L. Trong đó thang điểm SF36 là một trong những thang điểm sử dụng phổ biến do tính phổ quát và liên quan đến nhiều lĩnh vực của chất lượng bệnh nhân bệnh nội khoa nói chung và suy tim nói riêng.

Mặc dù, các số liệu cho thấy tần suất suy tim cũng như bệnh suất và tử suất suy tim tại Việt Nam đang tăng dần, nhưng các nghiên cứu, báo cáo về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở bệnh nhân suy tim mạn và khảo sát các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại Trung Tâm Tim mạch, bệnh viện tỉnh Hải Dương Việt Nam trong khoảng thời gian từ 12/2021 đến tháng 04/2022. Dân số nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn đang

được điều trị ngoại trú. Tiêu chuẩn nhận vào gồm: Người bệnh tuổi từ 18-65 tuổi được chẩn đoán suy tim đang điều trị ngoại trú; có khả năng hiểu và trả lời đúng các câu hỏi nghiên cứu; đồng ý và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: Không có khả năng trả lời, gặp khó khăn trong việc nhớ lại hoặc giao tiếp: khó nghe, bất đồng ngôn ngữ; khi phỏng vấn bỏ giữa chừng. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh suy tim mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu. Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe: Để đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe, chúng tôi sử dụng phiếu khảo sát 36 câu hỏi về sức khỏe phiên bản tiếng Việt của Khảo sát sức khỏe 36 mục (SF-36), đây là một phiếu khảo sát được xác nhận và tự báo cáo. Công cụ này bao gồm 36 câu hỏi với hai chỉ số tổng hợp của các thành phần thể chất và tinh thần bao gồm tám lĩnh vực sau: Hoạt động chức năng (HĐCN, physical functioning), Giới hạn chức năng (GHCN, role physical); Cảm nhận đau đớn (CNĐĐ, bodily pain); Sức khỏe tổng quát (SKTQ, general health); Cảm nhận sức sống (CNSS, vitality); Hoạt động xã hội (HĐXH, social functioning); Giới hạn tâm lý (GHTL, role emotional); Tâm thần tổng quát (TTTQ, mental health). Mỗi mục được tính điểm từ 0 đến 100, thể hiện chất lượng cuộc sống tệ nhất đến tốt nhất. Điểm tổng hợp thành phần thể chất được tính là tổng của bốn lĩnh vực: HĐCN (10 mục), GHCN (bốn mục), CNĐĐ (hai mục) và SKTQ (năm mục). Điểm tổng hợp thành phần tinh thần được tính là tổng của GHTL (ba mục), CNSS (bốn mục), HĐXH (hai mục) và TTTQ (năm mục). Ngoài ra, một mục không được tính điểm so sánh trạng thái sức khỏe hiện tại của người trả lời với trạng thái trong năm qua⁵.

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng SPSS Statistics 19.0. Thống kê mô tả: các biến số định lượng như điểm số các lĩnh vực sức khỏe SF-36 sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê phân tích: kiểm tra biến định lượng có phân phối

chuẩn hay không. Chúng tôi dựa vào giá trị trung bình, trung vị gần bằng nhau, biểu đồ phân phối chuẩn có dạng hình chuông và Skewness gần bằng 0. Được coi là phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Nếu không phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm Mann Whitney để so sánh trung vị của 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 140 bệnh nhân, nam giới chiếm 61,5% và tỉ lệ nam:nữ = 1,59:1. Nhóm người bệnh < 60 tuổi có tỷ lệ 54,3%, cao hơn nhóm người bệnh cao tuổi (≥ 60 tuổi). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $56,3 \pm 8,5$ tuổi (Bảng 1). Tuổi thấp nhất là 24 tuổi. Tuổi cao nhất là 65 tuổi. Số lượng người bệnh suy tim có phân suất tống máu giảm chiếm 50%, tương đương với nhóm người bệnh suy tim có phân suất tống máu bảo tồn.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng cơ bản của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	86	61,4%
	Nữ	54	38,6%
Tuổi	< 60 tuổi	76	54,3%
	≥ 60 tuổi	64	45,7%
Phân suất tống máu	EF < 40%	70	50%
	EF $\geq 50\%$	70	50%

Đặc điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim. Mỗi liên quan giữa các lĩnh vực sức khỏe của thang đo SF-36 với đặc điểm cá nhân và phân suất tống máu

Dùng phép kiểm định Kolmogorov-Smirnov, hầu hết điểm số các lĩnh vực SF-36 đều không tuân theo phân phối chuẩn nên các số liệu được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm các lĩnh vực sức khỏe của thang đo SF-36

Lĩnh vực	Trung vị	Tứ phân vị (25%-75%)
Hoạt động chức năng	65	55-75
Giới hạn chức năng	0	0-25
Cảm nhận đau đớn	62	42-74
Sức khỏe tổng quát	25	15-40
Cảm nhận sức sống	45	35-55
Hoạt động xã hội	62,5	37,5-75
Giới hạn tâm lý	33,3	0-91,7
Tâm thần tổng quát	48	44-60
Sức khỏe thể chất	44,3	30,5-52,1
Sức khỏe tinh thần	46,9	32,5-65,4
Chất lượng cuộc sống	45,2	32,1-58,8

Phân loại các lĩnh vực sức khỏe theo giới tính

Bảng 3. Liên quan giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống và giới tính

Lĩnh vực	Nam	Nữ	p
Hoạt động chức năng			
Trung bình	$64,9 \pm 14,7$	$62,7 \pm 11,9$	0,160
Trung vị	70 (58,8 - 75)	62,5 (55 - 75)	
Giới hạn chức năng			
Trung bình	$16,9 \pm 22,5$	$19,9 \pm 25,9$	0,613
Trung vị	0 (0 - 25)	0 (0 - 50)	
Cảm nhận đau đớn			
Trung bình	$61 \pm 24,1$	$59,3 \pm 27,4$	0,625
Trung vị	62 (42 - 74)	62 (42 - 74)	
Sức khỏe tổng quát			
Trung bình	$29 \pm 15,6$	$24,3 \pm 16,1$	0,062
Trung vị	30 (15 - 40)	22,5 (10 - 35)	
Cảm nhận sức sống			
Trung bình	$46,5 \pm 13,2$	$42,4 \pm 12,2$	0,046
Trung vị	45 (35 - 55)	40 (35 - 50)	
Hoạt động xã hội			
Trung bình	$57,4 \pm 24,5$	$55,8 \pm 22,5$	0,623
Trung vị	62,5 (37,5-75)	56,3 (37,5-75)	
Giới hạn tâm lý			
Trung bình	$39,9 \pm 39,5$	$43,2 \pm 42,8$	0,794
Trung vị	33,3 (0 - 66,7)	33,3 (0 - 100)	
Tâm thần tổng quát			
Trung bình	$50,9 \pm 10,3$	$50,7 \pm 11,4$	0,969
Trung vị	50 (44 - 60)	48 (40 - 61)	

Trong các lĩnh vực chất lượng cuộc sống của nam giới, lĩnh vực hoạt động chức năng có điểm số cao nhất là 70 (58,8 - 75). Điểm số thấp nhất là lĩnh vực giới hạn chức năng 0 (0 - 25). Điều này cũng tương tự ở nữ giới với lĩnh vực có điểm số cao nhất là hoạt động chức năng và thấp nhất là lĩnh vực giới hạn chức năng với điểm số lần lượt là 62,5 (55 - 75) và 0 (0 - 50). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới chỉ thấy ở lĩnh vực cảm nhận sức sống với $p = 0,046$. Các lĩnh vực còn lại không cho thấy sự khác biệt ở 2 giới (Bảng 3).

Phân loại các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo nhóm tuổi

Bảng 4. Liên quan giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống và nhóm tuổi

Lĩnh vực	< 60 tuổi	≥ 60 tuổi	p
Hoạt động chức năng			
Trung bình	$66,5 \pm 13$	$61,2 \pm 14$	0,022
Trung vị	70 (56,3; 75)	62,5 (55; 75)	
Giới hạn chức năng			
Trung bình	$21,7 \pm 25,6$	$13,7 \pm 20,9$	0,063
Trung vị	0 (0 - 50)	0 (0 - 25)	
Cảm nhận đau đớn			

Trung bình	60,9 ± 26,7	59,6 ± 23,7	0,670
Trung vị	68 (42 - 74)	62 (42 - 74)	
Sức khỏe tổng quát			
Trung bình	28,1 ± 15,9	26,2 ± 16,1	0,463
Trung vị	30 (15 - 40)	25 (11,2 - 40)	
Cảm nhận sức sống			
Trung bình	45,7 ± 14	44 ± 11,6	0,496
Trung vị	45 (35 - 55)	45 (35 - 50)	
Hoạt động xã hội			
Trung bình	59,9 ± 24,8	53,1 ± 21,9	0,082
Trung vị	62,5 (37,5-75)	50 (37,5-62,5)	
Giới hạn tâm lý			
Trung bình	44,7 ± 40,6	37 ± 40,8	0,247
Trung vị	33,3 (0 - 100)	33,33 (0 - 66,7)	
Tâm thần tổng quát			
Trung bình	50 ± 11,2	51,8 ± 10,1	0,275
Trung vị	48 (40 - 60)	52 (44 - 60)	

Trong các lĩnh vực chất lượng cuộc sống, lĩnh vực hoạt động chức năng có điểm số cao nhất ở cả 2 nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, điểm số lần lượt là 70 (56,3 - 75) và 62,5 (55 - 75). Điểm số thấp nhất là lĩnh vực giới hạn chức năng, ở nhóm < 60 tuổi là 0 (0 - 50), nhóm ≥ 60 tuổi là 0 (0 - 25). Hầu hết, không có sự khác biệt về mặt thống kê của điểm số các lĩnh vực chất lượng cuộc sống ở 2 nhóm tuổi, ngoài trừ lĩnh vực hoạt động chức năng ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi là 62,5 (55 - 75) có điểm thấp hơn nhóm người bệnh < 60 tuổi là 70 (56,3 - 75), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022$ (Bảng 4).

Phân loại các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo phân suất tổng máu

Bảng 5. Liên quan giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống và phân suất tổng máu thất trái (LVEF)

Lĩnh vực	EF < 40%	EF ≥ 50%	p
Hoạt động chức năng			
Trung bình	63,3 ± 15,3	64,9 ± 11,9	0,985
Trung vị	65 (55 - 75)	65 (55 - 75)	
Giới hạn chức năng			
Trung bình	14,6 ± 20,6	21,4 ± 26,3	0,166
Trung vị	0 (0 - 25)	0 (0 - 50)	
Cảm nhận đau đớn			
Trung bình	59,8 ± 25	60,9 ± 25,8	0,790
Trung vị	62 (42 - 74)	62 (42 - 74)	
Sức khỏe tổng quát			
Trung bình	27,5 ± 17,1	26,9 ± 14,8	0,862
Trung vị	25 (13,8 - 40)	30 (15 - 35)	
Cảm nhận sức sống			
Trung bình	43,8 ± 12,4	46,1 ± 13,3	0,595
Trung vị	45 (35 - 55)	45 (35 - 55)	
Hoạt động xã hội			

Trung bình	54,1 ± 25,6	59,5 ± 21,4	0,293
Trung vị	62,5(37,5-75)	62,5(37,5-75)	
Giới hạn tâm lý			
Trung bình	34,3 ± 39,7	48,1 ± 40,8	0,038
Trung vị	33,3 (0-66,7)	33,33 (0; 100)	
Tâm thần tổng quát			
Trung bình	50,3 ± 11,7	51,4 ± 9,6	0,440
Trung vị	48 (40 - 61)	50 (44 - 60)	

Hầu hết điểm số các lĩnh vực chất lượng cuộc sống ở 2 nhóm người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm và người bệnh suy tim phân suất tổng máu bảo tồn không có sự khác biệt. Trừ lĩnh vực giới hạn tâm lý, nhóm người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm có điểm số thấp hơn nhóm suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (Bảng 5), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$.

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 56,3 ± 8,5 tuổi, với độ tuổi ≥ 60 chiếm 45,7% và tỉ lệ suy tim phân suất tổng máu giảm (EF < 40%) là 50%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh, Châu Ngọc Hoa năm 2014 tại Việt Nam, độ tuổi trung bình là 61,36, tỉ lệ ≥ 60 tuổi chiếm 55,8%, tỉ lệ suy tim phân suất tổng máu giảm là 53% cũng khá tương đồng với chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Saccomann năm 2010 tại Brazil cũng có độ tuổi trung bình 67,5 ± 6,2 cao hơn chúng tôi.

Các lĩnh vực chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi đều ghi nhận điểm số thấp. Trong đó điểm số sức khỏe thể chất thấp hơn điểm số sức khỏe tinh thần lần lượt là 44,3 (30,5-52,1) và 46,9 (32,5-65,4). Điểm số chất lượng cuộc sống chung giảm với 45,2 (32,1-58,8). Khi so sánh điểm số đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim với tác giả Nguyễn Thị Thúy Minh năm 2014 tại Việt Nam⁶ và tác giả Saccomann năm 2010 tại Brazil⁷, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với 2 tác giả trên.

Trong các lĩnh vực sức khỏe, lĩnh vực giới hạn chức năng có điểm số thấp nhất, lĩnh vực hoạt động chức năng có điểm số cao nhất. Kết quả này phù hợp với kết quả của hầu hết các nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm số lĩnh vực hoạt động chức năng là 65 (55-75), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh ghi nhận là 45 (25-70) điểm. Ngược lại, ở lĩnh vực giới hạn tâm lý, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có điểm số thấp hơn. Điều này có thể lý giải bởi tuổi trung bình người bệnh trong

nghiên cứu của chúng tôi là 56,3 tuổi, thấp hơn tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh (61,36 tuổi). Do vậy, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có hoạt động thể lực tích cực hơn do họ vẫn phải làm việc, di chuyển cũng như tham gia nhiều hơn vào các công việc nhà, làm vườn và chơi thể thao, giải trí. Cũng bởi vậy, mà dường như họ sẽ có cản trở tâm lý hơn khi lo ngại ảnh hưởng của bệnh tật với cuộc sống của mình. Thêm nữa, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong bối cảnh đại dịch COVID nên tâm lý của hầu hết đối tượng nghiên cứu đều lo lắng, bất an hơn.

Chúng tôi nhận thấy, ngoại trừ lĩnh vực hoạt động thể chất thì hầu hết các lĩnh vực chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn so với dân số nghiên cứu của Saccomann⁷. Có sự chênh lệch đáng kể ở lĩnh vực giới hạn chức năng và giới hạn tâm lý. Sự khác biệt này có thể được lý giải trong một nghiên cứu tổng quan về chất lượng cuộc sống với 70 nghiên cứu ở 25.180 đối tượng tham gia trong 18 năm của Moradi (2000-2018)⁸. Tác giả và cộng sự ghi nhận có sự khác biệt đáng kể về phương tiện tổng hợp giữa Châu Mỹ và Châu Á là về một số lĩnh vực chất lượng cuộc sống như cảm nhận đau đớn, sức khỏe tâm thần và giới hạn chức năng (giá trị $p < 0,05$)⁸. Các đặc điểm như nhóm tuổi, giới và phân suất tổng máu của người bệnh suy tim có liên quan đến các lĩnh vực chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, các đặc điểm trên hầu hết chỉ liên quan đến 1 lĩnh vực nhất định.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết các lĩnh vực chất lượng cuộc sống ở nam giới có điểm cao hơn nữ giới. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ngoại trừ lĩnh vực cảm nhận sức sống. Ở lĩnh vực này, điểm số của nam cao hơn của nữ với mức ý nghĩa $p = 0,046$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh ghi nhận lĩnh vực cảm nhận sức sống có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với giới tính. Ngoài ra, tác giả còn cho thấy giới tính cũng có mối tương quan có ý nghĩa với một số lĩnh vực khác như hoạt động chức năng, cảm nhận đau đớn, sức khỏe tổng quát và tâm thần tổng quát⁶.

Nhóm tuổi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lĩnh vực hoạt động chức năng, nghĩa là những người bệnh tuổi càng cao thì điểm hoạt động chức năng càng thấp. Kết quả này phù hợp với đặc điểm sinh lý của con người, tuổi càng cao các cơ quan trong cơ thể con người càng lão hóa dẫn đến sức khỏe thể chất giảm sút. Điều này tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thúy Minh⁴. Tác giả Saccomann khảo sát chất

lượng cuộc sống ở 170 người bệnh suy tim trên 60 tuổi ở Brazil cho thấy những người suy tim lớn tuổi có điểm số thấp ở lĩnh vực hoạt động thể chất⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống ở cả hai nhóm người bệnh suy tim với phân suất tổng máu giảm và bảo tồn đều giảm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ lĩnh vực giới hạn tâm lý có sự khác biệt ($p = 0,038$), kết quả này gần tương tự với tác giả Nguyễn Thị Thúy Minh khi mà hai nhóm đều có điểm số chất lượng cuộc sống giảm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các lĩnh vực⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu tại một trung tâm, ngoài ra thời gian nghiên cứu trong đại dịch COVID 19 cùng kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện và thời gian nghiên cứu có hạn nên mẫu nghiên cứu nhỏ. Do đó có thể chưa đại diện được cho dân số nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó, cần tiến hành thêm các nghiên cứu khảo sát chất lượng cuộc sống với quy mô lớn hơn, đa trung tâm, thời gian đánh giá kéo dài hơn để có thể áp dụng vào thực hành quản lý và chăm sóc bệnh nhân suy tim tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu có điểm số thấp ở tất cả 8 lĩnh vực. Điều đó cho thấy ở người bệnh suy tim, chất lượng cuộc sống kém cả về mặt thể chất lẫn tinh thần. Về các yếu tố liên quan: giới tính, tuổi và phân suất tổng máu có mối liên quan có ý nghĩa với một số lĩnh vực nhất định của chất lượng cuộc sống. Nam giới cảm thấy hạnh phúc và dồi dào sức lực hơn, ít ưu tư và buồn phiền hơn, $p = 0,046$. Nhóm trên 60 tuổi gặp nhiều hạn chế hơn khi thực hiện các hoạt động liên quan đến sức khỏe chức năng, $p = 0,022$. Nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm thường gặp trở ngại hơn trong công việc và sinh hoạt hàng ngày do tình trạng sức khỏe tâm lý, $p = 0,038$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. Cardiac failure review. Apr 2017;3(1):7-11. doi:10.15420/cfr.2016:25:2
2. Salyer J, Flattery M, Lyon DE. Heart failure symptom clusters and quality of life. Heart & lung : the journal of critical care. Sep-Oct 2019;48(5):366-372. doi:10.1016/j.hrtlng.2019.05.016
3. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. Heart & lung: the journal of critical care.

- Mar-Apr 2009;38(2):100-8. doi:10.1016/j.hrtlng.2008.04.002
4. **Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, et al.** Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scandinavian journal of caring sciences*. Sep 2013;27(3):686-94. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01078.x
 5. **Ware JE, Jr., Sherbourne CD.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. Jun 1992;30(6):473-83.
 6. **Nguyễn Thị Thúy Minh, Châu Ngọc Hoa.** Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy tim. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014;18(1):140-144.
 7. **Saccomanni IC, Cintra FA, Gallani MC.** Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*. Jul 2010;128(4):192-6. doi:10.1590/s1516-31802010000400003
 8. **Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M.** Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*. Nov 2020;25(6):993-1006. doi:10.1007/s10741-019-09890-2

THỰC TRẠNG NGÃ Ở PHỤ NỮ LOÃNG XƯƠNG SAU MÃN KINH

Phạm Hoài Thu¹, Hoàng Phương Dung², Nguyễn Thị Nga³

TÓM TẮT

Ngã là một hiện tượng phổ biến ở người cao tuổi. Ngã ở người cao tuổi để lại nhiều hậu quả nặng nề cho các cá nhân, gia đình và hệ thống y tế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 115 phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023, được chẩn đoán loãng xương dựa vào tiêu chuẩn của Hội Nội tiết Hoa Kỳ 2020 (AACE 2020). **Kết quả:** Tỷ lệ ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh là 38,3%, tỷ lệ ngã trong vòng 1 năm gần đây chiếm 26,1%. Tỷ lệ ngã ở nhóm bệnh nhân loãng xương nặng cao hơn so với nhóm bệnh nhân loãng xương (43,5% so với 14,5%), ($P < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cao, đặc biệt là những bệnh nhân loãng xương nặng. Bởi vậy vấn đề đánh giá sớm và thường quy nguy cơ ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh là cần thiết.

Từ khóa: Ngã, loãng xương sau mãn kinh.

SUMMARY

FALLS IN WOMEN WITH POST-MENOPAUSAL OSTEOPOROSIS

Falls are a common phenomenon in the elderly. Falls in the elderly have many serious consequences for individuals, families and the health system. **Objective:** Describe the characteristics of falls in postmenopausal osteoporotic women visiting Bach Mai

Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis of 115 postmenopausal osteoporotic women coming for examination and treatment at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from April 2023 to September 2023, diagnosed with osteoporosis based on the criteria of the American Endocrine Society 2020 (AACE 2020). **Results:** The fall rate in postmenopausal osteoporotic women was 38.3%, the rate of falls in the last 1 year is 26.1%. The fall rate in the group of patients with severe osteoporosis was higher than the group of patients with osteoporosis (43.5% compare to 14.5%), ($P < 0.001$). **Conclusion:** The rate of falls in postmenopausal osteoporotic women visiting Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital is high, especially in patients with severe osteoporosis. Therefore, early and routine assessment of fall risk in postmenopausal osteoporotic women is necessary.

Keywords: Falls, postmenopausal osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương sau mãn kinh là vấn đề sức khỏe ngày càng được quan tâm do ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn thế giới, hơn 75 triệu người ở Châu Âu, Mỹ và Nhật Bản và ngày càng gia tăng khi tuổi thọ ngày càng cao[1]. Đây là bệnh lý toàn thể của khung xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương xảy ra ở phụ nữ mãn kinh. Loãng xương được xem là một bệnh diễn tiến âm thầm, không gây triệu chứng đặc hiệu, cho đến khi xương bị gãy.

Ngã là một hiện tượng phổ biến ở người cao tuổi. Thống kê gần đây cho thấy hàng năm cứ ba người trưởng thành trên 65 tuổi thì có một người bị ngã và một nửa trong số những người này trải qua nhiều lần ngã trong năm[2]. Ở độ tuổi 80, tỷ lệ ngã là 50% xảy ra hàng năm[3]. Ngã ở người

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu
Email: hoangphuongdung318@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

cao tuổi để lại nhiều hậu quả nặng nề cho các cá nhân, gia đình và hệ thống y tế. Trên thế giới, ước tính có 646.000 trường hợp bị ngã và tử vong hàng năm, trở thành nguyên nhân đứng thứ hai gây tử vong do thương tích không chủ ý, sau chấn thương do tai nạn giao thông[4].

Tại Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về vấn đề ngã trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương. Tuy nhiên, có rất ít đề tài đề cập đến vấn đề ngã trên phụ nữ loãng xương sau mãn kinh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên để có thêm cái nhìn về ngã của phụ nữ loãng xương sau mãn kinh và một số yếu tố liên quan để từ đó đề xuất một số giải pháp dự phòng thiết thực, hiệu quả góp phần phòng ngừa nguy cơ ngã và ngã ở nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ sau mãn kinh: Phụ nữ đã mãn kinh tự nhiên (khi đối tượng mất kinh nguyệt hoàn toàn trong 12 tháng ở phụ nữ từ 40 đến 55 tuổi).
- Tuổi từ 50 trở lên.
- Bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương theo hướng dẫn của Hội Nội tiết Hoa Kỳ (AAACE) 2020.
- Các đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Loại trừ những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có trạng thái tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có tiền sử gãy xương do chấn thương mạnh, mắc các bệnh cấp tính ảnh hưởng đến việc thực hiện các bài kiểm tra vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Cỡ mẫu cho điều tra xác định tỷ lệ của điều tra cắt ngang, $n = 115$ bệnh nhân

Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian: từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

2.4. Công cụ và các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân trắc học: tuổi, BMI
- Kết quả đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép trên máy đo Hologic với giá trị tham chiếu của dân số nữ Nhật Bản sử dụng cho người Châu Á.

- Đánh giá ngã bằng bộ câu hỏi và ghi nhận qua hồ sơ quản lý bệnh nhân: tiền sử ngã của bệnh nhân, ngã bất kỳ, ngã trong 12 tháng vừa qua, tần suất, vị trí ngã, hoàn cảnh khi ngã, các biến chứng do ngã.

- Đánh giá nguy cơ ngã bằng: bộ câu hỏi nguy cơ ngã 21 chỉ số (21-item Fall Risk Index by Toba, Kikuchi), thang đo thời gian đứng lên và đi TUG (Timed Up and Go test), thang điểm đánh giá cảm giác sợ ngã FES-I (Falls Efficacy scale international).

- Đánh giá chức năng hoạt động sống hàng ngày: dùng thang điểm ADL và IADL.

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu thu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phương pháp thống kê y học theo phần mềm SPSS20.0. Thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test Khi bình phương và T-Test với giá trị OR (95%CI) và giá trị p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	50-59	18	15,7
	60-69	47	40,9
	70-79	39	33,9
	Từ 80	11	9,6
	Tuổi trung bình: 73,1; thấp nhất: 50; cao nhất: 90		
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	68	59,1
	Độc thân/góa	47	40,9
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	10	8,7
	Sống cùng người thân	105	91,3
Nơi ở	Nông thôn, miền núi	61	53,0
	Thành thị	54	47,0
Học vấn	Tiểu học, THCS	48	41,7
	Từ THPT	67	58,3
Tình trạng việc làm	Còn làm việc	43	37,4
	Không còn làm việc	72	62,6
Sử dụng công cụ hỗ trợ đi lại	Có sử dụng	20	17,4
	Không sử dụng	95	82,6
Mức độ hoạt động hàng ngày ADL	Bình thường	87	75,7
	Suy giảm	28	24,3
Mức độ hoạt động	Bình thường	74	64,3

động hàng ngày có sử dụng phương tiện IADL	Suy giảm	41	35,7
Mức độ loãng xương	Loãng xương	69	60,0
	Loãng xương nặng	46	40,0

Loãng xương sau mãn kinh gặp nhiều ở độ tuổi 60-79 chiếm 40,9% và độ tuổi từ 70 đến 79 tuổi chiếm 33,9%. Trong đó, có 53% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) sinh sống ở nông thôn, miền núi, 47% sống tại thành thị. Phụ nữ loãng xương sau mãn kinh còn làm việc chỉ chiếm 37,4% và 62,6% không còn làm việc. Đánh giá mức độ hoạt động của ĐTNC bằng thang điểm ADL có 24,3% bị suy giảm mức độ hoạt động, và con số này là 35,7% khi đánh giá bằng thang điểm IADL.

3.2. Đặc điểm ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh

Bảng 2. Đặc điểm ngã của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tỉ lệ ngã	Có bị ngã	44	38,3
	Không bị ngã	71	61,7
Ngã trong vòng 1 năm trở lại đây	Có bị ngã	30	26,1
	Không bị ngã	85	73,9

Tỷ lệ ngã của ĐTNC là 38,3%. Tỷ lệ ngã của ĐTNC trong 1 năm trở lại đây chiếm 26,1%.

Bảng 3. Đặc điểm ngã trong vòng 1 năm trở lại đây của ĐTNC (n=30)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh ngã	Trượt ngã	16	53,3
	Bị xô đẩy	3	10,0
	Đi xe đạp	4	13,3
	Mất thăng bằng	4	13,3
	Khác	3	10,0
Địa điểm ngã	Ngoài trời	23	76,7
	Trong nhà	7	23,3
Thời gian ngã trong ngày	Buổi sáng	15	48,4
	Buổi chiều	12	38,7
	Buổi tối	3	9,7
	Không nhớ	1	3,2
Hoạt động đang làm tại thời điểm ngã	Đang làm việc	9	30,0
	Chơi/giải trí	6	20,0
	Mang vác đồ vật	4	13,3
	Khác	11	36,7
Biến chứng do ngã	Gãy xương	13	43,3
	Chấn thương nhẹ không phải nhập viện	14	46,7

Chấn thương nặng phải nhập viện	3	10,0
---------------------------------	---	------

- Trong các hoàn cảnh ngã của ĐTNC, trượt ngã chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%);

- Địa điểm ngã của ĐTNC, phần lớn là ở ngoài trời chiếm 76,7%;

- Thời gian ngã của ĐTNC, ngã vào buổi sáng chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%), sau đó là buổi chiều chiếm 38,7%;

- Các hoạt động xuất hiện ngã của ĐTNC, đang làm việc chiếm 30,0%, vui chơi giải trí chiếm 20,0%, mang vác đồ vật chiếm 13,3% và hoạt động khác chiếm 36,7%;

- Tỷ lệ biến chứng do ngã của ĐTNC, gãy xương chiếm 43,3%, chấn thương nhẹ không phải nhập viện chiếm 46,7% và chấn thương nặng phải nhập viện chiếm 10,0%.

3.3. Nguy cơ ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh

Bảng 4. Nguy cơ ngã của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Nguy cơ ngã		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ ngã 21 chỉ số	Có nguy cơ ngã	37	32,2
	Không có nguy cơ	78	67,8
Thang điểm FES-I	Có nguy cơ ngã	62	53,9
	Không có nguy cơ	53	46,1
Thang điểm TUG	Có nguy cơ ngã	62	53,9
	Không có nguy cơ	53	46,1

Dùng thang điểm 21 chỉ số đánh giá nguy cơ ngã của ĐTNC, tỷ lệ ngã chiếm 32,2%. Tỷ lệ ngã của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng thang điểm FES-I và thang điểm TUG là 53,9%.

Bảng 5. Mức độ loãng xương và ngã của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Mối liên quan giữa các nhóm bệnh nhân và ngã		Ngã				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Mức độ loãng xương	Loãng xương nặng	20	43,5	26	56,5	0,001
	Loãng xương	10	14,5	59	85,5	
Nhóm tuổi	50-59	2	11,1	16	88,9	p> 0,05
	60-69	15	31,9	32	68,1	
	70-79	10	25,6	29	74,4	
	Từ 80	3	27,3	8	72,7	

- Tỷ lệ ngã của ĐTNC loãng xương nặng cao hơn nhóm loãng xương (43,5% so với 14,5%), nguy cơ ngã ở ĐTNC loãng xương nặng cao gấp 4,54 lần so với nhóm loãng xương (OR=4,54, CI95%: 1,87-11,3). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,001;

- Tỷ lệ ngã của ĐTNC ở nhóm tuổi từ 60-69 cao nhất (31,9%), sau đó là nhóm tuổi từ 80 trở

lên chiếm 27,3%, nhóm tuổi từ 70-79 chiếm 25,6% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 50-59 chiếm 11,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 115 phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023 có độ tuổi trung bình là 73,1, tuổi cao nhất là 90, thấp nhất là 50. Loãng xương sau mãn kinh gặp nhiều ở độ tuổi 60-69 chiếm 40,9% và độ tuổi từ 70 đến 79 tuổi chiếm 33,9%. Trong đó, có 53% đối tượng nghiên cứu sinh sống ở nông thôn, miền núi, 47% sống tại thành thị. Phụ nữ loãng xương sau mãn kinh còn làm việc mưu sinh chỉ chiếm 37,4% và 62,6% không còn làm việc. Đánh giá mức độ hoạt động của ĐTNC bằng thang điểm ADL có 24,3% bị suy giảm mức độ hoạt động, và con số này là 35,7% khi đánh giá bằng thang điểm IADL.

Tỷ lệ phụ nữ loãng xương sau mãn kinh có tiền sử ngã là 38,3%. Kết quả nghiên cứu này là tương đồng so với kết quả nghiên cứu của tác giả E. Barrett-Connor và cộng sự (2008) tiến hành trên 66.134 phụ nữ sau mãn kinh, hơn một phần ba (38,2%) số người tham gia cho biết ít nhất một lần bị ngã kể từ lúc bắt đầu nghiên cứu[5].

Chúng tôi ghi nhận 26,1% đối tượng nghiên cứu bị ngã trong vòng 1 năm trở lại đây. Trong các hoàn cảnh ngã của ĐTNC, trượt ngã chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi giống như kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác, cho thấy người bệnh ngã trong hoàn cảnh vấp và trượt ngã là khá phổ biến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, địa điểm ngã của ĐTNC, phần lớn ngã ở ngoài trời chiếm 76,7%, con số này trong nghiên cứu của Meng-Meng H. và cộng sự (2015) là 67,9%[6]. Nguyên nhân chủ yếu là do đi bộ, trượt chân khi đi trên sàn ướt. Những điều này nói lên tầm quan trọng của sự gọn gàng trong môi trường công cộng. Phần lớn các vụ té ngã trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra vào buổi sáng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,4%, sau đó là buổi chiều chiếm 38,7%. Có thể đây là khoảng thời gian bệnh nhân cần hoạt động tích cực nhất trong ngày (vệ sinh cá nhân, tập thể dục). Theo Nguyễn Thị Thanh Hải và cộng sự nghiên cứu trên 140 người bệnh trên 60 tuổi bị loãng xương khám và điều trị bệnh viện Lão Khoa Trung Ương (2021) có 68,8 % người bệnh ngã vào buổi sáng; 10,4 % vào buổi

chiều[7].

Đánh giá nguy cơ ngã của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy, nguy cơ ngã của đối tượng nghiên cứu khá cao. Đánh giá bằng thang điểm FES-I và thang điểm TUG, tỷ lệ ĐTNC có nguy cơ ngã là bằng nhau và bằng 53,9%.

Nghiên cứu về tỷ lệ ngã của đối tượng nghiên cứu theo phân nhóm chúng tôi nhận được kết quả tỷ lệ ngã của ĐTNC loãng xương nặng cao 43,5%, cao hơn nhóm loãng xương với 14,5%. Nguy cơ ngã ở ĐTNC loãng xương nặng cao gấp 4,54 lần so với nhóm loãng xương ($OR=4,54$, $CI_{95\%}: 1,87-11,3$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Sự hiện diện của gãy xương đặc biệt là gãy xương đốt sống có tác động tiêu cực đến sự cân bằng và hoạt động thể chất của bệnh nhân, dẫn đến tăng khả năng té ngã và gãy xương ở những bệnh nhân bị loãng xương sau mãn kinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh nhân bị ngã theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ biến chứng do ngã của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy xương chiếm 43,3%, chấn thương nhẹ không phải nhập viện chiếm 46,7% và chấn thương nặng phải nhập viện chiếm 10,0%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ngã của phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cao 38,3%, tỷ lệ ngã trong 1 năm gần đây chiếm 26,1%. Nhóm tuổi từ 60-69 ngã chiếm tỷ lệ cao nhất, hầu hết bệnh nhân sống cùng người thân, phần lớn không sử dụng dụng cụ hỗ trợ khi đi lại, trượt ngã chiếm tỷ lệ cao nhất, phần lớn ngã ngoài trời, ngã khi làm việc chiếm tỷ lệ cao nhất, nguy cơ ngã theo thang điểm thang điểm FES-I và TUG chiếm tỷ lệ cao hơn, nhóm bệnh nhân loãng xương nặng có tỷ lệ ngã cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reginster JY, Burlet N.** Osteoporosis: a still increasing prevalence. *Bone*. 2006;38(2 Suppl 1):S4-9. doi:10.1016/j.bone.2005.11.024;
2. **O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S.** Incidence of and Risk Factors for Falls and Injurious Falls among the Community-dwelling Elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1993; 137(3): 342-354. doi: 10.1093/ oxfordjournals.aje.a116681;
3. **Society AG.** Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:664-672.
4. **Lodder MC, de Jong Z, Kostense PJ, et al.** Bone mineral density in patients with rheumatoid arthritis: relation between disease severity and

- low bone mineral density. Ann Rheum Dis. 2004; 63(12): 1576-1580. doi: 10.1136/ard.2003.016253.
5. **Barrett-Connor E, Weiss TW, McHorney CA, Miller PD, Siris ES.** Predictors of falls among postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA). Osteoporos Int. 2009;20(5): 715-722. doi: 10.1007/s00198-008-0748-2
 6. **Pi HY, Hu MM, Zhang J, Peng PP, Nie D.** Circumstances of falls and fall-related injuries among frail elderly under home care in China. International Journal of Nursing Sciences. 2015;2(3): 237-242. doi: 10.1016/j.ijnss.2015.07.002
 7. **Nguyễn Thị Thanh Hải và CS, 2021.** Ngã và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương. TC Y học Việt Nam, số 01, năm 2021, tr 182-185;

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHÂN SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hà Thị Khánh Huyền¹, Nguyễn Thị Kim Liên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân sau điều trị bảo tồn gãy trên lồi cầu xương cánh tay (TLCXCT) ở trẻ em. **Đối tượng:** Chúng tôi tiến hành đánh giá trên 92 trẻ gãy trên lồi cầu xương cánh tay được khám và điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, so sánh trước sau can thiệp. Nhóm can thiệp gồm 42 trẻ được can thiệp chương trình phục hồi chức năng tại viện hoặc tại nhà theo hướng dẫn và giám sát của bác sĩ và kỹ thuật viên, đảm bảo được khả năng theo sát chương trình tập luyện; Nhóm chứng gồm 42 trẻ không có điều kiện và khả năng tham gia vào chương trình can thiệp. **Kết quả:** Mức độ giảm đau trung bình ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện. Sau 1 tháng, trẻ nhóm can thiệp có mức độ giảm đau đáng kể so với nhóm chứng ($p < 0.05$). Tầm vận động chủ động khớp gấp – duỗi khuỷu ở nhóm can thiệp có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 2 tuần và sau 1 tháng so với nhóm chứng ($p < 0.05$). Chức năng vai, cánh tay, bàn tay có sự cải thiện từ sau 2 tuần so với thời điểm ngày đầu can thiệp ở nhóm can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngay sau gãy TLCXCT ở trẻ em giúp trẻ cải thiện mức độ đau, tầm vận động khớp khuỷu và cải thiện chức năng vai, cánh tay, bàn tay. **Từ khóa:** Trẻ em, gãy trên lồi cầu xương cánh tay, điều trị bảo tồn.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF FUNCTIONAL RECOVERY IN PEDIATRIC PATIENTS AFTER CONSERVATIVELY TREATED FRACTURES OF THE PROXIMAL

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Khánh Huyền

Email: khanhhuyen28011997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

HUMERUS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: This study seeks to evaluate the functional recovery outcomes in pediatric patients who have undergone conservative treatment for fractures of the distal humerus epiphysis. **Subjects:** We evaluated 92 pediatric cases of distal humerus epiphysis fractures examined and treated conservatively at the Viet Duc Friendship Hospital between October 2022 and June 2023. **Method:** Utilizing a controlled intervention study with pre- and post-intervention comparisons, the researchers conducted their investigation. **Results:** Both cohorts demonstrated an increase in the mean decrease of pain. Following a period of one month, it was seen that the intervention group exhibited a notable decrease in pain levels in comparison to the control group, with statistical analysis indicating a significant difference ($p < 0.05$). The intervention group had a statistically significant improvement in the range of motion for flexion-extension of the elbow joint after 2 weeks and 1 month, in comparison to the control group ($p < 0.05$). The intervention group demonstrated better shoulder, arm, and hand functioning after 2 weeks of the intervention, as compared to their baseline measurements. **Conclusion:** The use of early intervention strategies aimed at promoting functional recovery in pediatric patients with distal humerus epiphysis fractures has been found to be associated with several positive outcomes. These include a reduction in pain levels, improvement in the range of motion of the elbow joint, as well as greater functioning of the shoulder, arm, and hand.

Keywords: Pediatric, distal humerus epiphysis fracture, conservative treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương ở trẻ em hay gặp nhất là gãy xương chi trên, với tỷ lệ 7% đến 9% trong tổng số gãy xương nói chung⁴. Trong đó, gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em gãy TLCXCT là loại chấn thương khuỷu tay phổ biến nhất, với tỷ lệ được báo cáo từ 3% đến 15% trong số gãy xương chi trên và chiếm khoảng 60% gãy xương vùng khuỷu⁵.

Phương pháp điều trị bảo tồn nắn kín bó bột thường hay được sử dụng nhất, đặc biệt với loại gãy TLCXCT không di lệch loại I, II và gãy không có biến chứng kèm theo. Các thương tật thứ phát sau điều trị bảo tồn gãy TLCXCT cũng có thể xảy ra theo nhiều cách khác nhau như: di lệch, vẹo khuỷu, can xấu hay cứng khuỷu tay tạm thời sau khi điều trị ổ gãy ở trẻ em thường cũng là mối quan tâm của các bậc cha mẹ.

Các vận động của khuỷu tay có tầm quan trọng lớn đối với hoạt động sinh hoạt hàng ngày (Activities of daily living - ADL) của trẻ em. Thời điểm tập phục hồi chức năng được khuyến cáo nên vận động sớm như là gồng cơ tĩnh ngay những ngày đầu trong bột và các bài tập vận động, hoạt động trị liệu từ những ngày đầu sau bó bột. Liệu pháp vận động và các thủ thuật vật lý trị liệu là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả của điều trị và sự tái lập vận động của khớp khuỷu tay, các bài tập trị liệu được ghi nhận là có hiệu quả trong việc phục hồi chức năng chi gãy, các bài tập này là sự kết hợp của các bài tập tăng cường sức mạnh cơ, bài tập theo tầm vận động (Range of motion - ROM), các bài tập di động mô mềm, di động khớp, các bài tập hoạt động trị liệu. Hiện nay, các nghiên cứu ở trong nước và quốc tế hiện có thường tập trung vào nghiên cứu đánh giá phương pháp điều trị xương gãy hơn là chú ý đến các nghiên cứu về phục hồi chức năng cho trẻ sau đó. Hơn nữa, điều trị phục hồi chức năng là vô cùng cần thiết để hồi phục được tầm vận động và khả năng ADL của trẻ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân sau điều trị bảo tồn gãy trên lồng cầu xương cánh tay ở trẻ em tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ 4 - 16 tuổi, không phân biệt giới tính và nguyên nhân chấn thương,
- Được chẩn đoán là: Gãy trên lồng cầu xương cánh tay,
- Được điều trị bảo tồn bó bột,
- Có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án,
- Bệnh nhân đến khám lại theo hẹn đúng lịch.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương cũ vùng khuỷu cùng bên.

Thiết kế nghiên cứu:

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, so sánh trước sau

can thiệp.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh Hữu Nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023.

Trẻ sau khi vào viện điều trị bảo tồn gãy TLCXCT, chúng tôi tiến hành thu thập thông tin từ phiếu khám chuyên khoa và thăm khám trẻ theo nội dung mẫu bệnh án nghiên cứu.

Trẻ sau tháo bột được thăm khám, KTV tiến hành tập vận động cho trẻ theo phác đồ phục hồi chức năng hiện đang được sử dụng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đồng thời hướng dẫn phụ huynh quy trình, kỹ thuật tập, giải đáp thắc mắc để đảm bảo phụ huynh có thể độc lập thực hiện chương trình tập tại nhà.

Bệnh nhân can thiệp tại viện hoặc tập tại nhà theo hướng dẫn và được khám lại theo hẹn, lượng giá ngày đầu, 2 tuần, 1 tháng sau can thiệp.

Cỡ mẫu: n=92 (gồm 46 trẻ nhóm can thiệp, 46 trẻ nhóm đối chứng)

Công cụ nghiên cứu: Đánh giá tầm vận động chủ động khớp khuỷu (ROM), đánh giá tình trạng đau (VAS), đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày (ADL) của trẻ sau điều trị bảo tồn. Đồng thời chúng tôi đánh giá giảm chức năng vai, cánh tay, bàn tay bằng thang điểm DASH (Disabilities of the arm, shoulder and hand). Đây là thang điểm được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu đánh giá kết quả sau chấn thương tay, bàn tay đã được sử dụng và trích dẫn tại Việt Nam.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các phép toán sử dụng: với biến số chuẩn sử dụng Test χ^2 (so sánh 2 tỷ lệ), test T – student (so sánh 2 giá trị trung bình), test Anova (test t ghép cặp). Với biến số không chuẩn sử dụng: test Mann – Whitney U (so sánh 2 giá trị trung bình), test Wilcoxon (so sánh ghép cặp).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông báo rõ mục đích nghiên cứu với bệnh nhân và người nhà. Kết quả phục vụ cho mục đích nghiên cứu, tất cả thông tin cung cấp được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong số 92 trẻ sau điều trị bảo tồn gãy TLCXCT tham gia vào nghiên cứu, ở cả 2 nhóm can thiệp và chứng, tỷ lệ trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ, với nhóm can thiệp là 3.1/1, nhóm chứng là 1,5/1. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu: nhóm can thiệp là 8.0 ± 2.61 tuổi;

nhóm chứng là 7.5 ± 2.86 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=92)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
		n	%	n	%	
Tay bị tổn thương	Tay thuận	14	30.4	15	32.6	0.822
	Tay không thuận	32	69.6	31	67.4	
Phân độ Gardland	Độ II	5	10.9	4	8.7	0.798
	Độ III	25	54.3	23	50	
	Độ IV	16	34.8	19	41.3	
Vẹo khuỷu	Khuỷu thẳng	43	93.5	45	97.8	0.617
	Vẹo trong	3	6.5	1	2.2	
	Vẹo ngoài	0	0	0	0	
Thời gian bó bột	<4 tuần	40	87.0	40	87.0	0.580
	4 – 8 tuần	5	10.9	6	13.0	
	> 8 tuần	1	2.2	0	0	

Nhận xét: Tay gãy thường gặp là tay không thuận chiếm 69.6% và 67.4% tương ứng với nhóm can thiệp và nhóm chứng. Phân độ gãy theo Garland chủ yếu là độ III và độ IV. Di chứng vẹo trong ở nhóm can thiệp và nhóm

chứng chiếm lần lượt tỷ lệ 3% và 1%. Thời gian bó bột phần lớn là <4 tuần chiếm 87% ở cả hai nhóm.

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng trên bệnh nhân

Bảng 2: Mức độ đau của bệnh nhân sau PHCN (n=92)

Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=46)			Nhóm chứng (n=46)			p
	Trung bình	Min	Max	Trung bình	Min	Max	
Ngày đầu can thiệp	4.33 \pm 0.97	3	6	4.26 \pm 0.98	0	6	0.748
Sau can thiệp 2 tuần	2.13 \pm 1.05	0	4	2.37 \pm 0.88	0	4	0.238
Sau can thiệp 1 tháng	0.30 \pm 0.63	0	3	1.04 \pm 0.99	0	3	0.000
Chênh lệch sau 2 tuần	2.20 \pm 1.38			1.90 \pm 1.14			0.304 (Δp_1)
Chênh lệch sau 1 tháng	4.02 \pm 0.99			3.21 \pm 1.28			0.001 (Δp_2)

Nhận xét: - Mức độ đau của bệnh nhân ở thời điểm sau 2 tuần thấp hơn so với thời điểm ngày đầu can thiệp và mức độ giảm cao hơn ở nhóm can thiệp với $p=0.238$

- Mức độ đau của bệnh nhân ở thời điểm sau 1 tháng giảm dần so với thời điểm ngày đầu can

thiệp và mức độ giảm cao hơn ở nhóm can thiệp với $p=0.000$

- Mức độ giảm đau của bệnh nhân ở thời điểm sau 2 tuần và 1 tháng so với ngày đầu can thiệp ở nhóm can thiệp đều cao hơn nhóm chứng với $\Delta p_1=0.304$ và $\Delta p_2=0.001$.

Bảng 3: Tầm vận động chủ động khớp khuỷu của bệnh nhân sau PHCN (n=92)

Thời điểm	Cử động	Nhóm can thiệp (n=46)	Nhóm chứng (n=46)	p
Ngày đầu can thiệp	Gấp khuỷu	39.02 \pm 13.022	40.98 \pm 15.152	0.508
	Mất duỗi khuỷu	48.70 \pm 13.226	48.26 \pm 15.10	0.435
Sau can thiệp 2 tuần	Gấp khuỷu	59.46 \pm 12.482	55.65 \pm 14.78	0.186
	Mất duỗi khuỷu	33.80 \pm 13.216	36.63 \pm 13.33	0.310
Sau can thiệp 1 tháng	Gấp khuỷu	84.02 \pm 13.65	76.41 \pm 15.34	0.014
	Mất duỗi khuỷu	18.70 \pm 10.30	24.46 \pm 11.84	0.015
Chênh lệch sau 2 tuần	Gấp khuỷu	20.43 \pm 6.57	14.67 \pm 7.99	0.000
	Mất duỗi khuỷu	14.89 \pm 4.01	11.63 \pm 4.35	0.000
Chênh lệch sau 1 tháng	Gấp khuỷu	45.00 \pm 7.07	35.4348 \pm 10.84	0.000
	Mất duỗi khuỷu	30.00 \pm 6.50	23.804 \pm 5.50	0.000

Nhận xét: Sau 2 tuần và sau 1 tháng can thiệp, tầm vận động gấp và duỗi của cả hai nhóm đều cải thiện, với mức độ cải thiện của nhóm can thiệp nhiều hơn nhóm chứng với $p=0.000$ ở cả hai thời điểm.

Bảng 4: Điểm DASH của bệnh nhân sau PHCN (n=92)

Thời điểm	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p
-----------	----------------	------------	---

	(n=46)	(n=46)	
Ngày đầu can thiệp	80.74 ± 6.46	82.15 ± 5.70	0.269
Sau can thiệp 2 tuần	78.04 ± 6.54	79.89 ± 5.72	0.153
Sau can thiệp 1 tháng	76.13 ± 6.56	78.26 ± 5.86	0.104
Chênh lệch sau 2 tuần	2.70 ± 0.94	2.26 ± 0.71	0.014
Chênh lệch sau 1 tháng	4.61 ± 1.61	3.89 ± 0.945	0.011

Nhận xét: Đánh giá giảm chức năng vai, cánh tay, bàn tay theo thang điểm DASH đều cải thiện ở hai nhóm, với độ chênh lệch sau 2 tuần tương ứng là 2.70 ± 0.94 và 2.26 ± 0.71 ở nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p=0.014$; chênh lệch sau 1 tháng tương ứng là 4.61 ± 1.61 và 3.89 ± 0.945 ở nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p=0.011$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ nam gãy TLCXCT gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ ở nhóm can thiệp là 75.61/24.39%, ở nhóm chứng là 60/40%. Kết quả này tương tự Sầm Văn Hải (66,9/33,1%), Vũ Văn Khoa (63,0/37,0%)^{1,2}. Bệnh hay gặp ở trẻ nam do bản năng của trẻ nam hay hiếu động, chạy nhảy, đùa nghịch nhiều nên dễ gặp phải các tai nạn trong sinh hoạt. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu: nhóm can thiệp là 8.0 ± 2.61 tuổi; nhóm chứng là 7.5 ± 2.86 tuổi, phân bố này khá tương đồng với nhóm tuổi hay gặp là 5-8 tuổi với tỷ lệ 46,3 % của Sầm Văn Hải và của tác giả Vũ Văn Khoa là 42%^{1,2}. Tay gãy chủ yếu là tay không thuận chiếm 69.6% và 67.4% tương ứng với nhóm can thiệp và nhóm chứng. Do cơ lực không thuận có xu hướng yếu hơn nên khi ngã thường vung về chống tay không thuận xuống. Chủ yếu là gãy di lệch độ III và độ IV chiếm 89.1% và 91.3% tương ứng ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Hầu hết khớp khuỷu sau bó bột đều ở tư thế thẳng trục cho thấy kết quả nắn chỉnh khá tốt, tuy nhiên, biến chứng vẹo khuỷu trong với tỷ lệ 6.5% và 2.2% lần lượt ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Thời gian bó bột phần lớn là <4 tuần với tỷ lệ 87.0% ở cả hai nhóm, kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu của Sầm Văn Hải (81,1%) và Vũ Văn Khoa (86%) tháo bột sau 20-30 ngày^{1,2}.

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng về điểm VAS trung bình ở các thời điểm ngày đầu can thiệp, sau can thiệp 2 tuần ($p>0.05$). Tuy nhiên, sau can thiệp 1 tháng, điểm VAS trung bình ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng và mức độ giảm đau ở thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p=0.000$). Sau 1 tháng nhóm can thiệp giảm tới 4.02 ± 0.99 điểm VAS so với nhóm chứng giảm 3.21 ± 1.28 điểm. Điều này cho thấy, tập luyện PHCN sau gãy

TLCXCT ở trẻ em có tác dụng giảm đau, giảm phù nề, giảm đau sớm giúp cho trẻ nhanh chóng cải thiện chất lượng cuộc sống.

Ở thời điểm ngày đầu can thiệp, sau can thiệp 2 tuần, tầm vận động khớp khuỷu ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$. Sau 1 tháng, ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tầm độ khớp khuỷu gấp khuỷu và mất duỗi khuỷu giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với p lần lượt là 0,014 và 0,015. Kết quả tầm vận động gấp, duỗi khuỷu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nhỏ hơn với nghiên cứu của Sandeep Sonone trên 45 trẻ tham gia nghiên cứu, can thiệp tập các bài tập chủ động khớp khuỷu, theo dõi ở các thời điểm theo dõi 2 tuần, 1 tháng. Trẻ trong nghiên cứu của Sandeep Sonone và Wang YL đạt được toàn bộ tầm vận động gấp duỗi khuỷu tay trung bình sau 1 tháng sau tháo bột, có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của họ chia đều ở các phân loại Garland I, II, III và không có trẻ nào phân loại Garland IV^{6,7}. Mức độ cải thiện sau 2 tuần, trẻ nhóm can thiệp cải thiện gấp được 20.43 ± 6.57 độ và cải thiện duỗi được 14.89 ± 4.01 độ; sự thay đổi có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng cải thiện lần lượt là 14.67 ± 7.99 độ và 11.63 ± 4.35 ở động tác gấp và duỗi khuỷu. Mức độ cải thiện tầm vận động gấp, duỗi khuỷu sau 1 tháng ở nhóm can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p<0.05$). Như vậy, tập phục hồi chức năng sớm ngay sau tháo bột và phương pháp phục hồi chức năng đang áp dụng trong nghiên cứu có sự cải thiện tốt về tầm vận động khớp kể từ thời điểm 1 tháng.

Điểm DASH trung bình ở hai nhóm ở các thời điểm đánh giá đều không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thang điểm DASH của nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở thời điểm 2 tuần và 1 tháng so với ngày đầu can thiệp với $p<0.05$. Giá trị DASH trung bình của hai nhóm của chúng tôi sau can thiệp 1 tháng đều cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Ahaoiza Diana Isa ($0.77 \pm 2,10$) khi theo dõi sau can thiệp từ 3 – 5 năm³.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả của nghiên cứu trên cho thấy

can thiệp phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngay sau gãy TLCXCT điều trị bảo tồn ở trẻ em giúp trẻ cải thiện mức độ đau, tầm vận động khớp khuỷu và cải thiện chức năng vai, cánh tay, bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sâm Văn Hải.** Kết quả điều trị bảo tồn gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. Trường đại học Y Hà Nội. 2016. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/BookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201801301515-ce121dce-6c3d-41de-a54a-3fdd981b485a/Preview&TotalPage=3&ext=jpg#page/1/mode/2up>
2. **Vũ Văn Khoa.** Nhận xét kết quả điều trị bảo tồn gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;41-43. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2866/2659>
3. **Isa AD, Furey A, Stone C.** Functional outcome of supracondylar elbow fractures in children: a 3- to 5-year follow-up. Canadian Journal of Surgery. 2014;57(4):241-246. doi:10.1503/cjs.019513
4. **Parsch D, Loesel S, Lehner B, Carstens C.** Post-traumatic loss of function and malunion of the elbow. Orthopade. 2001;30(9):602-609. doi:10.1007/s001320170047
5. **Poggiali P, Nogueira FCS, Nogueira MP de M.** Management of Supracondylar Humeral Fracture in Children. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2020;57(1):23-32. doi:10.1055/s-0040-1709734
6. **Sandeep Sonone, Surendar Singh Bava, Aditya Dahapute.** The Recovery of Elbow Range of Motion After Treatment of Supracondylar Fractures of Humerus in Children. International Journal of Scientific Research. 2016;5. [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/recent_issues_pdf/2016/May/May_2016_1492762188_53.pdf](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/recent_issues_pdf/2016/May/May_2016_1492762188_53.pdf)
7. **Wang YL, Chang WN, Hsu CJ, Sun SF, Wang JL, Wong CY.** The recovery of elbow range of motion after treatment of supracondylar and lateral condylar fractures of the distal humerus in children. J Orthop Trauma. 2009;23(2):120-125. doi:10.1097/BOT.0b013e318193c2f3

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP HÓA TRỊ VÀ XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mơ¹, Vũ Thị Quý¹, Hà Thu Thủy²,
Trần Thị Thu Huyền², Phạm Thị Trang², Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi điều trị hóa xạ trị kết hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, được tiến hành năm 2022 trên 160 người bệnh đang điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Sử dụng chỉ số BMI, PG-SGA và một số chỉ số cận lâm sàng như protein, albumin huyết thanh, nồng độ hemoglobin máu để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 19,4%. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng với mức PG-SGA loại B là 34,4% và loại C là 40%. 32,5% đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa với mức albumin < 28 g/l, 45,6% người bệnh có tình trạng thiếu máu. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh ung thư phổi hóa xạ trị có nguy cơ suy dinh dưỡng ở mức cao. Do vậy, cần tăng cường chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh để tránh gây sụt cân và nâng cao hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** Ung thư phổi, tình trạng dinh dưỡng, Bệnh viện Phổi Trung ương, Suy dinh dưỡng, Thừa cân – béo phì, PG - SGA

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF LUNG CANCER INPATIENTS TREATED WITH COMBINED CHEMOTHERAPY AND RADIOTHERAPY AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Aim: To assess the nutritional status of lung cancer inpatients treated with the chemotherapy and radiotherapy. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 160 inpatients are being treated for lung cancer at the National Lung Hospital. Nutritional status of patients was identified using BMI, PG-SGA and biochemical index including serum protein, albumin, hemoglobin. **Results:** The percentage of chronic energy deficiency was 19.4%. The percentage of patients at risk of malnutrition with PG-SGA class B was 34.4% and class C was 40%. 30.5% of subjects had moderate to severe malnutrition with the albumin level < 27 g/l, 45.6% of patients was anemic. **Conclusion:** The lung cancer patients are at high risk of malnutrition. Therefore, it is necessary to strengthen nutritional care for them to avoid weight loss and improve treatment outcomes. **Keywords:** Lung cancer, nutritional status, National Lung Hospital, Malnutrition, Overweight - obesity, PG - SGA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là căn bệnh nguy hiểm với số ca tử vong dự kiến sẽ tăng đáng kể trong những thập kỷ tới, là một trong số các nguyên

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenquangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên thế giới⁷. Theo các báo cáo Globocan năm 2020, có 10 triệu trường hợp tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Trong đó, UTP chiếm tỷ lệ cao nhất với 1,8 triệu trường hợp, chiếm 18,0% tổng số ca tử vong do ung thư⁷. Tại Việt Nam năm 2020 có 182.563 ca mới mắc, tỷ lệ mới mắc UTP đứng thứ hai, chỉ sau ung thư gan (26.262 trường hợp chiếm 14,4%). 23.797 trường hợp tử vong vì UTP, chiếm tỷ lệ 19,4% trong 122.690 trường hợp chết vì ung thư⁷.

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng bệnh lý thường gặp ở người bệnh ung thư. Theo phân loại PG - SGA, 51,7% người bệnh ung thư bị SDD³. Nghiên cứu tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều của Nguyễn Bích Huyền và cộng sự năm 2021 chỉ ra tỷ lệ người bệnh SDD đánh giá theo phương pháp PG-SGA là 39,0% trong đó 21,6% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến trung bình và có 17,4% SDD nặng¹. Tình trạng SDD ở người bệnh ung thư làm tăng nguy cơ nhiễm độc thuốc trong quá trình hóa trị. Hiện tượng sút cân tiến triển, giảm trọng lượng khối cơ xương liên tục ở người bệnh ung thư làm tăng nguy cơ tổn thương các tổ chức lành tính khi người bệnh nhân liệu điều trị xạ trị. Mất cân bằng chuyển hóa các chất trên người bệnh ung thư bị SDD làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh sẵn có, tăng nguy cơ nhiễm trùng và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. SDD có liên quan đến kéo dài thời gian nằm viện tới 90%. Điều trị UTP là quá trình lâu dài, tác động của quá trình điều trị UTP có ảnh hưởng không nhỏ đến tình trạng sức khỏe cũng như tình trạng dinh dưỡng của người bệnh⁵. Nghiên cứu này có mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTP tại bệnh viện Phổi Trung ương, từ đó có những can thiệp dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư phổi điều trị hóa xạ trị kết hợp tại khoa Ung Bướu - Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2022.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

d: sai số cho phép của nghiên cứu, lấy d = 0,08; α: mức ý nghĩa thống kê, lấy α = 0,05. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: tỷ lệ bệnh nhân ung thư có nguy cơ bị SDD mức vừa và nặng theo PG-SGA, lấy từ nghiên cứu của Nguyễn Bích Huyền và cộng sự¹ đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư phổi là 39,0%; với p = 0,39.

Thay vào công thức, được n = 142. Thêm 10% từ chối tham gia nghiên cứu. Vậy tổng số mẫu nghiên cứu là 160 người bệnh bị UTP.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Nghiên cứu thu thập các thông tin về: tuổi (tính theo năm dương lịch); giới tính, nghề nghiệp (nghề nghiệp làm ít nhất trong thời gian 6 tháng); cân nặng được đo bằng cân điện tử TANITA SC - 331S có độ chính xác là 0,1kg. Chiều cao được đo bằng thước Microtoise của Pháp (độ chính xác 0,1cm).

Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa trên phương pháp PG - SGA và chỉ số nhân trắc BMI: Chỉ số BMI (Body Mass Index) theo phân loại của WHO: BMI ≥ 25: thừa cân; BMI: 18,5 - 24,99: bình thường; BMI < 18,5: thiếu năng lượng trường diễn.

Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG - SGA (Patient - Generated Subjective Global Assessment) theo mức độ: PG - SGA A (dinh dưỡng tốt): cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn; không có bất thường về các chức năng, hoạt động trong vòng 1 tháng qua. PG - SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa): giảm 5% cân nặng trong vòng 1 tháng hoặc 10% trong 6 tháng; giảm khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng; mất lớp mỡ dưới da hoặc khối cơ mức vừa phải. PG - SGA C (SDD nặng): giảm > 5% cân nặng trong vòng 1 tháng hoặc > 10% trong 6 tháng; thiếu nghiêm trọng về khẩu phần ăn; suy giảm các chức năng mức độ nặng; có dấu hiệu rõ ràng của SDD (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ...).

Sử dụng hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin về các chỉ số cận lâm sàng: albumin, protein, hemoglobin của bệnh nhân trong khoảng thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện và 48 h đầu. Đối tượng SDD khi albumin < 35g/l, protein < 60 g/l, hemoglobin < 120 g/l đối với nữ và < 130 g/l đối với nam³.

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các phương pháp thống kê mô tả; tính số trung bình, độ lệch chuẩn, tần số và tỷ lệ %.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Quá trình nghiên cứu và thu thập thông tin được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội. Việc thu thập số liệu được tiến hành sau khi các

đối tượng được thông báo về mục đích, nội dung nghiên cứu để tự nguyện tham gia và trả lời câu hỏi chính xác nhất. Các thông tin được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=160)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	116	72,5
	Nữ	44	27,5
Nhóm tuổi	≤65 tuổi	111	69,4
	Trên 65 tuổi	49	30,6
	Trung bình	60,3 ± 9,7	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	98	61,3
	THPT	28	17,5
	Trung cấp/CĐ	25	15,6
	ĐH/Sau ĐH	9	5,6
Nơi ở	Nông thôn	96	60
	Thành thị	64	40
Nghề nghiệp	CBVC	16	10
	Nông dân	52	32,5
	Nghỉ hưu	62	38,8
	Khác	30	18,9

THPT- Trung học phổ thông; CĐ – Cao đẳng; CBVC - Cán bộ viên chức; ĐH – Đại học.

Kết quả Bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60,3 ± 9,7 tuổi, trong đó dưới 65 tuổi chiếm 69,4% và trên 65 tuổi chiếm 30,6%. Về giới tính, tỷ lệ nam cao hơn nữ lần lượt là 72,5% và 27,5%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ dưới THPT chiếm 61,3%; THPT chiếm 17,5%; trình độ trung cấp/ CĐ chiếm 15,6%; trình độ ĐH/Sau ĐH chiếm 5,6 %. Nghề nghiệp hưu trí chiếm 38,8%, CBVC chiếm 11,8%, nông dân chiếm 32,5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đến từ nông thôn là 60% và thành thị là 40%.

Bảng 2: Giá trị trung bình các chỉ số nhân trắc và sinh hoá của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (n=116)	Nữ (n=44)
Cân nặng (kg) (min – max)	57,1 ± 9,2 (40 – 88)	53,1 ± 7,2 (38 – 72)
Chiều cao (cm) (min - max)	164,1 ± 5,7 (150 – 178)	153,9 ± 10,2 (100-170)
BMI	21,1 ± 2,9	22,6 ± 5,5
Albumin (g/l)	36,0 ± 4,0	38,0 ± 8,0

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi theo một số chỉ số hoá sinh và huyết học

Chỉ số xét nghiệm	Phân loại	Chung (n=160)	Nam (n=116)	Nữ (n=44)
Albumin (g/l)	Bình thường (≥ 35)	108 (67,5)	78 (67,2)	30 (68,2)
	SDD nhẹ (28-35)	44 (27,5)	33 (28,4)	11 (25,0)
	SDD vừa (21-27)	8 (5,0)	5 (4,4)	3 (6,8)

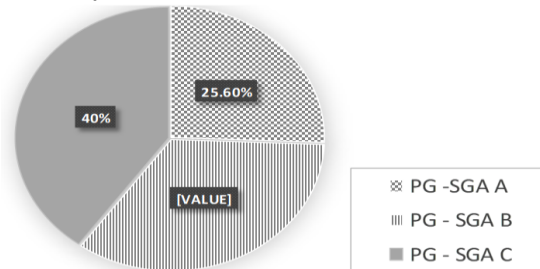
Protein (g/l)	74,0 ± 6,0	74,0 ± 8,0
Hemoglobin (g/l)	134,0 ± 23,0	128,0 ± 22,0

Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình ± SD. Kết quả Bảng 2 cho thấy cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 57,1 ± 9,2 kg đối với nam và 53,1 ± 7,2 kg đối với nữ và chiều cao trung bình của ĐTNC là 164,1 ± 5,7 cm ở nam và 153,9 ± 10,2 cm ở nữ. Xét về tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của ĐTNC ở nam và nữ lần lượt là 21,1 ± 2,9 kg/m² và 22,6 ± 5,5 kg/m², bên cạnh đó chỉ số albumin trung bình của ĐTNC nam là 36,0 ± 4,0 g/l và ở nữ 38,0 ± 8,0 g/l. Mức Protein trung bình của ĐTNC theo giới tính nam và nữ tương đương nhau lần lượt là 74,0 ± 6,0 g/l và 74,0 ± 8,0 g/l. Nồng độ Hemoglobin trung bình ở nam lớn hơn nữ 134,0 ± 23,0 g/l và 128,0 ± 22,0 g/l.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo BMI

BMI (kg/m ²)	Chung (n=160)		Nam (n=116)		Nữ (n=44)	
	n	%	n	%	n	%
< 18,5	31	19,4	28	24,1	3	9,7
18,5 – 24,9	115	71,8	77	66,4	38	86,4
≥ 25	14	8,8	11	9,5	3	6,9

Bảng 3 cho thấy tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số cơ thể, phần lớn ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng là bình thường (71,9%). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 19,4%, bên cạnh đó có 8,8% ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng là thừa cân, béo phì.



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi theo PG-SGA

Biểu đồ 1 cho thấy, theo phân loại PG-SGA, có 25,6% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng loại A, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD với mức PG-SGA loại B là 34,4% và loại C là 40%.

Protein (g/l)	Bình thường (≥ 60)	159 (99,4)	160 (100)	43 (97,7)
	Protein thấp (< 60)	1 (0,6)	0	1 (2,3)
Hemoglobin (g/l)	Bình thường	87 (54,5)	65 (56,0)	22 (50,0)
	Thiếu máu	73 (45,6)	51 (44,0)	22 (50,0)

Số liệu được trình bày dưới dạng n (%)

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ đối tượng có hàm lượng albumin dưới 35 g/l là 32,5%, trong đó, có 27,5 % là SDD nhẹ và 5% là SDD vừa. Ở nam tỷ lệ này lần lượt là 28,4% và 4,4%, còn ở nữ SDD nhẹ chiếm 25,0% và SDD vừa chiếm 6,8%. Về tình trạng thiếu máu, có 45,6% đối tượng nghiên cứu có tình trạng thiếu máu, tỷ lệ này ở nữ là 50%, cao hơn so với ở nam giới 44%. Với chỉ số protein huyết thanh, 99,4% ĐTNC có mức từ 60 g/l trở lên, không có trường hợp nào albumin dưới 21 g/l.

IV. BÀN LUẬN

Xét về tình trạng dinh dưỡng theo BMI, phần lớn ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng là bình thường (71,9%), 19,4% ở mức thiếu năng lượng trường diễn và 8,8% thừa cân, béo phì. Các tỷ lệ này khá khác biệt so với các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ung thư. Nghiên cứu Kükükkatirci và cộng sự năm 2017, dựa trên 140 BN trên 18 tuổi chỉ ra tỷ lệ người bệnh có BMI dưới 18,5 kg/m² chiếm 7,9%⁶. Điều này một phần có thể giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân đang điều trị kết hợp phương pháp hóa trị và xạ trị, còn trong nghiên cứu của tác giả Kükükkatirci và cộng sự thực hiện trên bệnh nhân ung thư phổi nói chung đang điều trị bằng các phương pháp nói chung như hóa trị, xạ trị, hóa xạ trị kết hợp và có cả không điều trị gì, thêm vào đó nghiên cứu còn thực hiện trên cả bệnh nhân đang điều trị nội trú và ngoại trú, còn trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên bệnh nhân điều trị nội, độ tuổi của bệnh nhân cũng trẻ hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Nguyễn Bích Huyền và cộng sự năm 2021 trên 190 người bị ung thư phổi được sử dụng đánh giá bằng chỉ số khối cơ thể cho thấy có 38 người bệnh (35,2%) có BMI $< 18,5$ kg/m² ¹. Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Trung Ương quân đội 108 năm 2018 thực hiện trên 170 người bệnh cũng chỉ ra tỷ lệ SDD là 41,8% ⁴.

Về phân loại SDD theo phương pháp PG-SGA, 25,6% người bệnh trong nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng loại A, phân loại B và C lần lượt là 34,4% và 40%. Tỷ lệ này khá khác biệt so với các nghiên cứu khác trên cùng mặt bệnh tại Việt Nam. Nghiên cứu tại Bệnh nhân dân Gia Định năm 2022 chỉ ra có 51,9% người bệnh ung

thư có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA ². Đồng thời, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Huyền và cộng sự năm 2021 trên bệnh nhân ung thư phổi điều trị nội trú cho thấy có 39,0% người bệnh có nguy cơ SDD theo phân loại PG – SGA với 17,4% mức C và 21,6% mức B ¹. Điều này một phần có thể giải thích bởi nghiên cứu hiện tại thực hiện trên bệnh nhân đã thực hiện điều trị kết hợp cả hóa trị và xạ trị, do đó tác dụng phụ của các phương pháp điều trị ảnh hưởng nhiều hơn đến tình trạng dinh dưỡng như giảm cân nhiều hơn, ăn uống kém hơn, cổ nhiều cảm giác như buồn nôn, nôn và tiêu chảy hoặc táo bón vì thể nguy cơ SDD ở ĐTNC cao hơn.

Trong quần thể nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh thiếu albumin trong máu là 32,5%, tỷ lệ thiếu máu là 45,6%. Các tỷ lệ này có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác, thực hiện trên cùng đối tượng ung thư. Theo đó, nghiên cứu của Nguyễn Bích Huyền và cộng sự tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2021 về dinh dưỡng người bệnh ung thư phổi đang điều trị nội trú có 49,9% bị thiếu albumin ¹. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2018 cho thấy, tỷ lệ thiếu albumin là 22,4%, tỷ lệ thiếu máu theo hemoglobin là 52,9%⁴. Nghiên cứu của Ge T và cộng sự năm 2019 cho thấy có 38,9% người bệnh bị thiếu máu, 26,7% người bệnh bị thiếu albumin dưới mức 35 g/l ⁵. Tỷ lệ người bệnh có hàm lượng albumin thấp ở hầu hết các nghiên cứu đều cao, nguyên nhân do bệnh nhân ung thư phổi có mức nhu cầu protein cao hơn do các thay đổi chuyển hóa trong cơ thể, các phản ứng viêm..., nhưng chế độ ăn lại nghèo nàn hoặc bệnh nhân không ăn đủ theo nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng, điều này có thể dẫn đến làm giảm albumin trong máu. Giảm albumin có thể dẫn đến tăng tỷ lệ biến chứng, chẳng hạn như khả năng lành vết thương kém, giảm chức năng miễn dịch và giảm khả năng chịu đựng phẫu thuật, xạ trị và hóa trị, cũng như giảm chất lượng cuộc sống. Hơn nữa, bệnh nhân ung thư phổi thường có các triệu chứng ảnh hưởng đến dinh dưỡng, bao gồm buồn nôn hoặc nôn, nghẹt thở, chán ăn, tiêu chảy. Những triệu chứng này ảnh hưởng đến khả năng ăn uống của bệnh nhân, làm bệnh nhân ăn uống kém, dẫn tới chỉ số albumin bị giảm trong máu.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư phổi điều trị hoá chất và xạ trị kết hợp có nguy cơ cao bị SDD. Do vậy, cần tăng cường chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh để tránh gây sụt cân và nâng cao hiệu quả điều trị.

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả bài báo xin chân thành cảm ơn tập thể khoa Ung bướu, khoa Dinh Dưỡng & tiết chế, Bệnh viện Phổi trung ương đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bích Huyền, Đinh Văn Tú và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi điều trị nội trú tại bệnh viện K, cơ sở Tân triều năm 2021. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2022;18(3+ 4):50-56.
2. **Lâm Khắc Kỳ, Võ Thị Hạnh Quyên và cộng sự.** Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư hóa trị tại Bệnh viện

Nhân dân Gia Định năm 2022. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2023;19(1+ 2):34-42.

3. **Nguyễn Thủy Linh, Dương Thị Phượng và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2017;13(4):8-15.
4. **Trần Đình Phú.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 năm 2018. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2018;120:35-43.
5. **Ge T, Lin T, Yang J, Wang M.** Nutritional status and related factors of patients with advanced lung cancer in northern China: a retrospective study. Cancer management and research. 2019; 11(1):2225-2231.
6. **Küçükkatirci S, Sahin H, Soylu M, Çiçek B.** Nutritional status and quality of life in lung cancer patients. Studies on ethno-medicine. 2017;11(3):268-277.
7. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. May 2021;71(3):209-249.

THÁI ĐỘ CỦA VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VỀ VIỆC TIÊM CHỦNG VACCINE COVID-19

Phạm Thị Ngọc Nga¹, Cao Thị Tài Nguyên¹,
Đoàn Thị Thùy Trân¹, Trịnh Minh Thiết¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở Việt Nam, trong đợt bùng phát dịch COVID-19 từ tháng 4/2021 đến cuối năm 2021, tiêm vaccine an toàn và hiệu quả là cách duy nhất để giảm tỷ lệ tử vong và làm chậm tình trạng đại dịch này. **Mục tiêu:** Khảo sát thái độ về việc tiêm vaccine của viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (ĐHYDCT) từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 422 viên chức và người lao động đang công tác Trường ĐHYDCT. **Kết quả:** có 226/422 (53,6%) đối tượng tham gia khảo sát có lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19. Đặc điểm giới tính và chuyên môn có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 lần lượt với $p = 0,036$ và $p = 0,018$. Nguyên nhân lo lắng hàng đầu về việc tiêm chủng COVID-19 là từ các tin tức trên truyền thông chiếm 73,8% và có 48,4% nghi ngờ cá nhân không có hiệu quả và an toàn khi tiêm. Ngoài ra có đến 88,6% đối

tượng cho rằng vaccine COVID-19 an toàn và có một số tác dụng phụ và có 55,6% viên chức, người lao động tham gia khảo sát tin rằng vaccine COVID-19 có thể bảo vệ chúng ta khỏi bị nhiễm COVID-19. **Kết luận:** Thái độ lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 còn khá cao (53,6%), các hoạt động truyền thông cần nên thực hiện để nâng cao hơn nữa thái độ tích cực cũng như niềm tin vào tiêm chủng vaccine COVID-19.

Từ khóa: thái độ, tiêm chủng, COVID-19, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

SUMMARY

ATTITUDE OF OFFICERS AND EMPLOYEES OF CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY ABOUT COVID-19 VACCINE

Background: In Vietnam, during the COVID-19 outbreak from April 2021 to the end of 2021, safe and effective vaccination is the only way to reduce the mortality rate and slow down this situation. **Objective:** Survey the attitudes about vaccination of officials and workers working at Can Tho University of Medicine and Pharmacy (CHCMC) from January 2022 to March 2022. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study of 422 officials and workers working at the University of Traditional Medicine. **Results:** 226/422 (53.6%) survey participants were worried about COVID-19 vaccination. Gender and professional characteristics had a statistically significant influence on anxiety about COVID-19

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Minh Thiết
Email: tmthiet@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 21.11.2023

vaccination with $p = 0.036$ and $p = 0.018$, respectively. The top cause of concern about COVID-19 vaccination was from news in the media, accounting for 73.8% and 48.4% of individuals doubting that the vaccination was not effective and safe. In addition, up to 88.6% of subjects believe that the COVID-19 vaccine was safe and had some side effects. In addition, 55.6% of officials and workers participating in the survey believe that vaccines can protect us from COVID-19 infection. **Conclusion:** Worry about COVID-19 vaccination was still quite high (53.6%). Communication activities should be carried out at school to further improve positive attitudes towards COVID-19 vaccination. **Keywords:** attitude, vaccination, COVID-19, CTUMP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ cuối tháng 12/2019, với sự xuất hiện rồi lây lan nhanh chóng và mức độ nguy hiểm, COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) đã ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của rất nhiều người trên toàn thế giới và đặt ra một vấn đề lớn cần phải nhanh chóng giải quyết cho toàn cầu [1]. Việt Nam cũng đang chiến đấu với làn sóng thứ hai với biến thể mới mạnh hơn của coronavirus với 728 triệu trường hợp được xác nhận và 18.017 trường hợp tử vong (tính đến 24/9/2021). Trong đợt bùng phát dịch từ tháng 4/2021 đến nay số ca tử vong do COVID-19 không ngừng tăng cao, có những thời điểm lên đến 386 ca/ngày (ngày 28/8/2021). Tiêm vaccine an toàn và hiệu quả là cách duy nhất để giảm tỷ lệ tử vong và làm chậm tình trạng đại dịch này [3], [7]. Nhân viên y tế có nguy cơ đặc biệt do phơi nhiễm nghề nghiệp với SARS-CoV-2. Vì vậy, họ thuộc nhóm được ưu tiên tiêm chủng hàng đầu. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy nhân viên rất ngại tiêm chủng và có nhiều thái độ tiêu cực với việc tiêm chủng. Nghiên cứu này được khảo sát từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022 trên tất cả viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (ĐHYDCT) đồng ý tham gia với mục tiêu tìm hiểu thái độ của viên chức, người lao động Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về việc tiêm chủng vaccine COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, thời gian khảo sát từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022.

Tiêu chuẩn chọn: viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ không phân biệt độ tuổi, giới tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: viên chức và người lao động không đồng ý tham gia khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: $Z = 1,96$ (hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$)

$p = 0,34$ là tỷ lệ số người tham gia nghiên cứu có lo lắng về việc tiêm ngừa vắc xin COVID-19 theo nghiên cứu của Sabria Al-Marshoudi (2021) [2]; d = sai số cho phép của nghiên cứu, chọn $d = 0,05$

Vậy $n = 345$ viên chức và người lao động. Trong thực tế có 422 viên chức và người lao động tham gia khảo sát.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn thuận tiện tất cả các viên chức và người lao động đủ tiêu chuẩn chọn.

Nội dung nghiên cứu. Khảo sát thái độ về tiêm chủng vaccine COVID-19 của viên chức và người lao động Trường Đại học Y Dược Cần Thơ bằng bộ câu hỏi về gồm 4 nội dung: Lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19; Nguyên nhân lo lắng; Vaccine COVID-19 có an toàn; Niềm tin Vaccine COVID-19 có thể bảo vệ chúng ta. Ngoại trừ câu hỏi "nguyên nhân lo lắng" được chọn nhiều đáp án, 3 câu còn lại mỗi câu chỉ 1 đáp án.

Khảo sát một số yếu tố có liên quan: liên quan được xác định giữa tỷ lệ lo lắng về tiêm chủng COVID-19 với một số đặc điểm của đối tượng khảo sát bao gồm: giới tính; nhóm tuổi; tình trạng hôn nhân; thâm niên công tác; chức danh nghề nghiệp; chuyên môn; trình độ; Số lần đã tiêm vaccine và tiền sử nhiễm Covid 19.

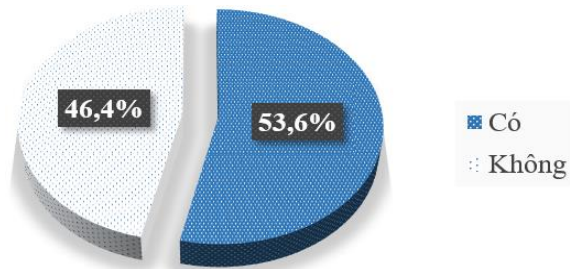
Phương pháp thu thập và xử lý số liệu .

Số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi được nhóm biên soạn từ biểu mẫu Google Form, thời gian thực hiện khảo sát từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022 cũng là thời điểm Việt Nam đối mặt với đợt dịch bùng phát lần thứ 4 và đồng thời tại Cần Thơ đang thực hiện giãn cách, do vậy nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát trực tuyến. Dữ liệu thu thập sẽ được tổng hợp bằng phần mềm Excel. Sau đó, số liệu được kiểm tra, mã hóa và làm sạch dữ liệu trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ lo lắng và một số yếu tố liên quan về việc tiêm vaccine COVID-19 của viên chức, người lao động Trường ĐHYDCT

- Tỷ lệ lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19



Biểu đồ 1. Lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19

Nhận xét: Có 226/422 (53,6%) đối tượng tham gia khảo sát có lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 và 196/422 (46,4%) đối tượng không có bất kỳ lo lắng nào.

- Một số yếu tố có liên quan đến lo lắng về tiêm chủng COVID-19

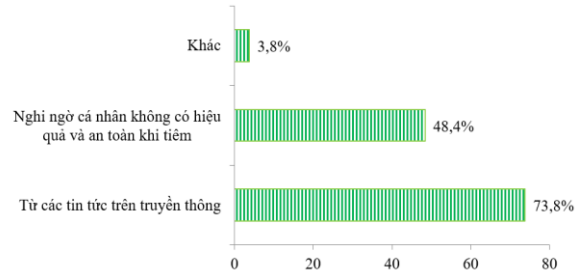
Bảng 1. Một số yếu tố có liên quan đến lo lắng về tiêm chủng COVID-19

Đặc điểm		Có n (%)	Không n (%)	p
Giới tính	Nam	120(58,8)	84 (41,2)	0,036
	Nữ	106(48,6)	112(51,4)	
Nhóm tuổi	≤ 35 tuổi	95 (51,6)	89 (48,4)	0,496
	> 35 tuổi	131(55,0)	107(45,0)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	63 (50,4)	62 (49,6)	0,399
	Có gia đình	163 (54,9)	134 (45,1)	
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	61 (54,5)	51 (45,5)	0,822
	> 5 năm	165 (53,2)	145 (46,8)	
Chức danh nghề nghiệp	Giảng viên	107(51,2)	102(48,8)	0,682
	Chuyên viên/KTV	109 (56,5)	84 (43,5)	
	Kế toán viên	7 (46,7)	8 (53,3)	
	Thư viện viên	3 (60,0)	2 (40,0)	
Chuyên môn	Bác sĩ	80 (49,7)	81 (50,3)	0,018
	Dược sĩ	15 (37,5)	25 (62,5)	
	Khác	131(59,3)	90(40,7)	
Trình độ	Sau đại học	114(53,0)	101(47,0)	0,161
	Đại học	56(48,3)	60(51,7)	
	Khác	56(61,5)	35(38,5)	
Số lần đã tiêm vaccine	1-2 lần	15(65,2)	8(34,8)	0,249
	3 lần	211 (52,9)	188 (47,1)	
Nhiễm Covid 19	Đã nhiễm và điều trị khỏi và đã nhiễm và đang điều trị	26 (54,2)	22 (45,8)	0,928

	Chưa từng nhiễm	200 (53,5)	174 (46,5)	
--	-----------------	------------	------------	--

Nhận xét: Yếu tố giới tính và chuyên môn có ảnh hưởng đến lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 lần lượt với $p = 0,036$ và $p = 0,018$, các yếu tố còn lại không liên quan về ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Nguyên nhân lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 của viên chức, người lao động Trường ĐHYDCT



Biểu đồ 2. Nguyên nhân lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19

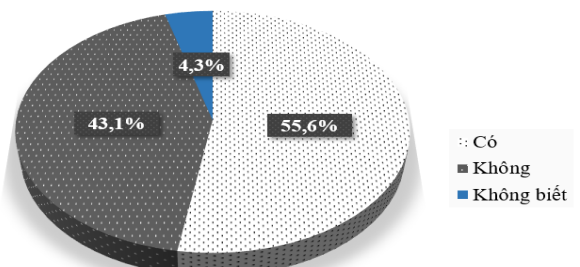
Nhận xét: Nguyên nhân lo lắng hàng đầu về việc tiêm chủng COVID-19 là từ các tin tức trên truyền thông chiếm 73,8%. Ngoài ra, khoảng 48,4% nghi ngờ cá nhân không có hiệu quả và an toàn khi tiêm, 3,8% cán bộ lo lắng vì các nguyên nhân khác.

3.3. Niềm tin về Vaccine COVID-19 của viên chức, người lao động Trường ĐHYDCT

Bảng 2. Vaccine COVID-19 có an toàn

STT	Nội dung	n	%
1	Nó an toàn và không có tác dụng phụ	20	4,7
2	Nó an toàn và có một số tác dụng phụ	374	88,6
3	Nó không an toàn và có tác dụng phụ rõ ràng	12	2,8
4	Không biết	16	3,8

Nhận xét: Có đến 88,6% cho rằng vaccine COVID-19 an toàn và có một số tác dụng phụ, đồng thời ghi nhận 3,8% không biết về tính an toàn của vaccine COVID-19.



Biểu đồ 3. Niềm tin Vaccine COVID-19 có thể bảo vệ chúng ta

Nhận xét: Có 55,6% viên chức, người lao động tham gia khảo sát tin rằng vaccine COVID-19 có thể bảo vệ chúng ta khỏi bị nhiễm COVID-19 và chỉ 4,3% người tham gia là không biết vai trò của vaccine COVID-19.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù là nhân viên y tế, khi khảo sát về thái độ cho thấy rằng viên chức và người lao động đang công tác tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ lo lắng khá nhiều về việc tiêm chủng COVID-19 (53,6%) và có 46,6% đối tượng tham gia khảo sát không có lo lắng về việc tiêm chủng COVID-19 (Biểu đồ 1).

Nghiên cứu cũng ghi nhận vấn đề lo lắng này có liên quan mang ý nghĩa thống kê với yếu tố giới tính ($p = 0,036$) và chuyên môn ($p = 0,018$), cụ thể tỷ lệ lo lắng ở nam giới (58,8%) nhiều hơn so với nữ giới (48,6%), đối tượng thuộc chuyên môn khác so với chuyên môn bác sĩ và dược sĩ có tỷ lệ lo lắng cao nhất chiếm 59,3%, sau đó là đối tượng chuyên môn bác sĩ 49,7%, và tỷ lệ này thấp nhất ở đối tượng chuyên môn dược sĩ chiếm 37,5% (Bảng 1). Kết quả được giải thích do đối tượng có chuyên môn cao về y học như bác sĩ và dược sĩ sẽ hiểu hơn về tầm quan trọng của việc tiêm chủng và lợi ích của vaccine nên mức độ lo lắng về vấn đề tiêm chủng sẽ thấp hơn các đối tượng thuộc các chuyên môn khác.

Trong nghiên cứu ở nhóm đối tượng lao động tại khu ở chuột ở Mumbai, Ấn Độ về tìm hiểu kiến thức và thái độ đối với vaccine COVID-19 [4], ghi nhận có 1342 người tham gia nghiên cứu với gần 2/3 thanh niên trong độ tuổi từ 18 đến 40 không biết về tình trạng sẵn có của vaccine, tiếp theo là 56,4% người trong độ tuổi từ 40 đến 60 và 46,2% số người trên 60 tuổi không biết về sự sẵn có của vaccine. Trong số những người tham gia nghiên cứu, gần 79% sẵn sàng tiêm vaccine COVID-19 khi vaccine có sẵn để sử dụng và chỉ 2% không muốn tiêm vaccine. Hơn 2/3 số người trả lời rằng họ sẵn sàng chấp nhận vaccine COVID thuộc nhóm không có thu nhập.

Kết quả thống kê cũng ghi nhận nguyên nhân lo lắng hàng đầu về việc tiêm chủng COVID-19 là từ các tin tức trên truyền thông chiếm đến 73,8%. Mặc dù Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra khuyến cáo: "Tiêm vaccine là cần thiết và lợi ích của vaccine là cao hơn nhiều so với nguy cơ". Giống như nhiều dịch bệnh đã từng xảy ra trong quá khứ, vaccine luôn là biện pháp phòng bệnh chủ động, hữu hiệu. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, vaccine phòng

COVID-19 giúp phòng ngừa lây nhiễm SARS-CoV-2, còn giúp người được tiêm tránh khỏi nguy cơ bệnh chuyển nặng và phải nhập viện, cũng như giảm tỷ lệ tử vong nếu không may bị nhiễm bệnh. Những bài viết, những bản tin thời sự có tiêu đề khiến nhiều người lo lắng: "2% số người chết vì Covid-19 ở bang Illinois (Mỹ) trong năm nay là người đã được tiêm đủ 2 mũi", "79 người dân ở bang Massachusetts được tiêm phòng đầy đủ đã tử vong",... [6]. Hay cụ thể trong giai đoạn đầu tiêm vaccine dù số lượng biến chứng và gây tử vong rất thấp nhưng nó cũng đánh động đến tâm lý người tiêm vaccine. Cùng lúc đó khi số ca nhiễm gia tăng ở một số quốc gia cùng với sự lan tràn của biến thể Delta, Omicron, thực tế vaccine không phải là một lá chắn hoàn hảo có thể khiến một số người thất vọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 93,3% đối tượng nghiên cứu cho rằng vaccine là an toàn. Khi tiến hành khảo sát trực tuyến được thực hiện từ ngày 4 tháng 3 đến ngày 10 tháng 4 năm 2021 giữa các Hiệp hội nghề nghiệp và nhà cung cấp dịch vụ y tế và xã hội, có 62% đối tượng nghiên cứu đã được tiêm chủng ít nhất 1 lần, 22% đối tượng muốn được tiêm chủng, như vậy, có 84% đối tượng nghiên cứu tin tưởng về sự an toàn của vaccine khi khảo sát mức độ sẵn sàng tiêm chủng [5]. Khi so sánh giữa 2 nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tin tưởng về sự an toàn của vaccine là cao và tương đương nhau.

Cụ thể khi khảo sát thái độ tin tưởng "Vaccine COVID-19 có an toàn" chúng tôi ghi nhận có 88,6% đối tượng tin tưởng vaccine COVID-19 là an toàn và có một số tác dụng phụ (Bảng 2). Tuy nhiên khi khảo sát "Niềm tin vaccine COVID-19 có thể bảo vệ chúng ta" chỉ có 55,6% đối tượng tin rằng vaccine COVID-19 có thể bảo vệ (Biểu đồ 3). Có thể thấy rằng phần lớn đối tượng tin tưởng về mức độ an toàn của vaccine nhưng chưa tin tưởng nhiều về việc vaccine có thể giúp họ không bị nhiễm với COVID-19. Trong nghiên cứu của Sovan Samanta và cộng sự, 2020 tỷ lệ này là 46,8% [6]. Tính đến tháng 7/2021, tại Mỹ có hơn 5.186 trường hợp nhiễm Covid-19 dẫn đến bệnh nặng trong số 157 triệu người tiêm chủng đầy đủ (tỷ lệ 0,003%), trong đó có 988 ca dẫn đến tử vong [6]. Những con số thống kê tương tự này đã góp phần giải thích được kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Khi nghiên cứu trên đối tượng là viên chức, người lao động tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy tỷ lệ lo lắng khá nhiều về việc tiêm

chủng COVID-19. Vấn đề lo lắng có liên quan đến yếu tố giới và chuyên môn. Vấn đề lo lắng được ghi nhận rằng có nguồn gốc từ các tin tức trên truyền thông chiếm 73,8%. Tuy nhiên, có đến 93,3% người được khảo sát cho rằng vaccine là an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Cổng thông tin của Bộ Y Tế về đại dịch Covid-19, <https://covid19.gov.vn/>.
2. **Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Thị Hải Hà** (2021), Ảnh hưởng dịch COVID-19 đến sức khỏe nhân viên Y tế, Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường – Bộ Y tế.
3. **Abdelhafiz, A. S., Mohammed, Z., Ibrahim, M. E., Ziad, H. H., Alorabi, M., Ayyad, M., & Sultan, E. A.** (2020). Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of community health*, 45(5), 881-890.
4. **Bhartiya, S., Kumar, N., Singh, T., Murugan, S., Rajavel, S., & Wadhvani, M.** (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 vaccination acceptance in West India. *Int J Community Med Public Health*, 8(3), 1170-1176.
5. **Kozak, A., & Nienhaus, A.** (2021). COVID-19 vaccination: Status and willingness to be vaccinated among employees in health and welfare care in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6688.
6. **Samanta, S., Banerjee, J., Kar, S. S., Ali, K. M., Giri, B., Pal, A., & Dash, S. K.** (2022). Awareness, knowledge and acceptance of COVID-19 vaccine among the people of West Bengal, India: a web-based survey. *Vacunas*.
7. **Tran B.X, Nguyen H.T., Le H.T., et al.** (2020), Impact of COVID-19 on Economic Well-Being and Quality of Life of the Vietnamese During the National Social Distancing. *Front Psychol*; 11: 565153.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BASEDOW TÁI PHÁT SAU ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Đặng Phương Anh¹, Lê Bá Ngọc¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tái phát ở bệnh Basedow sau điều trị nội khoa. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên nhóm bệnh nhân Basedow đã điều trị đủ phác đồ, được bác sĩ chỉ định dùng thuốc và tái phát sau đó, đến khám tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $40,3 \pm 12,025$ tuổi. Tỷ lệ nữ: nam ở nhóm bệnh nhân tái phát là 4,5:1. Thời gian mắc bệnh trung bình là $79,27 \pm 49,2$ tháng, thời gian điều trị trung bình là $24,51 \pm 7,06$ tháng, thời gian tái phát trung bình là $20,61 \pm 17,92$ tháng. Triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân tái phát bệnh giống với các bệnh nhân Basedow mới phát hiện. Thể tích tuyến giáp trung bình của nhóm bệnh nhân tái phát là $41,55 \pm 24,34$, nồng độ TRAb trung bình là $11,23 \pm 5,92$ cao hơn nhóm chứng. Các bệnh nhân tái phát có tỷ lệ hút thuốc (69,7%), stress (75,8%) hoặc sử dụng thuốc hay thức ăn có chứa nhiều iode (18,2%) cao hơn, tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn nhóm chứng. **Kết luận:** Basedow tái phát có liên quan đến giới tính, độ tuổi và

một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh: Tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, stress, sử dụng thực phẩm hoặc thuốc chứa nhiều iode. **Từ khóa:** Basedow tái phát, thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, TRAb

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN RELAPSED BASEDOW'S DISEASE AFTER ANTITHYROID DRUGS

Aims: To investigate patient characteristics, and some related factors in recurrent Basedow's disease after antithyroid drugs. **Methods:** A prospective cross-sectional study groups of Basedow patients who received enough drug treatment regimen, are prescribed by the doctor to stop the drug and relapse after that, visit the Outpatient Department of Bach Mai Hospital from October 2022 to June 2023. **Results:** The mean age of the study group is $40,3 \pm 12,025$ years old. The female: male ratio in the group of patients with relapse is 4,5 : 1. The mean duration of disease is $79,27 \pm 49,2$ months, of treatment is $24,51 \pm 7,06$ months, of disease recurrence is $20,61 \pm 17,92$ months. There are 72,3% of patients treated with Imidazol drug. The clinical symptoms of the group of patients with relapse were similar to the newly Graves patients. The mean thyroid volume of the group of relapsed patients was $41,55 \pm 24,34$, the mean TRAb concentration was $11,23 \pm 5,92$ higher than the control group. Patients with relapse have a higher rate of smoking (69.7%), stress (75.8%) or using drugs or foods containing a lot of iodine (18.2%), a higher rate

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phương Anh

Email: dpaydhp1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

of adherence to treatment lower than the control group. **Conclusion:** Recurrent Basedow patients are relationship with gene, age, and some factors related to disease recurrence: Adherence to treatment, smoking, stress, use of foods or medicines containing a lot of iode. **Keywords:** relapsed Basedow's disease, antithyroid drugs, TRAb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là nguyên nhân phổ biến nhất gây cường giáp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, chiếm 60-80% các trường hợp nhiễm độc giáp. Basedow thường gặp hơn ở phụ nữ và có tỷ lệ hiện mắc trong dân số là 1-1,5%. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 30-60. Hiện nay, Basedow được điều trị bằng 3 phương pháp: thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, Iod phóng xạ hoặc phẫu thuật cắt tuyến giáp. Tại Việt Nam, bệnh nhân thường được điều trị trong vòng 12-18 tháng với thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, trong đó Methimazole (MMI) là loại thuốc được ưu tiên. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát bệnh khá cao, từ 30-40% trong 12 tháng đầu tiên và khoảng 50-60% trong thời gian dài hơn. Theo nghiên cứu của Thái Hồng Quang, tỷ lệ tái phát sau điều trị nội khoa là 18-69%¹. Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở y tế hàng đầu trong điều trị bệnh lý Basedow, tuy nhiên, số lượng các nghiên cứu về đặc trưng và các yếu tố liên quan đến Basedow tái phát còn khiêm tốn. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Basedow tái phát sau điều trị nội khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Gồm 73 bệnh nhân đến khám tại phòng khám chuyên khoa Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

*Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán Basedow theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết và Chuyển hóa của Bộ Y Tế 2014 bao gồm

+ Lâm sàng: Có biểu hiện lâm sàng của nhiễm độc giáp: rối loạn tâm thần, rối loạn thần kinh thực vật, tăng chuyển hóa, bướu cổ, mạch nhanh, lồi mắt...

+ Cận lâm sàng: giá trị bình thường tham chiếu theo ngưỡng quy định của phòng xét nghiệm hóa sinh bệnh viện Bạch Mai

FT3, FT4 tăng cao (bình thường: 7,9-14,4

pmol/L); TSH giảm, thường < 0,1UI/L. (bình thường: 0,34 – 5,6 uU/mL)

TRAb tăng >1,5 IU/L (bình thường < 0,92 UI/L)

Trong đó:

* 33 bệnh nhân thuộc nhóm bệnh Basedow tái phát: bao gồm các bệnh nhân đã hoàn thành liệu trình điều trị nội khoa bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp trong vòng ít nhất 12 tháng, đã đạt bình giáp, được bác sĩ quyết định cho ngừng thuốc và tái phát bệnh sau đó (kể cả những bệnh nhân tái phát nhiều lần).

* 40 bệnh nhân thuộc nhóm chứng: Bao gồm những bệnh nhân đã hoàn tất liệu trình điều trị bằng thuốc KGTTH ít nhất 12 tháng và đạt bình giáp được bác sĩ cho ngừng thuốc (giống như nhóm tái phát) nhưng không tái phát ở thời điểm khám bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có thai.
- Bệnh nhân đã điều trị bằng Iode phóng xạ hoặc phẫu thuật cắt tuyến giáp trước đó.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu nói trên.

2.2.3. Quy trình tham gia nghiên cứu:

- Phân nhóm bệnh nhân đến khám thành hai nhóm: tái phát và không tái phát theo tiêu chuẩn trên

- Hỏi bệnh: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý, triệu chứng cường giáp, đánh giá stress theo bộ câu hỏi của Thomas Holmes và Richard Rahe, chẩn đoán mức độ nghiện thuốc lá dựa trên trắc nghiệm Fagerstrom và CO tester, khám lâm sàng hội chứng cường giáp và các triệu chứng đặc hiệu của bệnh (lồi mắt, bướu cổ, phù niêm).

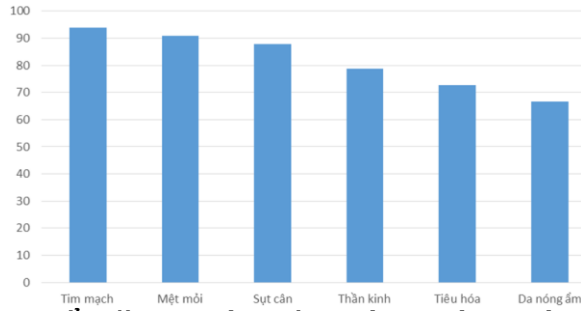
- Lấy máu làm xét nghiệm hormon tuyến giáp, TSH, TRAb, chức năng gan thận, ghi điện tâm đồ, siêu âm tuyến giáp, các xét nghiệm khác nếu cần.

- Đánh giá số liệu thu được dựa vào các khuyến cáo, thang điểm.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Các triệu chứng cường giáp của các bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân Basedow tái phát có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tương tự với triệu chứng của những bệnh nhân Basedow mới phát hiện như: Mệt mỏi (90,9%), Gầy sút cân (87,9%), Vận mạch (66,7%), thần kinh (78,8%), tim mạch (93,9%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm xét nghiệm và phân độ bướu cổ

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
Phân độ bướu cổ				
Độ 0		3 (9,1%)	18 (45%)	< 0,05
Độ I		16 (48,5%)	17 (42,5%)	
Độ II		14 (42,4%)	15 (17,5%)	
Thể tích tuyến giáp trung bình (cm ³)		41,55 ± 24,34	24,81 ± 11,42	< 0,05
Xét nghiệm sinh hóa				
FT4 trung bình		53,57± 26,1	65,7± 23,1	> 0,05
TSH trung bình		0,01 ± 0,016	0,013 ± 0,016	
TRAb trung bình		11,23±5,92	2,52±2,37	< 0,05

Nhóm bệnh nhân tái phát có tỉ lệ bướu cổ to (độ II) nhiều hơn nhóm không tái phát với tỷ lệ 42,4%. Thể tích tuyến giáp trung bình của nhóm bệnh nhân tái phát là 41,55 ± 24,34, cao hơn so với nhóm không tái phát là 24,81 ± 11,42, nồng độ TRAb trung bình của nhóm nghiên cứu là 11,23±5,92 cao hơn nhóm chứng (2,52±2,37), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh

Bảng 3.2: Đặc điểm về tuổi, giới, tiền sử điều trị bệnh

Đặc điểm \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu n (%)	Nhóm chứng n (%)	p
Tuổi			
≤ 20	1 (3%)	2 (5%)	> 0,05
21 – 40	15 (45,5%)	21 (52,5%)	
41 – 50	11 (33,3%)	7 (17,5%)	
≥ 50	6 (18,2%)	10 (25%)	
Tuổi trung bình	40,3 ± 12,025	41,0 ± 13,721	> 0,05
Giới			
Nam	81,8%	90%	> 0,05
Nữ	18,2%	10%	
Tiền sử mắc bệnh			
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng)	79,27± 49,2	62,97± 38,35	> 0,05
Thời gian điều trị trung bình (tháng)	24,51±7,06	28,32± 8,1	< 0,05
Thời gian tái phát trung bình (tháng)	20,61 ± 17,92	0	
Thuốc kháng giáp trạng tổng hợp đã điều trị			
Methimazol	28 (84,8%)	4 (10%)	> 0,05
PTU	5 (15,2%)	36 (90%)	
Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị	15 (45,5)	40 (100%)	< 0,05

Nhận xét: Nhóm tái phát có độ tuổi trung bình là 40,3±12,025 tuổi, và nhóm tuổi từ 21 – 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,5%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Thời gian điều trị trung bình của nhóm tái phát là $24,51 \pm 7,06$ tháng ngắn hơn nhóm không tái phát ($28,32 \pm 8,1$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian tái phát lại bệnh tính từ khoảng thời gian bệnh nhân ngừng thuốc của nhóm tái phát trung bình là $20,61 \pm 17,92$ tháng.

45,5% số bệnh nhân tuân thủ phương pháp điều trị trong nhóm tái phát, và ở nhóm chứng tỷ lệ này là 100%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3: Lối sống của các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu (%)	Nhóm chứng (%)	p
Hút thuốc lá trực tiếp hay gián tiếp (%)	69,7%	25%	<0,05
Stress (%)	75,8%	42,5%	
Sử dụng các thuốc hay thực phẩm có nhiều iode (%)	18,2%	2,5%	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá chủ động và thụ động ở nhóm tái phát (69,7%) cao hơn nhóm không tái phát (25%). Các bệnh nhân trong nhóm tái phát có thói quen sử dụng các thuốc hay thực phẩm nhiều iode chiếm 18,2% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc, thực phẩm chứa nhiều iode trong nhóm chứng (2,5%), và tỷ lệ bệnh nhân stress trong nhóm nghiên cứu cũng cao hơn nhóm chứng (75,8% và 42,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân Basedow tái phát bao gồm các triệu chứng của hội chứng cường giáp: Mệt mỏi (90,9%), Gầy sút cân (87,9%), Vận mạch (66,7%), thần kinh (78,8%), tim mạch (93,9%), kết quả tương tự như nghiên cứu trước đây đối với bệnh Basedow mới phát hiện của Phạm Minh Anh: gầy sút cân 78,4%, nhịp tim nhanh 92,22%, run tay 88,9%, ra mồ hôi nhiều 77,63%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các bệnh nhân tái phát có các triệu chứng của cường giáp rõ của bệnh Basedow, triệu chứng mệt mỏi là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám bệnh, chứng tỏ bệnh nhân đến khi có các triệu chứng nhiễm độc giáp nặng mới đi khám trở lại, vì vậy, việc điều trị kịp thời đóng vai trò quan trọng giúp giảm biến chứng của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến giáp trung bình của nhóm bệnh nhân tái phát là $41,55 \pm 24,34$, cao hơn so với nhóm không tái phát là $24,81 \pm 11,42$, cho thấy bệnh

nhân có bướu cổ to khả năng dễ tái phát hơn. Mỗi liên quan này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lin Liu trên 107 bệnh nhân tái phát, trong đó có 74,8% bệnh nhân có bướu giáp to độ II trở lên cao hơn hẳn nhóm không tái phát ($29,1\%$)².

Đặc điểm cận lâm sàng: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có thay đổi hormone tuyến giáp, nồng độ FT4 và TRAb tăng cao, TSH giảm thấp phù hợp với chẩn đoán bệnh Basedow điển hình.

Basedow là một bệnh lý tự miễn đặc hiệu của tuyến giáp do sự xuất hiện của kháng thể TRAb đặc hiệu với thụ thể TSH của tế bào nang giáp. Kết quả của việc sử dụng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp có thể được dự đoán thông qua nồng độ TRAb tại thời điểm ngừng thuốc. Trong nghiên cứu hiện tại, một số bệnh nhân mắc bệnh đã thuyên giảm lâu dài sau điều trị nội khoa, điều này có thể là kết quả của tác dụng ức chế miễn dịch trực tiếp của thuốc. Tỷ lệ tái phát cao ở những người có TRAb cao tại thời điểm dừng thuốc². Nghiên cứu của B Quadbeck trên 87 bệnh nhân, đối với điểm cắt là 1,5UI/L thì dự đoán tái phát lại bệnh là rất thấp, tuy nhiên với giới hạn trên TRAb > 10UI/L liên quan nhiều đến tái phát bệnh³. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ TRAb trung bình của nhóm tái phát là $11,23 \pm 5,92$ cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($2,52 \pm 2,37$). Có thể nói, TRAb cao được coi là yếu tố tiên lượng trong điều trị: đáp ứng kém với điều trị và dễ tái phát bệnh.

Một số yếu tố liên quan khác: Ở nhóm bệnh nhân Basedow tái phát, độ tuổi trung bình là $40,3 \pm 12,025$ tuổi, nhóm tuổi từ 21 – 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,5%. Điều này cho thấy các bệnh nhân tái phát của chúng tôi đa số nằm trong độ tuổi lao động. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuyết Hoa trên 37 bệnh nhân Basedow tái phát có độ tuổi trung bình là $40,1 \pm 12,1$ tuổi⁴. Trong một phân tích tổng hợp về Basedow được thực hiện bởi Bai⁵, tỷ lệ tái phát giảm dần theo tuổi, tỷ lệ tái phát là 47% ở bệnh nhân >40 tuổi và 76% ở bệnh nhân <20 tuổi. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân dưới 20 tuổi chiếm số lượng rất ít, là nguyên nhân khiến kết quả khác biệt.

Tỷ lệ nữ: nam ở nhóm bệnh nhân tái phát là 4,5:1. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Diagne trên 834 bệnh nhân với tỷ lệ nữ:nam là 7:3⁶. Bệnh nhân nữ tái phát nhiều có thể do khả năng chịu stress kém hơn so với nam giới, bên cạnh đó Basedow cũng thường gặp hơn ở giới nữ.

Thời gian điều trị cần thiết cho từng bệnh nhân mắc Basedow hiện nay vẫn chưa rõ ràng. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng thời gian điều trị >18 tháng không thể cải thiện tỷ lệ thuyên giảm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa thời gian điều trị bệnh với sự tái phát, thời gian điều trị trung bình của nhóm nghiên cứu là $24,51 \pm 7,06$ tháng ngắn hơn nhóm không tái phát, tuy nhiên thời gian điều trị của các bệnh nhân đều lớn hơn khuyến cáo hiện nay về điều trị nội khoa tiêu chuẩn (18-24 tháng), vì vậy một số nghiên cứu ủng hộ việc điều trị thuốc liều thấp kéo dài ở những nhóm bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao². Mặc dù vậy, việc điều trị nội khoa kéo dài gây tốn kém thời gian và tiền bạc, ảnh hưởng đến sức khỏe. Vì vậy nhiều nước khuyến cáo khi tái phát sẽ chuyển sang điều trị bằng ¹³¹I hoặc điều trị phẫu thuật.

Methimazol là thuốc được sử dụng phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 84,4%. Methimazole cũng là loại thuốc kháng giáp trạng được sử dụng phổ biến nhất cho các phương pháp điều trị dài hạn trong 12 – 18 tháng do thời gian bán hủy dài hơn cho phép dùng thuốc ngày một lần trong khi PTU phải dùng nhiều lần trong ngày hơn, đồng thời tác dụng phụ của PTU được ghi nhận nhiều hơn so với Methimazol.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 54,5% số bệnh nhân tuân thủ phương pháp điều trị trong nhóm tái phát, và ở nhóm chứng tỷ lệ này là 100%. Có thể thấy việc tuân thủ điều trị có vai trò quan trọng trong việc duy trì tình trạng ổn định bệnh.

Việt Nam là một trong 15 nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao nhất thế giới, và nó ảnh hưởng rõ rệt tới tình trạng tái phát bệnh. Tỷ lệ các bệnh nhân tái phát có thói quen hút thuốc lá cao hơn (66,7%) nhóm không tái phát. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng hút thuốc lá có liên quan đến sự xuất hiện, phát triển và tiên lượng tái phát bệnh. Trong phân tích gộp của Tristan Struja có 7595 người tham gia trong 54 thử nghiệm, tổng cộng có 3696 bệnh nhân tái phát chiếm 48,7% và thấy rằng những bệnh nhân có hút thuốc lá nhiều nguy cơ tái phát lại bệnh cao hơn⁷.

Hiện nay, có nhiều nghiên cứu trái ngược về mối liên quan giữa việc sử dụng iode và tái phát bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân tái phát có thói quen sử dụng các thuốc hay thực phẩm nhiều iode cao hơn. Nghiên cứu của Solomon⁸ đã gợi ý rằng sự thuyên giảm

bệnh song song với việc giảm lượng Iode trong chế độ ăn và lượng Iode cao trong chế độ ăn ảnh hưởng xấu đến hiệu quả điều trị của các thuốc kháng giáp tổng hợp.

Nhóm bệnh nhân nữ tái phát có tình trạng stress trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao chiếm 81,5% cho thấy có liên quan đến sự tái phát bệnh. Trong nghiên cứu của Roberto Vita, tất cả các bệnh nhân bị bệnh nặng hơn hoặc tái phát đều có ít nhất một stress tâm lý trước mỗi đợt tái phát bệnh⁹.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân Basedow tái phát phần lớn là nữ giới, nằm trong độ tuổi lao động, từ 20-40 tuổi, có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giống với các bệnh nhân mới phát hiện, có nồng độ TRAB và thể tích tuyến giáp lớn hơn nhóm bệnh nhân không tái phát. Một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh: Tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, stress, sử dụng thực phẩm hoặc thuốc chứa nhiều iode.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Hồng Quang**, Bệnh nội tiết. NXB Y Học; 2011.
2. **Liu L, Lu H, Liu Y, Liu C, Xun C.** Predicting relapse of Graves' disease following treatment with antithyroid drugs. *Exp Ther Med.* 2016;11(4): 1453-1458.
3. **B Q, Oe J, K M.** [Problems and new developments in the management of Graves' disease: medical therapy]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2004;98 Suppl 5:37-44
4. **Lê Tuyết Hoa.** Đặc Điểm Người Bệnh Basedow Tái Phát. Kỷ yếu Đại hội Nội tiết - Đái tháo đường -RLCH toàn quốc lần thứ IX, Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch; 2018.
5. **Bai Y.** editor. Thyroid disease: Basic and Clinic. Beiing Scientific and Technological Literature Publishing House; Beijing: 2003. Hyperthyroidism; pp. 244–278. 1st.
6. **Diagne N, Faye A, Ndao AC, et al.** Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J.* 2016;25.
7. **Struja T, Fehlberg H, Kutz A, et al.** Can we predict relapse in Graves' disease? Results from a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017;176(1):87-97.
8. **Solomon BL, Evaul JE, Burman KD, Wartofsky L.** Remission rates with antithyroid drug therapy: continuing influence of iodine intake?. *Ann Intern Med.* 1987;107(4):510-512.
9. **Vita R, Lapa D, Trimarchi F, Benvenia S.** Stress triggers the onset and the recurrences of hyperthyroidism in patients with Graves' disease. *Endocrine.* 2015;48(1):254-263.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN NUỐT Ở TRẺ BẠI NÃO DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI

Chu Thị Nhung¹, Nguyễn Hoài Nam¹,
Nguyễn Thị Tân Uyên¹, Vũ Thị Bích Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở trẻ bại não dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 69 trẻ bại não dưới 6 tuổi khám và điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 10/2022 đến tháng 7/2023. Trẻ được đánh giá rối loạn nuốt bằng thang điểm Khảo sát rối loạn nuốt - DDS, đánh giá tình trạng chảy dãi bằng thang điểm chảy dãi Thomas – Stonell và Greenberg, đánh giá chức năng vận động thô bằng thang phân loại chức năng vận động thô – GMFCS. **Kết quả:** Trong số 69 trẻ tham gia nghiên cứu có 59 trẻ bị rối loạn nuốt chiếm tỷ lệ 81.2%, điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.1 ± 5.18 . Rối loạn nuốt gặp ở tất cả các mức độ GMFCS, nguy cơ trẻ bại não có rối loạn nuốt vừa – nặng ở nhóm GMFCS IV-V cao gấp 13 lần so với nhóm trẻ mức độ I-III ($CI_{95\%} = 3.89 - 43.5$, $p < 0.01$). Ngoài ra rối loạn nuốt ở trẻ bại não liên quan chặt chẽ đến thể bại não trong đó thể loạn động có điểm DDS trung bình 12.4 ± 6.5 cao hơn đáng kể so với thể co cứng là 4.94 ± 5.06 . Trong nhóm trẻ bại não thể co cứng, liệt tứ chi có tỷ lệ rối loạn nuốt cũng như điểm DDS trung bình cao hơn so với liệt nửa người và liệt hai chân. Trẻ có chảy dãi nguy cơ rối loạn nuốt vừa – nặng cao gấp 9.61 lần ở trẻ không chảy dãi. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn nuốt gặp ở trẻ bại não là 81.2%, xuất hiện ở tất cả các mức độ GMFCS. Có mối liên quan đáng kể giữa mức độ rối loạn nuốt và thể bại não, chức năng vận động thô (GMFCS), định khu giải phẫu và tình trạng chảy dãi ở trẻ bại não. **Từ khóa:** Bại não, rối loạn nuốt, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS RELATED TO SWALLOWING DISORDERS IN CEREBRAL PALSY UNDER 6 YEARS OF AGE AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL

Objectives: To describe clinical characteristics and factors related to swallowing disorders in children with cerebral palsy under 6 years old at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Methods:** A cross-sectional

descriptive study, 69 children with cerebral palsy under 6 years old were examined and treated at the Pediatric Department - Hanoi Rehabilitation Hospital from October 2022 to July 2023. Children were assessed for swallowing disorders using the Swallowing Disorders Survey (DDS) scale, drooling status by the Thomas – Stonell and Greenberg Saliva Severity Scale, and gross motor function by the **Gross Motor Function Classification System (GMFCS)**. **Results:** Among the 69 children participating in the study, 59 children had swallowing disorders, accounting for 81.2%, the average DDS score of the research group was 5.1 ± 5.18 . Swallowing disorders occur at all levels of GMFCS, the risk of children with cerebral palsy having moderate - severe swallowing disorders in GMFCS IV-V groups is 13 times higher than in children with levels I-III ($CI_{95\%} = 3.89 - 43.5$, $p < 0.01$). In addition, swallowing disorders in children with cerebral palsy are closely related to the type of cerebral palsy, in which the dyskinetic type has an average DDS score of 12.4 ± 6.5 , significantly higher than the spastic type of 4.94 ± 5.06 . In the group of children with spastic cerebral palsy, quadriplegia had a higher rate of swallowing disorders as well as a higher average DDS score than diplegia and **unilateral**. Children with drooling have a 9.61 times higher risk of moderate to severe swallowing disorders than children without drooling. **Conclusion:** The rate of swallowing disorders in children with cerebral palsy is 81.2%, appearing at all levels of GMFCS. There is a significant relationship between the degree of swallowing disorder and cerebral palsy, gross motor function (GMFCS), anatomical localization and drooling in children with cerebral palsy.

Keywords: Cerebral palsy, swallowing disorders, clinical characteristics, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não (CP) mô tả một nhóm các rối loạn phát triển vận động và tư thế, gây hạn chế hoạt động, được cho là do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não đang phát triển của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh. Rối loạn vận động của bại não thường đi kèm với rối loạn cảm giác, nhận thức, giao tiếp, nhận thức và/hoặc hành vi và/hoặc co giật¹. Tỷ lệ mắc bại não được ước tính là 2.11 trên 1000 ca sống². Mức độ nghiêm trọng rất khác nhau giữa các đối tượng. Trong trường hợp nhẹ nhất, có rối loạn vận động ở mức tối thiểu và khả năng nhận thức bình thường, khi đó trẻ hoạt động bình thường trong xã hội mà không gặp bất lợi rõ ràng nào. Ngược

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Nhung

Email: nhungchu0701@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

lại, có một lượng lớn bệnh nhân có rối loạn vận động nặng kèm theo suy giảm khả năng nói, nghe và nhìn, có hoặc không có rối loạn chậm phát triển tâm thần và co giật kèm theo. Ngoài ra, một rối loạn khác được báo cáo rất thường gặp ở trẻ bại não là rối loạn nuốt. Trẻ bại não ngoài những tư thế bất thường ở đầu, thân mình, các chi còn có các rối loạn vận động vùng hàm mặt, môi và lưỡi cùng khả năng vận động hầu họng bất thường ít rõ ràng góp phần đáng kể làm giảm đáng kể khả năng ăn uống của trẻ. Tuy vậy ở Việt Nam có rất ít tài liệu mô tả về tần suất mắc rối loạn nuốt ở trẻ bại não chung và chủ yếu mô tả về tỷ lệ này ở trẻ bại não thể co cứng do tần suất thường gặp ở thể này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở trẻ bại não dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ bại não <6 tuổi khám và điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 10/2022 đến tháng 7/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ được chẩn đoán xác định bại não theo Định nghĩa và phân loại bại não Châu Âu đề xuất bởi Bax và cộng sự, 2005¹.

- Gia đình và trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rối loạn nuốt có thể do bất thường về cấu trúc: khe hở môi – vòm miệng, sai khớp cắn, dính phanh lưỡi, chấn thương,...

- Gia đình và trẻ không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Thực tế chúng tôi chọn được 69 trẻ bại não tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Phân loại chức năng vận động thô (GMFCS) cho trẻ 0-2 tuổi, 2-4 tuổi, 4-6 tuổi; Thang điểm đánh giá tình trạng chày dãi Thomas – Stonell và Greenberg; Thang Khảo sát rối loạn nuốt – Dysphagia Disorder Survey (DDS).

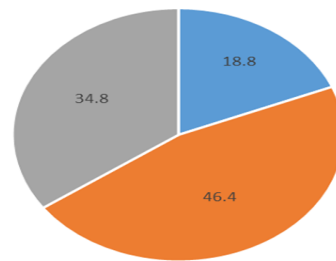
2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ bằng test Chi-Square, Fisher's Exact, so sánh giá trị trung bình bằng test Kruskal – Wallis, Mann –

Whitney U.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	39	56.5
	Nữ	30	43.5
Thể bại não	Co cứng	64	92.8
	Loạn động	5	7.2
Định khu giải phẫu	Liệt tứ chi	44	68.8
	Liệt nửa người	15	23.4
	Liệt hai chân	5	7.8
GMFCS	I	21	30.4
	II	15	21.7
	III	11	15.9
	IV	13	18.8
	V	9	13.0



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở nhóm nghiên cứu chiếm 81.2% trong đó rối loạn nuốt mức độ nhẹ chiếm 46.4%, rối loạn nuốt mức độ vừa – nặng chiếm 34.8%.

Bảng 3.2: Điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu

Điểm DDS	Toàn bộ nhóm nghiên cứu	5.10±5.18	p
trung bình	Rối loạn nuốt nhẹ	3.75±2.64	p<0.01
	Rối loạn nuốt vừa–nặng	9.50±5.79	

Nhận xét: Điểm DDS trung bình ở nhóm rối loạn nuốt mức độ vừa – nặng cao hơn nhóm rối loạn nuốt mức độ nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.01.

Bảng 3.3: Tỷ lệ rối loạn nuốt theo giới tính

Giới	Rối loạn nuốt	Không rối loạn nuốt	p
Nam	79.5% (n=31)	20.5% (n=8)	p>0.05
Nữ	83.3% (n=25)	16.7% (n=5)	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 3.4: Tỷ lệ rối loạn nuốt và mức độ rối loạn nuốt theo thể bại não

Thể bại não	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt	p	DDS trung bình	p
Co cứng	18.8% (n=12)	81.2% (n=52)	p>0.05	4.94 ± 5.06	p<0.05
Loạn động	0%(n=0)	100% (n=5)		12.4 ± 6.50	

Nhận xét: - Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não thể loạn động cao hơn ở trẻ bại não thể co cứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).
- Điểm trung bình DDS ở trẻ bại não thể loạn động cao hơn ở trẻ bại não thể co cứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

Bảng 3.5: Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt theo định khu giải phẫu

Định khu giải phẫu	Tình trạng rối loạn nuốt			p	DDS trung bình	p
	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng			
Liệt tứ chi	4.6% (n=2)	47.7% (n=21)	47.7% (n=21)	p<0.01	6.57 ± 5.2	p<0.01
Liệt nửa người	53.3% (n=8)	46.7% (n=7)	0% (n=0)		1.07 ± 1.58	
Liệt hai chân	40% (n=2)	60% (n=3)	0% (n=0)		2.2 ± 2.95	

Nhận xét: - 100% trẻ có rối loạn nuốt vừa đến nặng là trẻ co cứng tứ chi.
- Có sự khác biệt giữa về tỷ lệ các mức độ rối loạn nuốt của ba nhóm trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người, liệt hai chân và liệt tứ chi (p<0.01).

Bảng 3.6: Liên quan giữa mức độ rối loạn nuốt và mức độ GMFCS

Mức độ GMFCS	Không rối loạn nuốt - Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng	p	DDS trung bình	p
I, II, III	83% (n=39)	17% (n=8)	p<0.01; OR=13 CI95% = 3.89-43.5	10.57 ± 5.29	p<0.01
IV, V	27.3% (n=6)	72.7 (n=16)		2.93 ± 3.43	

Nhận xét: - Rối loạn nuốt gặp ở tất cả các mức độ GMFCS.
- Nguy cơ trẻ bại não có rối loạn nuốt vừa - nặng ở nhóm GMFCS IV-V cao gấp 13 lần so với nhóm trẻ mức độ I-III (với OR = 13, CI95% = 3.89 – 43.5, p<0.01).
- Điểm trung bình DDS của nhóm trẻ bại não GMFCS IV-V cao hơn nhóm trẻ GMFCS I-III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.01).

Bảng 3.7: Liên quan giữa mức độ rối loạn nuốt và tình trạng chảy dãi

Tình trạng chảy dãi	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng	p
Không chảy dãi	40.9% (n=9)	50% (n=11)	9.1% (n=2)	p<0.01; OR=9.61, CI95%=2.01-45.45
Chảy dãi	6.4% (n=3)	44.7% (n=21)	48.9% (n=23)	
Chỉ số chảy dãi trung bình	2.67 ± 1.23	3.66 ± 1.33	5.36 ± 1.88	p<0.01

Nhận xét: - Chỉ số chảy dãi trung bình khác nhau giữa các mức độ rối loạn nuốt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0.01.
- Trẻ chảy dãi có nguy cơ rối loạn nuốt vừa đến nặng cao gấp 9.6 lần so với trẻ không chảy dãi (OR = 9.61, CI95% = 2.01-45.45, p<0.01).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 69 trẻ dưới 6 tuổi được chẩn đoán mắc bại não (CP) theo Định nghĩa và phân loại bại não Châu Âu đề xuất bởi Bax và cộng sự, 2005¹. Trong đó trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với 56.5% nam và 44.5% nữ, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả ở Việt Nam. Theo nghiên cứu của CDC tại Hoa Kỳ năm 2004, tỷ lệ nam/nữ là 1.4/1³, tại châu Âu theo công bố của SCPE (2000) tỷ lệ này là 1.33/1⁴. Tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng để giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ bệnh

giữa hai giới. Ngoài ra, sự phân bố của thể bại não (co cứng 92.8%, loạn động 7.2%) gần tương đương với các con số Nghiên cứu Bại não Châu Âu (co cứng 70.2%, loạn động 14.4% và thất điều 3.9%)⁴, do tỷ lệ thấp và thời gian nghiên cứu còn ngắn nên chúng tôi chưa gặp trường hợp trẻ bại não thể thất điều trong nhóm nghiên cứu. Trong nhóm trẻ bại não thể co cứng, tỷ lệ trẻ liệt tứ chi chiếm phần lớn 68.8%, liệt nửa người 23.4% và liệt hai chân chiếm 7.8%. Tuy nhiên kết quả này không đồng nhất với thống kê trên quần thể bại não co cứng nói chung, liệt hai chân tỷ lệ cao nhất khoảng 50%, liệt nửa người 20% và liệt tứ chi 30%. Có thể giải thích do rối loạn vận động ở trẻ bại não co cứng liệt tứ chi thường nặng hơn trẻ liệt hai chân và liệt tứ chi, các rối loạn khác kèm theo như nhận thức, giao tiếp cũng nặng nề hơn. Vì vậy, tỷ lệ trẻ liệt tứ chi điều trị tại bệnh viện cao hơn

tỷ lệ thực trong cộng đồng.

GMFCS phân loại trẻ bại não theo 5 mức độ dựa vào chức năng vận động thô, GMFCS áp dụng cho tất cả các thể bại não, là công cụ hữu ích tạo điều kiện thuận lợi cho các nhà nghiên cứu thu thập và phân tích số liệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ bại não GMFCS mức độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 30.4% tiếp theo là mức độ II (21.7%), mức độ IV (18.8%), mức độ III (15.9%), mức độ V (13.0%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Benfer (2014), trẻ bại não có GMFCS mức độ I chiếm đa số (44.2%)⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang Khảo sát rối loạn nuốt – Dysphagia disorder survey (DDS) của Sheppard để sàng lọc và đánh giá rối loạn nuốt. Tỷ lệ trẻ bại não có rối loạn nuốt là 81.2% tương ứng với 56 trên 69 trẻ. Điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.10 ± 5.18 điểm. Nghiên cứu của Benfer (2015) tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não nói chung là 86.4% và điểm DDS trung bình là 7.1 ± 7.3 điểm⁶. Theo tác giả Calis và cộng sự (2008), 99% trẻ bại não nặng có rối loạn nuốt⁷. Như vậy phần lớn trẻ bại não có rối loạn nuốt. Điểm DDS trung bình ở nhóm rối loạn nuốt vừa – nặng cao hơn nhóm rối loạn nuốt nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Kết quả này cho thấy điểm DDS tăng lên theo mức độ nặng phân loại theo DDS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ cũng như mức độ rối loạn nuốt ở trẻ bại não. Với tỷ lệ rối loạn nuốt và giới tính, chúng tôi gặp tỷ lệ trẻ nữ có rối loạn nuốt (83.3%) cao hơn ở trẻ nam (79.5%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, do đó giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn nuốt ở trẻ bại não, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Calis (2008)⁷.

Mối tương quan thuận giữa rối loạn nuốt và mức độ giảm chức năng vận động thô đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên đa số các nghiên cứu tập trung nhiều vào trẻ bại não mức độ nặng, ít quan tâm đến các trẻ có khả năng vận động tốt, vì vậy tỷ lệ rối loạn nuốt chung trong quần thể trẻ bại não và mối liên quan với khả năng vận động thô chưa được kết luận rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm trẻ bại não ở tất cả các mức độ GMFCS. Kết quả cho thấy rối loạn nuốt gặp ở cả 5 mức độ. Kết quả này tương đồng với các tác giả như Benfer (2013), Parker (2010), Liesbeth Mus (2010). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn nuốt vừa và nặng tăng dần lên theo mức độ GMFCS và khi chia làm 2 nhóm GMFCS I-III và

GMFCS IV-V, nhóm sau khả năng di chuyển rất hạn chế, hầu như phải sử dụng xe lăn thì thấy rằng điểm trung bình DDS của nhóm trẻ bại não GMFCS IV-V cao hơn nhóm GMFCS I-III. Nguy cơ rối loạn nuốt nặng ở nhóm trẻ GMFCS IV-V cao gấp 13 lần nhóm trẻ GMFCS I-III, độ tin cậy 99%. Nghiên cứu của Calis và cộng sự tập trung vào nhóm trẻ bại não GMFCS mức độ IV-V cho thấy tỷ lệ rối loạn nuốt là 99%⁷.

Ngoài chức năng vận động thô, các thể bại não cũng gây ra các rối loạn vận động khác nhau do đó ảnh hưởng tình trạng rối loạn nuốt của trẻ bại não. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 thể bại não cơ cứng và loạn động với tỷ lệ rối loạn nuốt tương ứng là 81.2% và 100%. Tuy tỷ lệ rối loạn nuốt của hai thể chưa cho thấy sự khác biệt nhưng điểm mức độ rối loạn nuốt lại khác nhau đáng kể với DDS trung bình ở thể cơ cứng là 4.94 ± 5.06 và ở thể loạn động là 12.4 ± 6.5 . Tương tự với nghiên cứu của Liesbeth (2010) cũng cho thấy sự khác biệt về mức độ rối loạn nuốt ở hai nhóm bại não này. Ramritu và cộng sự đã chỉ ra rằng sự hiện diện của loạn động là một yếu tố nguy cơ, có liên quan đến rối loạn nuốt, do giảm khả năng nhai, vận chuyển viên thức ăn trong miệng và nuốt.

Trẻ bại não thể cơ cứng là một thể thường gặp trên lâm sàng và theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi mức độ rối loạn nuốt nhóm trẻ liệt tứ chi nặng hơn so với nhóm trẻ liệt nửa người và liệt hai chân. Tất cả trẻ có rối loạn nuốt vừa đến nặng ở thể cơ cứng đều là trẻ liệt tứ chi. Theo Reilly (1996) tỷ lệ rối loạn vận động miệng vừa và nặng cao ở nhóm trẻ liệt cứng tứ chi trong khi liệt hai chân thường rối loạn nhẹ⁸.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ rối loạn nuốt có chảy dãi, đặc biệt tỷ lệ chảy dãi ở trẻ rối loạn nuốt vừa – nặng chiếm 92%. Rối loạn nuốt càng nặng, chỉ số chảy dãi trung bình càng cao. Có thể lý giải mối tương quan này do các nguyên nhân chung của chảy dãi và rối loạn nuốt như chức năng vận động miệng kém, tần số nuốt tự nhiên ít, khả năng kiểm soát đầu cổ và nhận thức kém hơn so với trẻ bình thường. Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có chảy dãi nguy cơ rối loạn nuốt vừa – nặng cao gấp 9.6 lần ở trẻ không chảy dãi. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ nhất định trẻ không chảy dãi có rối loạn nuốt, vì vậy không thể bỏ qua đối tượng này khi sàng lọc rối loạn nuốt trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não chiếm 81.2% và có thể gặp ở tất cả các mức độ

GMFCS. Các yếu tố liên quan đến mức độ rối loạn nuốt: thể bại não, chức năng vận động thô, định khu giải phẫu của rối loạn vận động và tình trạng chảy dãi.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ Khoa Nhi – Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ cho chúng tôi hoàn thiện bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al.** Proposed definition and classification of cerebral palsy; April 2005. *Dev Med Child Neurol.* 2005;47(8): 571-576. doi: 10.1017/s001216220500112x
2. **Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T.** An update on the prevalence of cerebral palsy; a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(6):509-519. doi:10.1111/dmcn.12080
3. **Arneson CL, Durkin MS, Benedict RE, et al.** Prevalence of cerebral palsy: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, three sites, United States, 2004. *Disabil Health J.* 2009;2(1):45-48. doi:10.1016/j.dhjo.2008.08.001
4. **Surveillance of Cerebral Palsy in Europe.** Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE).* *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(12):816-824. doi:10.1017/s0012162200001511
5. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: oral phase impairments. *Res Dev Disabil.* 2014;35(12): 3469-3481. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.029
6. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Validity and reproducibility of measures of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2015;57(4):358-365. doi:10.1111/dmcn.12616
7. **Calis EA, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C.** Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(8): 625-630. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x
8. **Reilly S, Skuse D, Poblete X.** Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. *J Pediatr.* 1996;129(6): 877-882. doi: 10.1016/s0022-3476(96)70032-x

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT DO UNG THƯ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ

Trần Chí Thanh¹, Vương Ngọc Biên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư giai đoạn khu trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2015 - 01/2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả có phân tích trên 64 bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, BMI, bệnh kèm theo, rối loạn tiểu tiện trước mổ theo IPSS, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, điểm Gleason. Chức năng giữ nước tiểu và rối loạn cương dương sau mổ 12 tháng. **Kết quả:** Điểm Gleason càng cao, giai đoạn u sau mổ càng muộn thì tỷ lệ tái phát sinh hóa sau mổ càng nhiều. Tiểu không kiểm soát sau mổ 12 tháng ở 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn thần kinh cương dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm BN phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì tình trạng cương dương sau mổ phục

hồi tốt hơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các yếu tố ảnh hưởng khả năng tái phát sinh học sau mổ là điểm số Gleason và mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư. Yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương dương sau mổ là bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương khi phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING OUTCOMES OF RADICAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Objectives: To evaluate some factors affecting outcomes of radical prostatectomy for localized prostate cancer. **Subjects and methods:** From January 2015 to January 2023, 64 cases of open radical prostatectomy were performed at our clinic. Demographic data, variables before and after surgery, and outcomes were taken. **Results:** The higher the Gleason score, the later the tumor stage after surgery, and the higher the rate of biochemical recurrence after surgery. Urinary incontinence 12 months after surgery in the two groups with and without erectile nerve preservation was not statistically different ($p > 0.05$). The group of surgical patients with preservation of the erectile neurovascular bundle had better post-operative erectile recovery ($p < 0.05$).

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trung tâm Y tế huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Vương Ngọc Biên

Email: vuongngocbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

Conclusion: Factors affecting the likelihood of biological recurrence after surgery are the Gleason score and the local invasion level of the cancer. The factor influencing erectile dysfunction after surgery is the preservation of the erectile nerve bundle during surgery. **Keywords:** Prostate cancer, radical prostatectomy, affecting factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai ở nam giới. Cắt tuyến tiền liệt toàn bộ bao gồm cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và hai túi tinh là phương pháp điều trị triệt để trong ung thư biểu mô tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (T1,2N0M0). Năm 1905, Young là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư [1]. Hiện có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bao gồm: mổ mở sau xương mu, mổ nội soi ổ bụng và mổ nội soi ổ bụng với hỗ trợ robot [2], [3]. Mỗi phương pháp mổ đều có ưu nhược điểm nhất định. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư giai đoạn khu trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2015 - 01/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu. Mô tả chùm bệnh từ tháng 01/2015 đến 01/2023 tại khoa Phẫu thuật tiết niệu và khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến khu trú bằng sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng và cộng hưởng từ chậu hông (cT1,2), được mổ mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt.

Các chỉ tiêu nghiên cứu. Tuổi, BMI, bệnh kèm theo, rối loạn tiểu tiện trước mổ theo IPSS, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, điểm Gleason. Chức năng giữ nước tiểu và rối loạn cương dương sau mổ 12 tháng.

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả
Tuổi (năm)		66,5 ± 6,4
BMI (kg/m ²)		21,2 ± 2,2
Bệnh nội khoa kèm theo	ĐTĐ	5 (7,8%)
	THA	12 (18,8%)
	BPTNMT	7 (10,9%)
Rối loạn tiểu tiện trước mổ	Nhẹ	16 (25,0%)
	Trung bình	44 (68,8%)
	Nặng	4 (6,2%)

Thăm trực tràng	Nghi ngờ ác tính	45 (70,3%)
	Không nghi ngờ	19 (29,7%)

Tuổi trung bình 66,5 ± 6,4 tuổi; nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,3%). BMI trung bình 21,2 ± 2,2 kg/m². Bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp là (34,4%). Đa số BN (93,8%) vào viện có mức độ rối loạn tiểu tiện nhẹ và trung bình theo IPSS; 70,3% BN khi thăm khám trực tràng nghi ngờ tổn thương ác tính tuyến tiền liệt (mật độ cứng hoặc có nhân cứng).

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

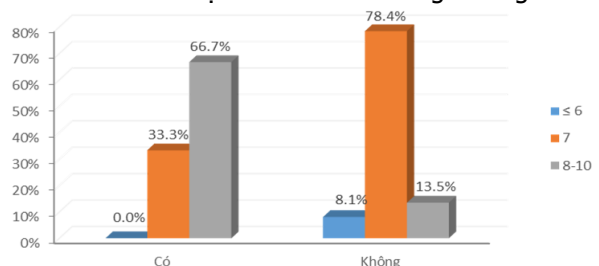
Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng BN (%)	
PSA trước phẫu thuật (ng/ml)	4,1 - 10	10 (15,6%)
	10,1 - 20	23 (35,9%)
	>20	31 (48,5%)
Khối lượng tuyến tiền liệt (gam)	< 30	10 (15,6%)
	30-60	49 (76,6%)
	> 60	5 (7,8%)
Gleason	≤ 6	5 (7,8%)
	7	46 (71,9%)
	8-10	13 (20,3%)

PSA trung bình 20,7 ± 13,5 ng/ml; 84,4% BN có nồng độ PSA trong huyết thanh khi vào >10 ng/ml. 49/64 BN (76,6%) có khối lượng TTL từ 30-60 gam trên siêu âm qua trực tràng. Phần lớn BN (71,9%) có điểm Gleason trước mổ là 7.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

		Số lượng BN (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ TTL	11 (17,2%)
	Cắt toàn bộ TTL, nạo hạch chậu	53 (82,8%)
Bảo tồn bó mạch thần kinh	Không bảo tồn	25 (39,1%)
	Bảo tồn 1 bên	8 (12,5%)
	Bảo tồn 2 bên	31 (48,4%)

53/64 BN (82,8%) được phẫu thuật kèm nạo hạch chậu. 39/64 BN (60,9%) được phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương.



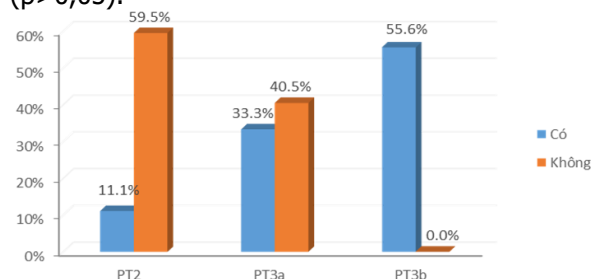
Biểu đồ 1. Liên quan giữa điểm Gleason và tái phát sinh hóa

Bảng 4. Liên quan giữa phẫu thuật bảo tồn thần kinh và tiểu không kiểm soát

PP phẫu thuật	Tiểu KKS	Có (SL, %)	Không (SL, %)	P
	Không bảo tồn	3(60,0%)	20(48,8%)	>0,05

Bảo tồn 1 bên	0(0,0%)	9(22,0%)
Bảo tồn 2 bên	2(40,0%)	12(29,2%)

Tiểu không kiểm soát sau mổ 12 tháng ở 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn thần kinh cương dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Biểu đồ 2. Liên quan giữa giai đoạn u sau mổ và tái phát sinh hóa

Nghiên cứu ghi nhận điểm Gleason càng cao, giai đoạn u sau mổ càng muộn thì tỷ lệ tái phát sinh hóa sau mổ càng nhiều.

Bảng 5. Liên quan giữa phẫu thuật bảo tồn thần kinh và rối loạn cương dương

RLCD sau mổ	Có (SL, %)	Không (SL, %)	p
PP phẫu thuật			
Không bảo tồn	22(73,3%)	2(12,5%)	<0,05
Bảo tồn 1 bên	6(20,0%)	2(12,5%)	
Bảo tồn 2 bên	2(6,7%)	12(75,0%)	

Nghiên cứu ghi nhận nhóm BN phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì tình trạng cương dương sau mổ phục hồi tốt hơn ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Theo các nghiên cứu, tỷ lệ mắc ung thư tuyến tiền liệt tăng theo tuổi. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 66,5 và nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,3%). Tuổi là một yếu tố định hướng các biện pháp sàng lọc và căn cứ tiên lượng ở nam giới mắc ung thư tuyến tiền liệt.

BMI trung bình trong nghiên cứu là 21,2 kg/m², trong đó có 28,1% thừa cân. Kết quả ba phân tích tổng hợp đều báo cáo tương quan thuận giữa béo phì và tỷ lệ mắc ung thư tuyến tiền liệt [4], [5]. Ba cơ chế phổ biến được đề xuất để giải thích mối tương quan giữa béo phì và mức độ ác tính của ung thư tuyến tiền liệt gồm: Insulin/yếu tố tăng trưởng giống Insulin-1 (IGF-1), hormone giới tính và các adipokine.

Về các bệnh lý mắc kèm, tăng huyết áp hay gặp nhất (34,4%). Theo Jefferson và cộng sự, 51% người bệnh có một bệnh đồng mắc và tăng huyết áp là bệnh hay gặp nhất (42%) [6]. Tình trạng có bệnh đồng mắc phổ biến người mắc ung thư tuyến tiền liệt và các bệnh mạn tính mắc

kèm này có thể là nguyên nhân tử vong. Do đó, đánh giá bệnh mắc kèm cần được tích hợp và là một phần căn cứ đưa ra quyết định điều trị ung thư tuyến tiền liệt.

Nghiên cứu ghi nhận lý do vào viện thường gặp nhất ở BN ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú là bí tiểu (45,3%); 93,8% có mức độ rối loạn tiểu tiện nhẹ và trung bình. 70,3% BN thăm khám trực tràng phát hiện tổn thương tuyến tiền liệt nghi ngờ ác tính. Vũ Nguyễn Khải Ca báo cáo tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới và cả 8 trường hợp tuyến tiền liệt đều có nhân cứng [7].

53/64 BN (82,8%) nạo hạch chậu và sau đó làm giải phẫu bệnh không có trường hợp nào di căn hạch. Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến tiền liệt kết hợp nạo hạch chậu trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đề là 58%[8]. Tuổi phát hiện ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú ngày càng trẻ. Ở tuổi này đời sống tình dục của BN vẫn còn và bảo vệ chức năng cương dương là vấn đề cần được quan tâm của các phẫu thuật viên tiết niệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương 1 bên là 12,5% và bảo tồn 2 bên là 48,4%. Chúng tôi cố gắng bảo tồn được tối đa (2 bên) là tốt nhất nhưng vẫn đảm bảo nguyên tắc là phải lấy hết tổ chức ung thư. Có những trường hợp u ở giai đoạn xâm lấn ra lớp vỏ và xét chức năng cương trước phẫu thuật không tốt thì chúng tôi cũng không cố bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương. Những trường hợp khó bóc tách và chảy máu nhiều chúng tôi cũng không chú trọng bảo tồn.

Đa số các tác giả báo cáo các yếu tố tiên lượng tái phát sinh học bao gồm: Giai đoạn UT, điểm Gleason, nồng độ PSA, tỷ lệ phát hiện tế bào UT ở diện cắt TTL. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối liên quan chặt chẽ giữa giai đoạn u sau mổ đến tái phát sinh học với thời gian theo dõi trên 12 tháng. Tuy nhiên theo một số tác giả lại chỉ ra điều ngược lại. Như Freedland và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát sinh học sau phẫu thuật ở những BN có giai đoạn T2a và T2b [9].

Nghiên cứu cũng ghi nhận các bệnh nhân điểm số Gleason cao, khả năng tái phát sinh hóa sau phẫu thuật sẽ cao hơn so với những bệnh nhân có điểm Gleason thấp. Theo Dengfeng Cao, cả phân tích đơn biến và đa biến đều cho thấy điểm Gleason ở rìa khối u là một yếu tố tiên lượng mạnh cho tái phát sinh hóa ($p < 0,05$) [10].

Kỹ thuật khâu nối cổ bàng quang và niệu đạo sau có liên quan trực tiếp đến tiểu không kiểm soát sau mổ. Khi khâu phạm vào cơ thắt

vân, khâu không lộn niêm mạc gây rò nước tiểu sau mổ sẽ gây biến chứng rối loạn tiểu tiện. Nhưng ngoài các yếu tố này thì việc bảo vệ bó mạch thần kinh cũng có thể ảnh hưởng tới chức năng tiểu tiện vì bó mạch thần kinh chi phối sự co bóp và điều hòa đóng mở cơ thắt vân niệu đạo. Kết quả nghiên cứu thấy nhóm có bảo tồn bó mạch thần kinh cho tỷ lệ có chức năng tiểu tiện bình thường cao hơn nhóm không bảo tồn được bó mạch thần kinh, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Rối loạn cương là một trong những biến chứng có liên quan đến phẫu thuật vùng chậu đặc biệt là cắt tuyến tiền liệt triệt căn do UT. Manuela T và cộng sự ghi nhận tỷ lệ rối loạn cương sau cắt tuyến tiền liệt triệt căn từ 25% đến 100%. Sự thay đổi này có liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật vùng chậu và tổn thương bó mạch thần kinh. Sự hiểu biết sâu về giải phẫu và cơ chế bệnh học vùng chậu đã giúp cho các kỹ thuật can thiệp vùng chậu rõ ràng hơn, tránh tổn thương đến chức năng cương sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng khả năng tái phát sinh học sau mổ là điểm số Gleason và mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư. Yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương sau mổ là bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương khi phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. H. Young** (1905). The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate. Being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. Johns Hopkins Hosp. Bull., 16: 315-321.
2. **Ahmed Magheli, Mark L. Gonzalo, Liming Su,**

Thomas J. Guzzo (2010). Impact of surgical technique (open vs laparoscopic vs robotis assisted) on pathological and biological outcomes following radical prostatectomy: an analysis using propensity score matching. BJU International, 107: 1956-1962.

3. **Francesco Greco, Sigrid Wagner, M Raschid Hoda, Felix Kawan** (2010). Laparoscopic vs open retropubic intrafascial nerve sparing radical prostatectomy: surgical and functional outcomes in 300 patients. BJU International, 106: 543-547.
4. **A. G. Renehan, M. Tyson, M. Egger và cộng sự** (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. The Lancet, 371 (9612), 569-578.
5. **W. C. Buschemeyer III và S. J. Freedland** (2007). Obesity and prostate cancer: epidemiology and clinical implications. European urology, 52 (2), 331-343.
6. **M. Jefferson, R. R. Drake, M. Lilly và cộng sự** (2020). Co-morbidities in a retrospective cohort of prostate cancer patients. Ethnicity & Disease, 30 (Suppl 1), 185.
7. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc và cộng sự** (2012). Nhân 8 trường hợp cắt toàn bộ tiền liệt tuyến tận gốc tại Bệnh viện Việt Đức. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 16 (3), 169-173.
8. **Nguyễn Tiên Đệ và Vũ Lê Chuyên** (2012). Phẫu thuật tuyến tiền liệt tận gốc qua nội soi ngoài phúc mạc: Biến chứng phẫu thuật. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 16 (3), 93-97.
9. **S. J. Freedland, A. W. Partin, J. I. Epstein và cộng sự** (2004). Biochemical failure after radical prostatectomy in men with pathologic organ-confined disease: pT2a versus pT2b. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 100 (8), 1646-1649.
10. **D. Cao, A. S. Kibel, F. Gao và cộng sự** (2010). The Gleason score of tumor at the margin in radical prostatectomy is predictive of biochemical recurrence. The American journal of surgical pathology, 34 (7), 994-1001.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U BÁN CẦU ĐẠI NÃO TRÊN LỀU ĐƯỢC SINH THIẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thành Bắc¹, Phạm Ngọc Hào¹, Trần Anh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được

chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều tại khoa Phẫu thuật thần kinh- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022. Đánh giá đặc điểm lâm của khối u não trên cộng hưởng từ. **Kết quả:** Hình ảnh cộng hưởng từ biểu hiện chủ yếu là giảm tín hiệu trên T1 (56.7%), tăng tín hiệu trên T2 (86.7%), có ngấm thuốc sau tiêm (90%), tất cả đều có phù não quanh khối u (100%), đè đẩy đường giữa ở mức độ nhẹ chủ yếu là độ I (60%). Vị trí khối u chiếm tỷ lệ cao nhất ở thùy trán (23.3%), sau đó thái dương (20%), ở vùng não sâu (20%). Tỷ lệ đa ổ, đa vị trí chiếm tỉ lệ cao 23.3%. Kích thước khối u trung bình là 41.7 ± 18.4 mm. **Kết luận:** Hình ảnh cộng hưởng từ của u bán cầu đại não trên lều thường biểu hiện chủ

¹Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Đức

Email: trananhduc9@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

yếu giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2, có ngấm thuốc sau tiêm, phù não quanh u và có đè đẩy đường giữa mức độ nhẹ. **Từ khóa:** u não trên lều, hình ảnh cộng hưởng từ, bán cầu đại não.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGES OF SUPRATENTORIAL TUMORS RECEIVED STEREOTACTIC BIOPSY AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Characteristics of magnetic resonance imaging of supratentorial cerebral hemisphere tumors undergoing brain biopsy at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** The study was conducted on 30 patients diagnosed with supratentorial cerebral hemisphere tumors at the Department of Neurosurgery - Military Hospital 103 from January 2020 to December 2022. Evaluation of clinical characteristics of brain tumors on magnetic resonance. **Results:** Magnetic resonance images showed mainly decreased signal on T1 (56.7%), increased signal on T2 (86.7%), and enhancement after injection (90%); all had brain edema around the tumor (100%), mild midline compression, mainly grade I (60%). The tumor location is highest in the frontal lobe (23.3%), then the temple (20%), and in the deep brain region (20%). The rate of multiple foci and multiple locations is high at 23.3%. The average tumor size was 41.7 ± 18.4 mm. **Conclusion:** Magnetic resonance images of supratentorial cerebral hemisphere tumors often show decreased signal on T1, increased signal on T2, post-injection drug enhancement, peritumoral cerebral edema, and mild midline deviation.

Keywords: supratentorial brain tumor, magnetic resonance imaging, cerebral hemispheres.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Globocan năm 2020, toàn thế giới có tới 308.102 trường hợp bệnh nhân mới được chẩn đoán u não, u thần kinh và trong số đó có 251.329 bệnh nhân bị tử vong [1]. Ngày nay, cộng hưởng từ hạt nhân được ứng dụng rộng rãi, hình ảnh thu được bằng kỹ thuật này hơn hẳn các hình ảnh y học khác từ trước tới nay. Cộng hưởng từ có nhiều tính ưu việt: Với độ phân giải cao, quan sát ở cả ba mặt phẳng ngang, đứng ngang, đứng dọc, thấy rõ hình ảnh và những biến đổi về cấu trúc của các tổ chức, đánh giá được liên quan của tổn thương với các cấu trúc lân cận. Ngoài ra cộng hưởng từ cũng thấy được hình dòng chảy như mạch máu, tái tạo không gian 3D [2]. Trong bệnh lý u não, chụp cộng hưởng từ có tiêm đối quang từ đồng thời áp dụng các chuỗi xung mới, hiện đại đã cho phép chẩn đoán ngay cả khi u thâm nhiễm ở giai đoạn khởi đầu có đồng tỷ trọng với nhu mô não trên chụp cắt lớp vi tính sọ não [3], [4]. Nghiên cứu các đặc điểm về hình ảnh của khối u não ở

bệnh nhân u não trên lều góp phần hiểu rõ hơn các đặc điểm khối u não giúp cho việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị u não trên lều thuận lợi hơn. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại bệnh viện Quân Y 103*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều dựa trên lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não hoặc bệnh nhân có tổn thương trên lều nghi ngờ là u não cần chẩn đoán xác định. BN được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 có hồ sơ phẫu thuật rõ ràng, có kết quả giải phẫu bệnh lý, hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não trước mổ và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não sau mổ. BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán u não dưới lều. Bệnh nhân có bệnh lý nền chưa kiểm soát tốt như: rối loạn đông máu, suy tim, suy thận... Bệnh nhân không có đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả lâm sàng kết hợp giữa hồi cứu và tiền cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân (19 bệnh nhân hồi cứu, 11 bệnh nhân tiền cứu).

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Vị trí u: bao gồm: thùy trán, thùy thái dương, thùy đỉnh, thùy chẩm, nhân bèo, bao trong, đồi thị, thể chai, đa ổ (đa thùy).
- Kích thước u: tính bằng đường kính lớn nhất, đơn vị mm. Trường hợp bệnh nhân có nhiều khối u sẽ tính kích thước khối u lớn nhất.
- Số lượng khối u.
- Tín hiệu trên phim T1: tăng tín hiệu, giảm tín hiệu, đồng tín hiệu, tín hiệu hỗn hợp. Tín hiệu trên phim T2: tăng tín hiệu, giảm tín hiệu, đồng tín hiệu, tín hiệu hỗn hợp.
- Sự ngấm thuốc đối quang từ: có hoặc không.
- Phù não quanh khối u: có hoặc không.
- Chảy máu trong khối u: có hoặc không.
- Vôi hóa trong khối u: có hoặc không.

- Sự di lệch đường giữa: chia ra làm 3 độ theo Demir (2007), bao gồm: độ I: < 5 mm, độ II: 5-10 mm, độ III > 10 mm [5].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

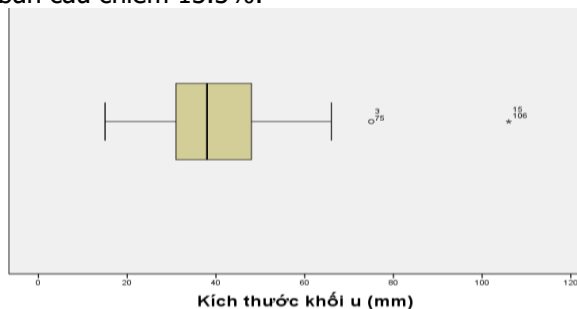
Qua nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của khối u não trên lều như sau:

Bảng 1. Phân bố vị trí khối u theo thùy não và bán cầu não

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí u theo thùy		
Thùy trán	7	23.3%
Thùy thái dương	6	20.0%
Thùy đỉnh	4	13.3%
Thùy chẩm	0	0%
Nhân bèo	1	3.3%
Bao trong	1	3.3%
Đôi thị	3	10%
Thế chai	1	3.3%
Đa ổ	7	23.3%
Vị trí khối u theo bán cầu		
Bán cầu trái	16	53.3%
Bán cầu phải	10	33.3%
Hai bán cầu	4	13.3%
Tổng	30	100%

Vị trí khối u khá đa dạng, trong đó nhiều bệnh nhân có tổn thương vùng thùy trán và tổn thương nhiều vùng chiếm tỷ lệ cao nhất với 23.3%. Tổn thương u vùng thùy thái dương chiếm 20%, u ở vùng não sâu (nhân bèo, bao trong, đôi thị, thế chai) chiếm 20% tổng số trường hợp.

Trong nghiên cứu, có 53.3% bệnh nhân có khối u ở bán cầu trái, 33.3% bệnh nhân có khối u ở bán cầu phải và số trường hợp có khối u ở 2 bán cầu chiếm 13.3%.



Biểu đồ 1. Kích thước khối u

Kích thước của khối u được tính bằng đường kính lớn nhất đo trên MRI sọ não. Kích thước trung bình của khối u não ở nhóm sinh thiết kim

là 38 ± 13.1 mm. Kích thước trung bình của khối u não ở nhóm sinh thiết qua mở nắp sọ là 44 ± 20.9 mm. Kích thước trung bình của khối u não trong cả nghiên cứu là 41.7 ± 18.4 mm.

Bảng 2. Phân nhóm kích thước khối u và số lượng u

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Phân nhóm kích thước u		
≤ 3 cm	7	23.3%
>3 cm	23	76.7%
Số lượng u		
1	20	66.7%
≥ 2	10	33.3%
Tổng	30	100%

Phần lớn các khối u có kích thước lớn >3 cm, chiếm 76.7%. Tỷ lệ bệnh nhân có khối u kích thước ≤ 3 cm là 23.3%.

Bệnh nhân có 1 khối u não tương đối nhiều chiếm 2/3 số trường hợp $\sim 66.7\%$. Các bệnh nhân có đa khối u chiếm 33.3%.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh CHT trên phim T1

Đặc điểm hình ảnh trên phim	Trên phim T1		Trên phim T2	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tăng tín hiệu	2	6.7%	26	86.7%
Giảm tín hiệu	17	56.7%	1	3.3%
Đồng tín hiệu	4	13.3%	0	0%
Tín hiệu hỗn hợp	7	23.3%	3	10%
Tổng	30	100%	30	100%

Hình ảnh trên chuỗi xung T1 phổ biến là giảm tín hiệu, chiếm 56.7%. Tỷ lệ có tín hiệu hỗn hợp cũng chiếm tỷ lệ lớn, với 23.3%, tỷ lệ tăng tín hiệu chiếm tỷ lệ ít (6.7%).

Trên chuỗi xung T2, phần lớn gặp sự tăng tín hiệu, chiếm 86.7%. Các trường hợp có tín hiệu hỗn hợp chiếm 10%.

Bảng 4. Đặc điểm về sự ngấm thuốc, phù não, xuất huyết và vôi hóa của khối u trên phim CHT

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Ngấm thuốc		
Không	3	10%
Có	27	90%
Vôi hóa		
Không	29	96.7%
Có	1	3.3%
Phù não		
Không	0	0%
Có	30	100%
Xuất huyết		
Không	29	96.7%
Có	1	3.3%
Tổng	30	100%

Tất cả các trường hợp đều được chụp phim cộng hưởng từ tiêm thuốc trước mổ. Đa số các trường hợp có sự ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm, chiếm 90%. Hầu hết các khối u không có vôi hóa trong khối u, chiếm 96.7%. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều có vùng phù não quanh khối u. Trong số 30 trường hợp nghiên cứu, có 1 trường hợp có xuất huyết trong u, chiếm 3.3%.

Bảng 5. Sự di lệch đường giữa

Đề đẩy đường giữa	Số BN	Tỷ lệ %
<5mm	18	60%
5-10mm	7	23.3%
>10mm	5	16.7%
Tổng	30	100%

Phần lớn bệnh nhân có mức độ đề đẩy đường giữa là độ I (<5mm) chiếm 60%. Độ II chiếm 23.3%, độ III chiếm 16.7%.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay chụp cộng hưởng từ được cho là tiêu chuẩn trong chẩn đoán u não, nên được xét nghiệm trên tất cả bệnh nhân chuẩn bị trước mổ, nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước mổ.

Cộng hưởng từ cho phép đánh giá chính xác hơn chụp cắt lớp vi tính rất nhiều thông số của u như: vị trí; kích thước u; hình ảnh tín hiệu trên T1W, T2W và mức độ bắt thuốc; mức độ xâm lấn quanh u; mức độ chèn ép.

Vị trí u: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u não đa ổ ở nhiều vị trí chiếm tỉ lệ cao (23.3%), vùng trán (23.3%), u vùng thái dương (20%), u vùng đỉnh là 13.3%. Ngoài ra các u não nằm ở sâu (vùng đồi thị, nhân bèo, bao trong, thể chai) chiếm tổng tỉ lệ 20%, tương đối cao. Tác giả T. Sciortino (2019) nghiên cứu trên 140 trường hợp thực hiện sinh thiết định vị không khung, cho thấy tổn thương nằm nhiều nhất ở thùy trán với 36.4%, tiếp theo là thể chai với 19.2%, cấu trúc não sâu khác chiếm 11.4% [6]. Kết quả của chúng tôi khá khác biệt. Kết quả này cũng không tương đồng với Chin năm 2019, với 38.2% tổn thương nằm ở thùy trán, vị trí thể chai chiếm 14.6%, đồi thị chiếm 10.1% [7]. Điều này, có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao các bệnh nhân có tổn thương ở nhiều vị trí.

Nhìn chung, đối với các khối u ở vị trí nông so với bề mặt vỏ não, dễ tiếp cận, chúng tôi tiến hành phương pháp sinh thiết qua mở nắp sọ. Đối với những vị trí u não ở sâu, chúng tôi tiến hành sinh thiết bằng kim sinh thiết.

Tín hiệu u trên phim CHT là tiêu chuẩn quan trọng trong đánh giá u não. Trên hình ảnh T1W,

chúng tôi thấy hình ảnh u giảm tín hiệu chiếm tới 56.7%. Trên hình ảnh T2W thì 86.7% là tăng tín hiệu. Hình ảnh những ổ hoại tử trong u là đặc điểm hình ảnh đánh giá mức độ ác tính của u, thấy rõ trên phim cộng hưởng từ, qua đây thể hiện giá trị của cộng hưởng từ để chẩn đoán hơn so với phim chụp cắt lớp vi tính.

Sự ngấm thuốc đối quang từ, chúng tôi thấy 90% là có bắt thuốc. Sự bắt thuốc trên phim cộng hưởng từ liên quan chặt chẽ đến hiện tượng mạch máu đến nuôi dưỡng u, u càng ác tính thì càng tăng sinh mạch càng làm tổn thương hàng rào máu não nhiều gây thoát thuốc vào tổ chức u làm hiện tượng bắt thuốc quanh u mạnh, kết hợp với hiện tượng tập trung nhiều mạch máu của u cũng làm tăng mức độ ngấm thuốc của u.

Hiện tượng u chèn ép tổ chức xung quanh là do chính kích thước khối u choán chỗ, do phù não quanh u gây ra, kích thước u càng lớn, phù não càng nhiều chèn ép càng mạnh. Hình ảnh chèn ép biểu hiện trên phim chụp cộng hưởng từ: đề đẩy đường giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chèn ép lại tương đối thấp: chèn ép đường giữa: độ I chiếm 60%, độ II là 23.3% còn độ III là 16.7%. U càng ác tính thì càng chèn ép và xâm lấn tổ chức xung quanh. Đây là đặc điểm hình ảnh thường thấy trên cả phim cắt lớp và cộng hưởng từ sọ não. Hiện tượng phù não quanh u và chèn ép tổ chức xung quanh là đặc điểm hình ảnh để chẩn đoán mức độ ác tính của u: u càng ác tính phù cảnh nhiều, đề đẩy càng mạnh

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán u bán cầu đại não trên lâm sàng tại khoa Phẫu thuật thần kinh- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022 chúng tôi nhận thấy hình ảnh cộng hưởng từ biểu hiện chủ yếu là giảm tín hiệu trên T1 (56.7%), tăng tín hiệu trên T2 (86.7%), có ngấm thuốc sau tiêm (90%), tất cả đều có phù não quanh khối u (100%), đề đẩy đường giữa ở mức độ nhẹ chủ yếu là độ I (60%). Vị trí khối u chiếm tỷ lệ cao nhất ở thùy trán (23.3%), sau đó thái dương (20%), ở vùng não sâu (20%). Tỉ lệ đa ổ, đa vị trí chiếm tỉ lệ cao 23.3%. Kích thước khối u trung bình là 41.7 ± 18.4 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide

- for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3): 209-249.
2. **D. N. Louis, A. Perry, G. Reifenberger, et al.** (2016). The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. Acta Neuropathol, 131(6): 803-20.
 3. **J. S. Guillamo, A. Monjour, L. Taillandier, et al.** (2001). Brainstem gliomas in adults: prognostic factors and classification. Brain, 124(Pt 12): 2528-39.
 4. **Udalrich Büll Gianni B. Bradač, Rudolf Fahlbusch, Thomas Grumme, E. Kazner, Konrad Kretschmar, Wolfgang Lanksch, Wolfgang Meese, Johannes Schramm, Harald Steinhoff** (1981), Computed tomography intracranial tumors: differential diagnosis and clinical aspects, Berlin Springer -Verlag: 27-28.
 5. **M. K. Demir, T. Hakan, G. Kilicoglu, et al.** (2007). Bacterial brain abscesses: prognostic value of an imaging severity index. Clin Radiol, 62(6): 564-72.
 6. **T. Sciortino, B. Fernandes, M. Conti Nibali, et al.** (2019). Frameless stereotactic biopsy for precision neurosurgery: diagnostic value, safety, and accuracy. Acta Neurochir (Wien), 161(5): 967-974.
 7. **C. Taweesomboonyat, T. Tunthanathip, S. Sae-Heng, et al.** (2019). Diagnostic Yield and Complication of Frameless Stereotactic Brain Biopsy. J Neurosci Rural Pract, 10(1): 78-84.

TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC THỰC HIỆN OXY HÓA MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ (ECMO)

Phạm Thế Nhân¹, Lê Thị Diễm Tuyết², Nguyễn Tú Anh^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp (TTTC) và nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật ECMO. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu bệnh án của bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật ECMO từ ngày 01/01/2022 đến 30/06/2023 tại trung tâm hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** qua 91 bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TTTC là 76,9%. Tỷ lệ TTTC trước ECMO, sau ECMO lần lượt là 52,7% và 24,1%. ECMO là yếu tố nguy cơ làm tăng nặng tiến triển TTTC. Nguyên nhân thường gặp ở nhóm NC là viêm cơ tim, ARDS. Các yếu tố tìm thấy có liên quan đến TTTC như sau: tăng lactate máu, SOFA và điểm APACHE II cao, MAP, P/F, EF, có ngừng tuần hoàn trước ECMO, phương thức ECMO, xuất huyết quan trọng, nhiễm khuẩn, khối tiểu cầu được truyền trong quá trình ECMO. Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm nghiên cứu là 54,9%, tỷ lệ tử vong nhóm bệnh nhân ECMO có TTTC là 73,6% và nhóm bệnh nhân ECMO không có TTTC là 32,0%. TTTC là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân điều trị ECMO 1,87 lần.

Từ khóa: Tổn thương thận cấp (AKI), ECMO

SUMMARY

ACUTE KIDNEY INJURY OF PATIENTS WHO ARE PERFORMED TO EXTRACORPORAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO)

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Nhân

Email: dr.nhanbvtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

Objectives: Describe the characteristics of acute kidney injury and comment on treatment results in patients undergoing extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). **Methods:** Retrospective study of medical records of patients undergoing ECMO technique from January 1, 2022 to June 30, 2023 at the intensive care center of Bach Mai hospital. **Results:** with 91 patients included in the study, the rate of AKI was 76.9%, and 54.9% of AKI patients were treated with RRT. The rates of AKI before ECMO and after ECMO were: 52.7% and 24.1%. ECMO is a risk factor for increasing the severity of AKI. Common causes in our research group are myocarditis and ARDS. Factors found to be related to AKI are as follows: Hyperlactatemia, SOFA and high APACHE II score, MAP, P/F, EF, presence of circulatory arrest before ECMO, ECMO mode, important bleeding, infection, platelets are transfused during ECMO. The overall mortality rate in the study group was 54.9%, the mortality rate in the ECMO patient group with AKI was 73.6% and the ECMO patient group without AKI was 32.0%. AKI is a factor that increases the risk of death in patients receiving ECMO treatment by 1.87 (95% CI: 1.23-2.83).

Keywords: Acute kidney injury (AKI), ECMO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật VV-ECMO và VA-ECMO là một kỹ thuật hỗ trợ sự sống, được thực hiện chủ yếu trên bệnh nhân sốc tim và/hoặc suy hô hấp nặng, khi mà các phương pháp điều trị truyền thống không đủ khả năng duy trì tưới máu mô và oxy cho bệnh nhân. Thận là một cơ quan rất dễ bị tổn thương do cơ chế sinh lý bệnh học phức tạp có liên quan đến thiếu máu thận cấp tính và/hoặc thiếu oxy thận.

Phân tích tổng hợp của Charat Thongprayoon và cộng sự năm 2019 dựa trên 41 nghiên cứu đoàn hệ với tổng số 10.282 bệnh

nhân trưởng thành được ECMO: Tỷ lệ mắc AKI và AKI nặng cần RRT lần lượt là 62,8% và 44,9%. Tỷ lệ mắc AKI ở nhóm bệnh nhân VA ECMO là 60,8% và VV ECMO 45,7%. Những bệnh nhân AKI cần RRT khi sử dụng ECMO có tỷ lệ tử vong tại bệnh viện cao hơn 3,7 lần (KTC 95%, 2,87–4,85).¹

Trong nghiên cứu phân tích hồi cứu của tác giả Kielstein và cộng sự, nhóm bệnh nhân được ECMO có tổn thương thận cấp cần điều trị RRT tỷ lệ sống sau 3 tháng chỉ còn 17% so với bệnh nhân không cần RRT là 53%.² Một số nghiên cứu khác cho thấy ở bệnh nhân được ECMO, nguy cơ tử vong không tăng khi được điều trị RRT mà nguyên nhân tử vong là do biến chứng về huyết học, suy gan, quá tải dịch. Vì vậy, TTTC và RRT có trực tiếp ảnh hưởng đến TV ở BN ECMO hay không vẫn còn tranh cãi. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu là mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp của bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể (ECMO) và nhận xét kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh án của bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật oxy hóa máu bằng màng ngoài cơ thể tại trung tâm Hồi Sức Tích Cực bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2022-30/06/2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh án của bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4. Biện số và chỉ số

Đặc điểm chung: Tuổi, Giới tính, Tiền sử bệnh lý, Nguyên nhân bệnh lý, Phương thức ECMO, Mức độ nặng của bệnh khi thực hiện ECMO (Thang điểm APACHE II, SOFA, điểm sử dụng vận mạch VIS, lactate, ngưng tim trước khi đặt ECMO).

Đặc điểm tổn thương thận cấp: Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương thận cấp, thời điểm tổn thương thận cấp, mức độ tổn thương thận cấp.

Kết quả điều trị: Tỷ lệ tử vong, mốc thời gian điều trị, thời gian thực hiện ECMO, thời gian kéo dài ECMO, thời gian Cai ECMO, thời gian nằm HSTC, Thời gian nằm viện, ảnh hưởng tổn thương thận đến tử vong ở bệnh nhân ECMO

2.5. Phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 97 BN được điều trị bằng kỹ thuật ECMO tại Trung tâm HSTC-BVBM 01/01/2022 đến 30/06/2023. Trong đó, có 6 BN trong tiêu chuẩn loại ra khỏi nghiên cứu, 91 BN được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là $44,7 \pm 17,7$, thấp nhất là 15 và cao nhất là 84 tuổi, nam giới chiếm 49%. Tiền sử bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 20,9%. Chẩn đoán lúc nhập viện nhiều nhất là viêm cơ tim (42,9%) và ARDS (19,8%). Có 29,8% bệnh nhân ngưng tim trước ECMO, APACHE II là $21,27 \pm 10,86$ điểm, SOFA là $9,03 \pm 3,33$ điểm. Lactat $7,4 \pm 4,5$, Bệnh nhân có sốc trước ECMO 95,6% với VIS $127,16 \pm 112,34$. Phương thức VA-ECMO chiếm 81,3%, VV- ECMO 18,7%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ tổn thương thận cấp

	AKI		Không AKI		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
V-V ECMO	14	77,8	4	22,2	0,59
V-A ECMO	56	76,7	17	23,3	
Chung	70	76,9	21	27,5	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân V-VECMO và V-AECMO có tỷ lệ tổn thương thận cấp như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong quá trình ECMO, có 70 bệnh nhân TTTC và 21 không TTTC. So sánh đặc điểm bệnh nhân TTTC và không TTTC trong quá trình ECMO.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh nhân được ECMO

Đặc điểm của bệnh nhân	AKI	Không AKI	p
Tuổi (Trung vị) (25 th -75 th)	38,0 (29-56)	32 (27-45)	0,968
Giới tính (nam), n (%)	38 (57,6%)	11 (44%)	0,246
Chẩn đoán			
Viêm cơ tim, n (%)	30 (77,0%)	9 (23,0%)	0,01
ARDS, n (%)	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0,049
Nhồi máu cơ tim, n (%)	14 (74%)	5 (26%)	0,064
Sốc phản vệ, n (%)	3 (50%)	3 (50%)	1,0
Đặc điểm trước ECMO			
Lactate máu (mmol/L) (Trung vị) (25 th -75 th)	8,40 (4,10-11,30)	4,00 (2,05-7,20)	0,008

Điểm SOFA (Trung vị) (25 th -75 th)	10,00 (7,00-13,00)	7,00 (5,50-8,00)	<0,001
Điểm APACHE II (Trung vị) (25 th -75 th)	14,00 (9,50-16,50)	21,00 (13,50-34,50)	<0,001
Điểm VIS (Trung vị) (25 th -75 th)	90,0 (40,0-220,0)	90,0 (30,0-170,0)	0,686
MAP (mmHg) (Trung vị) (25 th -75 th)	50,0 (0,0-71,0)	60,0 (53,0-70,0)	0,001
P/F (Trung vị) (25 th -75 th)	181,0 (77,50-275,5)	191 (95,0-321)	0,309
EF (%) (Trung vị) (25 th -75 th)	39,0 (22,5-37,5)	37,0 (29,0-53,5)	0,364
Ngừng tuần hoàn, n (%)	25 (89,3%)	3 (10,7%)	<0,001
Đặc điểm về ECMO			
Phương thức ECMO			
V-A ECMO, n (%)	53 (71,6%)	21 (28,4%)	<0,001
V-V ECMO, n (%)	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0,049
Thời gian ECMO (ngày) (Trung vị) (25 th -75 th)	8,0 (5,0-14,5)	7,0 (5,5-9,5)	0,195
Tốc độ bơm (100 vòng/phút) (Trung vị) (25 th -75 th)	2,300 (20,00-25,00)	23,00 (21,00-26,00)	0,352
Biến chứng ECMO			
Xuất huyết quan trọng, n (%)	22 (73,3%)	8 (26,7%)	0,016
Nhiễm khuẩn, n (%)	42 (85,7%)	7 (14,3%)	<0,001
Số HC truyền (350 mL) (Trung vị) (25 th -75 th)	7,0 (4,0-10,0)	4,0 (3,0-7,0)	0,295
Khối tiểu cầu truyền (TCM 120 ml) (Trung vị) (25 th -75 th)	9,0 (4,0-14,0)	6,0 (4,0-9,0)	0,049

Nhận xét: Nguyên nhân bệnh lý do viêm cơ tim, ARDS. Tăng lactate máu, điểm SOFA, điểm APACHE II, MAP, P/F, EF, ngừng tuần hoàn trước ECMO, Phương thức ECMO, xuất huyết quan trọng, nhiễm khuẩn, khối tiểu cầu được truyền trong quá trình ECMO có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có TTTC và không có TTTC, với giá trị $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị

Tổn thương thận cấp	Sống		Tử vong		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tổn thương thận cấp	24	36,4	42	73,6	1,87 (1,23-2,83)
Không tổn thương thận cấp	17	68,0	8	32,0	
Tổng	41	45,1	50	54,9	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong chung nhóm nghiên cứu ECMO là 54,9%. Tổn thương thận cấp là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân điều trị ECMO 1,87 lần (KTC 95% 1,23-2,83).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm HSTC Bệnh viện Bạch Mai, trên 91 bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật ECMO từ 01/01/2022 đến 30/06/2023. Tuổi trung bình $44,7 \pm 17,7$ (15-84), nhóm 18-30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5%. Nam giới chiếm 53,8%. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý 37,3%, trong đó bệnh lý tim mạch với tỷ lệ cao nhất 20,9%. Chẩn đoán lúc nhập viện nhiều nhất là viêm cơ tim (42,9%) và ARDS (19,8%). Có 29,8% bệnh nhân ngưng tim trước khi thực hiện ECMO, APACHE II là $21,3 \pm 10,80$ điểm, SOFA là $9,0 \pm 3,33$, lactat máu $7,4 \pm 4,5$, Bệnh nhân có sốc trước ECMO 95,6% với VIS $127,16 \pm 112,34$. Phương thức V-A ECMO chiếm 81,3%, V-V ECMO 18,7%.

Về tỷ lệ tổn thương thận cấp. Tỷ lệ TTTC ở bệnh nhân ECMO là 76,9%, trong đó nhóm VA ECMO là 76,5% và nhóm VV ECMO là 77,0%, tỷ lệ bệnh nhân TTTC ở hai nhóm là như nhau. Kết

quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác ở Việt Nam cũng như trên thế giới (tỷ lệ tổn thương thận cấp ở BN ECMO là 53-87%). Kết quả nghiên cứu của Trần Thế Anh (2021) bệnh nhân Hồi sức tích cực là 34,3%,³ nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (2016) ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là 45,5%.⁴ Như vậy, tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ECMO cao hơn so với các nhóm bệnh nhân khác. Điều này có thể lý giải vì nguyên nhân bệnh dẫn đến chỉ định ECMO cũng chính là sinh lý bệnh học của TTTC, ở đây là giảm trầm trọng tưới máu và cung cấp oxy cho thận dẫn đến tổn thương thận cấp.

Đặc điểm tổn thương thận cấp. Tổn thương thận cấp là một biến chứng rất thường gặp ở bệnh nhân được ECMO. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TTTC trong quá trình ECMO lên đến 76,9%. So sánh giữa nhóm tổn thương thận cấp và không tổn thương thận cấp chúng tôi nhận thấy: một số yếu tố như nguyên nhân bệnh lý do viêm cơ tim, ARDS. Tình trạng lactate máu, điểm SOFA, điểm APACHE II, MAP, P/F, EF, ngừng tuần hoàn trước ECMO, Phương thức ECMO, xuất huyết quan trọng, nhiễm

khuẩn, khối tiểu cầu được truyền trong quá trình ECMO là những các yếu tố nguy cơ liên quan có đến TTTC.

Nguyên nhân bệnh lý. Các yếu tố bệnh nguyên có cơ chế sinh lý bệnh liên quan đến giảm cung lượng tim, giảm tưới máu mô (Viêm cơ tim, ngừng tuần hoàn), giảm cung cấp oxy trầm trọng (ARDS) cũng làm giảm tưới máu và cung cấp oxy cho thận, làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp.

Lactate máu, huyết áp trung bình, EF trước khi thực hiện ECMO. Tăng lactate máu phản ánh mức độ giảm oxy mô và tổn thương cơ quan. Mức lactate máu tăng cao trước khi thực hiện kỹ thuật ECMO cho chúng ta thấy mức giảm oxy mô càng nặng. Vì vậy TTTC khó có thể tránh khỏi. Sử dụng vận mạch liều cao trước khi thực hiện ECMO, nhằm đạt được huyết áp mục tiêu trong hồi sức có thể dẫn đến TTTC do cơ mạch quá mức. Nhưng trong mô hình tiên lượng TTTC của chúng tôi, vận mạch không được chọn là yếu tố tiên lượng TTTC trong quá trình ECMO mà yếu tố quan trọng hơn đó là duy trì MAP, sức bóp cơ tim cho bệnh nhân có huyết áp trung bình thấp, EF thấp, không duy trì được tưới máu mô thỏa đáng. Điều này nhấn mạnh rằng muốn giảm TTTC trong quá trình ECMO, thì trước khi thực hiện ECMO cố gắng đảm bảo tưới máu và cung cấp oxy mô, minh chứng là giảm được lactate máu, duy trì MAP quan trọng hơn là dựa vào liều vận mạch sử dụng để đạt được huyết áp như mong muốn.

Điểm SOFA, Điểm APACHE II. Hai thang điểm này để đánh giá tình trạng nặng của bệnh nhân, điểm SOFA và APACHE II càng cao báo hiệu tình trạng bệnh nhân càng nặng, do đó nguy cơ tổn thương thận cấp tăng lên là dễ hiểu.

Xuất huyết quan trọng, số tiểu cầu được truyền, nhiễm khuẩn trong quá trình ECMO. Bệnh nhân có tình trạng xuất huyết nặng, giảm lượng Hemoglobin nhanh trong thời gian ngắn khi mà cơ chế bù trừ của cơ thể chưa bù đắp được làm giảm khả năng vận chuyển và trao đổi oxy cho mô, thúc đẩy dẫn đến TTTC.

Giảm tiểu cầu phản ánh tình trạng tiêu thụ các yếu tố đông máu do chảy máu, DIC, tan máu... tạo ra các chất trung gian, có thể gây hại cho thận gây ra tổn thương thận cấp.

Nhiễm khuẩn và tình trạng đáp ứng viêm hệ thống, việc sử dụng nhiều kháng sinh gây độc cho thận, đây là yếu tố làm tăng nặng TTTC cho bệnh nhân.

CRRT ở bệnh nhân ECMO. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định điều trị RRT chiếm tỷ lệ cao

với 59,3%, kết quả nghiên cứu cũng tương tự như của các tác giả Phạm Chí Thành với 48,9%, tác giả Charat Thongprayoon là 44,9%.^{1,5}

Kết quả điều trị. Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân được điều trị bằng ECMO là 54,9%, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có tổn thương thận cấp là 73,6% và ở bệnh nhân không có tổn thương thận cấp là 32,0%. Tổn thương thận cấp là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân điều trị ECMO 1,87 lần (KTC 95% 1,23-2,83). Bệnh nhân TTTC cần RRT có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân không TTTC với OR là 1,90 (KTC 95% 1,23-2,92).

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới, Lee và cộng sự tỷ lệ tử vong là 51,6%, Chang và cộng sự 54,9%, Antonucci và cộng sự 53%, Tsai và cộng sự 55,7%.^{6,7}

Nghiên cứu của tác giả Phạm Thế Thạch trên 30 bệnh nhân ARDS nặng được hỗ trợ ECMO, tỷ lệ tử vong là 56,67%.⁸ Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tử vong cao hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Chí Thành với tỷ lệ tử vong là 36,2%.⁵

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm tổn thương thận cấp

- Tỷ lệ tổn thương thận cấp là 76,9%, tổn thương thận cấp có RRT là 54,9%

- Tỷ lệ TTTC trước khi thực hiện kỹ thuật ECMO, sau khi thực hiện ECMO lần lượt là 52,7% và 24,1%.

- ECMO là yếu tố nguy cơ làm tăng nặng tiến triển tổn thương thận cấp.

- Yếu tố nguy cơ liên quan đến TTTC là: nguyên nhân viêm cơ tim, ARDS, tăng lactate máu, điểm SOFA, điểm APACHE II, MAP, P/F, EF, ngừng tuần hoàn trước ECMO, phương thức ECMO, xuất huyết quan trọng, nhiễm khuẩn, khối tiểu cầu được truyền trong quá trình ECMO.

Kết quả điều trị

- Tỷ lệ tử vong chung ở bệnh nhân được điều trị bằng ECMO là 54,9%, tỷ lệ tử vong nhóm có tổn thương thận cấp là 73,6% và ở bệnh nhân không có tổn thương thận cấp là 32,0%.

- Tổn thương thận cấp là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân điều trị ECMO 1,87 lần (KTC 95% 1,23-2,83).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thongprayoon C, Cheungpasitporn W, Lertjitbanjong P, et al.** Incidence and Impact of Acute Kidney Injury in Patients Receiving Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2019;8(7):981. doi:10.3390/jcm8070981

2. **Kielstein J. T, Heiden A. M, Beutel G, et al.** Renal function and survival in 200 patients undergoing ECMO therapy. *Nephrol Dial Transpl.* 2013;28:86-90.
3. **Nguyễn TA, Tô HD.** Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi Sức Tích Cực và Chống Độc. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;508(1). doi:10.51298/vmj.v508i1.1478
4. **Đặng TX, Nguyễn GB.** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;514(1). doi:10.51298/vmj.v514i1.2575
5. **Phạm Chí Thành.** Khảo Sát Tổn Thương Thận Cấp và Một Số Yếu Tố Liên Quan ở Bệnh Nhân Oxy Hóa Máu qua Màng Ngoài Cơ Thể. Luận văn bác sĩ nội trú chuyên ngành hồi sức cấp cứu. Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
6. **Lee SW, Yu M yeon, Lee H, et al.** Risk factors for acute kidney injury and in-hospital mortality in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. *PloS One.* 2015;10(10):e0140674.
7. **Chang X., Guo Z, Xu L, et al.** Acute kidney injury in patients receiving ECMO: Risk factors and outcomes". *International Journal of Clinical and Experimental Medicine.* Int J Clin Exp Med. 2017;10:16663-16669.
8. **Phạm Thế Thạch.** Đánh giá hiệu quả điều trị hỗ trợ oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ở bệnh nhân sốc phản vệ nặng. *Hội Hồi Sức Chống Độc Việt Nam.* Published online September 8, 2020;http://vnacemc.org.vn/tai-lieu-hoi-thao.

THỰC TRẠNG LỆCH LẠC KHỚP CĂN CỦA HỌC SINH Ở MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THANH PHỐ THANH HÓA

Lê Nguyễn Anh Minh¹, Trần Tuấn Anh², Nguyễn Thị Thu Phương¹,
Nguyễn Trọng Hiếu¹, Nguyễn Đức Hoàng¹, Phạm Minh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng lệch lạc khớp cắn của các em học sinh ở một số trường Trung học cơ sở tại Thành phố Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 em học sinh tuổi từ 12 - 15 tuổi tại trường Trung học cơ sở Quang Trung và trường Trung học cơ sở Trần Mai Ninh – thành phố Thanh Hóa. **Kết quả:** Phân loại khớp cắn theo Angle qua 300 đối tượng nghiên cứu cho thấy: CL 0 11,7%, CL I 50,7%, CL II 24%, CL III 13,7%. Phân loại khớp cắn không có liên quan thống kê với tuổi và giới tính. Thiếu khoảng mức độ ít từ 5-10mm chiếm 74% ở hàm trên, 68,7% ở hàm dưới. Thiếu khoảng mức độ nhiều trên 10mm chiếm 4% ở hàm trên và 3,7% ở hàm dưới. Có 7% thừa khoảng ở hàm trên, 13,3% ở hàm dưới. **Kết luận:** Đa số trường hợp nghiên cứu có lệch lạc khớp cắn. Phân loại khớp cắn theo Angle không có liên quan thống kê tới tuổi – giới, trong đó lệch lạc khớp cắn loại I chiếm tỉ lệ cao nhất. Hầu hết trường hợp có thiếu khoảng đều ở mức độ ít từ 5-10mm.

Từ khóa: lệch lạc khớp cắn, chênh lệch khoảng

SUMMARY

MALOCCLUSIONS IN SECONDARY STUDENTS AT THANH HOA CITY

Objectives: Describe the condition of malocclusion of students in some secondary schools in Thanh Hoa city. **Subjects and methods:** Cross-

sectional study of 300 subjects in two secondary schools from 12 to 15 years old (75 students in each age) in Thanh Hoa city. **Results:** According to Angle's classification of occlusion: Angle0 11.7%, Angle1 50.7%, Angle 2 24%, Angle 3 13.7%. The classification of occlusion has no statistical relationship with age and gender. A lack of space of 5-10mm accounts for 74% in the upper jaw and 68.7% in the lower jaw. A lack of space of more than 10mm accounts for 4% in the upper jaw and 3.7% in the lower jaw. There is an excess of space in 7% of the upper jaw and 13.3% of the lower jaw. **Conclusions:** Most of the cases studied had malocclusion. The Angle classification of occlusion had no statistical relation to age and gender, with the degree 1 being the most common. Most cases had a lack of space of 5-10mm in both jaws. **Keywords:** malocclusion, tooth-arch length discrepancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng lệch lạc khớp cắn ở trẻ em Việt Nam và trên thế giới chiếm tỷ lệ khá cao. Theo nghiên cứu của Đồng Khắc Thẩm tỷ lệ sai lệch khớp cắn ở lứa tuổi 17-27 tại Việt Nam là 83,2%¹. Lệch lạc khớp cắn không chỉ ảnh hưởng tới tâm lý, chức năng, thẩm mỹ mà còn tạo điều kiện cho các bệnh răng miệng khác phát triển. Phát hiện sớm và phòng ngừa các tình trạng sai lệch khớp cắn rất có ý nghĩa với cộng đồng nhất là với lứa tuổi học sinh. Tại Việt Nam hiện nay, các nghiên cứu về thực trạng lệch lạc khớp cắn mới chỉ được thực hiện tại một số thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh... Thành phố Thanh Hóa là một trong những thành phố trực thuộc tỉnh lớn nhất Việt Nam, có tỷ lệ đô thị hóa hàng đầu của cả nước. Đi kèm với sự phát triển

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Becamex Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Anh Minh

Email: leanhminh2405@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

đó, nhu cầu điều trị và cải thiện về sức khỏe và thẩm mỹ ở lĩnh vực Răng hàm mặt nói chung và chuyên ngành nắn chỉnh răng nói riêng của người dân, đặc biệt là các em học sinh gia tăng đáng kể. Tuy nhiên chưa có nhiều số liệu thống kê về thực trạng khớp cắn ở nhóm bệnh nhân học sinh này, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mong muốn thu thập được số liệu về thực trạng lệch lạc khớp cắn của các em học sinh ở một số trường trung học cơ sở tại Thành phố Thanh Hóa để từ đó có thể xây dựng chính sách và phương hướng phát triển cho chuyên ngành nắn chỉnh răng ở địa phương trong tương lai gần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 300 em học sinh tại 2 trường Trung học cơ sở Trần Mai Ninh và Quang Trung thuộc phường Ba Đình, thành phố Thanh Hóa.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Các em học sinh từ 12 -15 tuổi
- + Mọc đầy đủ các răng vĩnh viễn.
- + Các răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn không bị sâu răng phá hủy mặt nhai hoặc có sâu răng nhưng đã được trám phục hồi tốt.
- + Chưa điều trị nắn chỉnh răng và các phẫu thuật tạo hình khác, chưa phục hình răng giả.
- + Không mắc các bệnh ảnh hưởng đến sự phát triển của răng, cung hàm và mặt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Học sinh không có đủ các tiêu chuẩn lựa chọn kể trên.
- + Mẫu hàm: những mẫu hàm có một trong những vấn đề: mẫu có bọt ở các răng, mẫu vỡ

hỏng, răng vỡ, mẫu hàm các răng không rõ ràng.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 300 em học sinh trung học cơ sở tại thành phố Thanh Hóa.

- Cách chọn mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng trên danh sách học sinh nhà trường. Số lượng mẫu cụ thể theo bảng dưới đây:

	Trường	Trần Mai Ninh	Quang Trung
Khối			
Lớp 6		37	38
Lớp 7		38	37
Lớp 8		37	38
Lớp 9		38	37
Tổng		150	150

Thu thập số liệu. Chuẩn bị nhân lực, huấn luyện nhân lực về nội dung và phương pháp nghiên cứu, chuẩn bị vật liệu nghiên cứu. Lập danh sách đối tượng nghiên cứu, khám loại trừ cho đến khi chọn đủ 300 em đạt tiêu chuẩn. Tiến hành lấy dấu Alginate và dấu sáp cắn ở lồng mũi tối đa, tiến hành chụp ảnh trong và ngoài miệng. Tiến hành đổ mẫu, đo đặc số liệu trên mẫu và đánh giá trên ảnh

Phân tích mẫu: xác định các chỉ số theo phiếu nghiên cứu.

Các chỉ số là: phân loại khớp cắn theo Angle, độ thừa thiếu khoảng của hàm trên và hàm dưới.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh các giá trị trung bình sử dụng thuật toán Anova test và sử dụng kiểm định Kruskal-wallis.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

Giới	Tuổi								Tổng	
	12		13		14		15			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	44	58,7	31	41,3	34	45,3	46	61,3	155	51,7
Nữ	31	41,3	44	58,7	41	54,7	29	38,7	145	48,3
Tổng	75	25	75	25	75	25	75	25	300	100.0

Nhận xét: Trong 300 học sinh nghiên cứu, có 75 em học sinh ở mỗi độ tuổi. Trong đó, giới tính nam ở độ tuổi 15 chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), giới tính nữ ở độ tuổi 13 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%). Mẫu nghiên cứu được thu

thập trên độ tuổi từ 12 đến 15 do đây là giai đoạn dậy thì của phần lớn các em học sinh nên có những thay đổi về thể chất, tâm sinh lý cũng như bộ răng ở cả nam và nữ.

Bảng 2: Phân bố các loại khớp cắn theo tuổi

Khớp cắn	Tuổi	KC 0		KC I		KC II		KC III		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		12	13	14	12	13	14	12	13	14	12	
	12	7	9,3	35	46,7	23	30,7	10	13,3	75	100	> 0,05
	13	8	10,7	44	58,7	14	18,7	9	12	75	100	
	14	8	10,7	37	49,3	16	21,3	14	18,7	75	100	

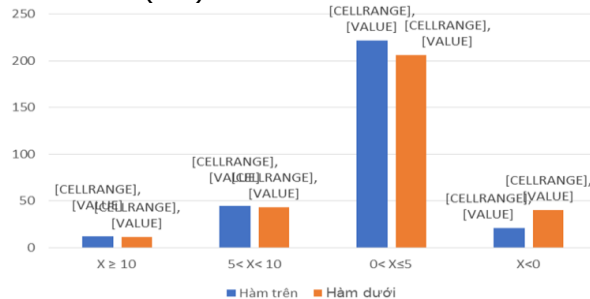
	15	12	16,0	36	48,0	19	25,3	8	10,7	75	100	
	Tổng	35	11,7	152	50,7	72	24	41	13,7	300	100	

Nhận xét: Phân bố các loại sai khớp cắn theo Angle có sự đồng nhất giữa các nhóm tuổi với tỷ lệ giảm dần theo thứ tự: Hạng I > Hạng II > Hạng III, Tỷ lệ có khớp cắn trung tính cao nhất nằm ở nhóm tuổi 15 với 16%

Bảng 3: Phân bố các loại sai khớp cắn theo giới

Khớp cắn		KC 0		KC I		KC II		KC III		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	15	5,0	73	24,3	46	15,3	21	7,0	155	51,7	> 0,05
	Nữ	20	6,7	79	26,3	26	8,7	20	6,7	145	48,3	
	Tổng	35	11,7	152	50,7	72	24,0	41	13,7	300	100	

Nhận xét: Phân bố các loại sai khớp cắn theo Angle có sự đồng nhất giữa 2 giới với tỷ lệ giảm dần theo thứ tự: Hạng I > Hạng II > Hạng III, Tỷ lệ có khớp cắn trung tính ở nữ (6,7%) cao hơn ở nam (5%).



Biểu đồ 1: Mức độ chênh lệch khoảng giữa hàm trên và hàm dưới

Nhận xét: Mức độ thiếu khoảng trong khoảng từ 0 đến 5 mm chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 74,0% ở hàm trên và 68,7% ở hàm dưới. Hàm dưới có tỷ lệ thừa khoảng (13,3%) lớn hơn hàm trên (7,0%)

IV. BÀN LUẬN

Trong 300 học sinh tham gia nghiên cứu chúng tôi lựa chọn số lượng 75 cho mỗi độ tuổi từ 12 đến 15. Trong đó giới tính nam ở độ tuổi 15 chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), giới tính nữ ở độ tuổi 13 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%).

Mẫu nghiên cứu được thu thập trên học sinh trong độ tuổi 12-15 do giai đoạn này là giai đoạn dậy thì của đa số các em, khi phần lớn những học sinh trong độ tuổi này bắt đầu có những thay đổi về thể chất và tâm sinh lý ở cả nam và nữ, cũng như trên bộ răng. Theo nghiên cứu của Flieger và cs thì đây là giai đoạn rất thích hợp để bắt đầu việc thăm khám và điều trị chỉnh hình toàn diện cho hầu hết các trường hợp lâm sàng.

Qua bảng 2 cho thấy tỷ lệ khớp cắn theo phân loại của Angle là: KC0: 11,7%, KC1: 50,7%, KC2: 24%, KC3: 13,7%. Sự phân bố sai khớp cắn theo giới cũng như tuổi là không có sự khác biệt với $p > 0.05$. Kết quả này không có

hiều khác biệt nếu so với kết quả nghiên cứu của Đồng Khắc Thắm¹ tỷ lệ sai khớp cắn người Việt là 83.2% và của Lê Bích Nga (2004)² tại Hải Phòng tỷ lệ sai khớp cắn 87% trên 100 học sinh lứa tuổi 13-14. So sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới như: Số liệu thống kê toàn cầu năm 2020 cho thấy tỷ lệ sai khớp cắn là lớn nhất tại châu Phi với 81%, ở châu Á con số này tính trung bình là 48%³ với số lượng lớn nhất thuộc về sai khớp cắn Angle 1, chiếm tỷ lệ 49,68%. Nhìn chung số liệu thống kê trong nghiên cứu này của chúng tôi phản ánh một tỷ lệ lớn có sai khớp cắn ở quần thể nghiên cứu, tuy nhiên sai khớp lại chủ yếu tập trung ở mức độ nhẹ. Việc đánh giá cụ thể tình trạng khớp cắn ở cộng đồng cả về số lượng và chất lượng (mức độ sai lệch khớp) là rất quan trọng giúp có cái nhìn chính xác phục vụ cho việc triển khai các chính sách liên quan sức khỏe răng hàm mặt cho phù hợp với địa phương.

Trong 300 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấy độ thiếu khoảng tập trung ở mức độ thiếu khoảng ít gặp cả hàm trên và hàm dưới: Hàm trên có 222 em/300 em, hàm dưới có 202 em/300em. Kết quả này cao hơn một nghiên cứu tương tự của tác giả Đồng Thị Mai Hương với cùng cỡ mẫu 300 nhưng đối tượng ở độ tuổi lớn hơn. Nghiên cứu của tác giả này tiến hành trên các em sinh viên Hải Phòng cho thấy ở mức độ thiếu khoảng ít, hàm trên có 165 em/300 em, hàm dưới có 182 em/300 em⁴. Thiếu khoảng thể hiện trên lâm sàng là răng mọc chen chúc nhau và răng mọc kẹt gây thiếu chỗ lớn ở hàm trên và hàm dưới. Một tỷ lệ nhỏ thừa khoảng với 7% cho hàm trên và 13,3% cho hàm dưới.

Ngoài nguyên nhân do di truyền (mất tương xứng giữa răng và hàm: răng to, hàm nhỏ) trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 trường hợp có răng mọc kẹt và một số trường hợp chen chúc do răng thừa.

Tỷ lệ thiếu khoảng trung bình ($5 < x < 10$): hàm trên 15%, hàm dưới 14,3% tỷ lệ này cao

hơn tỷ lệ thiếu khoảng mức độ lớn ($>10\text{mm}$) nhưng điều trị đơn giản hơn. Điều trị không cần nhổ răng có thể dùng ốc nong để nong rộng hàm tạo chỗ trên cung hàm và nắn chỉnh lại răng. Tuy nhiên cần được phát hiện sớm và dùng hàm có ốc nong trước tuổi dậy thì thì mới có đạt quả cao.

Khấp khểnh răng thường gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức năng và vệ sinh răng miệng không sạch hết được thức ăn, mảng bám nên dễ gây viêm lợi, sâu răng. Chính vì vậy cần được phát hiện sớm để có hướng điều trị kịp thời giúp cải thiện hàm răng, giữ cho răng luôn khỏe mạnh và thẩm mỹ. Tỷ lệ thiếu khoảng ít ($0 < x \leq 5$) có những răng xoay, thay đổi vị trí ít có thể điều trị bằng cắt kẽ răng hoặc nong rộng cung răng bằng dây cung tạo đủ chỗ sắp xếp đều các răng phụ thuộc vào độ nghiêng của răng đối với xương hàm.

Tỷ lệ thừa khoảng ($x < 0$) chiếm tỉ lệ thấp. Lâm sàng biểu hiện có các khe hở giữa các răng, có thể do sự bất đồng bộ giữa kích thước răng và hàm từ khi sinh ra: răng quá nhỏ so với cung hàm. Ngoài ra, một số nguyên nhân khác gây ra khe hở là thiếu răng bẩm sinh (ví dụ như thiếu răng cửa hàm dưới, thiếu răng nanh, răng hàm nhỏ), khe thừa giữa răng cửa do răng thừa, phan môi bám cao. Những trường hợp này cần

được can thiệp bằng phương pháp nắn chỉnh trước khi phục hình, tạo hình răng và phục hình răng khi hàm răng đã hoàn thiện. Việc phát hiện và loại bỏ sớm răng thừa, phan môi bám cao là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Đa số trường hợp nghiên cứu có lệch lạc khớp cắn. Phân loại khớp cắn theo Angle không có liên quan thống kê tới tuổi – giới, trong đó mức độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất. Hầu hết trường hợp có thiếu khoảng đều ở mức độ ít từ 5-10mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Khắc Thẩm, Hoàng Tử Hùng** (2000). Khảo sát tình trạng khớp cắn người Việt trong độ tuổi 17-27. Trường đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
2. **Lê Bích Nga** (2004). Nhận xét tình trạng bất thường răng mặt của học sinh từ 12 – 15 tuổi trường THCS Trần Phú – Hải Phòng. Đại học Y Hà Nội.
3. **G. Lombardo, F. Vena, P. Negri. et al.** (2020), "Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis". Eur J Paediatr Dent, 21(2), pp. 115-122.
4. **Đồng Thị Mai Hương** (2012). Nghiên cứu tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên trường Đại học Y Hải Phòng. Đại học Y Hà Nội.

CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÁNG CẮT TINH HOÀN ĐƯỢC HÓA TRỊ THEO PHÁC ĐỒ DOCETAXEL – PREDNISOLONE

Đỗ Anh Tú¹, Dương Thị Lệ²

TÓM TẮT

Tác dụng không mong muốn của phác đồ docetaxel phối hợp prednisone chủ yếu được báo cáo là giảm bạch cầu (10%), nôn (32%), tiêu chảy (12%). Các độc tính thuốc có thể dung nạp được. **Mục tiêu:** Đánh giá các tác dụng không mong muốn của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn được điều trị bằng phác đồ Docetaxel-Prednisolone. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích cắt ngang tác dụng không mong muốn của việc điều trị hóa chất ở 31 bệnh nhân CRPC. **Kết quả nghiên cứu:** Trên hệ tạo huyết, độc tính thường gặp

nhất là thiếu máu (61,3% bệnh nhân) và giảm bạch cầu (38,7%), tuy nhiên, chủ yếu độc tính gặp ở mức độ 1-2, tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 3,2% và có thể kiểm soát được. Độc tính trên gan (29%) và thận (22,6%) gặp ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Hóa trị bằng docetaxel – prednisolone là phác đồ an toàn và có hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn. **Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, Tác dụng không mong muốn, Kháng cắt tinh hoàn.

SUMMARY

SIDE EFFECTS OF DOCETAXEL - PREDNISOLONE REGIMEN ON PATIENTS WITH ORCHIECTOMY-RESISTANT PROSTATE CANCER

Background: The main reported adverse effects of the docetaxel plus prednisone regimen were leukopenia (10%), vomiting (32%), and diarrhea (12%). Drug toxicity is tolerable. **Objective:** To evaluate the side effects of castration-resistant prostate cancer patients treated with Docetaxel-

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

Prednisolone regimen. **Research subjects and methods:** Cross-sectional analysis of adverse effects of chemotherapy in 31 CRPC patients. **Results:** On the hematopoietic system, the most common toxicities are anemia (61.3% of patients) and leukopenia (38.7%), however, toxicities are mainly seen at level 1-2, the rate of grade 3-4 leukopenia is 3.2% and can be controlled. Hepatotoxicity (29%) and kidney (22.6%) were mild. **Conclusion:** Chemotherapy with docetaxel –prednisolone is a safe and effective regimen in the treatment of castration-resistant prostate cancer. **Keywords:** Prostatic cancer, Side effect, orchiectomy-resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTL) là ung thư thường gặp thứ hai ở nam giới. Nghiên cứu gần đây ở những bệnh nhân UTTL kháng cắt tinh hoàn đã dẫn đến sự ra đời của nhiều thuốc giúp cải thiện sống thêm toàn bộ trong các thử nghiệm pha III. Các nghiên cứu đa trung tâm lớn đã chỉ ra docetaxel là thuốc hoá trị đầu tiên cho thấy lợi ích sống thêm, với kết quả của thử nghiệm TAX 327 cho thấy trung vị sống thêm toàn bộ 18.9 tháng ở các bệnh nhân điều trị docetaxel mỗi 3 tuần so với 16.5 tháng ở nhánh điều trị mitoxantrone [1]. Tác dụng không mong muốn của phác đồ docetaxel phối hợp prednisone chủ yếu được báo cáo là giảm bạch cầu (10%), nôn (32%), tiêu chảy (12%). Khi có di căn xương, bệnh nhân được dùng kết hợp zoledronic acid 4mg mỗi 3 tuần và calcium D. Từ các kết quả trên, tác giả đưa ra kết luận: Phác đồ docetaxel phối hợp prednisone chu kỳ mỗi 3 tuần, 10-12 chu kỳ, nếu bệnh không tiến triển và các độc tính thuốc có thể dung nạp được, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân [2].

Tại bệnh viện K, điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn bằng phác đồ docetaxel – prednisolone đã được áp dụng từ lâu. Tuy nhiên, độc tính của phác đồ trong điều trị UTTL kháng cắt tinh hoàn chưa được nghiên cứu nhiều nên chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá các tác dụng không mong muốn của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn được điều trị bằng phác đồ Docetaxel-Prednisolone.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 31 bệnh nhân UTTL giai đoạn kháng cắt tinh hoàn được điều trị hoá chất phác đồ Docetaxel - Prednisone tại Bệnh viện K.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, đã được điều trị ADT. Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn kháng cắt tinh hoàn theo EAU 2015.

- Bệnh nhân đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán CRPC.

- BN được điều trị phác đồ Docetaxel - Prednisolone (ít nhất 3 chu kỳ), chưa dùng các phương pháp điều trị nào cho giai đoạn kháng cắt tinh hoàn trước đó (Abiraterone, Enzalutamide, Radium 223, Taxane khác).

- PS 0-1.

- Còn lưu trữ đủ thông tin nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.

- BN có các bệnh mạn tính nặng khác, có chống chỉ định dùng nhóm Taxane.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Đánh giá độc tính và một số tác dụng không mong muốn. Các độc tính của điều trị được đánh giá dựa theo tiêu chuẩn CTCEA phiên bản 5.0. Phân độ theo mức độ nặng của mỗi độc tính từ độ 1 – 5 là: nhẹ, trung bình, nặng, đe dọa tính mạng và tử vong liên quan đến tác dụng phụ. Không phải mỗi độc tính đều có đủ cả 5 mức độ, một số tác dụng phụ có ít hơn 5 mức độ độc tính.

Đối với hệ tạo huyết: Bệnh nhân được xét nghiệm công thức máu trước mỗi chu kỳ điều trị, ghi nhận số lượng của các thành phần tế bào trong máu ngoại vi: huyết sắc tố (Hb), số lượng bạch cầu (BC), bạch cầu hạt (BCTT), số lượng tiểu cầu (TC). Ghi nhận nhiệt độ của những bệnh nhân có hạ bạch cầu hạt để đánh giá tình trạng sốt hạ bạch cầu.

Bảng 2.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Chỉ số	Đơn vị	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5
Bạch cầu	10 ³ /ml	3.0-LLN	2.0-2.9	1.0-1.9	< 1.0	
Bạch cầu hạt	10 ³ /ml	1.5-LLN	1.0-1.5	0.5-1	< 0.5	
Huyết sắc tố	gam/lít	10 – LLN	80-100	<80, có chỉ định truyền máu	Nguy hiểm tính mạng	Tử vong
Tiểu cầu	10 ³ /ml	75-LLN	50-74.9	25-49.9	< 25	

LLN: lower limit of normal (Giới hạn dưới của khoảng tham chiếu)

Đối với chức năng gan, thận và chuyển hóa: Bệnh nhân được kiểm tra xét nghiệm sinh hóa máu trước mỗi chu kỳ điều trị, ghi nhận các chỉ số giúp đánh giá chức năng thận gồm ure và creatinin máu, đánh giá chức năng gan gồm các transaminase (AST, ALT), bilirubin.

Bảng 2.2. Độ tính trên chức năng gan, thận và chuyển hóa

Độc tính	Đơn vị	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Creatinin	$\mu\text{mol/l}$	ULN- 1.5xULN	1.5-3.0xULN	3.1-6.0xULN	> 6xULN
Urê	mmol/l	ULN-2.5xULN	2.6-5xULN	5-10xULN	> 10xULN
Bilirubin	mmol/l	$\leq 1.5\text{xULN}$	1.5-3xULN	3-10xULN	> 10xULN
Transaminase	UI/ml	$\leq 3\text{xULN}$	3-5xULN	5-20xULN	> 20xULN

ULN: upper limit of normal (Giới hạn trên của khoảng tham chiếu)

Một số tác dụng không mong muốn khác: Bệnh nhân được hỏi tỉ mỉ về quá trình diễn biến sau truyền và được thăm khám cẩn thận trước mỗi đợt hóa chất để đánh giá các độc tính trên hệ tiêu hóa (nôn, tiêu chảy), trên da, thính lực, các phản ứng tiềm truyền (dị ứng, viêm tĩnh

mạch, thoát mạch), và các độc tính trên thần kinh (rối loạn tâm thần kinh, các rối loạn thần kinh ngoại vi). Ngoài ra còn một số độc tính khác như độc tính trên hệ tim mạch, thần kinh cơ sẽ được đánh giá tùy theo chỉ định lâm sàng.

Bảng 2.3. Phân độ một số tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5
Buồn nôn	Mất cảm giác ngon miệng, không làm thay đổi thói quen ăn uống	Ăn kém, không sút cân, không cần truyền dịch, không suy dinh dưỡng	Không đủ calo hoặc dịch vào, cần đặt sonde cho ăn hoặc cần nhập viện	-	-
Nôn	Không có chỉ định can thiệp	Có chỉ định can thiệp, truyền dịch ngoại trú	Đặt sonde nuôi ăn hoặc có chỉ định nhập viện	Đe dọa tính mạng	Tử vong
Tiêu chảy	Tăng <4 lần đi đại tiện	Tăng 4-6 lần đại tiện	Tăng >7 lần đại tiện, giới hạn hoạt động hằng ngày	Đe dọa tính mạng	Tử vong
Viêm niêm mạc miệng	Không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ	Đau trung bình hoặc có loét, không ảnh hưởng tới ăn uống	Đau nhiều, ảnh hưởng tới ăn uống	Đe dọa tính mạng	Tử vong
Mệt mỏi	Mệt mỏi nhẹ, giảm đi khi nghỉ	Mệt mỏi không giảm đi khi nghỉ, ảnh hưởng tới hoạt động bình thường	Mệt mỏi không giảm đi khi nghỉ, giới hạn hoạt động tự chăm sóc bản thân	-	-
Rụng tóc	Rụng <50% tóc	Rụng $\geq 50\%$ tóc	-	-	-
Chán ăn	Giảm ngon miệng, không thay đổi thói quen ăn uống	Ăn kém, nhưng không sút cân đáng kể hoặc suy dinh dưỡng	Sút cân đáng kể hoặc suy dinh dưỡng	Nguy hiểm tính mạng, cần can thiệp cấp cứu	Tử vong
Độc tính thần kinh ngoại vi	Không triệu chứng	Triệu chứng nhẹ, giới hạn hoạt động hằng ngày	Triệu chứng nặng, giới hạn hoạt động tự chăm sóc bản thân	Nguy hiểm tính mạng, cần can thiệp cấp cứu	
Dị ứng	Chưa có chỉ định can thiệp	Có chỉ định can thiệp bằng đường uống	Có thắt phế quản, có chỉ định nhập viện, can thiệp tĩnh mạch	Đe dọa tới tính mạng, có chỉ định cấp cứu	Tử vong

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

- Mô tả: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

- Dùng test χ^2 để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỉ lệ. Trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ hơn 5 thì dùng test χ^2 với hiệu

chỉnh Fisher, mức ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0.05$.

- Đối với biến định lượng: so sánh các giá trị trước và sau điều trị bằng test T ghép cặp, so sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm bằng T test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tác dụng không mong muốn của phác đồ trên huyết học

Bảng 3.1: Tác dụng không mong muốn trên Hemoglobin (%)

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	12	38,7
Độ 1	12	38,7
Độ 2	5	16,1
Độ 3	2	6,5
Độ 4	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Tỷ lệ giảm huyết sắc tố gặp ở 61,3% bệnh nhân. Tuy vậy, chủ yếu là giảm huyết sắc tố độ 1-2. Có 2 bệnh nhân giảm huyết sắc tố độ 3 đòi hỏi phải truyền máu do khối u tuyến tiền liệt gây tiểu máu nhiều.

Bảng 3.2: Tỷ lệ giảm bạch cầu, bạch cầu hạt (%)

Mức độ	Bạch cầu		Bạch cầu trung tính	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	19	61,3	24	77,4
Độ 1	7	22,6	4	12,9
Độ 2	4	12,9	2	6,5
Độ 3	0	0	0	0
Độ 4	1	3,2	1	3,2
Tổng	31	100	31	100

Nhận xét: Tần xuất chung giảm bạch cầu là 38,7% và tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính là 22,6%. Giảm bạch cầu và giảm bạch cầu trung tính chủ yếu gặp ở độ 1-2, lần lượt là 35,5% và 19,4%. Có 1 bệnh nhân hạ bạch cầu độ 4. Không bệnh nhân nào hạ bạch cầu có biến chứng sốt.

Bảng 3.3: Tỷ lệ giảm tiểu cầu

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	30	96,8
Độ 1	0	0
Độ 2	1	3,2
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân giảm tiểu cầu độ 2 chiếm tỷ lệ 3,2%; không có bệnh nhân nào giảm tiểu cầu mức độ 3 - 4.

Tác dụng không mong muốn của phác đồ trên sinh hóa

Bảng 3.4: Tác dụng không mong muốn trên gan thông qua chỉ số AST/ALT

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	22	71
Độ 1	9	29
Độ 2	0	0
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Tăng AST/ALT gặp ở 9 bệnh nhân, chiếm 29%. Tác dụng ngoại ý này chỉ gặp ở độ 1

Bảng 3.5: Tác dụng không mong muốn trên gan thông qua tăng bilirubin

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	30	96,8
Độ 1	1	3,2
Độ 2	0	0
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân tăng bilirubin độ 1, chiếm tỷ lệ 3,2%.

Bảng 3.6: Tác dụng không mong muốn trên thận qua sự tăng ure/creatinin

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0	24	77,4
Độ 1	4	12,9
Độ 2	3	9,7
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Tác dụng ngoại ý trên thận chỉ gặp ở độ 1 - 2, với tỷ lệ 22,6%

Tác dụng không mong muốn khác của phác đồ

Bảng 3.7: Tác dụng không mong muốn thường gặp khác

Tác dụng không mong muốn	Tỷ lệ tác dụng không mong muốn	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
Buồn nôn/nôn	11	35,5
Rụng tóc	19	61,3
Chán ăn	15	48,4
Viêm niêm mạc	1	3,2
Mệt mỏi	16	51,6
Độc tính thần kinh ngoại vi	5	16,1
Độc tính trên da	0	0
Phản ứng quá mẫn	0	0

Nhận xét: Các tác dụng ngoại ý thường gặp nhất là mệt mỏi, rụng tóc, buồn nôn và chán ăn. Độc tính thần kinh ngoại vi biểu hiện bằng tê bì gặp ở 16,1% và chỉ gặp ở độ 1.

IV. BÀN LUẬN

Độc tính trên huyết học, đặc biệt là giảm bạch cầu trung tính và sốt giảm bạch cầu luôn là mối quan tâm với các phác đồ hóa trị sử dụng docetaxel. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng ngoại ý thường gặp nhất ở các bệnh nhân điều trị Docetaxel- prednisolone trên hệ tạo huyết cũng là thiếu máu và giảm bạch cầu. Tuy nhiên, các tác dụng ngoại ý chủ yếu gặp ở độ 1-

2. Tỉ lệ độc tính mức độ 3-4 tương đối thấp.

Trong tất cả các chu kỳ hóa chất, tỉ lệ các bệnh nhân không giảm huyết sắc tố chiếm 38,7% bệnh nhân, độc tính làm giảm huyết sắc tố của phác đồ hóa chất chiếm 61,3% trong đó độc tính làm giảm huyết sắc tố độ 1 và độ 2 là chủ yếu, chiếm 54,8%, độc tính độ 3 đòi hỏi phải truyền máu ở 6,5%. Không có trường hợp nào bị giảm huyết sắc tố độ 4. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong một số báo cáo khác. Lee và CS báo cáo tỉ lệ giảm huyết sắc tố mọi mức độ ở 39% bệnh nhân thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy, các bệnh nhân thiếu máu trong nghiên cứu này hầu hết là thiếu máu mức độ nhẹ [3].

Hạ bạch cầu là một trong những độc tính nguy hiểm của hóa chất, có thể gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng và biến chứng, trong nhiều trường hợp có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Vì vậy đây luôn là lưu tâm hàng đầu về độc tính hóa chất của bác sỹ lâm sàng, nhất là trong các phác đồ có sử dụng docetaxel. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân không gặp biến chứng hạ bạch cầu chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,3%, hạ bạch cầu độ 1- 2 ở 35,5% bệnh nhân và chỉ có 1 bệnh nhân hạ bạch cầu mức độ 4, không kèm theo biến chứng sốt hạ bạch cầu. Tương tự, tỉ lệ không hạ bạch cầu trung tính chiếm tỉ lệ 77,4%. Hạ bạch cầu trung tính độ 1-2 chiếm 19,4% và chỉ 3,2% có hạ bạch cầu độ 4. Một số nghiên cứu báo cáo tỉ lệ hạ bạch cầu và bạch cầu trung tính cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Lee và CS báo cáo tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính ở 24% bệnh nhân điều trị docetaxel [3]. Trong thử nghiệm TAX 327, tỉ lệ hạ bạch cầu mức độ 3-4 chiếm 32% với 3% các bệnh nhân có biến chứng sốt hạ bạch cầu. Sự khác biệt về tỉ lệ độc tính trên hạ bạch cầu có thể do toàn trạng chung của bệnh nhân, số chu kỳ hoá chất cũng như cường độ liều hóa chất khởi đầu điều trị. Trong thử nghiệm TAX 327, ghi nhận có 13% các bệnh nhân có toàn trạng KPS <70% và số chu kỳ hoá chất trung vị là 9,5 chu kỳ. Trong khi đó, các bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là toàn trạng tốt với ECOG 1 chiếm 67,7% và số chu kỳ hoá chất trung bình mà các bệnh nhân nhận được là 7,4 chu kỳ. Bên cạnh đó, nhiều tác giả nước ngoài ưu tiên dùng liều 100% ngay từ khi bắt đầu điều trị. Tuy nhiên, do khó khăn trong theo dõi tác dụng ngoại ý của điều trị, nhất là hạ bạch cầu và sốt hạ bạch cầu, bệnh nhân tuổi cao nhiều bệnh phối hợp phải sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau và chức năng các cơ quan trong cơ thể, trong thực hành lâm

sàng tại Việt Nam, các bác sỹ lâm sàng cũng có thể dùng liều khởi đầu không phải là liều tuyệt đối 100% để thăm dò đáp ứng và sự dung nạp thuốc của từng bệnh nhân, và tăng liều lên trong chu kỳ kế tiếp. Bên cạnh đó, yếu tố chủng tộc cũng có thể đóng vai trò trong mối liên quan giữa liều và sự dung nạp điều trị. Naito và CS sử dụng liều docetaxel 70 mg/m² mỗi 3 tuần trong điều trị các bệnh nhân Nhật Bản và liều này được coi là phù hợp hơn với bệnh nhân Nhật Bản dựa trên nghiên cứu của họ về liều dung nạp tối ưu docetaxel [4].

Độc tính trên dòng tiểu cầu gây ra bởi hóa chất là thấp, không hạ tiểu cầu chiếm 96,8% các trường hợp, hạ tiểu cầu (độ 2) chỉ gặp ở 1 bệnh nhân, chiếm 3,2%. Một số nghiên cứu khác cũng báo cáo tỉ lệ giảm tiểu cầu tương tự nghiên cứu của chúng tôi [1], [5].

Với nhiều bệnh ung thư, hóa trị liệu gây độc tế bào toàn thân cho ung thư tiến triển thường được sử dụng không quá 6 chu kỳ do lo ngại về độc tính. Docetaxel được chuyển hóa chủ yếu ở gan và có khả năng gây tổn thương tế bào gan và thậm chí gây hoại tử tế bào gan tối cấp nghiêm trọng [6]. Nồng độ men gan (AST và ALT) tăng cao cho thấy mức độ nghiêm trọng của tổn thương tế bào gan. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ các tác dụng ngoại ý trên gan của chúng tôi tương đối thấp.

Một số tác dụng ngoại ý khác thường gặp với docetaxel bao gồm rụng tóc (61,2%), mệt mỏi (51,6%), chán ăn (48,4%), buồn nôn thoáng qua (35,5%) và tê bì độ 1 (16,1%). Rụng tóc gây ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân thường gặp ở nữ giới. Tuy nhiên, các bệnh nhân UTTL là nam giới và mức độ rụng tóc ở những bệnh nhân này cũng ở mức độ nhẹ và không gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và tâm lý. Nôn / buồn nôn chịu ảnh hưởng nhiều yếu tố trong đó có yếu tố khách quan và chủ quan của bệnh nhân. Thông thường khi sử dụng các thuốc chống nôn 5HT₃ bệnh nhân đáp ứng tốt. Tỉ lệ các độc tính trên cũng như độc tính thần kinh ngoại biên của nhiều nghiên cứu cao hơn của chúng tôi [1], [7]. Tannock và CS báo cáo tỉ lệ các tác dụng phụ như rụng tóc, mệt mỏi, buồn nôn và bệnh lý thần kinh ngoại biên lần lượt ở 65%, 53%, 42% và 30%, trong đó có 5% bệnh nhân có mệt mỏi mức độ 3-4 [1]. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do thực tế lâm sàng các bác sỹ thường ít chú ý và ghi nhận độc tính này trên bệnh nhân vì hầu hết các độc tính đều gặp ở mức độ nhẹ và ít gây ảnh hưởng, người bệnh ít chú ý và để bỏ qua những triệu chứng này.

V. KẾT LUẬN

- Trên hệ tạo huyết, độc tính thường gặp nhất là thiếu máu (61,3% bệnh nhân) và giảm bạch cầu (38,7%), tuy nhiên, chủ yếu độc tính gặp ở mức độ 1-2, tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 3,2% và có thể kiểm soát được.

- Độc tính trên gan (29%) và thận (22.6%) gặp ở mức độ nhẹ.

- Các độc tính khác như mệt mỏi, rụng tóc, buồn nôn và chán ăn thường gặp nhưng chủ yếu ở mức độ nhẹ, và thoáng qua.

Như vậy, docetaxel –prednisolone là phác đồ an toàn và có hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. I. F. Tannock, et al., Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. N Engl J Med, 2004. 351(15): p. 1502-12.
2. Bùi Văn Kiệt, Trần Minh Anh Thư, Nguyễn Mạnh Tiên và CS., Đánh giá hiệu quả phác đồ

Docetaxel + Prednisolon trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2014. 18.

3. L. Lee, et al., Efficacy and safety of docetaxel plus prednisolone chemotherapy for metastatic hormone-refractory prostate adenocarcinoma: single institutional study in Korea. Cancer Res Treat, 2010. 42(1): p. 12-7.
4. S. Naito, et al., Docetaxel plus prednisolone for the treatment of metastatic hormone-refractory prostate cancer: a multicenter Phase II trial in Japan. Jpn J Clin Oncol, 2008. 38(5): p. 365-72.
5. I. C. Cho, et al., Treatment outcome of docetaxel plus prednisolone for metastatic castration-resistant prostate cancer in Korea. J Cancer Res Ther, 2014. 10(2): p. 251-7.
6. E. Tomassini, et al., Fulminant hepatocellular necrosis following administration of docetaxel. Presse Med, 2001. 30(13): p. 634.
7. D. P. Petrylak, et al., Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. N Engl J Med, 2004. 351(15): p. 1513-20.

ĐÁNH GIÁ CỘNG HƯỞNG TỪ LƯỢNG THAM SỐ TRƯỚC SINH THIẾT KẾT HỢP VỚI KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TỶ TRỌNG VÙNG CHUYỂN TIẾP TRONG VIỆC PHÁT HIỆN VÀ LOẠI TRỪ UNG THƯ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT ĐIỂM GLEASON 7-10

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá giá trị tiên đoán khi kết hợp cộng hưởng từ lượng tham số và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) trong việc phát hiện và loại trừ ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt có điểm Gleason từ 7-10, từ đó có chiến lược sinh thiết tốt nhất, cân bằng giữa rủi ro và lợi ích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đánh giá 60 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng (PSA cao hoặc bất thường khi thăm trực tràng) từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CHT lượng tham số (chuỗi xung T2W và chuỗi xung khuếch tán), sau đó là sinh thiết hệ thống và sinh thiết đích lần đầu các ổ tổn thương nghi ngờ ở vùng chuyển tiếp trên CHT. Các điểm số CHT lượng tham số và ngưỡng PSAdTZ khác nhau được sử dụng để đánh giá tỷ lệ phát hiện ung thư Gleason 7-10 và tỷ lệ tránh được sinh thiết khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Ung thư vùng chuyển tiếp được phát hiện ở

27/60 (chiếm 45%) trong đó có 20/60 ung thư điểm Gleason 7-10 (chiếm 33%), còn 33/60 tổn thương không phải ung thư (chiếm 55%). Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, thể tích vùng chuyển tiếp TTL, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) lần lượt là 66 tuổi (62-70), 30.7 cc (17.2-40), 17.3 ng/ml (11.1-39.3) và 0.74 ng/ml/cc (0.27- 2.1). Với điểm số CHT lượng tham số ≤ 3 , có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lượng tham số ≤ 3 và PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, chỉ còn 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 nhưng hạn chế sinh thiết được 16 BN không phải ung thư (chỉ còn 8 BN sinh thiết quá mức). Với điểm số CHT lượng tham số ≥ 4 , có 33 BN trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lượng tham số ≥ 4 và PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1 ung thư loại này) nhưng chỉ còn 4 BN không phải ung thư (giảm được 5 trường hợp sinh thiết quá mức). Như vậy, PSAdTZ đã ảnh hưởng đáng kể đến các giá trị tiên đoán của CHT lượng tham số trong việc phát hiện và loại trừ ung thư điểm Gleason 7-10. Điều này làm giảm 64% số BN sinh thiết không cần thiết (21/33) trong khi chỉ bỏ sót 5% (1/20) tổn thương ung thư điểm Gleason 7-10. **Kết luận:** Kết hợp CHT

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhaug@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

lượng tham số với PSAdTZ cải thiện độ chính xác chẩn đoán và giá trị tiên đoán để phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp điểm Gleason 7–10 ở BN sinh thiết lần đầu. Kết hợp kết quả CHT lượng tham số với ngưỡng PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc là chiến lược chọn lọc BN sinh thiết tốt nhất, cân bằng giữa rủi ro và lợi ích một cách hiệu quả. **Từ khóa:** ung thư vùng chuyển tiếp, cộng hưởng từ lượng tham số, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt vùng chuyển tiếp

SUMMARY

PRE-BIOPSY BI-PARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE ASSESSMENT COMBINED WITH PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN DENSITY OF TRANSITION IN THE DETECTION AND EXCLUSION OF GLEASON 7–10 TRANSITION ZONE PROSTATE CANCER

Purpose: To evaluate the diagnostic accuracy, predictive value and the best biopsy strategy combining bi-parametric magnetic resonance and prostate specific antigen density of transition zone (PSAdTZ) in detecting and excluding transition zone prostate cancer Gleason score of 7–10. **Material and methods:** Evaluation of 60 biopsied male patients with clinical suspicion of prostate cancer (high PSA or abnormal digital rectal) from February 2019 to May 2022. All patients underwent bi-parametric MRI (T2W and diffusion sequences), followed by systemic and targeted biopsies of suspected lesions in the prostate transition zone on MRI. Different bi-parametric MRI scores and PSAdTZ thresholds were evaluated using cancer Gleason score 7–10 detection rates, predictive value, and biopsy avoidance rates. **Results:** Transition zone prostate cancer was detected in 27/60 (accounting for 45%) of which 20/60 had Gleason score 7–10 (33%), and 33/60 lesions were non-cancerous (accounting for 55%). The median (interquartile range) for age, prostate transition volume, total PSA, transition zone PSA (PSAdTZ) were 66 years (62–70), 30.7 cc (17.2–40), 17.3 ng/ml (11.1–39.3) and 0.74 ng/ml/cc (0.27–2.1). With a bi-parametric MRI score ≤ 3 , there were 27 patients, including 2 patients with Gleason score 7–10, and 24 patients without cancer (excess biopsies). Combining the bi-parametric MRI score ≤ 3 and PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, there were only 10 patients in which 2 cancer with Gleason score of 7–10 but limited biopsies to 16 non-cancerous patients (only 8 patients with excessive biopsies). With a bi-parametric MRI score ≥ 4 , there were 33 patients, including 18 lesions with Gleason score 7–10 and 9 lesions with non-cancerous (excess biopsies). Combining the bi-parametric MRI score ≥ 4 and PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, there are 23 lesion including 17 lesions with Gleason score 7–10 (missing 1 cancer of this score) but only 4 lesions without cancer (reducing 5 cases of excessive biopsies). Thus, PSAdTZ significantly influenced the predictive values of bi-parametric MRI in the detection and exclusion of Gleason score of 7–10 transition zone prostate cancer. This reduces the number of men with unnecessary biopsies by 64% (21/33) while only missing 5% (1/20) men with a Gleason score of 7–10. **Conclusions:** The combination of bpMRI with PSAdTZ

improves diagnostic accuracy and predictive value for cancer Gleason score of 7–10 detection rates in biopsy-naïve male patients. Combining bi-parametric MRI results with PSAdTZ threshold > 0.6 ng/ml/cc was the best biopsy selection strategy in our study, effectively balancing risks and benefits.

Keywords: transition zone prostate cancer, bi-parametric magnetic resonance, transition zone prostate specific antigen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) đa tham số trước sinh thiết đã trở thành công cụ chẩn đoán thay thế sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng để phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng một cách không xâm lấn, tránh sinh thiết quá mức^{1,2}. Tuy nhiên, CHT có thể bỏ sót các ung thư có điểm Gleason 7 cho tới 28% trường hợp³. Do đó, cần thiết phải bổ sung các yếu tố dự báo khác cho CHT đa tham số.

Đo kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tỷ trọng (PSAd) (PSA/thể tích TTL) có thể cung cấp một yếu tố dự báo như vậy^{4,5} và đặc biệt khi nó được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp TTL (PSAdTZ) (PSA/thể tích vùng chuyển tiếp TTL). Chỉ số này nếu sử dụng một mình có hạn chế khi đưa ra quyết định sinh thiết, nhưng khi kết hợp với kết quả CHT đa tham số sẽ cải thiện đáng kể tỷ lệ phát hiện ung thư TTL.

Vì CHT đa tham số tốn thời gian và chi phí cao do tiêm thuốc đối quang từ, nên đã có những nghiên cứu chụp CHT lượng tham số đơn giản hơn, nhanh hơn, sử dụng ít chuỗi xung chụp hơn và không tiêm đối quang tĩnh mạch nhằm giảm thời gian và chi phí chụp⁶. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá xem việc kết hợp CHT lượng tham số với PSAdTZ có thể cải thiện hay không giá trị tiên đoán trong việc phát hiện và loại trừ ung thư vùng chuyển tiếp TTL điểm Gleason 7–10 ở BN nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng. Từ đó xác định chiến lược sinh thiết tốt nhất và tỷ lệ BN có thể tránh sinh thiết tuyến tiền liệt một cách an toàn dựa trên điểm số CHT lượng tham số và ngưỡng PSAdTZ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Chọn lựa bệnh nhân:** Bao gồm các bệnh nhân nam nghi ngờ trên lâm sàng ung thư TTL (PSA cao và/hoặc bất thường thăm trực tràng) tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Các tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân là sinh thiết TTL trước đó, tổn thương nghi ngờ không nằm ở vùng chuyển tiếp TTL, nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc viêm tuyến tiền liệt cấp tính, chống chỉ định chung đối với chụp CHT, phẫu thuật thay khớp háng trước đó hoặc cấy

ghép kim loại khác ở vùng xương chậu.

- **Chụp CHT và sinh thiết:** CHT lưỡng tham số TTL được thực hiện trên máy CHT 1.5 T (Siemens Healthineer, Đức) với cuộn thu tín hiệu tiểu khung. Kết quả CHT lưỡng tham số được đánh giá và cho điểm theo thang điểm năm bởi một chuyên gia có ≥ 10 năm kinh nghiệm đọc CHT TTL. Điểm CHT được chia thành 2 nhóm: độ nghi ngờ thấp- trung bình (điểm ≤ 3) và độ nghi ngờ cao (điểm ≥ 4). Tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết hệ thống từ 10-12 lõi sau đó sinh thiết đích ổ tổn thương nghi ngờ và được thực hiện bởi một bác sĩ chuyên sinh thiết TTL. Các mảnh sinh thiết được đánh dấu và đặt trong khay riêng để phân tích mô bệnh học.

- **Đánh giá mô bệnh học:** Tất cả các mẫu sinh thiết đã được đọc bởi cùng một bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm về mô bệnh học TTL. Đối với mỗi lõi sinh thiết dương tính với ung thư TTL, vị trí mảnh sinh thiết, điểm Gleason được ghi nhận. Kết quả mô bệnh học của các mẫu sinh thiết được phân tầng làm ba nhóm cấp độ: lành tính, ung thư điểm Gleason 6 (độ ác tính thấp), ung thư điểm Gleason 7-10 (độ ác tính cao).

Bảng 1: Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ) và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) theo kết quả mô bệnh học

	Lành tính (n=33)		Ung thư GS 6 (n=7)		Ung thư GS 7-10 (n=20)	
Tuổi	67	61.5-70.5	63	58-67	66	62.25-70.5
PSA (ng/ml)	15.2	9.2-32.5	15.4	10.4-20	38.1	14.9-57.9
VTZ (cc)	45.1	21-63.7	31.9	26.3-43.4	18	12.2-25.4
PSAdTZ (ng/ml/cc)	0.37	0.16-1.1	0.41	0.21-0.98	2.2	1.1-3.9

Bảng 2: So sánh giữa tuổi, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp giữa các phân tầng kết quả mô bệnh học được trình bày trong bảng 2

Giá trị p	Giữa lành tính với ung thư GS 6	Giữa ung thư GS 6 với ung thư GS 7-10	Giữa lành tính với ung thư GS 7-10
Tuổi	0.58	0.3	0.49
PSA (ng/ml)	0.13	0.001	0.01
VTZ (cc)	0.07	0.025	<0.001
PSAdTZ (ng/ml/cc)	0.36	<0.001	0.001

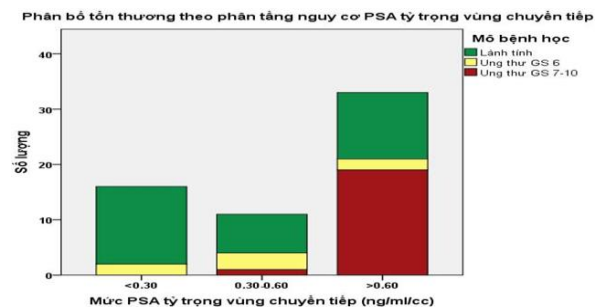
Nhận xét: Ngoại trừ tuổi, các giá trị khác như PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp có sự khác biệt có ý nghĩa giữa ung thư điểm Gleason 7-10 với nhóm lành tính cũng như nhóm ung thư điểm Gleason 6.

- **Xử lý số liệu:** Các đặc điểm của bệnh nhân được phân tầng bằng kết quả sinh thiết và được đánh giá bằng thống kê mô tả. Thể tích vùng chuyển tiếp TTL được đo bằng công thức: $V = (\text{chiều rộng} \times \text{chiều cao} \times \text{chiều dài} \times 0.52)$. PSAdTZ được xác định bằng PSA toàn phần/thể tích vùng chuyển tiếp và được chia thành 3 nhóm: PSAdTZ <0.30, 0.30-0.6 và > 0.60 ng/ml/cc. Giá trị tiên đoán của điểm số CHT lưỡng tham số và PSAdTZ trong việc phát hiện và loại trừ ung thư TTL được tính toán theo các ngưỡng PSAdTZ khác nhau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

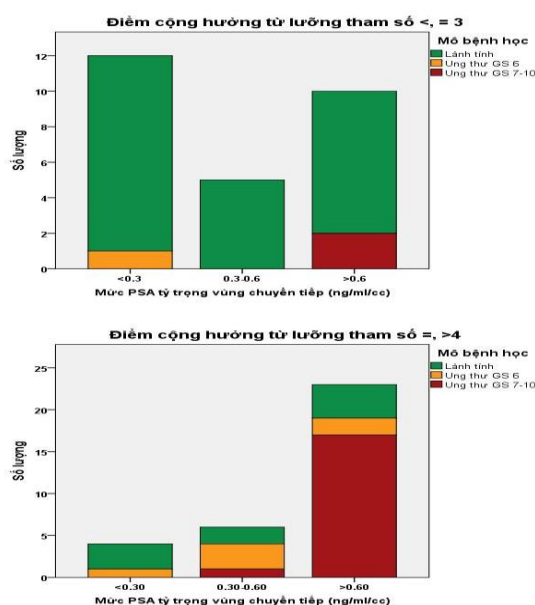
Trong thời gian từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022, có 60 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư TTL được xét nghiệm PSA, chụp CHT TTL, được sinh thiết TTL lần đầu dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng, có kết quả mô bệnh học của mẫu sinh thiết.

Ung thư vùng chuyển tiếp được phát hiện ở 27/60 (chiếm 45%) trong đó có 20/60 ung thư điểm Gleason 7-10 (chiếm 33 %), còn 33/60 lành tính (chiếm 55%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tổn thương lành tính, ung thư điểm Gleason 6, ung thư điểm Gleason 7-10 vùng chuyển tiếp theo từng ngưỡng PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp trên CHT lưỡng tham số được trình bày trong biểu đồ 1.

Ung thư vùng chuyển tiếp TTL được phát hiện ở 27/60 (chiếm 45%), còn 33/60 là tổn thương lành tính. Hầu hết các ung thư có điểm Gleason 7-10 (19/20, chiếm 95%) nằm trong ngưỡng PSAdTZ >0.60 ng/ml/cc.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ tổn thương lành tính, ung thư điểm Gleason 6, ung thư điểm Gleason 7-10 vùng chuyển tiếp theo từng ngưỡng PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp ở nhóm điểm nguy cơ thấp-trung bình (điểm ≤3) và cao (điểm ≥4) trên CHT lưỡng tham số

Nhận xét: Với điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3 (biểu đồ bên trái) có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không có ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≤3 và PSA_{DTZ} >0.6 ng/ml/cc, chỉ có 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 nhưng hạn chế sinh thiết được 16 BN không phải ung thư (chỉ còn 8 BN sinh thiết quá mức).

Với điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 (biểu đồ bên phải), có 33 BN trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 và PSA_{DTZ} >0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1 ung thư loại này) nhưng chỉ còn 4 BN không phải ung thư (giảm được 5 trường hợp sinh thiết quá mức).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư vùng chuyển tiếp TTL mặc dù chỉ chiếm 30% các ung thư của toàn bộ TTL nhưng gây ra nhiều khó khăn trong chẩn đoán do vùng chuyển tiếp khi phì đại sẽ tạo ra các nhân quá sản dễ nhầm lẫn với nhân ung thư⁷.

Trong ung thư TTL, nồng độ PSA toàn phần (PSA_T) thường tăng cao và tỷ lệ với thể tích khối ung thư⁸. Tuy nhiên, PSA toàn phần tăng cao

không chỉ đặc hiệu riêng với ung thư TTL. Nồng độ PSA_T tăng cũng gặp trong trường hợp tăng sản tuyến TL lành tính⁹.

Bệnh lý phì đại lành tính tuyến tiền liệt chỉ xảy ra ở vùng chuyển tiếp, vì vậy, một số nghiên cứu cho thấy PSA tỷ trọng khi được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp (PSA_{DTZ}) có giá trị vượt trội so với PSA_D trong việc phân biệt các trường hợp tăng sản tuyến lành tính với ung thư vùng chuyển tiếp TTL¹⁰.

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PSA_{DTZ} ảnh hưởng đáng kể đến việc phát hiện và loại trừ ung thư điểm Gleason 7-10. Ngoại trừ tuổi, các giá trị khác như PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp có sự khác biệt có ý nghĩa giữa ung thư điểm Gleason 7-10 với nhóm lành tính cũng như với nhóm ung thư điểm Gleason 6 ($p < 0.001$, bảng 1). Với điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3, có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không có ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≤3 và PSA_{DTZ} > 0.6 ng/ml/cc, chỉ có 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 chỉ còn 8 BN lành tính. Như vậy nếu kết hợp PSA_{DTZ} với CHT lưỡng tham số, chúng ta không bỏ sót trường hợp ung thư điểm Gleason 7-10 nào nhưng hạn chế được 16/24 (chiếm 67%) trường hợp sinh thiết quá mức. Hơn nữa, các bệnh nhân trong nhóm này có ngưỡng giá trị PSA_{DTZ} <0.6 ng/ml/cc có thể không phải sinh thiết vì không có trường hợp ung thư điểm Gleason 7-10 nào.

Có 33 bệnh nhân có điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN lành tính. Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 và PSA_{DTZ} ≥0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1/18 ung thư loại này, chiếm 5.6%) nhưng chỉ còn 4 BN lành tính. Như vậy, đã giảm được 5/9 trường hợp sinh thiết quá mức (chiếm 56%).

Việc bỏ sót 5.6 % ung thư TTL điểm Gleason từ 7-10 trên sinh thiết TTL trong khi giảm được 56% trường hợp sinh thiết quá mức là chiến lược cân bằng lợi ích- rủi ro có thể chấp nhận được. Trong một nghiên cứu trên 143 BN nam chưa từng sinh thiết đã trải qua chụp CHT lưỡng tham số, Rais-Bahrami và cộng sự¹¹ nhận thấy rằng sự kết hợp giữa dữ liệu CHT lưỡng tham số và PSA hoặc PSA_D đã cải thiện độ chính xác chẩn đoán của việc phát hiện ung thư TTL so với chỉ sử dụng một trong hai tham số. Những phát hiện này cũng được áp dụng cho ung thư TTL điểm

Gleason ≥ 7 . Các nghiên cứu gần đây cho thấy PSAđ ảnh hưởng đáng kể đến các giá trị tiên đoán của điểm nghi ngờ CHT đa tham số để phát hiện và loại trừ ung thư TTL có GS ≥ 7 . Nghiên cứu của Washino và cộng sự trên 288 BN nam chưa từng làm sinh thiết và không thấy ung thư GS ≥ 7 ở BN có kết quả CHT đa tham số ít điểm ≤ 3 và giá trị PSAđ < 0.15 ng/ml/cc, có đối chiếu với sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

CHT lưỡng tham số kết hợp với PSAđTZ cải thiện độ chính xác chẩn đoán và giá trị tiên đoán để phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp điểm Gleason 7-10 ở nam giới nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng và sinh thiết lần đầu. Hạn chế sinh thiết cho bệnh nhân có điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3 và PSAđTZ < 0.6 ng/ml/cc là chiến lược sinh thiết tốt nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, cân bằng giữa lợi ích và rủi ro một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed HU et al. Diagnostic accuracy of multiparametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 2017;389:815–22.
2. Thompson JE et al. The diagnostic performance of multiparametric magnetic resonance imaging to detect significant prostate cancer. *J Urol* 2016;195:1428–35.
3. Borofsky S, George AK, Gaur S, et al. What are we missing? False-negative cancers at multiparametric MR imaging of the prostate. *Radiology* 2018;286:186–95.
4. Nordström T et al. Prostate-specific antigen (PSA) density in the diagnostic algorithm of prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2018;21:57–63.
5. Jue JS et al. Re-examining prostate-specific antigen (PSA) density: defining the optimal PSA range and patients for using PSA density to predict prostate cancer using extended template biopsy. *Urology* 2017;105:123–8.
6. Rais-Bahrami S et al. Diagnostic value of biparametric magnetic resonance imaging (MRI) as an adjunct to prostate-specific antigen (PSA)-based detection of prostate cancer in men without prior biopsies. *BJU Int* 2015;115:381–8.
7. Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, Szabo A, Falcon S, Weigel J, et al. Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline. *Cancer Causes Control*. 2008;19:175–181.
8. Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS. Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204(3):W266–W272.
9. Nadler RB, Humphrey PA, Smith DS, Catalona WJ, Ratliff TL. Effect of inflammation and benign prostatic hyperplasia on elevated serum prostate specific antigen levels. *J Urol*. 1995;154(2 Pt 1):407–413.
10. Kang SH, Bae JH, Park HS, Yoon DK, Moon DG, Kim JJ, et al. Prostate-specific antigen adjusted for the transition zone volume as a second screening test: a prospective study of 248 cases. *Int J Urol*. 2006;13:910–914.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH

Ngô Anh Vinh¹, Trần Anh Pháp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 420 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn ở nhóm con của những mẹ có học vấn thấp so với con của mẹ có học vấn cao ($p < 0,05$), ở gia đình có trên 2

con so với con ở gia đình chỉ có từ 1-2 con ($p < 0,05$), ở gia đình nghèo và cận nghèo so với con của gia đình khá giả ($p < 0,05$). Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn ở nhóm trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu so với trẻ không được bú mẹ hoàn toàn ($p < 0,05$). Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn ở trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2500 gram so với trẻ có cân nặng khi sinh trên 2500 gram ($p < 0,05$), ở các bà mẹ tăng cân trong quá trình mang thai < 8 kg so với con của bà mẹ tăng cân trên 8kg ($p < 0,05$). Bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường của mẹ trong quá trình mang thai có ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng của con ($p < 0,05$). **Kết luận:** Yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi bao gồm: trình độ học vấn của mẹ, thu nhập của gia đình, số con trong gia đình, trẻ không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cân nặng khi sinh của trẻ dưới 2500g, mẹ tăng cân khi có thai dưới 8 kg, mẹ mắc các bệnh lý trong quá trình mang thai. **Từ khóa:** yếu tố liên quan, suy dinh dưỡng, dưới 5 tuổi

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Thành phố Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

SUMMARY**SOME FACTORS RELATED TO NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HA TINH CITY GENERAL HOSPITAL**

Objective: To investigate factors related to nutritional status in children under five years of age at Ha Tinh City General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 420 pediatric patients who visited for examination and treatment at Ha Tinh City General Hospital from January to August 2022. **Result:** There was a higher risk of malnutrition in children group of less-educated mothers compared to those of high-educated mothers ($p < 0.05$), from families having more than two kids compared to those from families having only one to two kids ($p < 0.05$), of poor and near-poor families compared to those of wealthy families ($p < 0.05$). There was a lower prevalence of malnutrition in children exclusively breastfed for the first 6 months compared to those who are not exclusively breastfed ($p < 0.05$). There was a higher prevalence of malnutrition in children with birth weight less than 2500 grams compared to those with over 2500 grams ($p < 0.05$), with mother's weight gain during pregnancy less than 8 kg compared to those with mother's weight gain over 8 kg ($p < 0.05$). Hypertension & diabetes in mothers could impact on child malnutrition ($p < 0.05$). **Conclusion:** Factors related to malnutrition in children under 5 years of age include: mother's education level, family income, number of children in the family, exclusively breastfeeding in the first 6 months, the child's birth weight which is less than 2500g, the mother's weight gain less than 8kg during pregnancy, mother's diseases during pregnancy. **Keywords:** related factors, malnutrition, under 5 years old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em là tình trạng phổ biến ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), toàn cầu có khoảng 6,9 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị tử vong trong đó suy dinh dưỡng đóng vai trò trực tiếp hoặc gián tiếp trong 35% số trẻ tử vong [1]. Số liệu thống kê của Bộ Y tế năm 2015 cũng cho thấy ở Việt Nam, tỷ lệ trẻ SDD dưới 5 tuổi thể nhẹ cân là 13,8%, thể thấp còi là 24,3% và cứ 7 trẻ dưới 5 tuổi thì có một trẻ bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và cứ 4 trẻ có một trẻ bị suy dinh dưỡng thể thấp còi [2].

Suy dinh dưỡng ở trẻ em từ 1 đến 5 tuổi ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ về sau. Mặc dù, SDD ít khi là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong, nhưng SDD được cho là yếu tố liên quan đến tử vong của trẻ em ở các nước đang phát triển [3], [4]. Trong những thập kỷ qua, Việt nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong việc phòng chống SDD cho trẻ em đặc biệt là SDD thấp còi tuy nhiên tỷ

lệ này vẫn còn cao so với ngưỡng phân loại của (WHO)[2], [3].

Hàng năm, Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh tiếp nhận khám và điều trị hàng ngàn bệnh nhân trẻ em. Tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có những đánh giá về tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi đến khám và điều trị. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh năm*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa chọn

- Tuổi của trẻ ≤ 60 tháng.
- Mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Mẹ không mắc các bệnh lý về tâm thần kinh và hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: áp dụng theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần thiết

p: Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng là 27,9% [5].

d: Sai số cho phép là 5%,

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (Với độ tin cậy 95%)

Dựa theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cần 326. Trên thực tế, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy cỡ mẫu là 420 bệnh nhân, đảm bảo tiêu chuẩn về chọn mẫu.

2.3. Kỹ thuật và công cụ nghiên cứu

- Phân loại dinh dưỡng: áp dụng theo phân loại mới của WHO [3].

+ Trên 3SD: béo phì

+ Trên 2 SD: thừa cân

+ Từ - 2SD Zscore trở lên: bình thường

+ Dưới - 2SD Zscore: suy dinh dưỡng

- Phỏng vấn mẹ về các chỉ số: nghề nghiệp - học vấn của mẹ, tăng cân của mẹ khi mang thai, số con trong gia đình, thu nhập gia đình, cân nặng lúc sinh của bệnh nhân, thời gian bú mẹ sau sinh, thời gian cai sữa, thời gian ăn dặm.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nhi - Bệnh viện đa khoa thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2022.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm thống kê SPSS 16. Số liệu được trình bày dưới dạng n, %. Các số liệu

trong nghiên cứu được trình bày dưới dạng n và %. Sử dụng test thống kê chi bình phương khi so sánh các tỷ lệ.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh và các thông tin của bệnh nhân được mã hoá và đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới tính, địa dư (n=420)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 12 tháng	129	30,7
	12 tháng-<2 tuổi	141	33,6
	2 tuổi – 5 tuổi	150	35,7
Giới tính	Nam	222	52,9
	Nữ	198	47,1

Khu vực	Nông thôn	273	65
	Thành thị	147	35
Tổng		420	100%

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 12-<24 tháng tuổi tham chiếm tỷ lệ cao nhất (33,6%). Về giới tính: nam nhiều hơn nữ (52,9% và 47,1%). Nhóm bệnh nhân ở khu vực nông thôn nhiều hơn ở thành thị (65% và 35%).

3.2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và một số yếu tố liên quan

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của nhóm nghiên cứu

Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	21	5%
Bình thường	387	92,1%
Thừa cân	9	2,1%
Béo phì	3	0,7%
Tổng	420	100%

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng chiếm 5%, trẻ thừa cân là 2,1% và béo phì là 0,7%.

Bảng 3. Trình độ học vấn của mẹ với tình trạng SDD của bệnh nhân

Học vấn	SDD		Bình thường		Thừa cân		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cấp 2, dưới cấp 2	18	37,5	30	63,5	0	0	48	100	<0,05
Cấp 3, trên cấp 3	3	1,4	357	96,0	15	4,0	372	100	
Nghề nghiệp									
Cán bộ	0	0	108	97,3	3	2,8	111	26,4	>0,05
Công nhân	3	11,1	21	77,8	3	11,1	27	100	
Nông dân	15	13,2	96	84,2	3	2,6	114	100	
Nội trợ và tự do	3	1,8	162	96,4	0	0	168	100	

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của con của bà mẹ có trình độ học vấn cấp 2 và dưới cấp 3 cao hơn so với con của bà mẹ có trình độ học vấn cấp 3 và trên cấp 3, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ thừa cân của con của bà mẹ làm cán bộ cao hơn của bà mẹ làm công nhân và nông dân tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Một số yếu tố gia đình với tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân

Đặc điểm	SDD		Bình thường		Thừa cân		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hộ nghèo	3	33,3	6	66,7	0	0	9	100	<0,05
Hộ cận nghèo	15	41,7	21	58,3	0	0	36	100	
Khá giả	3	0,8	360	96	9	2,4	375	100	
Gia đình có 1-2 con	3	0,9	312	95,4	9	2,8	327	100	<0,05
Gia đình có >2 con	18	19,4	75	80,6	0	0	93	100	

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của con của gia đình hộ nghèo, hộ cận nghèo và gia đình khá giả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của con của gia đình chỉ có 1-2 con thấp hơn gia đình có trên 2 con với sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa thời điểm bú mẹ, ăn dặm với tình trạng suy dinh dưỡng

Bú mẹ hoàn toàn	SDD		Bình thường		Thừa cân		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trong 6 tháng	9	2,2	381	94,8	9	2,2	402	100	<0,05
Dưới 6 tháng	12	66,7	6	33,3	0	0	18	100	
Tình trạng ăn dặm									
Chưa	0	0	6	100	0	0	6	100	>0,05
4-6 tháng	3	1,2	243	96,4	6	2,4	252	100	
Trên 6 tháng	18	11,1	138	85,2	3	1,9	162	100	

Nhận xét: Trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 2,2% thấp hơn so với trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (66,7%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trẻ ăn dặm thời điểm trên 6 tháng có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 11,1% cao hơn so với nhóm ăn dặm từ 4- 6 tháng (1,2%) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa bệnh lý của mẹ, tăng cân của mẹ trong quá trình mang thai, cân nặng lúc sinh của con với tình trạng suy dinh dưỡng của con

Cân nặng sinh (gram)	SDD		Không SDD		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
<2500	39	65	21	35	60	100	<0,05
Trên2500	15	4,1	351	95,9	366	100	
Tăng cân của mẹ trong quá trình mang thai							
< 8 kg	39	56,5	30	43,5	69	100	<0,05
Trên 8 kg	15	4,3	336	95,7	351	100	
Bệnh lý của mẹ lúc mang thai							
Không có bệnh lý	48	11,6	366	88,4	414	100	<0,05
Tăng huyết áp	3	100	0	0	3	100	
Đái tháo đường	3	100	0	0	3	100	

Nhận xét: Trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2500gram có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 65% cao hơn so với nhóm trẻ có cân nặng khi sinh trên 2500 (4,1%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Con của bà mẹ tăng cân trong quá trình mang thai < 8 kg có tỷ lệ bị suy dinh dưỡng là 56,5% cao hơn so với con của bà mẹ tăng cân > 8kg (4,4%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Con của bà mẹ mắc các bệnh lý tăng huyết áp với đái tháo đường trong quá trình mang thai có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 100% cao hơn so với con của các bà mẹ không mắc bệnh (11,6%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, con của những bà mẹ có học vấn thấp có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn mẹ có học vấn cao ($p < 0,05$). Trẻ có mẹ là công nhân hoặc nông dân có nguy cơ con suy dinh dưỡng cao hơn so với bà mẹ là cán bộ tùy nhiên mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3). Theo tác giả Phạm Văn Hùng, trình độ học vấn của bà mẹ là yếu tố rất quan trọng. Những bà mẹ có trình độ học vấn thấp thường bị hạn chế kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng cho con mình. Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hùng, những bà mẹ có trình độ học vấn dưới Trung học phổ thông thì con có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 4,86 lần những bà mẹ có trình độ học vấn từ Trung học phổ thông lên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, tác giả cũng cho rằng, nghề nghiệp của mẹ cũng ảnh hưởng đến dinh dưỡng của con mình [5]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thu cũng cho thấy trẻ có mẹ có học vấn từ Trung học cơ sở trở xuống

có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn ($p < 0,05$) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, con của gia đình nghèo và cận nghèo có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao hơn so với con của gia đình khá giả với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 4). Điều này cho thấy, điều kiện kinh tế gia đình cũng ảnh hưởng đến sự chăm sóc con và ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng của con. Trong nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thanh Tâm, tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ ở hộ kinh tế nghèo cao gấp đôi so với hộ kinh tế bình thường. Trẻ trong gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn, đặc biệt là dân tộc Kinh thì việc chăm sóc dinh dưỡng tốt hơn so với các dân tộc khác. Vì thế tác giả khuyến nghị cần tập trung ưu tiên cải thiện tình trạng dinh dưỡng đối với trẻ hộ nghèo, hộ cận nghèo; dân tộc thiểu số [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy nếu gia đình đông con thì nguy cơ con họ mắc suy dinh dưỡng tăng lên so với gia đình có dưới 2 con (Bảng 4). Tác giả Makanjana O và cộng sự cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho rằng những gia đình đông con thì có ảnh hưởng chặt chẽ với tình trạng suy dinh dưỡng của con mình. Tác giả cho rằng gia đình đông con thường sẽ có ít thời gian quan tâm chăm sóc con mình hơn [7].

Theo kết quả của chúng, trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn trẻ không được bú mẹ hoàn toàn ($p < 0,05$) (Bảng 5). Khi trẻ 6 tháng tuổi, do cơ thể phát triển nhanh nên nhu cầu sử dụng năng lượng tăng cao và chất dinh dưỡng trong sữa mẹ thời điểm này không còn cung cấp đủ năng lượng. Ngoài ra, hệ tiêu hóa của trẻ đã hoàn thiện và phù hợp với các loại thực phẩm khác ngoài sữa mẹ. Vì thế, việc cho trẻ ăn quá sớm

hay quá muộn đều ảnh hưởng tới đường tiêu hóa, từ đó ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng. Theo kết quả nghiên cứu Phạm Văn Hùng và cộng sự, trẻ không được ăn bổ sung khi tròn 6 tháng tuổi có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 3,28 lần so với trẻ được ăn bổ sung khi tròn 6 tháng tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cũng theo tác giả này, thời điểm cai sữa cũng là một yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ. Trẻ cai sữa dưới 18 tháng tuổi có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 3,62 lần so với trẻ được bú sữa mẹ đến ≥ 18 tháng [5]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thu cho thấy những trẻ trẻ cai sữa sớm hơn 18 tháng có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao hơn 1,9 lần [6]. Tổ chức Y tế thế giới cũng khuyến cáo, trẻ cần được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục bú mẹ cho đến khi trẻ được 18-24 tháng tuổi mới nên cai sữa. Khi trẻ không được bú mẹ đủ thời gian như trên thì đó sẽ là nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát triển toàn diện của trẻ, mà đầu tiên là suy dinh dưỡng [3].

Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi, trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2500 gram có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với trẻ có cân nặng khi sinh trên 2500 gram ($p < 0,05$). Con của bà mẹ tăng cân trong quá trình mang thai < 8 kg có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với con của bà mẹ tăng cân trên 8 kg ($p < 0,05$) (Bảng 6). Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho rằng con có cân nặng lúc sinh thấp thì có nguy cơ suy dinh dưỡng sau sinh cao hơn [6],[7],[8],[9]. Điều này cho thấy, cân nặng của trẻ khi sinh là một chỉ số dự báo về tình trạng dinh dưỡng của trẻ về sau. Tác giả Das JK cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho rằng cân nặng của mẹ lúc mang thai của tăng dưới 8 kg là yếu tố nguy cơ với SDD thấp còi của con [9]. Điều này cho thấy quá trình phát triển của bào thai chậm cũng là nguyên nhân dẫn đến tình trạng SDD thấp còi về sau. Vì thế, chế độ dinh dưỡng của bà mẹ trong quá trình mang thai ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển của thai nhi. Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, các bà mẹ mắc các bệnh lý trong quá trình mang thai như tăng huyết áp và đái tháo đường có ảnh hưởng đến tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi của con với sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Das JK và cộng sự cũng cho rằng, bà mẹ mắc các bệnh mạn tính trong thời kỳ mang thai không chỉ là yếu tố nguy cơ trong quá trình chuyển dạ mà còn có nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất, tinh thần của trẻ về sau trong đó có suy dinh dưỡng [9].

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá trên 420 bệnh nhân đến khám tại khoa Nhi - Bệnh viện Thành phố Hà Tĩnh, chúng tôi nhận thấy một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi bao gồm: trình độ học vấn của mẹ, thu nhập của gia đình, số con trong gia đình, trẻ không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cân nặng khi sinh của trẻ dưới 2500g, mẹ tăng cân khi có thai dưới 8 kg, mẹ mắc các bệnh lý trong quá trình mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2016). The global strategy for women's, children's and adolescent's health (2016–2030) survive, thrive, transform. Available from: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/global-strategy-data>.
2. **Viện Dinh dưỡng** (2015). "Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em" <http://www.nutrition.org.vn/news/vi/106/61/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx>.
3. **UNICEF, WHO, World Bank** (2020). Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 Edition of the Joint Child malnutrition estimates. Geneva: WHO, 24 (2), p. 1–16.
4. **Indiran Govender, Selvandran Rangiah, Ramprakash Kaswa, et al** (2020). Malnutrition in children under the age of 5 years in a primary health care setting. S Afr Fam Pract.; 63(1): 5337.
5. **Phạm Văn Hùng, Trần Hồng Trâm, Đoàn Hữu Thiển, Nguyễn Duy Thái** (2022). Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Chí Minh, Tứ Kỳ, Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam. 516 (2), 123-128.
6. **Phạm Thị Thu, Trương Tuyết Mai, Vũ Văn Thái** (2017). "Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em từ 36-59 tháng tuổi tại 2 xã huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh". Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm: 13(1).65-72.
7. **Makaniana O, Naicker A** (2021). Nutritional status of children 24–60 months attending early child development centres in a semi-rural community in South Africa. Int J Environ Res Public Health; 18(1):1–11.
8. **Phan Thị Thanh Tâm, Trần Thúy Nga, Trần Khánh Vân và cộng sự** (2020). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 24-71 tháng tại một số trường Mầm non huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 516 (1). 289-293.
9. **Zhang N, Ma G** (2018). Interpretation of WHO guideline: Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Glob Heal J. 2018;2(2):1–13.
10. **Das JK, Salam RA, Saeed M, Kazmi FA, Bhutta ZA** (2020). Effectiveness of interventions for managing acute malnutrition in children under five years of age in. Nutrients; 12(1):116.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VIÊM PHỔI COVID-19 TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ BỆNH

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Lê Thị Thuỳ Linh², Đoàn Tiến Lưu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) tổn thương phổi do COVID-19 và mối liên quan của chúng với các mức độ bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 160 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi xét nghiệm phản ứng chuỗi polimerase phiên mã ngược (RT-PCR) có đầy đủ các thông tin về bệnh sử trên bệnh án điện tử và được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID - 19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2023. **Kết quả:** Các tổn thương phổi COVID-19 điển hình bao gồm: kính mờ (98,1%), đông đặc (67,5%), giãn mạch (39,3%), lát đá (31,8%) và giãn phế quản (23,8%). Phân bố các tổn thương phổi COVID-19 thường ưu thế thùy dưới (77,5%), ngoại vi (67,5%) và phần thùy sau (40%) và ở hai bên (94,4%). Tổn thương ít gặp và không đặc hiệu cho COVID-19 bao gồm tràn dịch màng phổi (11,9%), tràn dịch màng tim (6,3%). Kính mờ thường xuất hiện không phụ thuộc vào mức độ bệnh ($p < 0,01$). Trong khi đó, đông đặc ($p < 0,01$), giãn mạch ($p = 0,033$), giãn phế quản ($p < 0,01$) xuất hiện tăng dần theo mức độ bệnh. Hình thái tròn thường gặp chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình ($p < 0,01$) còn ở các mức độ nặng hơn tổn thương có xu hướng lan toả dạng bản đồ ($p < 0,01$). **Kết luận:** Các đặc điểm hình ảnh tổn thương phổi COVID-19 là rất điển hình và có mối liên hệ mật thiết với mức độ bệnh, vì vậy việc đánh giá các tổn thương phổi và phân bố của chúng giúp làm tăng độ đặc hiệu chẩn đoán bệnh và mức độ bệnh.

Từ khóa: viêm phổi COVID-19, CLVT lồng ngực, RT-PCR, kính mờ, lát đá, giãn mạch.

SUMMARY

RESEARCHING IMAGING FEATURES IN COVID-19 PNEUMONIA OF CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY AND ITS CORRELATION WITH THE SEVERITY OF THE DISEASE

Purpose: To describe the imaging characteristics on computed tomography (CT) of lung lesions caused by COVID-19 and their relationship with disease severity. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study included 160 patients with a confirmed diagnosis of COVID-19 by RT-PCR, with complete medical history information on electronic

medical records and chest CT scans at the admission in COVID-19 department of Hanoi Medical University Hospital from September-2021 to January-2023.

Results: Typical COVID-19 lung lesions included ground-glass opacity (GGO - 98.1%), consolidation (67.5%), dilated vessels (39.3%), crazy-paving (31.8%) and bronchiectasis (23.8%). The distribution of COVID-19 lung lesions usually predominates in the lower lobe (77.5%), peripheral (67.5%) and posterior segment (40%) and bilateral (94.4%). Uncommon and non-specific lesions included pleural effusion (11.9%), pericardial effusion (6.3%). GGO often appear regardless of the severity of the disease ($p < 0.01$). Meanwhile, consolidation ($p < 0.01$), dilated vessels ($p = 0.033$) and bronchiectasis ($p < 0.01$) appeared to increase gradually with disease severity. The shape of opacification: round shape is dominant at mild and moderate severity ($p < 0.01$), while at more severe levels, the shape tends to be diffuse geographic configuration ($p < 0.01$). **Conclusion:** The imaging features of COVID-19 lung lesions are very typical and closely related to disease severity, so the assessment of lung lesions and their distribution contributes to increase the specificity of the diagnosis and disease severity.

Keywords: COVID-19 pneumonia, chest CT, RT-PCR, ground-glass opacity, crazy paving, dilated vessels.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi COVID-19 là bệnh viêm đường hô hấp cấp tính gây ra bởi chủng mới của virus corona (SARS-CoV-2), được công bố là đại dịch toàn cầu vào tháng 12/2019 (theo WHO¹). Mặc dù đã qua giai đoạn bùng phát ở thời kỳ đỉnh dịch, nhưng với sự biến đổi liên tục của các chủng mới của virus corona, bệnh đang và sẽ vẫn tồn tại trong cộng đồng vì thể COVID-19 vẫn cần được nghiên cứu và đào sâu để chúng ta vẫn thích nghi với việc sống chung với nó. Bên cạnh RT-PCR là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bệnh, các đặc điểm hình ảnh CLVT COVID-19 đóng vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh, đánh giá mức độ và giai đoạn để tiên lượng bệnh cũng như chẩn đoán phân biệt với các hình ảnh viêm phổi không đặc hiệu khác.

Đặc điểm hình ảnh COVID-19 có nhiều sự tương đồng giữa nhiều BN xét trong cùng nhóm mức độ bệnh và thời gian mắc bệnh. Vì vậy đã có không ít các công trình nghiên cứu về các hình ảnh CLVT đặc trưng của COVID-19 được thực hiện ở các quốc gia khác nhau^{2,3,4}. Ở Việt Nam, các nghiên cứu vẫn còn khá lẻ tẻ rời rạc và chủ yếu đánh giá nhanh trên XQ như nghiên cứu

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

của Trâm H.T.Đ và cộng sự hay Thăng N.V và cộng sự^{5,6}. Hơn nữa, sự đột biến gen gây xuất hiện liên tục các chủng virus corona mới cũng như yếu tố sắc tộc cũng có thể thay đổi các đặc điểm hình ảnh ở Việt Nam nói riêng. Do đó, mục đích của nghiên cứu này là để phân tích các đặc điểm hình ảnh đặc trưng trên CLVT viêm phổi COVID-19 và nhấn mạnh vào tần suất xuất hiện các đặc điểm này theo từng mức độ bệnh ở Việt Nam. Việc nhận diện các dạng tổn thương cũng như phân bố của chúng có thể được kết hợp với lâm sàng để đồng thời chẩn đoán bệnh và gợi ý tổn thương phổi thuộc mức độ nào, từ đó đưa ra lựa chọn điều trị kịp thời và phù hợp cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 160 BN được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi RT-PCR, được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (N = 160)

2.3. Kỹ thuật chụp. Tất cả BN đều được chụp CLVT lồng ngực không tiêm thuốc cản quang bởi máy CLVT đa dãy đầu thu (128 dãy) hiệu SCENARIA hãng Hitachi xuất xứ Nhật Bản với độ dày lát cắt 1,25mm.

2.4. Quy trình và phương pháp thu thập số liệu. Thu thập các thông tin về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, tiền sử.

Các biến số nghiên cứu trên hình ảnh và lâm sàng cần thu thập bao gồm:

+ Mức độ bệnh (nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch) theo khuyến cáo quản lý điều trị cho bệnh nhân điều trị nội trú của Viện Y tế Quốc gia Mỹ (NIH)⁷

+ Dạng tổn thương: kính mờ, đồng đặc, lát đá, giãn phế quản, giãn mạch, tràn dịch màng phổi và màng tim.

+ Hình dạng đám mờ: tròn, dạng dài, dạng bản đồ.

+ Phân bố tổn thương: một bên, hai bên, ưu thế ngoại vi, ưu thế phía sau, ưu thế thùy trên, dưới.

Đối với phân tích hình ảnh trên CLVT được tiến hành độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (một bác sĩ nội trú năm thứ 2 và một bác sĩ chính 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hình ảnh hệ hô hấp). Sự không đồng thuận được xử lý bằng thảo luận.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu

được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA). Các thông số thống kê tính toán bằng tỷ lệ tần số xuất hiện. Sử dụng test Chi bình phương hoặc Fisher's exact test (nếu có $\geq 20\%$ số ô có tần số mong đợi < 5) để đánh giá sự khác biệt hình ảnh giữa bốn mức độ nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện vì mục đích khoa học. Các thông tin hồ sơ bệnh án, hình ảnh bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp hay tác động đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 67 ± 18 tuổi, gồm 55% nam và 45% nữ. Có 112/160 BN có bệnh lý nền trong đó bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm ưu thế (53% và 44%), tiếp đến là bệnh ung thư (11%), bệnh phổi và bệnh thận mạn (8%) và bệnh béo phì (7%). Về mức độ triệu chứng lúc vào viện, có đến 80% BN có triệu chứng mức độ nhẹ và trung bình, 12% mức độ nặng và 8% mức độ nguy kịch.

3.2. Đặc điểm chung về hình ảnh tổn thương phổi COVID-19. Kính mờ là hình ảnh gặp nhiều nhất với tỷ lệ 98%, tiếp theo đó là đồng đặc với 67,5%. Ngoài ra còn có các tổn thương hay gặp bao gồm giãn mạch (39,4%), lát đá (29,4%) và giãn phế quản (23,8). Các dạng tổn thương ít gặp bao gồm tràn dịch màng phổi (11,9%), tràn dịch màng tim (6,3%).

Hình thái tổn thương hay gặp nhất là hình tròn (25%), lan toả dạng bản đồ (48,1%), dạng dài (25,6%). Các tổn thương có xu hướng phân bố chủ yếu ở ngoại vi phổi (67,5%), ở phân thùy sau (40%), chủ yếu ở thùy dưới (77,5%) và thường ở cả hai bên (94,4%). Kết quả được trình bày trong bảng 1.

3.3. Môi trường quan giữa đặc điểm hình ảnh tổn thương phổi COVID - 19 và mức độ bệnh. Tổn thương kính mờ xuất hiện trong hầu hết các mức độ bệnh (nhẹ 96,1%, trung bình 98,7%, nặng 100%, nguy kịch 100%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,783$). Trong khi đó, tổn thương đồng đặc thường xuất hiện tăng dần với mức độ nặng của bệnh ($p<0,001$). Biểu hiện ngoài phổi gồm tràn dịch màng phổi và màng tim có xu hướng xuất hiện ở giai đoạn nguy kịch hơn là các giai đoạn còn lại ($p=0,046$ và $p = 0,009$).

Hình thái tròn có xu hướng xuất hiện trong

giai đoạn trung bình (36,8%) hơn là giai đoạn nhẹ, giai đoạn nặng và nguy kịch (19,6%, 8%, 0%) ($p < 0,01$). Tuy nhiên, hình dạng bản đồ thường ít thấy trong mức độ nhẹ (19,6%) hơn là

nhóm trung bình (48,7%), nặng (88%) và nguy kịch (100%) ($p < 0,001$). Dạng dài xuất hiện không phụ thuộc vào mức độ bệnh ($p = 0,173$). Kết quả được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm các dạng tổn thương theo mức độ bệnh COVID - 19

	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Nguy kịch n (%)	p
Trong phổi					
Kính mờ	49 (96.1%)	75 (98.7%)	25 (100%)	8 (100%)	$p = 0,783$
Đồng đặc	16 (31.4%)	60 (78.9%)	24 (96%)	8 (100%)	$p < 0,001^*$
Lát đá	4 (7.8%)	15 (28.9%)	31 (60%)	38 (75%)	$p < 0,001^*$
Giãn phế quản	6 (11.8%)	10 (19.7%)	24 (48%)	32 (62.5%)	$p < 0,001^*$
Giãn mạch	12 (23.5%)	25 (48.7%)	22 (44%)	3 (37.5%)	$p = 0.033^*$
Ngoài phổi					
Tràn dịch màng phổi	7 (13.7%)	5 (6.6%)	4 (16%)	3 (37.5%)	$p = 0,046^*$
Tràn dịch màng tim	4 (7.8%)	2 (2.6%)	1 (4%)	3 (37.5%)	$p = 0,009^*$
Hình thái					
Tròn	10 (19,6%)	28 (36,8%)	2 (8%)	0%	$p = 0,004^*$
Dạng dài	13 (25,5%)	13 (17,1%)	2 (8%)	0%	$p = 0,173$
Dạng bản đồ	10 (19,6%)	37 (48,7%)	22 (88%)	8 (100%)	$p < 0,001^*$

$p < 0,05^*$: số liệu có ý nghĩa thống kê

3.4. Môi tương quan giữa phân bố các tổn thương phổi COVID-19 với mức độ bệnh. Tổn thương cả hai phổi xuất hiện ở hầu hết các mức độ và tăng dần theo mức độ nặng ($p = 0,729$). Phân bố ngoại vi được ghi nhận rõ ràng hơn trong các trường hợp nhẹ (88.2%) và

trung bình (71.1%), so với nặng và nguy kịch (28% và 25%) ($p < 0,001$). Phân bố ưu thế phân thùy sau ($p < 0,001$) và thùy dưới ($p < 0,001$) đều được ghi nhận giảm dần theo các mức độ. Kết quả được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm phân bố tổn thương phổi COVID-19 theo mức độ bệnh

	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Nguy kịch n (%)	p
Phân bố bên					
Hai bên	46 (90.2%)	72 (94.7%)	25 (100%)	8 (100%)	$p = 0,729$
Phân bố theo mặt cắt ngang					
Ưu thế ngoại vi	45 (88.2%)	54 (71.1%)	7 (28%)	2 (25%)	$p < 0,001^*$
Ưu thế trung tâm	3 (5,9%)	5 (6,6%)	2 (8%)	0%	$p = 1$
Ưu thế phía sau	32 (62.7%)	28 (36.8%)	4 (16%)	0	$p < 0,001^*$
Phân bố theo trục dọc					
Ưu thế thùy dưới	45 (88.2%)	63 (82.9%)	12 (48%)	4 (50%)	$p < 0,001^*$
Ưu thế thùy trên	4 (7.8%)	8 (10,5%)	0%	0%	$p = 1$

$p < 0,05^*$: số liệu có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các BN trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 67 ± 18 tuổi, với tỷ lệ nam (55%) cao hơn nữ (45%). Theo M. Betron và cộng sự, ưu thế ở nam giới có thể giải thích bởi tỷ lệ hút thuốc cao, tỷ lệ rửa tay thấp hơn ở nam giới và sự khác biệt sinh học giữa hai giới⁸. Có đến 70% BN có bệnh lý nền trong đó bệnh lý tim mạch và đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất. Về mức độ triệu chứng lúc vào viện, 80% BN có triệu chứng mức độ nhẹ và trung bình, 12% mức độ nặng và 8% mức độ nguy kịch.

4.2. Đặc điểm chung về hình ảnh tổn thương phổi COVID-19 và môi tương quan với mức độ bệnh. Kính mờ là tổn thương hay gặp nhất trong tổn thương phổi COVID-19 (98,1%), tiếp theo là đồng đặc (67,5%). Về mối tương quan với mức độ bệnh, trong khi tần suất xuất hiện kính mờ không thay đổi rõ ràng theo các mức độ thì đồng đặc chủ yếu xuất hiện ở mức độ trung bình, nặng và nguy kịch hơn là mức độ nhẹ.

Tuy nhiên đồng đặc và kính mờ không đặc hiệu mà xuất hiện trong nhiều bệnh lý viêm phổi khác², vì vậy việc đánh giá hình thái của chúng

sẽ rất hữu ích để tăng độ nhạy và độ đặc hiệu cho chẩn đoán. Hình thái tổn thương hay gặp nhất là lan toả dạng bản đồ (48,1%), tiếp theo, hình tròn và dạng dải có tần suất gặp tương đương nhau (25% và 25,6%). Hình thái tròn thường xuất hiện trong giai đoạn trung bình còn dạng bản đồ thường ưu thế hơn trong nhóm trung bình, nặng và nguy kịch hơn là mức độ nhẹ. Về phân bố, các tổn thương chủ yếu phân bố ở ngoại vi, ở phân thùy sau và thùy dưới, ở cả hai phổi và cả năm thùy phổi. Theo H.Bai và cộng sự³, phân bố ở ngoại vi là một phát hiện điển hình của tổn thương phổi do COVID-19.

Ngoài ra còn có các tổn thương điển hình cho COVID-19 gồm giãn mạch (39,4%), lát đá (29,4%), và giãn phế quản (23,8%). Theo D. Sanli và D. Yildirim¹¹ và theo Xu và cộng sự⁴ giãn mạch và lát đá là hình thái khá đặc trưng cho COVID-19. Trong khi dày lát đá được ghi nhận tăng dần tần suất theo mức độ bệnh thì giãn mạch lại ưu thế xuất hiện ở mức độ trung bình, nặng và nguy kịch hơn cả. Theo D. Sanli và D. Yildirim⁹, giãn mạch là do tác dụng giãn mạch của cytokine viêm ở tổn thương đang hoạt động, điều này giải thích mối liên quan của nó với mức độ hoạt động của bệnh. Tương tự, Li và cộng sự cũng khẳng định sự tiến triển của bệnh luôn đi kèm với tình trạng tổn thương mạch máu nặng hơn¹⁰. Về cơ chế bệnh sinh của giãn phế quản, M. Carotti và cộng sự giải thích do tắc nghẽn gây viêm thành phế quản, phá huỷ cấu trúc thành dẫn đến xơ hoá và giãn phế quản².

Các dạng tổn thương không điển hình gồm tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim. Chúng thường biểu hiện ở giai đoạn muộn hoặc biến chứng như nhiễm trùng thứ phát hay suy tim trong quá trình bệnh và dự đoán tiên lượng xấu ở những BN mới nhập viện hoặc mới xuất hiện trong điều trị.

4.3. Mối tương quan giữa phân bố các tổn thương phổi COVID-19 với mức độ bệnh. Tổn thương phổi COVID-19 chủ yếu gặp ở hai bên trong các mức độ bệnh. Ngoài ra, ưu thế ngoại vi, phía sau và thùy dưới đều được ghi nhận rõ ràng hơn trong các trường hợp nhẹ và trung bình hơn là nặng và nguy kịch. Điều này có nghĩa là tổn thương lan toả có xu hướng xuất hiện ở giai đoạn nặng và nguy kịch hơn là nhẹ và trung bình khiến các đặc điểm trên trở nên ít rõ ràng. Theo Mungroo và cộng sự¹², sự phân bố ở ngoại vi có thể là do kích thước nhỏ của SARS-CoV-2, sau khi xâm nhập vào đường hô hấp, virus có thể trực tiếp xâm nhập vào các tiểu phế quản cuối và các chùm phế nang, từ đó dễ dàng

phân tán qua các lỗ phế nang gây tổn thương nhu mô phổi.

Như vậy phân tích các đặc điểm hình ảnh cho thấy hình thái của các dạng tổn thương trên CLVT lồng ngực phụ thuộc cao vào mức độ bệnh. Từ đó, việc kết hợp các dấu hiệu gợi ý và các hình ảnh thường gặp cùng với sự phân bố của nó rất hữu ích để tăng độ đặc hiệu cho chẩn đoán.

Nghiên cứu của chúng tôi có những hạn chế nhất định. Thứ nhất, việc thu thập BN ở các trung tâm chuyên sâu về điều trị BN COVID - 19 có thể dẫn đến sai số nhập viện do tỷ lệ BN nặng và nguy kịch có xu hướng cao hơn nhưng tỷ lệ nhẹ và trung bình có thể thấp hơn so với cộng đồng trong thực tế. Cùng với đó, việc điều trị kéo dài ở tuyến dưới có thể gây sai lệch hình ảnh tổn thương ban đầu dẫn đến hình ảnh thu được có thể có sự khác biệt. Hơn nữa, việc đã được chẩn đoán xác định COVID-19 bằng RT-PCR sẽ gây khó khăn trong việc tính toán chính xác độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT với COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi trình bày một nhóm gồm 160 BN bị viêm phổi COVID-19 đã được chứng minh bằng RT-PCR và chụp phim CLVT lồng ngực ngay ngày đầu tiên nhập viện. Các đặc điểm hình ảnh và phân bố của chúng trong nghiên cứu này phù hợp với các dữ liệu đã được công bố trong các nghiên cứu trước đây. Từ những dữ liệu trên hình ảnh kết hợp với lâm sàng sẽ là gợi ý rất hữu ích cho việc tăng độ đặc hiệu chẩn đoán bệnh và mức độ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.** <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>.
2. **Carotti, M. et al.** Chest CT features of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia: key points for radiologists. *Radiol Med* 125, 636–646 (2020).
3. **Performance of Radiologists in Differentiating COVID-19 from Non-COVID-19 Viral Pneumonia at Chest CT | Radiology.** <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020200823>.
4. **Xu, X. et al.** Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 47, 1275–1280 (2020).
5. **Nguyễn V. T., Hoàng V. H., Phạm T. T. T. & Trần V. V.** đặc điểm hình ảnh và mối liên quan giữa điểm số trầm trọng của viêm phổi do covid-19 trên phim chụp x quang, cắt lớp vi tính ngực với một số chỉ số lâm sàng. *vmj* 517, (2022).
6. **Trần H. T. Đ., Thi L. T. & Hậu C. H.** đánh giá hệ thống thang điểm tss và brixia trong x-quang ngực ở bệnh nhân mắc bệnh covid 19. *vmj* 510, (2022).

7. **Clinical Spectrum.** COVID-19 Treatment Guidelines <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>.
8. **Betron, M., Gottert, A., Pulerwitz, J., Shattuck, D. & Stevanovic-Fenn, N.** Men and COVID-19: Adding a gender lens. *Glob Public Health* 15, 1090–1092 (2020).
9. **Şanlı, D. E. T. & Yildirim, D.** A new imaging sign in COVID-19 pneumonia: vascular changes and their correlation with clinical severity of the disease. *Diagn Interv Radiol* 27, 172–180 (2021).
10. **Li, Q., Huang, X.-T., Li, C.-H., Liu, D. & Lv, F.-J.** CT features of coronavirus disease 2019 (COVID-19) with an emphasis on the vascular enlargement pattern. *Eur J Radiol* 134, 109442 (2021).

ĐIỀU KIỆN MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG VÀ SỨC KHỎE, BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI MỘT CÔNG TY MAY Ở THANH HÓA, NĂM 2022

Mai Thị Hằng¹, Nguyễn Ngọc Anh², Tạ Thị Kim Nhung²,
Nguyễn Thanh Thảo², Phạm Thị Quân²,
Nguyễn Quỳnh Trang², Lê Thanh Huyền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng điều kiện môi trường lao động, sức khỏe, bệnh tật của người lao động tại một công ty may ở Thanh Hóa năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên hai nhóm mẫu là điều kiện môi trường lao động và 460 người lao động làm việc trong một công ty may tại Thanh Hóa năm 2022 để đánh giá điều kiện môi trường lao động tại và tình trạng sức khỏe bệnh tật của công nhân tại cơ sở này. **Kết quả:** Hầu hết các vị trí làm việc tại công ty đều có các yếu tố trong môi trường lao động như vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn, nồng độ bụi nằm trong giới hạn cho phép, chỉ có 28,6% vị trí làm việc tại khu vực may có tiếng ồn vượt giới hạn cho phép. Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ mắc các bệnh về mắt là nhiều nhất, tiếp đến các bệnh về tai mũi họng, răng hàm mặt, sản phụ khoa, tim mạch, tiêu hóa,... Nhóm bệnh về tiết niệu, cơ xương khớp chiếm tỷ lệ thấp. Triệu chứng hay gặp nhất sau giờ làm của NLĐ là đau đầu (58,5%), sau đó là triệu chứng đau vùng dạ dày, mệt mỏi. Người lao động có sức khỏe loại I và II chiếm 88,1%, loại III và IV chiếm 11,9%.

Từ khóa: người lao động ngành may, điều kiện môi trường lao động, cơ cấu bệnh tật.

SUMMARY

WORKING ENVIRONMENT CONDITIONS AND HEALTH OF EMPLOYEES AT A GARMENT COMPANY IN THANH HOA PROVINCE IN 2022

Objective: The research aims to investigate and describe the current working environment conditions and the health status of workers at a garment

company in Thanh Hoa. **Research Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on two sample groups, including the working environment conditions and 460 employees working at the garment company in Thanh Hoa in 2022. The study aimed to evaluate the working environment conditions and the health conditions of the workers at this particular facility. **Results:** The majority of work positions at the company exhibited favorable working environment factors such as climate, lighting, noise, and dust concentration within permissible limits. However, only 28.6% of the positions in the sewing area exceeded the allowable noise limits. The research subjects showed the highest incidence of eye-related diseases, followed by issues related to the ears, nose, and throat, dental and maxillofacial problems, gynecological issues, cardiovascular diseases, and digestive problems. Diseases related to the urinary and musculoskeletal systems had a lower prevalence. The most commonly reported symptoms among workers after working hours were headaches (58.5%), followed by stomach pain and fatigue. Workers were categorized into four health types, with type I and II having the highest proportion at 88.1%, type III and IV at 11.9%. **Keywords:** garment industry workers, working environment conditions, disease prevalence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành may là một trong những ngành công nghiệp quan trọng trong nền kinh tế Việt Nam và ngành này đã giải quyết được một số lượng rất lớn việc làm cho người lao động, trong đó lao động nữ chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên tính chất lao động với thời gian dài, công việc đơn điệu, cường độ nhanh, mức độ lao động tuy không quá nặng nhọc nhưng gò bó, điều kiện làm việc còn nhiều nguy cơ và tác hại nghề nghiệp ảnh hưởng đến sức khỏe của người lao động ngành may. Nếu phơi nhiễm lâu dài, người lao động dễ mắc các bệnh lý liên quan đến nghề nghiệp. Trên thế giới và ở trong nước đã có những nghiên cứu về đặc điểm môi trường và sức khỏe

¹Trung tâm KSBT tỉnh Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Y tế - Môi trường lao động Công thương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: anhn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

người lao động ngành dệt may. Các nghiên cứu này chỉ ra rằng môi trường lao động ở các công ty dệt may vẫn còn nhiều bất cập, nhiều vị trí có các yếu tố tác hại vượt giới hạn cho phép. [1][2] Bên cạnh đó các nghiên cứu cũng cho thấy một số bệnh lý đặc trưng liên quan đến yếu tố nghề nghiệp trong ngành may cũng có sự gia tăng như bệnh lý về mũi họng, bệnh hô hấp, bệnh lý về cơ xương khớp...[3] [4].

Trong những năm gần đây ngành công nghiệp may của tỉnh Thanh Hóa ngày càng phát triển với quy mô lớn. Địa điểm nghiên cứu là một doanh nghiệp may lớn tại Thanh Hóa, hoạt động chính thức vào năm 2015 với vốn đầu tư nước ngoài. Hiện tại công ty đang hoạt động sản xuất với tổng số khoảng 2000 NLĐ. Qua báo cáo kết quả hoạt động Y tế lao động hàng năm cho thấy công tác quản lý vệ sinh lao động và chăm sóc sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho NLĐ trong các công ty may đã được quan tâm triển khai thực hiện. Tuy vậy hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá khách quan về thực trạng điều kiện môi trường lao động và sức khỏe bệnh tật của NLĐ trong các công ty may trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa. Từ tình hình trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Điều kiện môi trường lao động và sức khỏe, bệnh tật của người lao động tại một công ty may ở Thanh Hóa năm 2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Môi trường lao động và người lao động tham gia trực tiếp sản xuất tại doanh nghiệp may.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Với môi trường lao động: chọn các khu vực trong dây chuyền sản xuất có nhiều NLĐ tham gia gồm: chuyền may, cắt, kiểm hàng và hoàn thiện.

- Với NLĐ: Làm việc tại các công đoạn đã chọn, tham gia sức khỏe phát hiện BNN năm 2022 và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Với môi trường lao động: các vị trí nằm ngoài các khu vực: may, cắt, kiểm hàng và hoàn thiện.

- Với NLĐ: Có thời gian làm việc dưới 12 tháng, không làm việc tại các công đoạn đã chọn, không có hồ sơ khám sức khỏe phát hiện BNN năm 2022, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2022 đến tháng 7/2023, thời gian thu thập số liệu thực hiện trong tháng 12/2022.

Địa điểm nghiên cứu: Một công ty may có vốn đầu tư nước ngoài quy mô lớn trên địa bàn

huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu:

- Với mẫu cho môi trường lao động:

Công đoạn cắt vải: đo 04 vị trí.

Công đoạn may: đo 07 vị trí.

Công đoạn hoàn thiện: đo 05 vị trí.

Công đoạn kiểm hàng: đo 04 vị trí.

- Với mẫu cho sức khỏe người lao động: tiến hành trên cỡ mẫu là 460 người lao động thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu về môi trường lao động: dùng phương pháp chọn mẫu chủ đích

Chọn mẫu về sức khỏe người lao động: dùng phương pháp chọn mẫu toàn bộ

2.6. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về điều kiện môi trường lao động gồm: nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió, cường độ tiếng ồn, ánh sáng, nồng độ bụi hô hấp, tính chất công việc, tư thế lao động.

- Nhóm biến số về sức khỏe của người lao động gồm phân loại sức khỏe người lao động, các bệnh lý thường gặp, các triệu chứng thường gặp sau ca làm việc.

2.7. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

- Với môi trường lao động: sử dụng máy móc đo đạc, quan trắc các yếu tố môi trường lao động đã được xác định tại các vị trí người lao động đang làm việc.

- Với sức khỏe người lao động: tiến hành phỏng vấn trực tiếp người lao động bằng bộ câu hỏi và dựa vào kết quả khám sức khỏe định kỳ năm 2022 của người lao động.

2.8. Phân tích và xử lý số liệu. Làm sạch số liệu trước khi nhập vào máy tính, nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả để trình bày thực trạng môi trường lao động và sức khỏe người lao động tham gia nghiên cứu.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu được cung cấp thông tin, giải thích rõ về nghiên cứu, nhấn mạnh tính bảo mật đối với thông tin cá nhân, các thông tin khác được cung cấp trong quá trình phỏng vấn và việc sử dụng số liệu chỉ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng phê duyệt của Viện đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng phê duyệt vào tháng 7 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng điều kiện môi trường lao động. Kết quả đo đạc yếu tố vi khí hậu

trong môi trường lao động cho thấy tất cả các vị trí đo đều trong giới hạn cho phép. Các mẫu đo tại các vị trí lao động: cắt, may, hoàn thiện, kiểm hàng có trị số trung bình tương tự nhau (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm vi khí hậu tại nơi làm việc

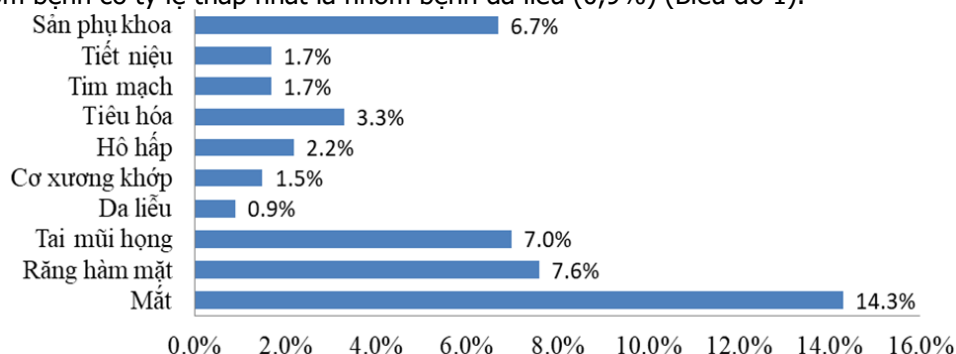
Vị trí đo	Nhiệt độ (°C)		Độ ẩm (%)		Tốc độ gió (m/s)	
	$\bar{X} \pm SD$	(Min–Max)	$\bar{X} \pm SD$	(Min–Max)	$\bar{X} \pm SD$	(Min–Max)
Khu vực cắt (n=04)	27,55 ± 0,37	(27,1-28)	65,9 ± 0,4	(65,3 – 66,3)	0,25 ± 0,06	(0,2 – 0,3)
Khu vực may (n=07)	28,07 ± 0,59	(27,3-29,1)	68,8 ± 0,2	(68,5 – 69,1)	0,36 ± 0,05	(0,3 – 0,4)
Khu vực kiểm hàng (n=04)	27,22 ± 0,42	(26,8-27,8)	65,4 ± 0,6	(64,7 – 66,1)	0,25 ± 0,06	(0,2 – 0,3)
Khu vực hoàn thiện (n=05)	27,58 ± 0,31	(27,3-28,1)	68,1 ± 0,2	(67,8 – 68,3)	0,28 ± 0,04	(0,2 – 0,3)
Giới hạn cho phép (QCVN 26/2016/TT-BYT)	16-32°C		40 – 80%		0,1 – 1,5 m/s	

Về điều kiện chiếu sáng, tiếng ồn và nồng độ bụi, kết quả đo cho thấy tất cả các khu vực đều có kết quả đo ánh sáng và nồng độ bụi hô hấp nằm trong giới hạn cho phép. Cường độ tiếng ồn tại khu vực cắt, kiểm hàng và hoàn thiện đều nằm trong giới hạn cho phép, có 28,6% vị trí đo tại khu vực may có tiếng ồn vượt giới hạn cho phép (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm ánh sáng, tiếng ồn, bụi hô hấp tại nơi làm việc

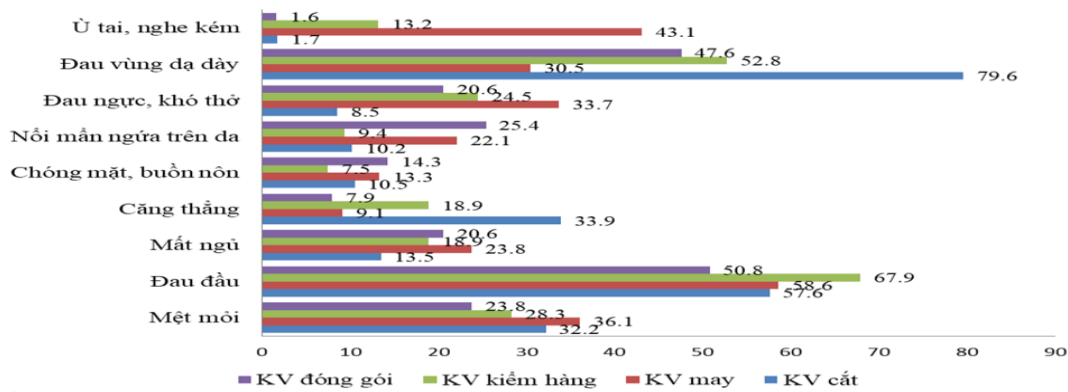
Vị trí đo	Ánh sáng		Tiếng ồn		Bụi hô hấp	
	$\bar{X} \pm SD$ (Min – max)	Số mẫu không đạt (%)	$\bar{X} \pm SD$ (Min – max)	Số mẫu không đạt (%)	$\bar{X} \pm SD$ (Min – max)	Số mẫu không đạt (%)
Khu vực cắt (n=04)	448,75 ± 36,95 (405 – 485)	0	70,25 ± 2,22 (68 – 73)	0	0,406 ± 0,07 (0,323 – 0,487)	0
Khu vực may (n=07)	795,57 ± 29,22 (759 – 841)	0	83,29 ± 3,04 (80 – 88)	02 (28,6%)	0,739 ± 0,077 (0,654 – 0,892)	0
Khu vực kiểm hàng (n=04)	1069 ± 43,92 (1022 – 1120)	0	73,25 ± 2,75 (70 – 76)	0	0,486 ± 0,067 (0,421 – 0,562)	0
Khu vực hoàn thiện (n=05)	581,2 ± 36,64 (532 – 625)	0	69,2 ± 3,5 (65 – 74)	0	0,433 ± 0,103 (0,337 – 0,598)	0
Giới hạn cho phép	QCVN 22:2016/BYT KV cắt ≥ 300 lux KV may ≥ 750 lux KV kiểm hàng ≥ 1000 lux KV hoàn thiện ≥ 500 lux		QCVN 24:2016/BYT ≤ 85 dBA		QCVN 02:2019/BYT ≤ 4 mg/m ³	

3.2. Sức khỏe, bệnh tật của người lao động. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh về mắt chiếm 14,3%, sau đó đến nhóm bệnh về sản phụ khoa, tai mũi họng. Nhóm bệnh có tỷ lệ thấp nhất là nhóm bệnh da liễu (0,9%) (Biểu đồ 1).



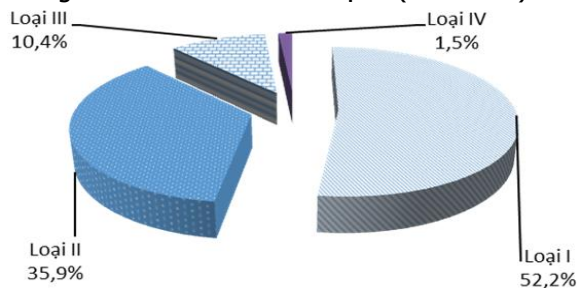
Biểu đồ 1: Các bệnh lý thường gặp của người lao động

Sau giờ làm việc, NLĐ chủ yếu gặp các triệu chứng như đau đầu, đau vùng dạ dày, mệt mỏi, đau ngực khó thở. Ngoài ra có thể có các triệu chứng như ù tai, nghe kém, nổi mẩn ngứa trên da, căng thẳng, mất ngủ...chiếm các tỷ lệ không đáng kể (Biểu đồ 2)



Biểu đồ 2: Triệu chứng gặp phải sau giờ làm việc của đối tượng NC theo vị trí làm việc

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy NLĐ có sức khỏe loại I là cao nhất, chiếm 52,2%, loại II là 35,9%, loại III là 10,4%, loại IV là 1,5 %. Không có NLĐ có sức khỏe loại V (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3: Phân loại sức khỏe người lao động

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều kiện môi trường lao động.

Theo kết quả quan trắc môi trường lao động, các yếu tố được đo đạc trong môi trường lao động tại công ty bao gồm: điều kiện vi khí hậu (nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió), tiếng ồn, ánh sáng, bụi. Từ kết quả nghiên cứu về môi trường lao động cho thấy hầu hết các mẫu đo tại các vị trí làm việc đều nằm trong giới hạn cho phép, chỉ có một vài vị trí có tiếng ồn vượt giới hạn cho phép. Khi nghiên cứu về vi khí hậu môi trường lao động, yếu tố nhiệt độ thường được nhiều tác giả đặc biệt quan tâm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm quan trắc cho thấy các vị trí đo đều có nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió đều nằm trong giới hạn cho phép. Do lao động tập trung đông người trong một không gian chật hẹp, nên nhiệt độ nơi làm việc của NLĐ may luôn chịu ảnh hưởng bởi sự tác động tổng hợp của môi trường tự nhiên, bức xạ từ các nguồn nhiệt do sản xuất và nhiệt tỏa từ cơ thể NLĐ. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Trọng Phúc ở một doanh nghiệp may tại Yên Bái.[5] Kết quả này không tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Giang (2020) tại một công ty may

ở Nghệ An với tỷ lệ các chỉ tiêu nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió vượt giới hạn cho phép đều chiếm trên 40%.[2]

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tất cả các mẫu đo về ánh sáng, bụi hô hấp tại các vị trí khác nhau trong công ty đều nằm trong giới hạn cho phép theo quy định. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Trọng Phúc ở công ty may tại Yên Bái (2018)[5]. Trong nghiên cứu ở công ty may tại Nghệ An cho tỷ lệ số mẫu đo ánh sáng và bụi không đạt tiêu chuẩn cho phép tương đối cao.[2] Kết quả đo đặc cường độ tiếng ồn trong nghiên cứu cho thấy tiếng ồn tại tất cả các khu vực cắt, kiểm hàng và hoàn thiện đều nằm trong giới hạn cho phép; có 28,6% vị trí đo đặc ở khu vực may có tiếng ồn không đạt giới hạn cho phép. Sự khác biệt này có thể là do quy trình sản xuất khác nhau, mặt hàng sản xuất cũng như là chất liệu vải sử dụng trong quá trình sản xuất ở các công ty khác nhau sẽ phát sinh tiếng ồn và lượng bụi khác nhau.

4.2. Đặc điểm sức khỏe, bệnh tật của người lao động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm 10 bệnh lý thường gặp ở người lao động tại Công ty thì nhóm bệnh lý về mắt chiếm tỷ lệ cao nhất (14,3%). Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ mắc các bệnh về mắt là nhiều nhất ở cả 4 nhóm vị trí làm việc, tiếp đến các bệnh về tai mũi họng, răng hàm mặt, sản phụ khoa, tim mạch, tiêu hóa,... Điều này có thể được giải thích là do tính chất lao động của NLĐ may là kích thích vật nhìn rất nhỏ, cần sự tập trung chú ý cao, đòi hỏi độ chính xác cao, thời gian lao động kéo dài, tư thế ngồi lao động chưa đúng, ánh sáng bố trí chưa hợp lý nên thị lực bị ảnh hưởng. Kết quả này tuy thấp hơn nhưng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Ngọc Thủy (2015), các bệnh về mắt chiếm tỷ lệ 25,2% (chủ yếu là tật khúc xạ).[4] Nhóm bệnh tai mũi họng cũng là các bệnh thường mắc của NLĐ trong ngành dệt

may, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhóm bệnh này không quá cao, chiếm 7%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Trọng Phúc tại một công ty may ở Yên Bái với tỷ lệ bệnh lý tai mũi họng ở người lao động là 6,9%.[5] Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu như nghiên cứu của Đỗ Ngọc Diệp (2013), tỷ lệ bệnh tai mũi họng cao nhất trong các bệnh chiếm 29,1%[6], nghiên cứu của Chu Quốc Hoàng (2013) cho tỷ lệ là 23,2%[7]... Các bệnh chủ yếu hay gặp là viêm họng, viêm mũi dị ứng, điều này có thể được giải thích là do đặc thù môi trường lao động ngành dệt may luôn phải tiếp xúc với bụi, thời gian tiếp xúc kéo dài, mặc dù kết quả đo chỉ số bụi nằm trong giới hạn cho phép, nhưng lâu dần vẫn có thể gây ra tình trạng nhiễm khuẩn đường hô hấp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, sau giờ làm việc, NLD chủ yếu gặp các triệu chứng như đau đầu (58,5%), đau vùng dạ dày (41,7%), mệt mỏi (33%), ù tai, nghe kém (28,7%), đau ngực, khó thở (27,6%),... Ngoài ra có thể có các triệu chứng như chóng mặt, buồn nôn, căng thẳng, nổi mẩn ngứa trên da, mất ngủ,...chiếm tỷ lệ thấp hơn. Một số nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra rằng các triệu chứng nêu trên là những triệu chứng thường gặp sau ca làm việc đối với NLD ngành may. Trong nghiên cứu của Trần Trọng Phúc tại công ty may ở Yên Bái cho thấy tỷ lệ các triệu chứng thường gặp này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.[5] Trong nghiên cứu của Luyện Thị Hà tại công ty may ở Bắc Giang cũng cho tỷ lệ người lao động mắc triệu chứng đau đầu, mệt mỏi tương đối cao.[8] Có thể thấy rằng các triệu chứng như mệt mỏi, đau đầu, căng thẳng, đau dạ dày... là triệu chứng phổ biến gặp phải ở hầu hết NLD ở nhiều lĩnh vực sau giờ làm việc. Đặc biệt các triệu chứng này càng hay gặp ở nhóm NLD ngành may, là những người có thời gian làm việc kéo dài, đòi hỏi ngồi hoặc đứng lâu, ít thay đổi tư thế trong một thời gian dài, công việc chỉ lặp đi lặp khiến NLD thấy mệt mỏi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy NLD có sức khỏe loại I là cao nhất, chiếm 52,2%, loại II là 35,9%, loại III là 10,4%, loại IV là 1,5 %. Không có NLD có sức khỏe loại V. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Hoàng Thị Giang (2020), khi nghiên cứu về tình trạng sức khỏe của NLD ngành may ở Nghệ An cho thấy tỷ lệ người lao động có sức khỏe loại I và II chiếm 86,9%, tỷ lệ người lao động có sức khỏe kém (loại IV) chiếm

1,5[2].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu về môi trường lao động tại công ty cho thấy hầu hết các mẫu đo tại các vị trí làm việc đều nằm trong giới hạn cho phép, chỉ có một vài vị trí có tiếng ồn vượt giới hạn cho phép. Đối tượng NC có tỷ lệ mắc các bệnh về mắt là nhiều nhất, tiếp đến các bệnh về tai mũi họng, răng hàm mặt, sản phụ khoa, tim mạch, tiêu hóa,... Triệu chứng hay gặp nhất sau giờ làm của NLD là đau đầu. NLD có sức khỏe loại I, II chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên vẫn có những NLD có sức khỏe loại III, IV. Từ kết quả nghiên cứu nêu trên, chúng tôi đưa ra khuyến nghị cho người sử dụng lao động có kế hoạch cải thiện điều kiện môi trường lao động, đặc biệt là các vị trí phát sinh tiếng ồn cao, trang cấp đầy đủ nút tai chống ồn cho NLD để phòng chống bệnh nghề nghiệp. Đồng thời bố trí thời gian làm việc, nghỉ ngơi hợp lý với tình trạng sức khỏe cho người lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Priyamvada Paudyal, Sean Semple, Robert Niven, Gael Tavernier, Jonathan G. Ayres.** (2011) Exposure to Dust and Endotoxin in Textile Processing Workers. The Annals of Occupational Hygiene, 55(4), 403–409.
2. **Hoàng Thị Giang và cộng sự.** (2021) Thực trạng điều kiện lao động và sức khỏe công nhân ngành may tại Công ty TNHH Haivina Kim Liên, Nghệ An năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 503.
3. **Chand A.** (2006) Physical and psychological health problems of garment workers in the Fiji. Pac Health Dialog, 13(2), 65–70.
4. **Đinh Thị Ngọc Thủy.** (2019) Thực trạng môi trường lao động và sức khỏe của cán bộ công nhân viên Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên Dệt kim Đông Xuân Hà Nội, năm 2014. Luận Văn Y Học. Retrieved April 24, 2022, from <https://luanvanyhoc.com/moi-truong-lao-dong-va-suc-khoe-cua-can-bo-cong-nhan-vien-cong-ty-trach-nhiem-huu-han-mot-thanh-vien-det/>
5. **Trần Trọng Phúc.** (2018) Thực trạng môi trường lao động và sức khỏe người lao động công ty may Unico Global YB ở tỉnh Yên Bái năm 2018.
6. **Đỗ Ngọc Diệp.** (2013) Thực trạng sức khỏe của công nhân may xí nghiệp May 1 - Tổng công ty may Đức Giang và một số yếu tố liên quan năm 2013. Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y khoa - Đại học Y Hà Nội năm 2013.
7. **Chu Quốc Hoàng.** (2013) Nghiên cứu môi trường lao động và sức khỏe công nhân công ty TNHH dệt Phú Thọ năm 2012. Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa - Đại học Y Hà Nội năm 2013.
8. **Luyện Thị Hà.** (2018) Thực trạng và ảnh hưởng của một số yếu tố môi trường lao động tới sức khỏe của công nhân may Công ty TNHH Smart shirts Bắc Giang năm 2016. Nhà xuất bản Học viện Nông nghiệp.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH BẰNG THANG ĐIỂM QOLIE - 31

Phan Tiến Lộc¹, Nguyễn Công Hoan²

TÓM TẮT

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, đặc trưng bởi xu hướng tái phát các cơn động kinh, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số các bệnh lý thần kinh, loại bệnh lý này có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Việc xác định một số yếu tố liên quan CLCS người bệnh động kinh góp phần quan trọng trong việc can thiệp nâng cao CLCS của người bệnh. **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm QOLIE - 31 để đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh động kinh điều trị nội trú tại trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 người bệnh động kinh điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả:** Có 34 bệnh nhân nam (56,7%) và 26 bệnh nhân nữ (43,3%) với độ tuổi trung bình $41,93 \pm 15,75$ tuổi. Trung bình tổng điểm QOLIE-31 là $56,53 \pm 13,60$. Trung bình tổng điểm QOLIE - 31 của các người bệnh nam giới là 57,82, nữ giới là 54,85, khác biệt không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$. Nhóm người bệnh dưới 40 tuổi có điểm CLCS cao hơn 8,12 điểm so với nhóm trên 40 tuổi. Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn đại học và sau đại học có chất lượng sống tốt nhất. Tần suất cơn động kinh và phác đồ điều trị có ảnh hưởng tới điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Không có sự khác biệt về tổng điểm QOLIE - 31 giữa các loại cơn động kinh khác nhau. **Kết luận:** Trong nghiên cứu này, trung bình tổng điểm QOLIE - 31 của các đối tượng nghiên cứu là $56,53 \pm 13,60$ điểm. Các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, tần suất cơn động kinh và phác đồ điều trị có ảnh hưởng rõ rệt tới chất lượng cuộc sống người bệnh động kinh. **Từ khóa:** động kinh, chất lượng cuộc sống, QOLIE - 31.

SUMMARY

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND SEVERAL FACTORS RELATING TO QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH EPILEPSY THROUGH QOLIE-31 QUESTIONNAIRE

Epilepsy is a chronic disease of the brain, characterized by a tendency to recurrent seizures, accounting for about a quarter of all neurological diseases and significantly affecting the quality of life (QoL) of patients. Identification of several factors

relating to the QoL of patients with epilepsy play an important role in improving the QoL of patients.

Targets: adoption of QOLIE-31 questionnaire to assess quality of life of inpatients at Neurology Centre of Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A cross - sectional descriptive study on 60 in-patients diagnosed with epilepsy at the Neurology Centre - Bach Mai Hospital from October 2022 to April 2023. **Results:** there are 34 male patients (56.7%) and 26 female patients (43.4 %) with a mean age of 41.93 ± 15.75 . The mean overall QOLIE-31 score is 56.53 ± 13.60 . As the mean overall QOLIE-31 score for male patients is 57.82 while that for female patients is 54.85, this difference is statistically meaningless due to $p > 0.05$. The group of patients under 40 has QoL scores 8.12 higher than the group over 40. The group of patients with university and postgraduate education has the best quality of life. Seizure frequency and treatment regimen affect the patients' quality of life scores. There is no difference in the QOLIE - 31 overall score among the seizure types. **Conclusion:** In this study, the mean overall QOLIE-31 scores of study subjects are 56.53 ± 13.60 . Factors about age, education, job status, seizure frequency and treatment regimen explicitly associated with the quality of life of patients with epilepsy.

Keywords: Epilepsy, quality of life, QOLIE - 31.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, đặc trưng bởi xu hướng tái phát các cơn động kinh, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số các bệnh lý thần kinh. Ở Việt Nam, tỉ lệ hiện mắc động kinh dao động trong khoảng 0,45% đến 0,54% tùy theo từng tác giả, nông thôn gặp nhiều hơn thành thị và về lâu dài, loại bệnh lý này có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh[1]. Người bệnh động kinh thường tự ti, cô lập với xã hội, lo lắng và hay bị trầm cảm hơn. Họ cũng có tỷ lệ thất nghiệp cao hơn, tỷ lệ kết hôn thấp hơn so với người khỏe mạnh. Ngoài tác hại do chính bệnh động kinh gây ra, thuốc chống động kinh cũng trở thành gánh nặng cho người bệnh. Những tác dụng phụ của nó như mệt mỏi, rối loạn trí nhớ, buồn ngủ, hồi hộp, rối loạn hành vi... ảnh hưởng không nhỏ đến CLCS[2]. Để đánh giá CLCS của người bệnh một cách khách quan, các nhóm tác giả trên thế giới đã thiết kế ra nhiều bộ công cụ đánh giá CLCS của người bệnh. Có nhiều cách phân loại thang đo CLCS nhưng hiện nay các tác giả thường chia ra hai loại thang

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tiến Lộc

Email: phanloc.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

đo chủ yếu là thang đo tổng quát và thang đo chuyên biệt. Thang điểm QOLIE-31 là một thang đo chuyên biệt, được sử dụng để đánh giá CLCS ở nhóm người bệnh mắc bệnh động kinh. Chính vì những lí do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Ứng dụng thang điểm QOLIE – 31 để đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh động kinh điều trị nội trú tại trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán động kinh tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh là người trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên) đã được chẩn đoán mắc động kinh ít nhất 12 tháng bởi các bác sĩ chuyên khoa Thần kinh dựa vào khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng, ghi điện não đồ và chụp phim CLVT sọ não hoặc CHT sọ não.

- Người bệnh hoàn toàn tỉnh táo, không có khiếm khuyết về nhận thức

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thu thập được đầy đủ các thông số cần cho nghiên cứu

- Những người bệnh sau quá trình theo dõi điều trị không chắc chắn chẩn đoán động kinh.

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin. Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

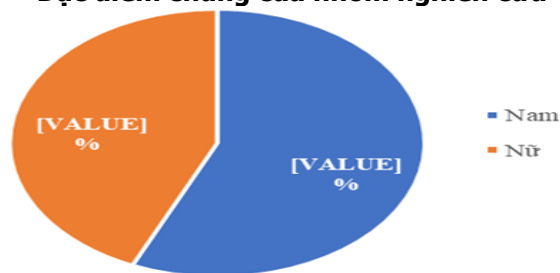
- Các đặc điểm lâm sàng: đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, khu vực sống, trình độ học vấn, tình trạng công việc, mức thu nhập), thời gian mắc bệnh, tần suất cơn động kinh, loại cơn động kinh, phác đồ điều trị, bệnh lý kèm theo.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh bằng thang điểm QOLIE – 31

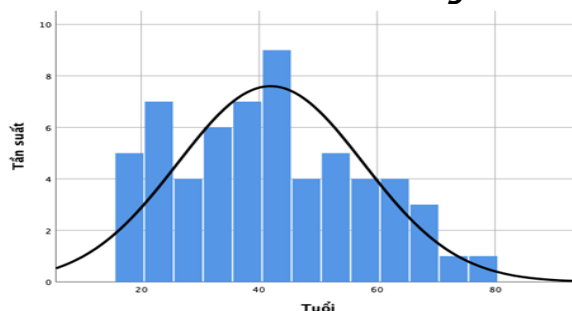
2.6. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo tuổi

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 56,7% và 43,3%. Trong 60 bệnh nhân, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 76 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41,93 \pm 15,75$.

Bảng 3.1. Các lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống theo QOLIE-31

Các tiểu thang	Điểm trung bình	SD	MIN	MAX
Lo lắng về cơn giật	49,18	15,30	10,0	95,0
CLS tổng quát	53,29	13,20	27,5	77,6
Cảm xúc hạnh phúc	47,53	13,24	16,0	88,0
Năng lượng/Mệt mỏi	50,42	12,08	15,0	80,0
Chức năng nhận thức	62,71	14,02	29,0	96,7
Tác dụng của thuốc	63,96	15,45	25,0	87,5
Chức năng xã hội	62,42	21,13	24,0	100,0
Tổng điểm	56,53	13,60	22,47	90,98

Nhận xét: Trung bình tổng điểm QOLIE - 31 ở nghiên cứu của chúng tôi là $56,53 \pm 13,60$. Xét riêng về từng tiểu thang, điểm thấp nhất là ở tiểu thang cảm xúc hạnh phúc $47,53 \pm 13,24$ điểm; còn cao nhất là tác dụng của thuốc $63,96 \pm 15,45$ điểm.

Bảng 3.2: Liên quan của giới và tuổi với chất lượng cuộc sống

		Số bệnh nhân (N=60)	Trung bình tổng điểm QOLIE-31	Chênh lệch	p
Giới	Nam	34	$57,82 \pm 15,01$	2,97	> 0,05
	Nữ	26	$54,85 \pm 11,57$		

Nhóm tuổi	< 40 tuổi	26	61,55 ± 11,74	8,21	< 0,05
	≥ 40 tuổi	34	52,94 ± 13,25		

Nhận xét: Trung bình tổng điểm QOLIE – 31 của các người bệnh là nam giới cao hơn 2,97 điểm so với nữ giới, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$. Trung bình tổng điểm QOLIE – 31 của những người bệnh nhóm tuổi < 40 cao hơn nhóm tuổi từ 40 trở lên 8,21 điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3: Liên quan của trình độ học vấn và tình trạng việc làm với chất lượng cuộc sống

		Số bệnh nhân (N=60)	Trung bình tổng điểm QOLIE-31	P
Trình độ học vấn	Dưới THPT	19	52,57 ± 14,33	< 0,05
	THPT	31	55,12 ± 10,14	
	Đại học và SDH	10	64,42 ± 15,19	
Tình trạng việc làm	Có việc làm	26	64,37 ± 12,62	< 0,01
	Thất nghiệp	25	48,35 ± 12,04	
	Ngoài đối tượng LĐ	9	56,62 ± 4,79	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 3 nhóm trình độ học vấn, nhóm có trình độ Đại học và sau đại học có trung bình tổng điểm QOLIE-31 cao nhất (64.42 ± 15.19), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về tình trạng việc làm: nhóm Có việc làm có trung bình tổng điểm cao nhất, sau đó đến nhóm Ngoài đối tượng lao động và thấp nhất là nhóm Thất nghiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.4: Liên quan của tình trạng hôn nhân và khu vực sống với chất lượng cuộc sống

		Tỉ lệ (%)	Trung bình tổng điểm QOLIE-31	p
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	26,7	56,53 ± 13,60	> 0,05
	Đã kết hôn	58,3	57,92 ± 14,75	
	Góa/Li dị	15,0	53,78 ± 6,47	
Khu vực sống	Thành thị	35,0	58,75 ± 14,15	> 0,05
	Nông thôn	65,0	55,34 ± 13,33	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nhóm người bệnh đã kết hôn chiếm tỉ lệ cao nhất (58,3%), sau đó là người bệnh chưa kết hôn 26,7%, tỉ lệ góa/ly dị là 15%. Về khu vực sống, đa phần người bệnh trong nghiên cứu sống ở nông thôn (65%). Cả 2 yếu tố: tình trạng hôn nhân và khu vực sống đều không có liên quan đến chất lượng cuộc sống do $p > 0,05$.

Bảng 3.5: Liên quan của tần suất cơn và loại cơn động kinh với chất lượng cuộc sống

		Số bệnh nhân (N=60)	Tỷ lệ (%)	Trung bình tổng điểm QOLIE-31	P
Tần suất cơn	< 1 cơn / tháng	23	38,3	64,10 ± 15,85	< 0,01
	1 – 5 cơn / tháng	28	46,7	52,48 ± 8,85	
	> 5 cơn / tháng	9	15,0	49,80 ± 11,64	
Loại cơn động kinh	Cục bộ	38	63,3	54,54 ± 14,50	> 0,05
	Toàn thể	17	28,3	61,15 ± 12,76	
	Không rõ khởi phát	5	8,4	56,02 ± 1,87	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tần suất cơn thưa (<1 cơn/tháng) có điểm chất lượng cuộc sống cao nhất (64,10 điểm) sau đó tới nhóm có tần suất trung bình (1 – 5 cơn/tháng) đạt 52,48 điểm, thấp nhất là nhóm có tần suất cơn giật dày

(>5 cơn/tháng). Khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong khi đó, không có sự khác biệt rõ ràng về trung bình tổng điểm đánh giá chất lượng cuộc sống giữa các nhóm mắc loại cơn động kinh khác nhau do $p > 0,05$.

Bảng 3.6: Liên quan của phác đồ điều trị với chất lượng cuộc sống

		Số bệnh nhân (N=60)	Trung bình tổng điểm QOLIE-31	F	p
Phác đồ điều trị	Đơn trị liệu	23	62,95 ± 13,22	8,349	< 0,01
	Đa trị liệu	28	50,18 ± 11,49		
	Không điều trị	9	49,88 ± 18,87		

Nhận xét: Nhóm người bệnh đơn trị liệu có trung bình điểm tổng cao hơn hẳn so với 2 nhóm

còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam giới chiếm 56,7% cao hơn một chút so với nữ giới (43,3%). Tuy vậy, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$. Có một sự đồng thuận rộng rãi giữa các nghiên cứu rằng phụ nữ có tỉ lệ mắc động kinh thấp hơn một phần nhỏ so với nam giới, có thể lí giải rằng nam giới có nhiều khả năng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ động kinh do căn nguyên cấu trúc và cơ giật triệu chứng cấp. Tuy nhiên động kinh toàn thể vô căn lại xảy ra nhiều hơn ở nữ giới, dẫn đến có thể có sự liên quan giữa các loại động kinh với giới tính. Nhưng sự khác biệt tuyệt đối nam nữ này thường là là tối thiểu, không có ý nghĩa thống kê[3].

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân động kinh là $41,93 \pm 15,75$, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 76 tuổi. Chúng tôi chia 60 người bệnh thành 2 nhóm: nhóm dưới 40 tuổi và nhóm từ 40 tuổi trở lên. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn có trung bình tổng điểm QOLIE-31 cao hơn nhóm lớn tuổi là 8,21 điểm với độ tin cậy 95%. Như vậy, tuổi tác là yếu tố ảnh hưởng rõ ràng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh động kinh. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng như ở Việt Nam cũng đồng thuận với chúng tôi về nhân định này. Theo các tác giả thì người cao tuổi khó đối phó với bệnh động kinh hơn người trẻ là những người có nhiều nguồn dự trữ sinh lý hơn. Ngoài ra, khi người bệnh già đi, họ thường đối mặt với nhiều bệnh mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường... Điều đó càng làm cho sức khỏe của họ kém đi. Và việc phải dùng thêm nhiều loại thuốc khác nhau cho các bệnh lý đi kèm làm gia tăng gánh nặng về mặt kinh tế trong việc mua thuốc và việc đi khám chữa bệnh, cũng như vấn đề tương tác thuốc hay gia tăng tác dụng phụ của thuốc. Hơn nữa, họ mất khả năng tự chăm sóc bản thân và không hợp tác trong việc dùng thuốc. Rối loạn nhân thức, suy giảm trí nhớ càng trầm trọng hơn ở người lớn tuổi. Điều đó không chỉ ảnh hưởng đến CLCS của chính người bệnh mà cả gia đình của họ [4, 5].

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân động kinh sống ở nông thôn nhiều hơn ở thành thị, với tỉ lệ nông thôn là 65% so với thành thị là 35%. Kết quả này cũng giống với những nghiên cứu trước đây thực hiện tại Việt Nam do nước ta hiện vẫn thuộc nhóm các nước đang phát triển, vì vậy khả năng tỉ lệ bệnh động kinh ở nông thôn sẽ cao hơn thành thị. Trung bình tổng

điểm QOLIE - 31 của bệnh nhân động kinh sống ở khu vực nông thôn là 55,34 điểm, thấp hơn so với nhóm ở thành thị (58,75 điểm), tuy nhiên sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Về trình độ học vấn, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân có trình độ học vấn tốt nghiệp THPT chiếm 51,7%, có 31,7% bệnh nhân chưa tốt nghiệp THPT và chỉ có 16,6% bệnh nhân có trình độ học vấn Đại học và sau đại học. Mặt bằng trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung cao hơn so với mặt bằng dân số chung Việt Nam cũng như ở một số nghiên cứu khác ở nước ta nhưng khá tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Phấn[4]. Điều này có thể lí giải là do nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Nguyễn Thị Hồng Phấn đều yêu cầu người bệnh tham gia nghiên cứu phải đọc hiểu và hoàn thành trả lời những bộ câu hỏi gồm nhiều mục khác nhau để đánh giá CLCS của người bệnh, nên đã loại đi một phần nào những người bệnh có vấn đề về nhận thức cũng như không đủ khả năng hoàn thành bảng câu hỏi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ ràng trong điểm QOLIE-31 giữa các nhóm người bệnh có trình độ học vấn khác nhau ($p < 0,05$), nhóm người bệnh có trình độ học vấn Đại học và sau đại học có điểm số CLCS cao hơn hẳn so với 2 nhóm còn lại. Điều này được lí giải có thể do nhóm người bệnh có học vấn cao có khả năng tìm được việc làm cao hơn cũng như có khả năng có thu nhập cao hơn, điều này giúp họ có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và xã hội tốt hơn so với nhóm học vấn thấp hơn. Thêm vào đó, người bệnh có trình độ học vấn cao hơn có ý thức hơn về việc dùng thuốc đúng giờ, hiểu hơn về yếu tố làm nặng bệnh và cũng biết rằng việc tuân thủ điều trị sẽ tránh được cơ giật. Điều đó làm CLCS của họ tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 41,7% người bệnh trong tình trạng thất nghiệp, cao hơn rất nhiều so với tỉ lệ thất nghiệp chung của cả nước, vì theo báo cáo của Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam thì tỉ lệ này chỉ là 2,19%. Điều này chứng tỏ rõ ràng động kinh đã ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng việc làm của bệnh nhân, có thể do cơn động kinh, sự kì thị của người tuyển dụng.

Về tần suất cơn động kinh, trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm bệnh nhân có tần suất cơn trung bình (1 – 5 cơn/tháng) chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%. Khi đánh giá CLCS bằng thang điểm QOLIE – 31 thì nhóm tần suất cơn thưa (< 1 cơn/tháng) có trung bình tổng điểm cao hơn hẳn

2 nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy, việc kiểm soát được cơn động kinh sẽ giúp cho CLCS của người bệnh được nâng cao hơn. Nghiên cứu của Baker[6] cho thấy, tần suất động kinh là khía cạnh lâm sàng quan trọng nhất dự đoán được rối loạn chức năng tâm thần - xã hội và cảm xúc ở người bệnh động kinh. Người bệnh với cơn động kinh không kiểm soát được sẽ luôn trong tình trạng lo lắng có thể xảy ra động kinh bất cứ lúc nào, điều này ảnh hưởng nặng nề đến các chức năng xã hội của BN, giới hạn về việc làm, không dám tự điều khiển xe cộ, chán nản và ngưng ngưng,... tất cả các yếu tố này góp phần tạo nên giá trị thấp của CLS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50% bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn trị liệu, 38,3% sử dụng từ 2 thuốc chống động kinh trở lên và 11,7% bệnh nhân không sử dụng thuốc điều trị. Trung bình tổng điểm QOLIE – 31 ở nhóm đơn trị liệu cũng là cao nhất (62,95 điểm), cao hơn so với nhóm đa trị liệu và nhóm không điều trị lần lượt là 12,77 và 13,07 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%. Có khá nhiều nghiên cứu thấy rằng bệnh nhân dùng một loại thuốc chống động kinh có CLCS tốt hơn những bệnh nhân dùng nhiều loại. Lý do là việc kê nhiều loại thuốc kháng động kinh sẽ đi kèm với việc đem đến nhiều tác dụng phụ bất lợi hơn và như vậy sẽ ảnh hưởng xấu tới CLCS [6]. Hơn nữa, cũng có thể những người được điều trị bằng liệu pháp đa trị liệu thường là những trường hợp khó chữa hơn, hay tồi tệ hơn là mắc động kinh kháng trị. Vì vậy, CLCS kém hơn của họ có thể chính là kết quả của các cơ chế giết

thường xuyên hơn [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân động kinh điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023, chúng tôi kết luận: Trong nghiên cứu này, trung bình tổng điểm QOLIE – 31 của các đối tượng nghiên cứu là $56,53 \pm 13,60$ điểm. Các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, tình trạng công việc, tần suất cơn động kinh và phác đồ điều trị có ảnh hưởng rõ rệt tới CLCS người bệnh động kinh. Các yếu tố tình trạng hôn nhân, khu vực sống, loại cơn động kinh không ảnh hưởng rõ rệt tới CLCS người bệnh động kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường (2009)**, Chẩn đoán động kinh. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Văn Hường (2012)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh là người trưởng thành. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Christensen J., et al.(2005)**, Gender differences in epilepsy. *Epilepsia*. 46(6): p. 956-60.
4. **Nguyễn Thị Hồng Phấn (2020)**, Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân động kinh. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Shetty P.H., et al. (2011)**, Quality of life in patients with epilepsy in India. *J Neurosci Rural Pract*. 2(1): p. 33-8.
6. **Baker G.A., et al. (2005)**, Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia*. 46(1): p. 132-40.
7. **Ashjazadeh N., et al. (2014)**, Comparison of the health-related quality of life between epileptic patients with partial and generalized seizure. *Iran J Neurol*. 13(2): p. 94-100.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU MỔ CHO BỆNH NHÂN NỘI SOI CẮT THẬN GHÉP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Trần Hà Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả giảm đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật hiến thận ở người hiến thận tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:**

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 người hiến thận sau phẫu thuật nội soi qua phúc mạc được sử dụng phương pháp giảm đau theo phác đồ chung bao gồm giảm đau đường tĩnh mạch bệnh nhân (BN) tự điều khiển kết hợp tê thẩm tại chỗ bằng anaropin 2% tiêm dưới da. Hiệu quả giảm đau được đánh giá thông qua thang VAS, khi rút ống nội khí quản, khi chuyển về khoa phòng, thời gian tái lập lưu thông ruột, các biến số hậu phẫu. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 166 bệnh nhân có 86 nam 80 nữ, thời gian phẫu thuật phải/trái: $115,1 \pm 22,75$ phút/ $120,33 \pm 22,57$ phút, 4 trocar đối với thận phải 3 trocar với thận trái, đường rạch da lấy thận dài khoảng 10cm. Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4, ngày đầu

tiên sau mổ khi bệnh nhân ở khoa phòng tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỉ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau. Tỉ lệ gặp các tác dụng không mong muốn thấp. **Kết luận:** Kết quả giảm đau sau mổ bằng phương pháp tê thẩm vết mổ, kết hợp với phương pháp người bệnh tự kiểm soát (PCA) có hiệu quả giảm đau tốt, thời gian phục hồi trung tiện sớm hơn và đem lại sự hài lòng của người bệnh. **Từ khóa:** Anaropin, giảm đau BN tự điều khiển PCA, cắt thận ghép

SUMMARY

RESULTS OF POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT FOR PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluation of Postoperative Pain Management for Living Kidney Donors at Viet Duc Friendship Hospital. **Patients and Method:** This cross-sectional study involved 166 living kidney donors who underwent laparoscopic surgery with phu mac. Pain management followed a standardized protocol, combining patient-controlled intravenous analgesia (PCA) with local infiltration anesthesia using 2% lidocaine subcutaneous injection. Pain relief effectiveness was assessed using the VAS scale at different time points: upon removal of the endotracheal tube, upon transfer to the ward, time to bowel movement restoration, and postoperative variables. **Results:** The study included 86 males and 80 females. The average surgical times for right and left kidneys were 115.1 ± 22.75 minutes and 120.33 ± 22.57 minutes, respectively. Right kidney retrieval required 4 trocars, while left kidney retrieval required 3 trocars. The incision length for kidney retrieval was approximately 10 cm. After 2 hours, 96.3% of patients reported VAS scores below 4. On the first day after surgery, 93.37% of patients in the ward experienced mild pain (VAS 3-4), with only 6.63% reporting moderate pain (VAS 5-6). Pain levels were minimal in the following days, and the incidence of unwanted side effects was low. **Conclusion:** Postoperative pain management through local infiltration anesthesia combined with PCA demonstrated effective pain relief, faster mid-term recovery, and high patient satisfaction levels for living kidney donors. **Keywords:** anaropin, patient-controlled analgesia (PCA), donor nephrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vào ổ bụng thường là phẫu thuật lớn, gây tổn thương nhiều mô, tổ chức. Chính vì vậy phẫu thuật vào ổ bụng có thể gây đau từ mức độ vừa tới mức độ nhiều. Phẫu thuật vào ổ bụng có 2 nguồn gây đau chính là đau từ thành bụng do đường mổ vào ổ bụng và đau có nguồn gốc từ các tạng phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi lấy thận để ghép khi so sánh với các phẫu thuật lấy thận mổ mở truyền thống đã làm giảm được cả 2 yếu tố chính trong cơ chế đau sau mổ. Mục

đích là để người hiến thận yên tâm khi phẫu thuật không còn chịu đau và tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân hiến, bên cạnh vẫn đảm bảo yêu cầu của phẫu thuật tính an toàn cho bệnh nhân, tính toàn vẹn về giải phẫu của thận được lấy ra. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi sử dụng các biện pháp giảm đau sau mổ theo cơ chế và đạt được hiệu quả nhất định. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả giảm đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật hiến thận ở người hiến thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân hiến thận cho thận được phẫu thuật nội soi lấy thận ghép. Bệnh nhân đã được thông qua hội đồng chuyên môn, được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ và đồng ý hợp tác nghiên cứu. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các BN hiến thận được giảm đau ngoài màng cứng đơn thuần, giảm đau bằng các phương pháp khác,

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả

2.3.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2021 - 6/2022 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2.3.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3.3. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lấy thận ghép.

- Sau khi đóng da vết mổ lấy thận, đóng lỗ trocar BN được tê thẩm vết mổ, lỗ trocar bằng Anaropin.

- Giảm đau tĩnh mạch PCA: Bệnh nhân được kết nối với một máy bơm tiêm có chứa thuốc giảm đau, bơm tiêm đó được nối bởi dây dẫn đến tĩnh mạch ở cánh tay bệnh nhân. Máy giảm đau PCA có một nút cầm tay để khi bệnh nhân nhấn vào nút đó máy bơm sẽ tiêm một lượng thuốc giảm đau nhất định vào cơ thể. Bác sĩ hoặc điều dưỡng sẽ giúp bệnh nhân quyết định xem PCA có phù hợp với bệnh nhân hay không BN được lắp giảm đau PCA khi đã được rút ống NKQ và tỉnh táo hoàn toàn tại phòng hồi tỉnh.

2.3.4. Các biến số theo dõi: đặc điểm của nhóm bệnh, độ tuổi bên phẫu thuật, các trocar, đánh giá người bệnh tại phòng hồi tỉnh và tại khoa phòng: Đánh giá độ đau theo thang điểm VAS, đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau PCA như: nôn và buồn nôn, ứ chế hô hấp, mất ngủ... đánh giá sự hài lòng của người tại giờ giảm đau 3 ngày đầu và ngày ra viện. Xử lý số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

• Đánh giá mức độ đau sau mổ. Chúng tôi đánh giá bằng thang điểm VAS với 5 mức độ. Mô tả bằng lời nói. Mức độ đau:

Không đau	Không đau
Đau nhẹ	Chịu được, chỉ cần dùng thuốc giảm đau dạng uống
Đau vừa	Khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm không gây nghiện
Đau nhiều	Rất khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng gây nghiện
Đau rất nhiều	Không chịu nổi, dù đã dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện

Thang điểm đánh giá mức độ đau được chúng tôi gắn vào bệnh án và ghi vào chăm sóc hằng ngày.



Rạch da lấy thận



Giảm đau tại vị trí lấy thận



Giảm đau tại lỗ trocar

Hình 1: Tiến hành giảm đau bằng tê thẩm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Chỉ số		BNĐặc điểm chung của nhóm bệnh nhân	
		N=166	%
Giới	Nam	86	51,8%
	Nữ	80	48,2%
Bên thận hiến	Trái	61	36,7%
	Phải	105	63,3%
Tuổi	X ± SD	21,96 ± 2,34	
BMI	X ± SD	21,96 ± 2,34	
Thời gian phẫu thuật (phút)	Bên phải	115,1±22,75	
	Bên trái	120,33±22,57	

Bảng 2. Số trocar và vị trí lấy thận

Vị trí lấy thận	3 trocar		4 trocar		Tổng số
	n	%	n	%	
Thận P	0	0%	105	100%	105
Thận T	60	98.34%	1	1.66%	61
Tổng số	60		106		166

Bảng 3. Chất lượng giảm đau tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian		Chất lượng giảm đau			
		Tốt (VAS < 4)		Không tốt (VAS ≥ 4)	
		N	%	N	%
Giờ (H)	H0	119	71,6%	47	28,4
	H1	160	96,3%	6	3,6%
	H2	160	96,3%	6	3,6%
	H4H6	160	96,3%	6	3,6%

Nhận xét: Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4

Bảng 4. Mức độ đau sau mổ tại phòng bệnh

Mức độ đau	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4
Đau nhẹ	155 (93,37%)	156 (93,97%)	15 (9%)	0
Đau vừa phải	11(6,63%)	3(1,8%)	3(1,8%)	0
Đau nhiều	0	0	0	0

Nhận xét: Ngày đầu tiên tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỉ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau, Không có BN đau nhiều hoặc đau khủng khiếp.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	N=166	
	n	%
Buồn nôn/ Nôn	23/166	23%
Ngứa	15/166	23%
Viêm TM chảy PCA	15/166	18.6%

Nhận xét: Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn: thấp

Bảng 6. Các biến số về theo dõi hậu phẫu

Thời gian (ngày)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch	3	3	3
Có trung tiện	1	4	1,75±0,66
Rút sonde tiểu	1	4	1,91±0,50
Rút dẫn lưu ổ thận	1	5	3,52±0,92
Thời gian nằm viện	7	21	7,22±1,96

Nhận xét: Tất cả các BN đều dùng giảm đau đường tĩnh mạch rút sau 3

ngày. Thời gian nằm viện còn dài trung bình $7,89 \pm 1,96$ ngày (7-9 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy thận để ghép khi so sánh với các phẫu thuật lấy thận mổ mở truyền thống đã làm giảm được cả 2 yếu tố chính trong cơ chế đau sau mổ^{1,2}. Thứ nhất, phương pháp nội soi sử dụng các dụng cụ nội soi, trong phẫu trường hẹp, không cần bóc tách quá nhiều các tổ chức liên quan đến thận, giảm thiểu được tình trạng tổn thương các dây thần kinh thụ cảm đau tại đám rối tạng. Giảm thiểu cơ chế gây đau do tạng. Thứ hai, đường mổ lấy thận nhỏ khoảng 8cm dưới nếp lằn bẹn so với đường mổ sườn lưng dài 20-30cm trong trường hợp lấy thận mổ mở. Đường mổ này vừa đảm bảo về mặt giảm đau theo cơ chế đau nguồn gốc từ thành bụng khi giảm thiểu chiều dài đường mổ, đưa vị trí mổ xuống dưới nếp lằn bẹn, ít phải đi qua những khối cơ lớn vị trí trên rốn. Khác với phẫu thuật qua ổ bụng, với cách tiếp cận sau phúc mạc, đường rạch ra để lấy thận thường dài khoảng > 10cm và cắt cơ khối cơ thắt lưng chậu nên BN sau mổ thường rất đau. Thêm nữa, việc chăm sóc vết mổ không thuận lợi, hạn chế xoay trở, ít ngồi dậy sớm đi lại do đau nên thời gian có gaz thường dài³. Do đó giảm đau tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi phối hợp đa mô thức cả phương pháp ức chế thần kinh trung ương lẫn ức chế các thụ thể cảm giác đau tại chỗ (vết mổ, lỗ trocar, lỗ dẫn lưu) bằng phong bế Anaropin 2% dưới da. Anaropin thuộc nhóm thuốc gây tê, gây mê, có thành phần chính là hoạt chất Ropivacain HCl 5mg/ml (dưới dạng Ropivacain HCl monohydrate). Cách thức thực hiện: Tiêm Anaropin 2% vào lớp dưới da quanh vết mổ lấy thận và các lỗ trocar. Tác dụng của anaropin 2% lên tới 8 giờ sau mổ, có tác dụng làm giảm đau tại chỗ vị trí vết mổ và các vùng xung quanh. Kết quả của chúng tôi sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4, ngày đầu tiên sau mổ khi bệnh nhân ở khoa phòng tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỷ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau. Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn thấp. Theo Nguyễn Trần Hoàng sử dụng anaropin giảm đau qua nghiên cứu 60 bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường mật, có hiệu quả giảm đau sau mổ: kéo dài thời gian yêu cầu thuốc giảm đau đầu tiên ($3,60 \pm 2,45$ giờ so với $0,66 \pm 0,31$ giờ), giảm lượng morphin tiêu thụ 12h và 24h đầu sau mổ; giảm ý nghĩa điểm VAS lúc nghỉ và

vận động trong 18h đầu sau mổ, không gặp biến chứng nào⁴. Theo Nguyễn Thị Phượng⁵, tại thời điểm sau rút nội khí quản (NKQ), số người TNHT có điểm đau VAS < 4 (VAS = 2 hoặc 3) là 45 (80,36%) và VAS ≥ 4 (VAS = 4 hoặc 5) là 11 (19,64%); tại các thời điểm sau mổ từ H0 - H24: 100% người TNHT có VAS < 4; điểm đau VAS cao nhất tại thời điểm H0 và H1; không có sự khác biệt về điểm đau VAS giữa nhóm PTNS trong và ngoài phúc mạc. Nghiên cứu của Abu Elyazed⁶ tiến hành gây tê ESP hai bên trước mổ bằng 20mL bupivacaine 0.25% cho bệnh nhân phẫu thuật thoát vị thành bụng vùng thượng vị cũng thấy điểm VAS tại thời điểm 2 giờ sau mổ nhóm gây tê ESP thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, và duy trì đến 12h sau mổ. Thời điểm 18 giờ và 24h giờ, điểm đau giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Savran-Karadeniz M³ đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của 40 BN cắt thận nội soi qua phúc mạc và sau phúc mạc. BN được truyền liên tục hỗn hợp dung dịch 0,1% bupivacain và 1 μ g/mL fentanyl tốc độ 5 mL/h qua đường ngoài màng cứng. Kết quả ghi nhận điểm số VAS khi nằm yên sau mổ 30 phút, 2 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ không khác biệt giữa hai nhóm. Cả hai nhóm, điểm VAS cao nhất được ghi nhận vào thời điểm 0 và 1 giờ sau khi phẫu thuật, sau đó mức độ đau giảm dần và có cảm giác dễ chịu hơn từ giờ thứ 18 ở cả hai nhóm. Theo Vũ Thị Hằng⁷, về hiệu quả giảm đau có tới 16.7% bệnh nhân không hài lòng, mức hài lòng chung cả đợt giảm đau có tới 12.9% người bệnh không hài lòng. Có thể nói do khi sử dụng phương pháp PCA, người bệnh có thể chủ động kiểm soát được mức độ đau của mình. Các BN được giảm đau tốt nên vận động sớm và thời gian rút dẫn lưu sớm mặc dù trong qui trình mổ có dùng heparin lúc cắt động mạch và tĩnh mạch thận (bảng 6). Giảm đau sau phẫu thuật là thành phần thiết yếu của chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Việc ít đau, vận động sớm đi lại trong khoảng thời gian 2-3 ngày sau phẫu thuật giúp tránh tắc ruột, hệ tiêu hóa hồi phục, giảm nguy cơ nhiễm trùng sau mổ

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả chăm sóc giảm đau sau mổ bằng phương pháp tê thẩm vết mổ, kết hợp với phương pháp người bệnh tự kiểm soát (PCA) có hiệu quả giảm đau tốt, thời gian phục hồi trung tiện sớm hơn và đem lại sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú (2014). Dự phòng và chống đau. Gây mê hồi sức. NXB y học.
2. Lentine K.L., Kasiske B.L., Levey A.S., et al. (2017). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation, 101, 1–109
3. Savran-Karadeniz M, Kisa I, Salviz EA, et al. Can surgical approach affect postoperative analgesic requirements following laparoscopic nephrectomy: Transperitoneal versus retroperitoneal? A prospective clinical study. Arch Esp Urol. 2017; 70(6): 603-611
4. Nguyễn Trần Hoàng (2022) Đánh giá hiệu quả của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống hai bên bằng hỗn hợp Anaropin và Dexamethasone cho giảm đau trong và sau phẫu thuật sỏi đường mật. Luận văn Thạc sĩ, đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn, T. P., Phạm, V. Đông, & Võ, V. H. (2023). HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐẠ MÔ THỨC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG VÀ SAU PHỤC MAC LẤY THẬN GHEP Ở NGƯỜI HIỀN SỐNG. Tạp Chí Y Dược học quân sự, 48(6), 87-97. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v48i6.384>
6. Abu Elyazed MM, Mostafa SF, Abdelghany MS, Eid GM. Ultrasound-Guided Erector Spinae Plane Block in Patients Undergoing Open Epigastric Hernia Repair: A Prospective Randomized Controlled Study. Anesth Analg. 2019; 129(1): 235-240. doi:10.1213/ ANE.0000000000004071
7. Vũ Thị Hằng (2021) Sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật sỏi đường mật. Tạp chí Điều Dưỡng Việt Nam, 8 – 15

THỰC TRẠNG SUY GIẢM CHỨC NĂNG THỂ CHẤT Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI CÓ SUY DINH DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2},
Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng thể chất ở người cao tuổi có suy dinh dưỡng tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 184 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Người bệnh được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất và đo cơ lực tay (HGS). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $78,1 \pm 8,2$, tỉ lệ nữ chiếm 67,4%, nam chiếm 32,6%. Tỉ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng chẩn đoán theo tiêu chuẩn GLIM có giảm khối lượng cơ đo bằng phương pháp BIA, BMI lần lượt là: 92,9%, 64,5%. Tỉ lệ bệnh nhân có suy giảm cơ lực tay là 79,9%. Có mối liên quan giữa giảm BMI và giảm cơ lực tay. **Kết luận:** Tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất đánh giá bằng sức mạnh cơ tay ở bệnh nhân cao tuổi có suy dinh dưỡng khá cao. Cần sàng lọc thường quy tình trạng suy giảm chức năng thể chất trên người cao tuổi có suy dinh dưỡng

Từ khóa: chức năng thể chất; suy dinh dưỡng; người cao tuổi

SUMMARY

DECLINE IN PHYSICAL FUNCTION AMONG OLDER MALNOURISHED PATIENTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương

Email: buithi.huong20497.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

Objective: To assess physical function in elderly malnourished patients who come for outpatient examination and treatment at National Geriatric Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 184 patients ≥ 60 years old who came for outpatient examination and treatment at National Geriatric Hospital. Patients were interviewed according to a unified set of questions, physical function assessed by and Handgrip Strength (HGS). **Results:** The average age of the study subjects was $78,1 \pm 8,2$, the proportion of female accounted for 67,4%, male accounted for 32,6%. The proportion of malnourished patients diagnosed according to GLIM criteria with reduced muscle mass measured by BIA and BMI methods were: 92,9%, 64,5%, respectively. The percentage of patients with hand muscle weakness was 79,9%. There was an association between reduced BMI and decreased arm strength. **Conclusion:** The rate of decline in physical function HGS is quite high. Routine screening for decline in physical function in malnourished elderly is required.

Keywords: Physical function; Malnutrition; Elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chức năng thể chất là khả năng vận động, sức mạnh cơ hoặc khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày. Tình trạng suy giảm chức năng thể chất xảy ra thường xuyên ở người cao tuổi. Ước tính có khoảng 20% - 30% người lớn sống trong cộng đồng trên 70 tuổi có khuyết tật về khả năng vận động trong các hoạt động sống hàng ngày. Tuổi cao, giới nữ, các bệnh lý mạn tính làm gia tăng tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất ở người cao tuổi [1].

Suy dinh dưỡng dẫn đến giảm khối lượng cơ,

sức mạnh cơ, giảm trọng lượng cơ thể, dẫn đến các hạn chế chức năng thể chất ở người cao tuổi. Hai phần ba (68%) người cao tuổi bị suy dinh dưỡng cũng bị suy giảm chức năng về thể chất [2]. Nghiên cứu thấy có sự suy giảm sức mạnh cơ tay (Hand grip strength-HGS) ở đối tượng có suy dinh dưỡng, tuổi > 75 làm tăng nguy cơ có HGS thấp gấp 2,3 lần và suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ HGS thấp lên 1,9 lần [3]. Đánh giá suy giảm chức năng thể chất và các yếu tố liên quan là cần thiết trong chương trình điều trị và quản lý người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng.

Tại Việt Nam các nghiên cứu về vấn đề suy giảm hoạt động thể chất ở người cao tuổi đang ngày càng được quan tâm. Suy giảm chức năng thể chất hay được quan tâm trên đối tượng mắc các bệnh mạn tính như suy tim, COPD, thoái hóa khớp, bệnh thận mạn... tuy nhiên các bằng chứng về suy giảm chức năng thể chất ở người cao tuổi có suy dinh dưỡng chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến. Nhằm nâng cao chất lượng quản lý và điều trị người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Thực trạng suy giảm chức năng thể chất ở người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng tại bệnh viện Lão Khoa Trung ương" với mục tiêu mô tả thực trạng suy giảm chức năng thể chất ở người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng tại bệnh viện Lão Khoa Trung ương và khảo sát một số yếu tố liên quan với suy giảm chức năng thể chất ở đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 184 người bệnh cao tuổi ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú được chẩn đoán là suy dinh dưỡng theo sáng kiến lãnh đạo toàn cầu về suy dinh dưỡng (Global Leadership Initiative on Malnutrition - GLIM) [4] tại bệnh viện lão khoa Trung ương từ tháng 02 đến tháng 07/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mất thính lực hoặc thị lực không thể giao tiếp được hoặc bệnh cấp tính nặng như nhiễm khuẩn huyết, hôn mê do hạ glucose máu, tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm toan ceton, suy gan nặng, tai biến mạch não giai đoạn cấp, rối loạn ý thức hoặc sáng không thể tham gia hoặc không thể hoàn thành bộ câu hỏi phỏng vấn và các đánh giá sức mạnh cơ tay.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Quá trình thăm khám được tiến hành

theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Tính cỡ mẫu theo công thức (tính cỡ mẫu cho ước lượng các tỷ lệ)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{P(1-P)}{(P \pm \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

ϵ : Sai số tương đối ($\epsilon = 0,1$)

p: Chọn p = 0,68 (Theo nghiên cứu Sjors Verlaan và cộng sự từ nghiên cứu phân tích gộp) ước tính cỡ mẫu thấp nhất đạt được là 181 người [5].

Các biến số nghiên cứu:

➢ Đặc điểm chung về đối tượng: tuổi, giới, tình trạng ngã (tiền sử ngã trước đó), nơi sống (thành thị hay nông thôn).

➢ Đặc điểm chung về tình trạng suy dinh dưỡng ở người cao tuổi [4].

Nhóm biến số về kiểu hình suy dinh dưỡng:

Giảm cân: Khảo sát tình trạng giảm cân của bệnh nhân: giảm trên 5% cân nặng trong vòng 6 tháng hoặc giảm trên 10% cân nặng sau 6 tháng.

Giảm chỉ số khối cơ thể (Body mass index-BMI): dưới 18,5 đối với người dưới 70 tuổi và dưới 20 với người trên 70 tuổi.

Giảm khối lượng cơ đo bằng phương pháp phân tích điện kháng trở sinh học (bioelectrical impedance analysis-BIA): theo tiêu chuẩn hiệp hội sarcopenia Châu Á: nam < 7,0 kg/m²; nữ < 5,7 kg/m².

Nhóm biến số về căn nguyên:

Giảm khẩu phần ăn: Giảm dưới 50% nhu cầu khuyến nghị trên 1 tuần hoặc bất kì giảm khẩu phần kéo dài trên 2 tuần hoặc các triệu chứng tiêu hóa mạn tính gây ảnh hưởng hấp thu (tình trạng răng miệng, cảm giác thèm ăn trước các bữa, vấn đề tiêu hóa gây khó nhai, khó nuốt).

Đánh giá tình trạng viêm cấp hoặc mạn tính: bằng chỉ số C-reactive protein CRP ≥ 5 mg/l: có tình trạng viêm.

➢ Đánh giá chức năng thể chất bằng:

Đo sức mạnh cơ tay bằng máy áp lực kế cầm tay số hiệu Jamar TM Hidraulic

Hand Dynamometer 5030 J1, USA đơn vị đo tính bằng kilogram (Kg) [6] : Cơ lực tay giảm khi < 26 kg đối với nam hoặc < 18 kg đối với nữ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Kiểm định χ^2 và Fisher với so sánh hai tỷ lệ. Kiểm định T - Test đối với trường hợp so sánh hai trung bình. Giá trị p < 0,05 được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Người bệnh và gia đình được giải thích rõ ràng mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Qua nghiên cứu trên 184 bệnh nhân cao tuổi có suy dinh dưỡng đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 02 đến tháng 07 năm 2023, chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=184)

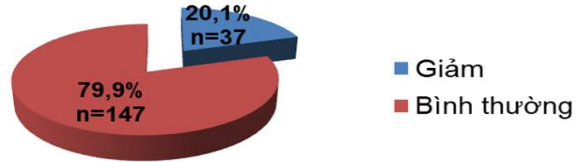
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Đặc điểm chung		
Giới	Nam	64, 32,6
	Nữ	124, 67,4
Nhóm tuổi	60-69	30, 15,8
	70-79	83, 45,4
	≥ 80	71, 38,8
Nơi sống	Thành Thị	79, 42,9
	Nông thôn	105, 57,1
Tiền sử ngã trước đó	Có	92, 50
	Không	92, 50
Nhóm biến số về kiểu hình lâm sàng người bệnh cao tuổi suy dinh dưỡng		
Giảm khối lượng cơ đo bằng BIA	Có	171, 92,9
	Không	13, 7,1
Giảm BMI	Có	65, 35,5
	Không	119, 64,5
Giảm cân	Có	117, 63,6
	Không	67, 36,4
Nhóm biến số về căn nguyên suy dinh dưỡng		
Tình trạng viêm	Có	86, 46,7
	Không	98, 53,3
Giảm khẩu phần ăn	Có	178, 96,7
	Không	6, 3,3
HGS	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Giá trị	4,0	36,0
		14,8
		5,71

Trong tổng số 184 đối tượng nghiên cứu tỉ lệ nữ chiếm 67,4%, nam chiếm 32,6%. Nhóm tuổi 70-79 chiếm tỷ lệ cao 45,4%. Trong số các bệnh nhân bị suy dinh dưỡng tình trạng giảm khối lượng cơ đo bằng phương pháp BIA chiếm tỉ lệ cao 92,9%, tình trạng giảm cân chiếm 63,6% trong đó nguyên nhân chủ yếu là do tình trạng chán ăn chiếm 96,7%, tình trạng viêm chiếm 53,3%. Sức mạnh cơ tay cao nhất là 36kg, thấp nhất là 4kg. Trung bình sức mạnh cơ tay là

14,8±5,71 kg.

3.2. Chức năng thể chất ở bệnh nhân cao tuổi có suy dinh dưỡng.

HGS



Biểu đồ 1: Đánh giá chức năng thể chất bằng cơ lực tay

Nhận xét: Tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất ở người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng khá cao 147 người chiếm 79,9%.

Bảng 2: Mối liên quan giữa suy giảm chức năng thể chất và các đặc điểm ở bệnh nhân suy dinh dưỡng

Đặc điểm		Sức mạnh cơ tay HGS		
		Giảm (n)	Bình thường (n)	p
Tuổi	60-69	20	9	0,007
	70-79	57	21	
	≥ 80	69	8	
Giới	Nam	50	10	0,556
	Nữ	97	27	
Tình trạng ngã	Có	84	8	< 0.01
	Không	63	29	
Giảm khối lượng cơ	Có	139	32	0,141
	Không	8	5	
Giảm BMI	Có	101	17	0,008
	Không	45	20	
Tình trạng giảm cân	Có	96	21	0,334
	Không	51	16	
Tình trạng viêm	Có	64	22	0,083
	Không	83	15	
Giảm khẩu phần ăn	Có	36	142	1,000
	Không	1	5	

Về đặc điểm lâm sàng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi có mối liên quan giữa tình trạng giảm BMI và giảm sức mạnh cơ tay HGS với $p=0,008$. Về các yếu tố liên quan: độ tuổi có liên quan đến tình trạng suy giảm sức mạnh cơ tay HGS với $p=0,007$; tình trạng ngã ở người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng có mối liên quan với suy giảm cơ tay HGS $p=0,000$.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu tổng hợp từ 28 nghiên cứu sử dụng phương pháp đánh giá suy dinh dưỡng bằng thang điểm NMA (Mini malnutrition assessment) của Verlaan [5], tỷ lệ suy giảm chức năng thể chất bằng nhiều công cụ khác

nhau là 68%, trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá suy dinh dưỡng được đánh giá theo tiêu chuẩn GLIM, tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất ở đối tượng này cao hơn chiếm 79,9%.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu tuổi trung bình là 78,1 tuổi thấp hơn so với nghiên cứu của Yue-Bin Lv độ tuổi sau 80 thường có chỉ số BMI giảm, có tình trạng dinh dưỡng kém dẫn đến tình trạng suy giảm chức năng thể chất [7] Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan giữa độ tuổi và suy giảm chức năng thể chất, ở độ tuổi sau 80 tình trạng suy giảm cơ lực tay chiếm đến 90,8%.

Giảm khối lượng cơ ở bệnh nhân suy dinh dưỡng dẫn đến tình trạng suy giảm chức năng thể chất, tỷ lệ bệnh nhân giảm khối lượng cơ chiếm đến 92,9% được đo bằng phương pháp BIA. Nhưng trong nghiên cứu này của chúng tôi tìm ra mối liên quan giữa suy giảm cơ lực tay và giảm BMI, nhưng không có mối liên quan giữa giảm cơ lực tay và khối lượng cơ đo bằng phương pháp BIA với $p=0,141>0,05$.

Về sức mạnh cơ tay HGS, có sự liên quan giữa giảm BMI và suy giảm chức năng cơ tay $p=0,008$ với chỉ số $OR=2,641$ (CI 95% 1.265-5.511) trung bình sức mạnh cơ tay bằng 14,9 kg. Theo nghiên cứu của Nur Riviaty suy dinh dưỡng có liên quan đến giảm sức mạnh cơ tay HGS với $OR=1,9$ (CI 95% 1,4-2,6)[3]. Nghiên cứu này suy dinh dưỡng được chẩn đoán theo phương pháp MNA, trong nghiên cứu của chúng tôi suy dinh dưỡng được chẩn đoán bằng tiêu chí GLIM.

Các nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng suy dinh dưỡng ở đây thường là do giảm khẩu phần ăn: 96,7% người bệnh cao tuổi suy dinh dưỡng có giảm khẩu phần ăn trong khi đó 46,7% người bệnh cao tuổi suy dinh dưỡng có tình

trạng viêm. Không có mối liên quan giữa giảm khẩu phần ăn hoặc tình trạng viêm nhiễm với suy giảm cơ lực tay với $p>0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy giảm chức năng thể chất đánh giá bằng đo sức mạnh cơ tay ở người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng khá cao. Cần sàng lọc thường quy tình trạng suy giảm chức năng thể chất trên người cao tuổi có suy dinh dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manini T.** Development of physical disability in older adults. *Curr Aging Sci.* 2011;4(3):184-191.
2. **Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, et al.** Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics." *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2010;29(2):154-159. doi:10.1016/j.clnu.2009.12.004
3. **Rivati N, Setiati S, Laksmi PW, Abdullah M.** Factors Related with Handgrip Strength in Elderly Patients. *Acta Medica Indones.* 2017;49(3):215-219.
4. **Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, et al.** GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2019;43(1):32-40. doi:10.1002/jpen.1440
5. **Verlaan S, Ligthart-Melis GC, Wijers SLJ, Cederholm T, Maier AB, Schueren MAE de van der.** High Prevalence of Physical Frailty Among Community-Dwelling Malnourished Older Adults—A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(5):374-382. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.074
6. **Lee SY.** Handgrip Strength: An Irreplaceable Indicator of Muscle Function. *Ann Rehabil Med.* 2021;45(3):167-169. doi:10.5535/arm.21106
7. **Lv YB, Yuan JQ, Mao C, et al.** Association of Body Mass Index With Disability in Activities of Daily Living Among Chinese Adults 80 Years of Age or Older. *JAMA Netw Open.* 2018;1(5):e181915. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.1915

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KẾT HỢP LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG MẠN TÍNH

Trần Thị Hằng¹, Phạm Văn Minh¹

TÓM TẮT

Đau thắt lưng là một bệnh rất phổ biến, tại Việt nam hiện nay điều trị chủ yếu bằng thuốc, chương

trình phục hồi chức năng, châm cứu, bấm huyệt... trong khi can thiệp về tâm lý, nhận thức chưa được áp dụng. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả kết hợp can thiệp liệu pháp nhận thức hành vi trong phục hồi chức năng bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 63 bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính, ≥ 18 tuổi, được khám và điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2022 -12/2023 được chia làm 2 nhóm: Nhóm chứng gồm 32 bệnh nhân được điều trị bằng Bài tập

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hằng

Email: drtranhangphcn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

dành cho bệnh nhân đau thắt lưng kết hợp Vật lý trị liệu (nhiệt trị liệu, điện trị liệu, bần kéo); Nhóm can thiệp gồm 31 bệnh nhân được điều trị như nhóm chứng kết hợp với can thiệp nhận thức hành vi. Đánh giá kết quả giảm đau theo thang điểm NRS, chỉ số suy giảm chức năng ODI, bảng câu hỏi về hiệu quả tự giảm đau PSEQ, thang điểm Tampa về chứng lẩn tránh vận động và thang điểm căng thẳng-lo âu-trầm cảm DASS-21 tại thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 4 tuần và sau 12 tuần. **Kết quả:** Mức độ đau ở nhóm can thiệp sau 3 tháng là $1,16 \pm 0,89$ so với nhóm chứng là $2,09 \pm 1,12$ ($p < 0,001$), tương tự sự cải thiện mức độ tự tin khi thực hiện hoạt động hàng ngày, chứng lẩn tránh vận động, trạng thái tâm lý đều cải thiện tốt hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp điều trị PHCN kết hợp liệu pháp HTHV đem lại sự cải thiện hơn về tình trạng đau, trạng thái tâm lý, chứng lẩn tránh vận động cũng như chức năng hoạt động hàng ngày trên những bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính so với can thiệp PHCN đơn thuần.

Từ khóa: Đau thắt lưng mạn tính, can thiệp nhận thức hành vi, phục hồi chức năng.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY COMBINED WITH THE RIHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN

Low back pain is one of the most common disease, in Vietnam now, treatment options include: medications, rehabilitation programs, acupuncture, and acupressure,... while the psychological factors, cognitive therapy not being adequately addressed. **Objective:** To evaluate the effectiveness of combined cognitive behavioral therapy in rehabilitation programs for patients with chronic low back pain. **Methods:** Randomised controlled trial on 63 chronic low back pain patients, ≥ 18 years old, examined and treated at the Department of Rehabilitation - Hanoi Medical University Hospital from October 2022 to December 2023 was divided into 2 groups: The control group consisted of 32 patients treated with manual therapy and exercises combined with physiotherapy (thermotherapy, electrotherapy, traction table...); The intervention group consisted of 31 patients who were treated as a control group in combination with cognitive behavioral therapy. Evaluation of pain relief outcomes using the Numeric Rating Scale (NRS), Oswestry Disability Index (ODI), the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ), the Tampa scale for movement avoidance, and the stress-anxiety-depression scale DASS-21 at the time before intervention, 4 weeks after intervention and 12 weeks later. **Result:** The pain level in the intervention group after 12 weeks was 1.16 ± 0.89 compared with the control group was 2.09 ± 1.12 ($p < 0.001$), similar to the improvement in self-confidence daily activities, motor avoidance, and psychological state all improved better in the intervention group than in the control group ($p < 0,05$). **Conclusion:** Cognitive behavioural therapy combined with the rehabilitation program is more effective in treating pain, psychological status, avoidance of

movement as well as daily functioning in patients with chronic low back pain compared with the rehabilitation program only. **Keywords:** chronic low back pain, cognitive-behavioral therapy, rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là một trong những nguyên nhân gây ra nhiều khuyết tật trên toàn cầu hơn bất kỳ tình trạng nào khác. Các ước tính gần đây cho thấy 20-56% các trường hợp trên người trưởng thành có biểu hiện đau thắt lưng trong vòng 1 năm và hầu hết tất cả mọi người đều bị đau thắt lưng vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời họ. Trên thế giới, tỷ lệ phổ biến đau thắt lưng theo ước tính 7,5% vào năm 2017 và xếp thứ 9 những nguyên nhân gây tàn tật và gánh nặng sức khỏe. Một nghiên cứu ở Anh năm 2018 tuyên bố khoảng 10-15% trường hợp đau thắt lưng tiến triển thành đau thắt lưng mạn tính. Chi phí điều trị cũng như những ảnh hưởng của tình trạng đau thắt lưng mạn tính là rất lớn đối với mỗi bệnh nhân, gia đình và xã hội. Trên thực tế lâm sàng tại Việt Nam, bệnh lý đau cột sống thắt lưng gặp phổ biến, là lý do chính khiến người bệnh đi khám tại các phòng khám chuyên khoa cũng như phòng khám nội chung, phòng khám bác sỹ gia đình.

Cơ chế bệnh sinh đau thắt lưng mạn tính chịu ảnh hưởng của tổn thương thực thể và các yếu tố tâm lý, xã hội. Các chỉ số như trầm cảm, lo lắng, sợ hãi, khả năng tham gia hoạt động hàng ngày, tâm lý né tránh vận động có liên quan đến việc tăng nguy cơ phát triển đau và tàn tật trên bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính¹. Việc quản lý đau thắt lưng mạn tính ở nước ta hiện nay phổ biến bao gồm thuốc, giáo dục, vật lý trị liệu, châm cứu...cho thấy sự cải thiện còn khiêm tốn, cơn đau vẫn có thể tái phát. Gần đây, các can thiệp nhận thức hành vi (NTHV) cho đau thắt lưng ngày càng phổ biến và là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả về chi phí nhất cho bệnh đau thắt lưng từ trước đến nay². Tại Việt Nam, can thiệp NTHV trên bệnh nhân đau mạn tính vẫn còn là một khái niệm khá mới mẻ, chưa được áp dụng nhiều cũng như phát huy tác dụng một cách thích đáng. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp can thiệp nhận thức hành vi trong phục hồi chức năng bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng mạn tính được điều trị tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2022 đến

tháng 12/2023 thỏa mãn các tiêu chuẩn:

+ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi với chẩn đoán đau vùng cột sống thắt lưng mãn tính, diễn biến bệnh kéo dài trên 12 tuần.

- Điều trị ngoại trú với số buổi tập ≥ 5 .

- Tuân thủ quy trình điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau vùng thắt lưng có chỉ định phẫu thuật

- Loãng xương nặng, mắc bệnh lý ác tính

- Rối loạn nhận thức, tâm thần

- Mắc bệnh lý kèm theo khiến bệnh nhân không tuân thủ được chương trình tập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu can thiệp có đối chứng, kết quả thu được 29 bệnh nhân mỗi nhóm.

Thực tế chúng tôi chọn được 63 bệnh nhân chia làm 2 nhóm:

- Nhóm chứng gồm 32 bệnh nhân: Được can thiệp PHCN theo chương trình thường quy (bài tập dành cho bệnh nhân đau thắt lưng kết hợp vật lý trị liệu: hồng ngoại, siêu âm, điện xung, bản kéo)

- Nhóm can thiệp gồm 31 bệnh nhân: Được can thiệp như nhóm chứng kết hợp can thiệp nhận thức hành vi.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn bệnh nhân, phân vào nhóm nghiên cứu:

Bệnh nhân đau thắt lưng mãn tính được tiếp nhận, thăm khám, chẩn đoán, thu thập thông tin, lượng giá, ghi chép hồ sơ, lập kế hoạch can thiệp. Bệnh nhân thỏa mãn điều kiện lựa chọn được chia ngẫu nhiên luân phiên vào 2 nhóm: Số thứ tự lẻ vào nhóm can thiệp, số chẵn vào nhóm chứng.

Bước 2: Can thiệp

Nhóm chứng: Thực hiện can thiệp phục hồi chức năng theo chương trình thường quy.

Nhóm can thiệp: Can thiệp phục hồi chức năng thường quy kết hợp can thiệp nhận thức hành vi. Chương trình can thiệp nhận thức hành vi kéo dài 6 buổi tương ứng 6 giai đoạn.

GD 1: Đánh giá, hiểu vấn đề của bệnh nhân

GD 2: Nhận thức lại

GD 3: Học tập và củng cố các kỹ năng

GD 4: Củng cố kỹ năng và áp dụng

GD 5: Tổng quát hóa và duy trì

GD 6: Sau điều trị và theo dõi

2.2.4. Đánh giá kết quả nghiên cứu

Thang điểm sử dụng trong nghiên cứu:

- Đánh giá mức độ đau bằng thang điểm đánh giá bằng số (Numeric Rating Scale - NRS)

- Bảng câu hỏi OSWESTRY (Oswestry Disability Index – ODI) đánh giá tình trạng đau thắt lưng ảnh hưởng như thế nào đến hoạt động sinh hoạt hằng ngày

- Thang điểm Tampa về chứng lẩn tránh vận động (Tampa Scale of Kinesiophobia - TSK)

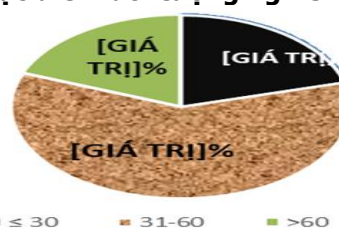
- Bảng câu hỏi hiệu quả tự giảm đau (Pain self-Efficacy Questionnaire - PSEQ)

- Thang điểm căng thẳng-lo âu-trầm cảm (Depression Anxiety and Stress Scales - DASS-21)

2.2.5. Thời điểm nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá bệnh nhân tại thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 4 tuần và sau can thiệp 12 tuần.

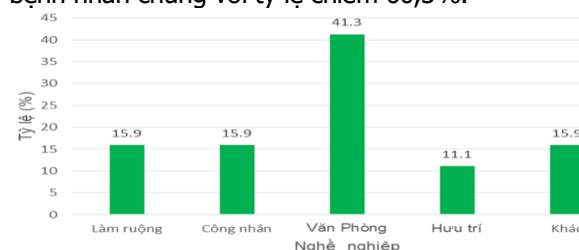
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi

Nhận xét: Trong 63 bệnh nhân đau thắt lưng mãn tính của chúng tôi, người có tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là 81 tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 31- 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng số bệnh nhân chung với tỷ lệ chiếm 60,3%.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nghề nghiệp: Nhân viên văn phòng, công nhân, làm ruộng chiếm tỷ lệ cao với tổng số là 73%.

Bảng 1. Mức độ đau, chức năng hoạt động hàng ngày, trạng thái tâm lý trước can thiệp

Các chỉ số	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Nhóm nghiên cứu	p
Mức độ đau (điểm NRS)	5,52 ± 1,18	4,97 ± 1,23	5,24 ± 1,23	>0,05
Chỉ số suy giảm chức năng (ODI %)	46,12 ± 16,06	39,08 ± 12,73	42,55 ± 14,774	>0,05

Hiệu quả tự giảm đau (PSEQ)	30,58 ± 4,15	34,13 ± 7,51	32,38 ± 6,30	>0,05
Mức độ lẫn tránh vận động (TSK)	45,77 ± 5,95	45,66 ± 4,97	45,71 ± 5,43	>0,05
Trạng thái lo âu (điểm A trong DASS-21)	10,45 ± 4,97	8,56 ± 4,96	9,49 ± 5,01	>0,05
Trạng thái căng thẳng (điểm S trong DASS-21)	13,65 ± 5,53	9,53 ± 6,36	11,56 ± 6,27	>0,05
Trạng thái trầm cảm (điểm D trong DASS-21)	9,10 ± 4,64	6,94 ± 4,5	8,00 ± 4,67	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số nghiên cứu về mức độ đau, chỉ số suy giảm chức năng, hiệu quả tự giảm đau, mức độ lẫn tránh vận động, trạng thái lo âu, trạng thái căng thẳng và trạng thái trầm cảm giữa hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả giảm đau sau 4 tuần và 12 tuần can thiệp

Mức độ (NRS)	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	Trước điều trị	Sau 4 tuần	Sau 12 tuần	Trước điều trị	Sau 4 tuần	Sau 12 tuần
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Không đau (0)	0 (0)	2 (6,5%)	8 (25,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,1%)
Đau nhẹ (1-3)	1 (3,2 %)	29 (93,5%)	22 (71%)	4 (12,4%)	27 (84,4%)	25 (78,1%)
Đau vừa (4-6)	21 (67,7%)	0 (0%)	1 (3,2%)	26 (81,3%)	5 (15,6%)	6 (18,8%)
Đau nặng (7-10)	9 (29%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Điểm NRS trung bình	5,52 ± 1,18	1,65 ± 0,76	1,16 ± 0,89	3,25 ± 0,67	2,03 ± 0,54	1,88 ± 0,7
p		< 0,001	< 0,001		< 0,001	< 0,001
Tổng	31(100%)	31(100%)	31(100%)	32(100%)	32(100%)	32(100%)

Nhận xét: Nhóm can thiệp NTHV: mức độ đau giảm rõ qua các đợt đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). Sự cải thiện điểm NRS trung bình từ 5,52 ± 1,18 còn 1,16 ± 0,89 sau 12 tuần. 96,7% bệnh nhân đau ở mức độ vừa và nặng lúc vào viện sau 4 tuần chỉ còn 0% và sau 12 tuần chỉ còn 3,2%. Nhóm chứng, có sự cải

thiện tình trạng đau sau 4 tuần và sau 12 tuần, điểm NRS trung bình giảm từ 3,25 ± 0,67 xuống còn 1,88 ± 0,7, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). 87,6% bệnh nhân đau vừa và nặng sau 12 tuần giảm xuống còn 15,6% sau 4 tuần và 18,8% sau 12 tuần.

Bảng 3. Sự cải thiện chức năng hoạt động hàng ngày, trạng thái tâm lý sau 12 tuần

Các chỉ số	Có can thiệp (n=31)	Không can thiệp (n=32)	P
Sự cải thiện về mức độ đau (điểm NRS)	1,16 ± 0,89	2,09 ± 1,12	< 0,01
Sự cải thiện về chức năng hoạt động hàng ngày (điểm ODI) (%)	24,48 ± 8,045	30,84 ± 14,022	< 0,05
Hiệu quả tự giảm đau (PSEQ)	49,19 ± 5,36	33,66 ± 7,69	< 0,01
Cải thiện về lẫn tránh vận động (điểm TSK)	22,52 ± 3,08	42,16 ± 0,90	< 0,01
Sự cải thiện về trạng thái lo âu (điểm A trong DASS 21)	4,61 ± 3,38	7,88 ± 4,34	< 0,05
Sự cải thiện về trạng thái căng thẳng (điểm S trong DASS 21)	4,52 ± 4,1	7,63 ± 6,33	< 0,05
Sự cải thiện về trạng thái trầm cảm (điểm D trong DASS 21)	4,16 ± 3,83	7,56 ± 6,06	< 0,05

Nhận xét: Sự cải thiện về tình trạng đau, chức năng hoạt động hàng ngày, hiệu quả tự giảm đau, chứng lẫn tránh vận động, trạng thái lo âu, trạng thái căng thẳng và trạng thái trầm cảm của nhóm bệnh nhân nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng sau 12 tuần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 44,38 ± 14,68 hay gặp ở nhóm tuổi 31-60 tuổi. Theo Jones GT

và CS (2006) thì độ tuổi trung bình của 974 người đau thắt lưng mạn tính tham gia là 47 tuổi (38-56 tuổi)³. Kết quả nghiên cứu trên là phù hợp do đây nhóm tuổi lao động và có sự thoái hóa của các tổ chức đĩa đệm, xương, dây chằng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 41,3% bệnh nhân làm công việc liên quan hành chính văn phòng, 15,9% bệnh nhân làm công nhân và bằng tỷ lệ bệnh nhân làm ruộng. Theo Trương Xuân Thanh (2018) có 3 nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao trên bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính là nông dân (22,7%), nhân viên

vấn phòng (20%), công nhân (18,7%)⁴. Những công việc buộc cột sống phải chịu trọng tải lớn, tư thế gò bó kéo dài, vận động không sinh lý như cúi gập thường xuyên.

Đặc điểm bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính: Có điểm đau NRS trung bình là $5,24 \pm 1,23$, tương tự như nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như Ibrahim ME (2020)⁵ có cường độ đau trung bình $5,7 \pm 2,9$ và điểm TSK là $43,1 \pm 7,6$, còn điểm TSK trung bình của chúng tôi là $45,71 \pm 5,43$, lớn hơn điểm giới hạn là 37, có ý nghĩa trên lâm sàng. Khi tìm hiểu về chức năng hoạt động hàng ngày, điểm ODI trung bình của chúng tôi là $42,55 \pm 14,77$ tương tự theo Ibrahim ME (2020)⁵ là $43,0 \pm 13,8$. Điểm về hiệu quả tự giảm đau PSEQ, tự tin trong các hoạt động là $32,38 \pm 6,30$, tương tự với Maughan EF (2010)⁶ với điểm PSEQ trung bình là $38 \pm 14,8$. Thang điểm DASS-21 được chúng tôi sử dụng do có độ nhạy và độ tin cậy cao trong việc phản ánh trạng thái tâm lý, đặc biệt hữu ích để lượng giá bệnh nhân đau mạn tính. Điểm lo âu, căng thẳng và trầm cảm trung bình theo thang điểm này lần lượt là: $9,49 \pm 5,01$; $11,56 \pm 6,27$; $8,00 \pm 4,67$.

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả giảm đau tại thời điểm sau can thiệp của cả 2 nhóm đều có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp nhưng nhóm có kết hợp can thiệp NTHV có sự cải thiện rõ ràng và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp NTHV ($p < 0,01$). Cụ thể điểm NRS của nhóm can thiệp ban đầu là $5,52 \pm 1,18$ giảm xuống còn $1,16 \pm 0,9$ sau 12 tuần, hiệu quả giảm đau lên đến 79%, trong đó nhóm chúng có điểm NRS trung bình ban đầu là $3,25 \pm 0,67$ giảm xuống $1,88 \pm 0,7$, tức hiệu quả giảm đau chỉ đạt 42%. Có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy kết hợp can thiệp NTHV đem lại hiệu quả giảm đau tốt hơn cho bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính so với nhóm chỉ điều trị PHCN đơn thuần như nghiên cứu của Lamb SE (2010), Monticone M(2013). Thậm chí, tác giả Monticone M (2013) và CS còn tiến hành cuộc nghiên cứu dài hơi hơn kéo dài đến 3 năm với mốc đánh giá lại lần cuối là sau 24 tháng, kết quả vẫn cho thấy hiệu quả giảm đau tốt hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chúng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Từ đây cho thấy tác động đáng kể của can thiệp NTHV trên những bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính theo thời gian.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự cải thiện rõ ràng trên nhóm có can thiệp NTHV về chỉ số suy giảm chức năng (ODI), hiệu quả tự giảm đau (PSEQ), chúng lẫn tránh vận động

(TSK), trạng thái tâm lý: lo âu, căng thẳng, trầm cảm (DASS-21), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp NTHV ($p < 0,05$). Cụ thể, chỉ số ODI nhóm can thiệp giảm từ $46,12 \pm 16,06\%$ xuống còn $24,48 \pm 8,045\%$, với chỉ số trung bình giảm $>20\%$ đã giúp bệnh nhân chuyển được mốc phân loại trong đánh giá ODI, trong khi nhóm chúng có chỉ số thay đổi không nhiều, từ $39,08 \pm 12,73$ xuống còn $30,84 \pm 14,02$ (tức giảm $< 10\%$) sau 12 tuần. Bảng kết quả cũng cho thấy sự cải thiện rõ rệt về chúng lẫn tránh vận động trên nhóm can thiệp, điểm TSK từ $45,77 \pm 5,95$ giảm xuống còn $22,52 \pm 3,08$ tức đã xuống dưới điểm giới hạn sau 12 tuần, sự thay đổi đáng kể này có ý nghĩa trên lâm sàng, trong khi nhóm chúng, điểm TSK vẫn luôn trên điểm giới hạn trong các mốc thời gian đánh giá. Ngoài ra, điểm thành phần của DASS-21 cũng giảm đều trên nhóm can thiệp, còn nhóm chúng giảm ít hơn khi đánh giá về lo lắng và căng thẳng, thậm chí, điểm trầm cảm sau 12 tuần còn tăng cao hơn so với thời điểm ban đầu. Điểm PSEQ cũng cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm, nhóm can thiệp có điểm số tăng đáng kể từ $30,58 \pm 4,15$ lên $49,19 \pm 5,36$ trong khi nhóm chúng điểm số không những không tăng mà còn giảm từ $34,13 \pm 7,51$ xuống $33,66 \pm 7,69$ sau 12 tháng. Điểm PSEQ càng cao, càng thể hiện niềm tin, sự tự tin của cá nhân khi thực hiện thực hiện và hoàn thành thành công một nhiệm vụ cụ thể. Sự thay đổi khả quan này xuất phát từ việc bệnh nhân hiểu được tình trạng bệnh và các triệu chứng, giảm lo lắng quá mức về sức khỏe bản thân, hiểu được tầm quan trọng của việc tập các bài tập phù hợp, biết cách thư giãn và học được cách bảo vệ cột sống bởi sự thay thế các tư thế sai lệch ngày bằng tư thế đúng. Từ đó, bệnh nhân không còn lẫn tránh vận động, tham gia nhiều hơn các chức năng sinh hoạt hàng ngày và sự tự tin khi thực hiện các vận động cũng tăng theo, quản lý tốt hơn các rối loạn chức năng của bản thân.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị PHCN kết hợp liệu pháp HTHV đem lại sự cải thiện hơn về tình trạng đau, trạng thái tâm lý, chúng lẫn tránh vận động cũng như chức năng hoạt động hàng ngày trên những bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính so với can thiệp PHCN đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Xuân Thanh** (2018), Đánh giá mức độ hoạt động thể lực ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng mãn tính, Luận văn chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
2. **Richmond H, Hall AM, Copsey B, et al.** The

Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(8):e0134192. Published 2015 Aug 5. doi:10.1371/journal.pone.0134192

3. Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. Eur Spine J. 2011;20(7):1012-1023. doi:10.1007/s00586-010-1675-4
4. Ibrahim ME, Weber K, Courvoisier DS, Genevay S. Big Five Personality Traits and

Disabling Chronic Low Back Pain: Association with Fear-Avoidance, Anxious and Depressive Moods. J Pain Res. 2020;13:745-754. Published 2020 Apr 14. doi:10.2147/JPR.S237522

5. Jones GT, Johnson RE, Wiles NJ, et al (2006), Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study. Br J Gen Pract. 2006;56(526):334-341.
6. Maughan EF, Lewis JS. Outcome measures in chronic low back pain. Eur Spine J. 2010; 19(9):1484-1494. doi:10.1007/s00586-010-1353-6.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

Vũ Văn Hoài^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 103 người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú tại Phòng khám chuyên khoa Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Có 57,3% người bệnh có rối loạn cương dương. Có mối liên quan giữa rối loạn cương dương với tuổi (OR logistic = 2,83; 1,83 – 4,39), trình độ học vấn (OR = 4,17; 1,79 – 9,72), tình trạng hôn nhân (OR = 3,72; 1,51 – 9,2), số lần quan hệ tình dục (OR = 4,77; 1,84 – 12,42), thủ dâm (OR = 2,69; 1,18 – 6,13), thời gian diễn biến trầm cảm (OR = 6,32; 2,64 – 15,14) và sử dụng SSRIs (OR = 2,59; 1,00 – 6,72); không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tôn giáo, khu vực sống, tuổi quan hệ tình dục, số đợt trầm cảm trước với rối loạn cương dương. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, số lần quan hệ tình dục, thủ dâm, thời gian diễn biến trầm cảm và sử dụng SSRIs với rối loạn cương dương ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú. Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tôn giáo, khu vực sống, tuổi quan hệ tình dục, số đợt trầm cảm trước với rối loạn cương dương ở nhóm người bệnh này. **Từ khóa:** rối loạn cương dương, rối loạn trầm cảm tái diễn

SUMMARY

FACTORS RELATED TO ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Hoài

Email: vuvanhoaihu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

Objective: Analysis of some factors related to erectile dysfunction in outpatients with recurrent depressive disorder. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 103 outpatients with recurrent depressive disorder at the Psychiatric Clinic - Bach Mai Hospital from August 2022 to August 2023. **Results:** 57.3% of the patients had erectile dysfunction. There is a relationship between erectile dysfunction with age (OR logistic = 2.83; 1.83 – 4.39), education level (OR = 4.17; 1.79 – 9.72), status marriage (OR = 3.72; 1.51 – 9.2), frequency of sexual intercourse (OR = 4.77; 1.84 – 12.42), masturbation (OR = 2.69; 1.18 – 6.13), duration of depression (OR = 6.32; 2.64 – 15.14) and use of SSRIs (OR = 2.59; 1.00 – 6.72); No association was found between religion, living area, age of sexual intercourse, number of sexual partners, number of previous depressive episodes with erectile dysfunction. **Conclusion:** There is a relationship between factors such as age, education level, marital status, frequency of sexual intercourse, masturbation, duration of depression, and use of SSRIs in erectile dysfunction outpatients with recurrent depressive disorder. No association was found between religion, living area, age of sexual intercourse, number of sexual partners, and number of previous depressive episodes in this group of patients.

Keywords: erectile dysfunction, recurrent depressive disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm tái diễn là một rối loạn tâm thần phổ biến, diễn biến mạn tính, tỉ lệ mắc đang ngày càng gia tăng. Các giai đoạn trầm cảm kéo dài ít nhất 2 tuần với các biểu hiện lâm sàng đa dạng, có thể bao gồm các rối loạn chức năng tình dục.

Rối loạn cương dương được định nghĩa là không có khả năng đạt được và duy trì độ cương cứng của dương vật đủ để thỏa mãn quan hệ tình dục.¹ Tác giả Shirir và cộng sự (2007) đã báo cáo có tới 42% người bệnh trầm cảm mắc rối

loạn cương dương.² Liu và cộng sự (2018) cũng đã chứng minh nguy cơ mắc rối loạn cương dương tăng 39% ở người bệnh trầm cảm và tỉ lệ mắc rối loạn cương dương ở người bệnh trầm cảm cao hơn 1,39 lần so với những người không mắc trầm cảm,³ gây ra nhiều hậu quả làm giảm năng suất làm việc cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh và bạn tình.

Các yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương nói chung cũng đã được nghiên cứu rộng rãi. Tác giả Qin và cộng sự đã báo cáo quan hệ tình dục và thủ dâm ở một tần suất nhất định có xu hướng làm giảm nguy cơ mắc rối loạn cương dương.⁴ Các yếu tố khác bao gồm tuổi, tình trạng trầm cảm, sử dụng thuốc ức chế chọn lọc tái hấp thu serotonin (SSRIs), trình độ học vấn thấp cũng được báo cáo là có liên quan đến rối loạn cương dương.^{5,6}

Rối loạn cương dương làm tăng nguy cơ cũng như làm nặng lên các triệu chứng trầm cảm, chính trầm cảm hay các thuốc chống trầm cảm cũng là nguy cơ gây ra rối loạn cương dương, mối quan hệ hai chiều này đang ngày càng được nghiên cứu rộng rãi.^{2,6} Tuy vậy, trên thế giới vẫn còn ít các nghiên cứu phân tích các yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn, và tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đặc điểm rối loạn cương dương ở người bệnh trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú" với mục tiêu phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 103 người bệnh được chẩn đoán rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú tại Phòng khám chuyên khoa Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 08/2022 đến tháng 08/2023.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh nam giới từ 18 tuổi trở lên có quan hệ tình dục trong 6 tháng gần đây đến khám ngoại trú tại cơ sở khám ngoại trú chuyên khoa Tâm thần – Bệnh

viện Bạch Mai được chẩn đoán xác định rối loạn trầm cảm tái diễn theo tiêu chuẩn ICD-10 (1992).

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tuân thủ yêu cầu của nghiên cứu; Người bệnh bị hạn chế khả năng giao tiếp; Người bệnh có bệnh cơ thể hiện diễn biến nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Bệnh viện Bạch Mai và thông tin người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và tỉ lệ rối loạn cương dương

Bảng 1. Đặc điểm chung và tỉ lệ RLCD của đối tượng nghiên cứu (n = 103)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 40	61	59,2
	40 – 49	14	13,6
	50 – 59	13	12,6
	≥ 60	15	14,6
	Trung bình	39,5±14,99	
Nghề nghiệp	Kinh doanh	31	30,1
Trình độ học vấn	Đại học/ sau đại học	38	36,9
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	74	71,8
Rối loạn cương dương	Không	44	42,7
	Có	59	57,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,5 ± 14,99; trong đó tuổi < 40 tuổi chiếm phần lớn. Có một tỷ lệ cao người bệnh làm nghề kinh doanh (30,1%), có trình độ học vấn đại học/sau đại học (36,9%) và đa số người bệnh đã kết hôn, chiếm 57,3%.

Tỉ lệ rối loạn cương dương trong nhóm nghiên cứu là 57,3%.

3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu – xã hội học với rối loạn cương dương

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu – xã hội học với RLCD (n = 103)

Đặc điểm		RLCD		CÓ		KHÔNG		OR (95%KTC)	P
		n	%	n	%	n	%		
Học vấn	≤ THPT	36	75	12	25			4,17 (1,79 – 9,72)	0,001
	> THPT	23	41,8	32	58,2				
Tôn giáo	Không	53	61,6	33	38,4			2,94 (0,99 – 8,72)	0,045
	Có	6	35,3	11	64,7				
Khu vực	Nông thôn	34	63	20	37			1,63 (0,74 – 3,58)	0,221
	Thành thị	25	51	24	49				

	& khác						
Hôn nhân	Kết hôn	49	66,2	25	33,8	3,72 (1,51 – 9,20)	0,003
	Chưa kết hôn/Ly thân/ly hôn/ góa	10	34,5	19	65,5		
Tuổi/10		OR = 2,83 (1,83 – 4,39); p = 0,000					

Nhận xét: - Có mối liên quan giữa trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân với RLCD, trong đó học vấn sau THPT (trung cấp/ cao đẳng/ đại học/ sau đại học) có nguy cơ RLCD cao gấp 4,17 lần ($p = 0,001$) so với nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở xuống; và những người bệnh kết hôn có nguy cơ mắc RLCD cao gấp 3,72 lần ($p = 0,003$) so với nhóm chưa kết hôn/ ly thân/ ly hôn/ góa.

- Không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tôn giáo (95%KTC chứa giá trị 1) và khu vực sống ($p > 0,05$) với RLCD trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Khi tuổi tăng lên 10 tuổi, thì nguy cơ RLCD tăng lên 2,83 lần.

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm hoạt động tình dục với rối loạn cương dương

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm hoạt động TD với RLCD ($n = 103$)

Đặc điểm	RLCD	Có		Không		OR (95%KTC)	p
		n	%	n	%		
Tuổi QHTD	< 18	1	33,3	2	66,7	0,36 (0,03 – 4,13)	0,574*
	≥ 18	58	58	42	42		
Số đối tác QHTD	≥ 2	5	38,5	8	61,5	0,42 (0,13 – 1,38)	0,142
	1	54	60	36	40		
Số lần QHTD (trong 1 tháng)	< 4	28	80	7	20	4,77 (1,84 – 12,42)	0,001
	≥ 4	31	45,6	37	54,4		
Thủ dâm (trong 1 tháng)	Không	43	66,2	22	33,8	2,69 (1,18 – 6,13)	0,017
	Có	16	42,1	22	57,9		

*Fisher exact test

Nhận xét: - Có mối liên quan giữa số lần quan hệ tình dục và thủ dâm với RLCD: số lần quan hệ tình dục < 4 lần/tháng làm tăng nguy cơ RLCD lên 4,77 lần ($p = 0,001$); và không thủ dâm làm có nguy cơ RLCD cao gấp 2,69 lần so với có thủ dâm ($p = 0,017$).

- Không có mối liên quan giữa tuổi bắt đầu quan hệ tình dục, số đối tác tình dục và số lần thủ dâm với RLCD trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm diễn biến rối loạn trầm cảm tái diễn với rối loạn cương dương

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm diễn biến TCTD với RLCD ($n = 103$)

Đặc điểm	RLCD	Có		Không		OR (95%KTC)	p
		n	%	n	%		
Thời gian (năm)	≥ 5	40	78,4	11	21,6	6,32 (2,64 – 15,14)	0,000
	< 5	19	36,5	33	63,5		
Số đợt trước đây	≥ 3	18	61,1	11	37,9	1,32 (0,55 – 3,17)	0,539
	< 3	41	55,4	33	44,6		
SSRIs	Có	50	62,5	30	37,5	2,59 (1,00 – 6,72)	0,046
	Không	9	39,1	14	60,9		

Nhận xét: - Có mối liên quan giữa thời gian diễn biến rối loạn trầm cảm tái diễn và sử dụng SSRIs với RLCD trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Không có mối liên quan giữa số đợt trầm cảm trước đây với RLCD, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với với dịch tễ chung của trầm cảm, với khởi phát thường gặp nhất từ giữa tuổi vị thành niên đến giữa những năm 40 tuổi, tuổi trung bình bắt đầu vào giữa những năm 20 tuổi (25 tuổi). Sự khác biệt do trong nghiên cứu chúng tôi

loại trừ những người bệnh có độ tuổi dưới 18 tuổi và chỉ nhận vào nghiên cứu người bệnh điều trị ngoại trú hiện tại là giai đoạn trầm cảm thứ 2 trở lên mà không phải thời điểm khởi phát.

Từ bảng 3.2 chúng tôi thấy rằng các yếu tố trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân là những yếu tố nguy cơ của rối loạn cương dương ở những người bệnh trong nghiên cứu, trong đó người bệnh có học vấn từ trung học phổ thông trở xuống có nguy cơ mắc rối loạn cương dương cao gấp 4,17 lần so với những người bệnh có học vấn sau trung học phổ thông; và những người đã kết hôn có nguy cơ mắc rối loạn cương

dương cao gấp 3,72 lần so với những người bệnh chưa kết hôn/ly thân/ly hôn/góa trong nghiên cứu. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Selvin và cộng sự cũng cho thấy trình độ học vấn thấp là yếu tố liên quan đáng kể, độc lập với rối loạn cương dương.⁵

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuổi và rối loạn cương dương ở đối tượng nghiên cứu (bảng 3.2), trong đó cứ tăng thêm mỗi 10 tuổi thì nguy cơ mắc rối loạn cương dương tăng lên 2,83 lần. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới về rối loạn cương dương ở những người bệnh trầm cảm.^{5,7} Theo các nghiên cứu dịch tễ về rối loạn cương dương, sau 40 tuổi hơn một nửa số nam giới sẽ có các mức độ rối loạn cương dương khác nhau.

Bảng 3.3 cho thấy mối liên quan giữa các đặc điểm hoạt động tình dục của đối tượng nghiên cứu với rối loạn cương dương. Trong 4 đặc điểm hoạt động tình dục được phân tích, có hai yếu tố có liên quan đến rối loạn cương dương là số lần quan hệ tình dục trong tháng và tình trạng thủ dâm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Qin và cộng sự (2012), sau khi điều chỉnh các yếu tố lối sống và các yếu tố liên quan đến bệnh tật, các phân tích cho thấy quan hệ tình dục và thủ dâm ở một tần suất nhất định có xu hướng làm giảm nguy cơ mắc rối loạn cương dương; đàn ông báo cáo có quan hệ tình dục mỗi tuần một lần (4 lần/tháng) có nguy cơ mắc rối loạn cương dương thấp hơn so với những người thực hiện ít hơn một tuần một lần (< 4 lần/tháng); đối với những người báo cáo có tần suất quan hệ tình dục 2 lần/tuần và ≥ 3 lần/tuần có nguy cơ mắc rối loạn cương dương thấp hơn so với những người báo cáo tần suất quan hệ tình dục ít < 1 lần/tuần; tác giả chỉ ra rằng việc duy trì tần suất quan hệ tình dục đều đặn có thể làm giảm nguy cơ mắc rối loạn cương dương ở nam giới trong độ tuổi 30-75 tuổi.⁴

Các yếu tố khác như tuổi quan hệ tình dục lần đầu và số đối tác quan hệ tình dục không liên quan đến rối loạn cương dương ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn.

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa thời gian mắc rối loạn trầm cảm tái diễn với rối loạn cương dương. Các đặc điểm khác như số đợt trầm cảm trước đây không phải các yếu tố liên quan với rối loạn cương dương trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này có thể liên quan đến thời gian diễn biến rối loạn trầm cảm càng kéo dài, mức độ nặng cũng như thời gian mỗi đợt bệnh càng tăng, khoảng thời gian giữa các đợt

bệnh ngày càng rút ngắn, đồng thời tuổi của người bệnh cũng càng tăng lên, những yếu tố trên đều làm tăng nguy cơ rối loạn cương dương đã được chứng minh.⁷

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sử dụng SSRIs là yếu tố nguy cơ của rối loạn cương dương ở những người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn trong nghiên cứu, trong đó người bệnh sử dụng sử dụng SSRIs có nguy cơ rối loạn cương dương cao gấp 2,59 lần so với nhóm không sử dụng ($p = 0,046$). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với ý văn cũng như các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới.⁶

Như vậy việc sử dụng thuốc chống trầm cảm là một trong những yếu tố cần được lưu ý trong thực hành lâm sàng. Cụ thể cần cân nhắc trong việc lựa chọn thuốc chống trầm cảm phù hợp theo từng đối tượng, trong đó cần lưu ý đến vấn đề chức năng tình dục của người bệnh, đồng thời trong quá trình điều trị cần theo dõi các triệu chứng về rối loạn cương dương cũng như những rối loạn chức năng tình dục khác để có những lựa chọn thay đổi phù hợp kịp thời tránh làm nặng lên các triệu chứng trầm cảm hoặc nguy cơ từ bỏ điều trị vì các rối loạn này.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, số lần quan hệ tình dục, thủ dâm, thời gian diễn biến trầm cảm và sử dụng SSRIs với rối loạn cương dương ở người bệnh trầm cảm tái diễn điều trị ngoại trú. Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tôn giáo, khu vực sống, tuổi quan hệ tình dục, số đối tác tình dục, số đợt trầm cảm trước với rối loạn cương dương ở nhóm người bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nimesh S, Tomar R, Kumar M, et al.** Erectile Dysfunction: An Update. *Adv Med Dent Health Sci.* 2019;2(1):4-7.
2. **Shiri R, Koskimäki J, Tammela TLJ, et al.** Bidirectional relationship between depression and erectile dysfunction. *J Urol.* 2007;177(2):669-673. doi:10.1016/j.juro.2006.09.030
3. **Liu Q, Zhang Y, Wang J, et al.** Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2018;15(8):1073-1082. doi:10.1016/j.jsxm.2018.05.016
4. **Qin Z, Tian B, Wang X, et al.** Impact of frequency of intercourse on erectile dysfunction: a cross-sectional study in Wuhan, China. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci Hua Zhong Ke Ji Xue Xue Bao Yi Xue Ying Wen Ban Huazhong Keji Daxue Xuebao Yixue Yingdewen Ban.* 2012; 32(3): 396-399. doi: 10.1007/s11596-012-0068-9
5. **Selvin E, Burnett AL, Platz EA.** Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in the US. *Am*

- J Med. 2007;120(2): 151-157. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.06.010
6. **Jing E, Straw-Wilson K.** Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: A narrative literature review. *Ment Health Clin.* 2016;6(4):191-196. doi:10.9740/mhc.2016.07.191
 7. **Mulhall JP, Luo X, Zou KH, et al.** Relationship between age and erectile dysfunction diagnosis or treatment using real-world observational data in the United States. *Int J Clin Pract.* 2016;70(12):1012-1018. doi:10.1111/ijcp.12908
 8. **Pellegrino F, Sjöberg DD, Tin AL, et al.** Relationship Between Age, Comorbidity, and the Prevalence of Erectile Dysfunction. *Eur Urol Focus.* 2023;9(1):162-167. doi:10.1016/j.euf.2022.08006

THỰC TRẠNG LO LẮNG, TRẦM CẢM, STRESS Ở NHÂN VIÊN CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2022 - 2023

Nguyễn Thị Hằng¹, Trần Cao Bính²,
Võ Trương Như Ngọc¹, Nguyễn Mai Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo lắng, trầm cảm, stress ở nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương (Hà Nội) năm 2022 - 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 251 nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Thời gian thực hiện từ tháng 5/2022 đến 7/2023. **Kết quả:** Nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có độ tuổi trung bình là $35,6 \pm 7,7$ (trẻ nhất là 22 tuổi, lớn tuổi nhất là 58 tuổi). Các nhân viên có biểu hiện lo lắng, stress, trầm cảm chiếm tỷ lệ lần lượt là: 23,1%; 12,4%; 16,7% với nhiều mức độ khác nhau từ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng. Nhân viên có duy nhất một biểu hiện hoặc trầm cảm hoặc lo lắng hoặc stress chiếm 11,6%, có hai biểu hiện chiếm 7,2% và những nhân viên có cả ba biểu hiện lo lắng, trầm cảm, stress là 8,8%. **Kết luận:** Nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có tỷ lệ bị lo lắng, trầm cảm, stress ở mức cao.

Từ khóa: Lo lắng, trầm cảm, stress, nhân viên chăm sóc răng miệng, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

SUMMARY

STUDY ON THE STATUS OF ANXIETY, STRESS AND DEPRESSION AT DENTAL CARE STAFF AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO - STOMATOLOGY, HANOI IN 2022 - 2023

Objective: Study on anxiety, depression, stress of dental care staff at National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi in 2022 - 2023. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 251 dental care staff at

National Hospital of Odonto -Stomatology, Hanoi. Implementation time is from May 2022 to July 2023. **Results:** Dental care staff had an average age of 35.6 ± 7.7 years (the youngest was 22 years old, the oldest was 58 years old). Dental care staff have symptoms of anxiety, stress, and depression, accounting for 23.1%, 12.4%, and 16.7%, respectively, with varying degrees from mild, moderate, severe, and very severe. Dental care staff has only one expression or depression or anxiety or stress accounting for 11.6%, there are two manifestations accounting for 7.2% and staff with all three expressions of anxiety, depression, stress is 8.8%. **Conclusion:** Dental care staff at Hanoi Central Dental Hospital have high rates of anxiety, depression, and stress. **Keywords:** Anxiety, depression, stress, dental care staff, National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của cuộc sống hiện đại, sức khỏe tâm thần ngày càng trở nên quan trọng và nhận được mối quan tâm của cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), sức khỏe tâm thần là một phần không thể thiếu đối với sức khỏe và hạnh phúc nói chung, và là một quyền cơ bản của con người [1]. Ngay từ năm 2001, WHO cũng đã nêu bật tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần thông qua một báo cáo toàn diện đầu tiên để đưa ra các khuyến nghị cấp thiết cho các quốc gia cần bắt tay hành động sớm để giảm thiểu gánh nặng do bệnh lý về sức khỏe tâm thần.

Trước sự phát triển xã hội nhanh chóng, mà mỗi con người cần phải cố gắng gấp bội để tránh thụt lùi với thời đại. Nhưng vì thế mà áp lực công việc, cuộc sống và gia đình đã dần trở thành bệnh lo lắng, trầm cảm, stress gặm nhấm mọi đối tượng từ người già, trẻ nhỏ, thanh niên cho đến trung niên, bất kể mọi nghề nghiệp từ lao động tay chân đến trí thức. Đặc biệt, với ngành y

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trường Đại học Y Hà Nội

Email: minhhangrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

có đặc thù công việc áp lực rất lớn, là đối tượng có nguy cơ bị lo lắng, trầm cảm, stress cao. Việc mắc các rối loạn tâm thần như lo lắng, trầm cảm, stress sẽ gây ra giảm đáng kể chất lượng công việc khám, chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân. Đối với các nhân viên chăm sóc răng miệng, ngoài những lý do cá nhân của mỗi người, nguyên nhân lo lắng, trầm cảm, stress thường có liên quan đến đặc thù công việc và nơi làm việc. Các nhân viên chăm sóc răng miệng phải tiếp xúc gần với bệnh nhân và sử dụng các dụng cụ điều trị như tay khoan, tay xịt hơi nước, và các dụng cụ phẫu thuật đã tạo ra các tia nước dạng phun sương, trong đó có thể chứa nước bọt, máu, vi sinh vật và các mảnh vụn vô cơ, hữu cơ khác. Do đó, các nhân viên chăm sóc răng miệng có nguy cơ bị lây nhiễm cao khi thực hiện các thủ thuật nha khoa thông thường.

Bệnh viện Răng Hàm mặt Trung ương Hà Nội là một cơ sở khám chữa bệnh rất uy tín khám và điều trị các bệnh lý về răng miệng. Bệnh viện có đội ngũ cán bộ nhân viên chăm sóc răng miệng với năng lực chuyên môn, tận tâm với người bệnh, nhưng đồng thời họ cũng phải đối mặt với những áp lực lớn do nhiều nguyên nhân khác nhau có thể gây rối loạn tâm thần và ảnh hưởng đến công việc. Vì vậy, để đánh giá thực trạng vấn đề về sức khỏe tâm thần của nhân viên chăm sóc răng miệng đang làm việc tại bệnh viện, hướng tới những khuyến nghị sớm, kịp thời để giải quyết vấn đề hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về thực trạng lo lắng, trầm cảm, stress ở nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 5/2022 đến 7/2023, tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội tại địa chỉ số 40B, phố Tràng Thi, phường Hàng Bông, quận Hoàn Kiếm, thành phố Hà Nội.

2.2. Đối tượng: 251 nhân viên chăm sóc răng miệng

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bác sĩ (Bác sĩ Răng Hàm Mặt, gây mê hồi sức) và trợ thủ nha khoa (điều dưỡng, kỹ thuật viên,) tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Công tác tại đơn vị từ 6 tháng trở lên (không gián đoạn) tính đến thời điểm điều tra. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Những người nghỉ phép, nghỉ chế độ thai sản, đi công tác dài ngày và không có mặt ở Bệnh viện tại thời điểm thu thập số liệu.

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

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính dựa trên công thức sau:

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

$$n =$$

Z lấy từ giá trị phân phối chuẩn, với độ tin

cậy 95% thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$

α : Xác suất sai lầm loại I, với $\alpha = 0,05$

d: Mức sai số cho phép giữa mẫu và quần thể, chọn $d = 0,04$

p: Tỷ lệ nhân viên y tế có dấu hiệu stress theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam Ngọc và cộng sự với $p = 10,3\%$ [2]; Thay vào công thức cỡ mẫu tính được $n = 222$ người

Ước tính có khoảng 10% nhân viên y tế không tham gia nghiên cứu nên cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 245 người. Thực tế nghiên cứu đã thu thập thông tin của 251 bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Bộ công cụ đánh giá mức sức khỏe tâm thần của nhân viên chăm sóc răng miệng là thang đo DASS21 đã được khuyến nghị bởi Viện sức khỏe tâm thần Quốc gia để đánh giá tình trạng stress, lo lắng và trầm cảm. DASS21 gồm 21 đề mục chia làm 3 nhóm: lo lắng (A – anxiety), stress (S – stress) và trầm cảm (D – depression). Mỗi đề mục đối tượng nghiên cứu sẽ chọn các số 0, 1, 2, 3 tương ứng với tình trạng cảm thấy trong suốt 1 tuần qua.

- Mức độ đánh giá: Mức 0 (không đúng 1 chút nào); mức 1 (đúng với tôi 1 phần hoặc thỉnh thoảng mới đúng); Mức 2 (đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng); Mức 3 (hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng)

- Cách tính điểm: Điểm của trầm cảm, lo lắng, stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần, rồi nhân hệ số 2.

o Trầm cảm: Bình thường (0-9), nhẹ (10-13), vừa (14-20), nặng (21-27), rất nặng (≥ 28)

o Lo lắng: Bình thường (0-7), nhẹ (8-9), vừa (10-14), nặng (15-19), rất nặng (≥ 20)

o Stress: Bình thường (0-14), nhẹ (15-18), vừa (19-25), nặng (26-33), rất nặng (≥ 34)

2.6. Nhập và xử lý số liệu. Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm EPIDATA 3.0 và được làm sạch, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

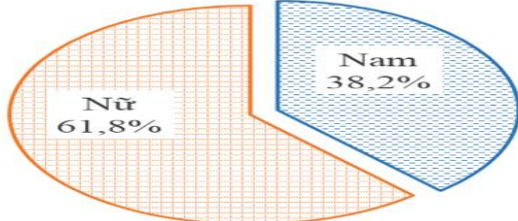
Thống kê mô tả: Biến số định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn. Biến số định tính được biểu diễn dưới

dạng tần số, tỷ lệ %.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng được giải thích đầy đủ thông tin về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Mọi thông tin đối tượng cung cấp đều được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=251)

Nhận xét: Trong 251 nhân viên tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nhân viên nữ lớn hơn so với nam giới với tỷ lệ tương ứng là 61,8% và 38,2%.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=251)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	20 – 29 tuổi	58	23,1
	30 – 39 tuổi	128	51,0
	40 – 49 tuổi	49	19,5
	≥ 50 tuổi	16	6,4
	Độ tuổi trung bình	35,6 ± 7,7 Min = 22 tuổi; Max = 58 tuổi	
Chuyên ngành	Bác sĩ răng hàm mặt	90	35,8
	Điều dưỡng	142	56,6
	Kỹ thuật viên	9	3,6
	Khắc (Dược sĩ, BS. Gây mê, hồi sức)	10	4,0

Nhận xét: Nhóm tuổi: Độ tuổi trung bình của nhân viên y tế công tác tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương là 35,6 ± 7,7, ít tuổi nhất là 22 tuổi và nhiều tuổi nhất là 58 tuổi. Nhóm nhân viên dưới 40 tuổi chiếm đa số (74,1%), trong đó nhóm từ 30 – 39 tuổi chiếm 51%,

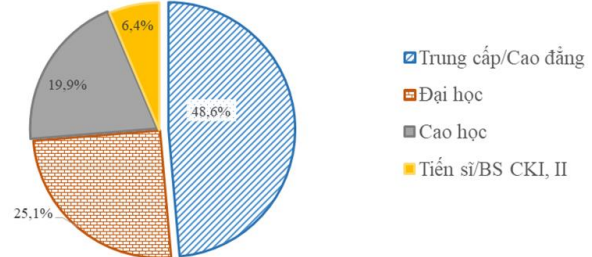
Bảng 2. Phân bố mức độ trầm cảm, lo lắng, stress của đối tượng nghiên cứu theo thang đo DASS-21 (n=251)

Nội dung	Trầm cảm (n)		Lo lắng (n)		Stress (n)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	209	83,3	193	76,9	220	87,6
Nhẹ	25	10,0	13	5,2	9	3,6
Vừa	12	4,8	29	11,6	16	6,4
Nặng	1	0,4	6	2,4	4	1,6
Rất nặng	4	1,6	10	4,0	2	0,8

Nhận xét: Phần lớn nhân viên tham gia nghiên cứu ở mức độ bình thường đối với cả ba

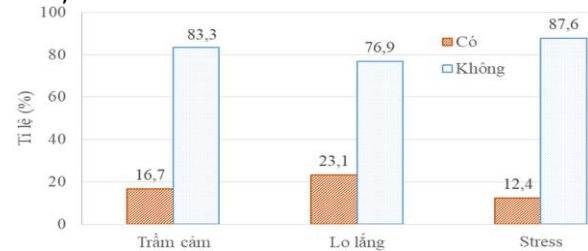
nhóm 20 – 29 chiếm 23,1%. Nhóm nhân viên từ 40 – 49 tuổi và ≥ 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn, tương ứng là 19,5% và 6,4%.

Chuyên ngành: Trong tổng số 251 nhân viên chăm sóc răng miệng tham gia nghiên cứu, 35,8% nhân viên là bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt; 56,6% nhân viên có chuyên ngành điều dưỡng và 3,6% nhân viên có chuyên ngành kỹ thuật viên. Ngoài ra, các nhân viên chuyên ngành dược, gây mê hồi sức chiếm tỷ lệ thấp là 4%.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn (n=251)

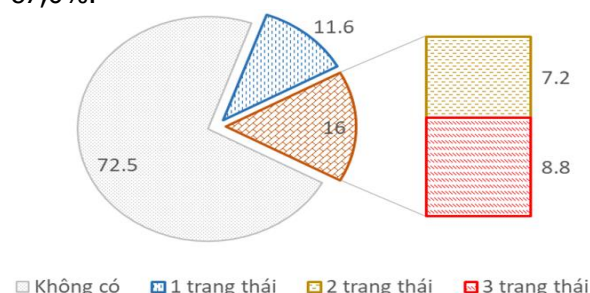
Nhận xét: 48,6% nhân viên được phỏng vấn có trình độ trung cấp, cao đẳng. Nhân viên có trình độ đại học, thạc sĩ, tiến sĩ/chuyên khoa chiếm tỷ lệ thấp hơn tương ứng là 25,1%, 19,9% và 6,4%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ trầm cảm, lo lắng, stress của đối tượng nghiên cứu theo thang đo DASS-21 (n=251)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số nhân viên tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nhân viên bị lo lắng chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%), tỷ lệ nhân viên có dấu hiệu bị trầm cảm và stress có tỷ lệ thấp hơn tương ứng là 16,7% và 12,4%.

tình trạng trầm cảm, lo lắng và stress theo thang đo DASS-21 tương ứng với tỉ lệ 83,3%, 76,9% và 87,6%.



Biểu đồ 4. Tỉ lệ nhân viên theo các tình trạng trầm cảm, lo lắng, stress (n=251)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 251 nhân viên tham gia nghiên cứu, tỉ lệ nhân viên không có bất kỳ trạng thái trầm cảm, lo lắng, stress nào chiếm đa số (72,5%). 11,6% nhân viên bệnh viện có 1 trong 3 trạng thái tâm lý, 7,2% nhân viên có 2 trong 3 trạng thái tâm lý và 8,8% có cả 3 trạng thái tâm lý trầm cảm, lo lắng, stress.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là các nhân viên chăm sóc răng miệng (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên) đang công tác tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Trong tổng số 251 đối tượng tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $35,6 \pm 7,7$ tuổi, với cán bộ trẻ tuổi nhất là 22 tuổi và cán bộ lớn tuổi nhất là 58. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 74,1%, nhóm cán bộ 40 – 49 tuổi và ≥ 50 tuổi chiếm tỉ lệ thấp hơn tương ứng là 19,5% và 6,4%. Kết quả này cho thấy Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có cán bộ, nhân sự trẻ chiếm ưu thế kết hợp hài hòa với các cán bộ giàu kinh nghiệm để đảm bảo phục vụ tốt công tác chuyên môn và phát triển đội ngũ cán bộ, nhân viên kế cận hợp lý. Đặc điểm về độ tuổi trung bình và phân bố theo nhóm tuổi của cán bộ tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lam Ngọc và cộng sự ghi nhận nhân viên y tế tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ có độ tuổi dưới 40 chiếm đa số là 91% [2].

Về đặc điểm phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính, đa số nhân viên chăm sóc răng miệng đang công tác tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội là nữ giới, tỉ lệ nữ/nam = 1,6/1. Kết quả này thấp hơn so với tỉ lệ nữ/nam = 4,2 ở nghiên cứu của Trần Thị Lam Ngọc và cộng sự thực hiện đánh giá về stress, lo âu, trầm cảm của 398 nhân viên y tế tại 3 bệnh

viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ [2]. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu của Trần Thị Lam Ngọc chọn đối tượng nghiên cứu ở tại 3 bệnh viện nên tỉ lệ nữ/nam trong nghiên cứu không có tính chất đại diện cho mỗi bệnh viện, trong khi đó, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội là bệnh viện chuyên ngành nên đặc điểm tuyển chọn nhân lực là phù hợp với đặc thù công việc liên quan.

***Tình trạng lo lắng của nhân viên chăm sóc răng miệng.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lo lắng của nhân viên chăm sóc răng miệng là 23,1% với các dấu hiệu lo lắng ở các mức độ khác nhau. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pappa S và cộng sự thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống dữ liệu từ 12 nghiên cứu khác nhau cho 33.062 nhân viên y tế ghi nhận tỉ lệ lo lắng của nhân viên y tế là 23,2% [3]. Sự tương đồng trên cho thấy rối loạn lo lắng là trạng thái phổ biến ở các nhân viên y tế nói chung ở các chuyên ngành và là một trong các dấu hiệu đòi hỏi cần được sàng lọc, chẩn đoán và có phương án điều trị sớm để hỗ trợ các nhân viên y tế kịp thời không bị ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe tinh thần và thể chất, đảm bảo phục vụ tốt công việc tại đơn vị, cũng như vai trò chăm sóc, điều trị cho người bệnh. Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là mô tả cắt ngang được thực hiện trên nhóm đối tượng là 251 nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2023 khi dịch COVID-19 về cơ bản đã được kiểm soát tại Việt Nam. Trong khi đó, nghiên cứu của Pappa S được thiết kế là nghiên cứu tổng quan hệ thống từ 12 nghiên cứu khác nhau đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, với tổng số đối tượng nhân viên y tế lớn trên 33.062 người thực hiện vào năm 2020 khi thời điểm bắt đầu bùng phát dịch COVID-19. Mặc dù hai nghiên cứu được tiến hành ở hai thời điểm khác nhau, nhóm đối tượng khác nhau và phương pháp nghiên cứu khác nhau nhưng việc tương đồng kết quả khi sử dụng thang đo DASS 21 để đánh giá mức lo lắng còn cho thấy mức độ tin cậy trong nghiên cứu của chúng tôi khi có sự phù hợp với các kết quả đã được y văn trên thế giới công bố. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt kết quả nghiên cứu của Salehiniya H và cộng sự thực hiện khảo sát trực tuyến trên 320 bác sĩ nha khoa tại các cơ sở nhà nước và tư nhân ở Iran vào 5/2020 cho thấy, tỉ lệ bác sĩ bị lo lắng chung là 42,5% [4]. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu của Salehiniya H thực hiện trên đối tượng là các bác sĩ nha khoa, trong

khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên cả hai nhóm đối tượng bác sĩ và trợ thủ nha khoa (điều dưỡng, kỹ thuật viên). Phân theo mức độ, trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nhân viên chăm sóc răng miệng có biểu hiện lo lắng ở các mức độ từ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 5,2%; 11,6%; 2,4% và 4,0%, Trong đó, mức độ từ vừa đến rất nặng chiếm tới 18%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Liên nghiên cứu về stress, lo âu và trầm cảm trên 355 nhân viên y tế tại Trung tâm y tế huyện Sóc Sơn, Hà Nội với tỉ lệ nhân viên y tế biểu hiện lo âu ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng là 4,79%, 15,49%, 2,82% và 2,25% [5]. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên cỡ mẫu nhỏ hơn (251 người so với 355 người) với đối tượng là cán bộ nhân viên y tế chuyên ngành riêng về răng hàm mặt, trong khi đó nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Liên đánh giá chung ở nhân viên y tế tuyến huyện với nhiều vị trí công việc khác nhau. Bên cạnh đó, với các trường hợp nhân viên chăm sóc răng miệng có mức lo lắng từ nặng (2,4%) đến rất nặng (4,0%) cần được khuyến nghị có thêm sự quan tâm, hỗ trợ từ các cấp lãnh đạo đơn vị nhằm can thiệp, điều trị tâm lý phù hợp nhằm tránh những ảnh hưởng đến sức khỏe.

***Tình trạng stress của nhân viên chăm sóc răng miệng.** Tỉ lệ stress chung của nhân viên chăm sóc răng miệng ở bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,4%. Phân theo mức độ thì tỉ lệ bị stress từ mức độ nhẹ, vừa, nặng cho đến rất nặng tương ứng là 3,6%, 6,4%, 1,6% và 0,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Y Phương và cộng sự thực hiện đánh giá tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở trên 670 nhân viên y tế tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang và 5 trung tâm y tế huyện (Rạch Giá, Hà Tiên, Kiên Hải, Châu Thành, U Minh Thượng) đã ghi nhận tỉ lệ stress chung là 15,1%, trong đó mức độ nhẹ (6,6%), vừa (5,5%), nặng (2,1%), rất nặng và 0,9% [6]. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang của Nguyễn Thị Lam Ngọc và cộng sự được thực hiện trên 398 nhân viên y tế tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ được phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi tự điền theo thang DASS – 21 từ 10/2021 – 5/2022 cho thấy tỉ lệ nhân viên y tế mắc stress là 10,3% với phân loại mức độ từ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng tương ứng là 6,8%, 2,5%, 1% và 0% [2]. Sự

khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn (251 so với 670 so với 398) và thực hiện trên nhóm đối tượng chuyên ngành gồm cả bác sĩ răng hàm mặt và trợ thủ nha khoa (điều dưỡng, kỹ thuật viên) hỗ trợ chăm sóc răng miệng, trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Y Phương thực hiện trên nhân viên y tế đa dạng gồm cả khối khám chữa bệnh và y tế dự phòng tuyến tỉnh/huyện của tỉnh Kiên Giang, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam Ngọc thực hiện trên nhân viên y tế tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ nên tính chất công việc sẽ không có sự tương đồng để so sánh. Thực tế, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, do tính chất công việc đặc thù của nha sĩ phải đứng nhiều để thực hiện thao tác lặp đi lặp lại trong thời gian dài, cùng những yếu tố khác về khối lượng công việc lớn, sự không hợp tác của bệnh nhân... dẫn tới những khó chịu, và trạng thái cảm xúc stress cho các nha sĩ [7]. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Minh Quân và cộng sự cho thấy trong 244 nhân viên y tế, tỉ lệ stress chung là 80,3% với stress mức độ rất nặng là 12,3%, mức độ nặng là 27,9%, mức độ vừa là 22,5% và mức độ nhẹ là 17,6% [8] lại có kết quả cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được giải thích do nghiên cứu của Nguyễn Minh Quân được thực hiện trên các nhân viên y tế tại thành phố Hồ Chí Minh trong thời điểm dịch COVID-19 bùng phát mạnh nhất với số ca mắc lớn và điều kiện làm việc luôn quá tải. Điều này đã có ảnh hưởng nghiêm trọng đến tinh thần làm việc của nhân viên y tế và có thể đã góp phần làm tăng tỉ lệ stress của nhân viên y tế.

***Tình trạng trầm cảm của nhân viên chăm sóc răng miệng.** Tỉ lệ trầm cảm chung của nhân viên chăm sóc răng miệng ở Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,7%. Phân theo mức độ thì tỉ lệ bị trầm cảm từ mức độ nhẹ, vừa, nặng cho đến rất nặng tương ứng là 10,0%, 4,8%, 0,4% và 1,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam Ngọc ghi nhận tỉ lệ trầm cảm chung của nhân viên y tế là 6,8% và tỉ lệ nhân viên y tế mắc trầm cảm từ mức độ nhẹ, vừa, nặng đến rất nặng tương ứng là 3,0%, 2,5%, 0,8% và 0,5% [2]. Sự khác biệt có thể do khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu (nghiên cứu của chúng tôi là 251 người và nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam Ngọc là 398 nhân), địa bàn công tác và đặc thù công việc khác nhau (nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm đối tượng công tác tại bệnh viện chuyên

ngành về chăm sóc răng miệng tại Hà Nội so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam Ngọc thực hiện trên nhân viên Y tế tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ). Ngoài ra, sự khác biệt còn có thể do sự thay đổi mức độ trầm cảm theo thời gian nghiên cứu, đặc thù môi trường làm việc của đối tượng nghiên cứu hoặc việc tham gia các hoạt động tăng cường liên quan đến phòng chống dịch bệnh COVID-19. Theo nghiên cứu của Bùi Thanh Thúy và cộng sự (2021) sử dụng thang đo DASS-21 để đánh giá tình trạng trầm cảm ở 400 nhân viên y tế chăm sóc và điều trị bệnh nhân COVID19 (bao gồm cả bác sĩ và điều dưỡng) tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương và bệnh viện Đa khoa Ninh Bình cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế bị trầm cảm là 14,8% [9]. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (14,8% so với 16,7%). Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn (251 người) và đánh giá ở riêng nhóm đối tượng nhân viên trong khi nghiên cứu của Bùi Thanh Thúy đánh giá chung trên nhóm nhân viên y tế nói chung tại nhiều khoa phòng công tác tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Nhân viên chăm sóc răng miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có tỷ lệ bị lo lắng, trầm cảm, stress ở mức cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2022). World mental health report: transforming mental health for all.

2. **Nguyễn Thị Lam Ngọc, Nguyễn Phương Toại, Nguyễn Thành Tấn và cộng sự** (2022). Stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2022. Tạp chí Y dược học Cần Thơ(51), 169-177.
3. **Pappa S, Ntella V, Giannakas T et al** (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun, 88, 901-907.
4. **Salehiniya H, Abbaszadeh H** (2021). Prevalence of corona-associated anxiety and mental health disorder among dentists during the COVID-19 pandemic. Neuropsychopharmacol Rep, 41(2), 223 - 229.
5. **Lưu Thị Liên** (2019). Thực trạng và các yếu tố liên quan đến stress, trầm cảm, lo âu của nhân viên y tế thuộc trung tâm y tế huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội, năm 2019, Luận văn tốt nghiệp Đại học, Đại học Quốc gia Hà Nội.
6. **Nguyễn Ngọc Y Phương, Nguyễn Phương Toại, Lê Minh Hữu và cộng sự** (2020). Trầm cảm, lo âu, stress ở nhân viên y tế tỉnh Kiên Giang năm 2019. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, Số 32/2020, tr. 140 - 146.
7. **Mohamed Asif S, Ibrahim Assiri K, Mohammed Al Muburak H et al** (2022). Anxiety and Depression Among Dentists in the Kingdom of Saudi Arabia. Risk Manag Healthc Policy, 15, 497-507.
8. **Nguyễn Minh Quân** (2021). Tình trạng căng thẳng của nhân viên y tế tại một số bệnh viện điều trị bệnh COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021, Đề tài nghiên cứu khoa học, Bệnh viện thành phố Thủ Đức.
9. **Bùi Thanh Thúy, Trần Thị Len, Nguyễn Kim Thư và cộng sự** (2021). Một số yếu tố liên quan tới trầm cảm của nhân viên bệnh viện trực tiếp chăm sóc người bệnh COVID-19. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 145(9), 69-76.

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Võ Thị Thanh¹, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Trần Viết Lực^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại

bệnh viện Lão khoa Trung ương. Bệnh nhân được đánh giá suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM (lựa chọn đối tượng nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng bằng bộ công cụ MNA, đánh giá các tiêu chí căn nguyên liên quan khẩu phần ăn, tình trạng viêm và tiêu chí kiểu hình về giảm trọng lượng cơ thể, chỉ số khối BMI, khối lượng cơ xác nhận qua BIA cũng như các yếu tố liên quan suy dinh dưỡng đến hoạt động chức năng hàng ngày (ADL, IADL), suy giảm nhận thức MMSE, mức độ trầm cảm/lo âu (Mini GDS). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $74,6 \pm 7,3$, tỉ lệ nữ chiếm 72,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng 25,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, sống cô đơn, suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày (ADL), suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (IADL), suy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thanh

Email: thanhthanh96@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

giảm nhận thức (MMSE), mức độ trầm cảm/ lo âu đến suy dinh dưỡng. **Kết luận:** Thực trạng suy dinh dưỡng là vấn đề thường gặp và đánh giá theo GLIM có giá trị chẩn đoán xác định suy dinh dưỡng một cách toàn diện ở người bệnh cao tuổi. Nghiên cứu theo dõi dọc và tại cộng đồng là cần thiết để đánh giá rõ hơn mối quan hệ nhân quả giữa suy dinh dưỡng và các biến cố bất lợi.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng; Cao tuổi.

SUMMARY

MANUTRITIONAL STATUS IN OLDER PEOPLE AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objectives: Describe the current situation of malnutrition and some related factors in elderly patients at the National Geriatric Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on patients ≥ 60 years old who came for outpatient examination and treatment at the Central Geriatric Hospital. Patients were assessed for malnutrition according to GLIM criteria (selecting subjects at risk of malnutrition and undernutrition using the MNA toolkit, assessing the etiological criteria related to diet, inflammatory status and digestion). Phenotypic indicators of body weight loss, BMI, and muscle mass confirmed by BIA as well as factors related to malnutrition to daily functioning (ADL, IADL), cognitive impairment MMSE, depression/anxiety level (Mini GDS) **Results:** The average age of the study subjects was 74.6 ± 7.3 , the proportion of female accounted for 72.9%. Malnutrition rate 25.6%. There is a statistically significant relationship between age, living alone, impaired daily functioning (ADL), impaired daily functioning with the use of tools and equipment (IADL), impaired cognition (MMSE), depression/anxiety levels to malnutrition. **Conclusion:** Malnutrition is a common problem and GLIM assessment is valuable in diagnosing malnutrition in a comprehensive way in elderly patients. Longitudinal and community-based follow-up studies are needed to better assess the causal relationship between malnutrition and adverse events. **Keywords:** Malnutrition; Elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề thường gặp ở mọi lứa tuổi đặc biệt ở trẻ em và người già. Trong đó SDD ở người cao tuổi (NCT) là tình trạng thường gặp do tác động lão hóa dẫn đến những thay đổi về tâm lý, sinh lý, thể chất. Những người bệnh ngoại trú thường mắc nhiều bệnh lý đi kèm và họ thường xuyên tái khám, đặc biệt những bệnh nhân trong các chương trình quản lý các bệnh lý mạn tính Vì thế họ có cơ hội được sàng lọc, chẩn đoán SDD tốt hơn.

Đa bệnh lý ở NCT là một yếu tố nguy cơ chính của suy dinh dưỡng ảnh hưởng xấu tới quá trình và chất lượng điều trị. Tỷ lệ suy dinh dưỡng, rối loạn tâm thần, suy giảm chức năng các cơ quan, suy giảm nhận thức tăng lên theo tuổi là một trong những nguyên nhân gây ra bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới.

Theo dự báo dân số của Tổng cục Thống kê năm 2010 cho thấy tỉ lệ dân số từ 60 tuổi trở lên ở Việt Nam chạm ngưỡng 10,0% tổng dân số năm 2017, tức là dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn "già hóa" từ năm 2017. Tiếp đó, cũng theo dự báo này thì chỉ sau 2 thập kỷ nữa dân số Việt Nam sẽ bước vào giai đoạn "già" khi mà chỉ số già hóa tăng từ 35,5 năm 2009 lên hơn 100 vào năm 2032.

Mặc dù vấn đề dinh dưỡng đối với người cao tuổi hết sức cần thiết nhưng ở Việt Nam chưa được quan tâm đúng mức, tỷ lệ suy dinh dưỡng hoặc nguy cơ suy dinh dưỡng đối với bệnh nhân nội trú từ 22% đến 65% tùy thuộc vào dân số được nghiên cứu, mức độ bệnh và mức độ nghiêm trọng, và các công cụ được sử dụng để sàng lọc và chẩn đoán(1).

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng với các yếu tố ở người cao tuổi(2)(3). Các nguyên nhân gây ra suy dinh dưỡng của người cao tuổi do sa sút trí tuệ, bất động, chán ăn, răng yếu, rụng răng, trầm cảm. Giảm chức năng và rối loạn tiêu hóa gây trào ngược, táo bón, tiêu chảy, thiếu trợ giúp khi ăn đều là nguy cơ suy dinh dưỡng. Thuốc điều trị cũng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng: cảm giác ngon miệng, hấp thu chuyển hóa, tương tác thuốc - dinh dưỡng. Các yếu tố xã hội như nghèo, cô độc, bị ngược đãi, giảm khả năng tự phục vụ, cần giúp đỡ khi ăn và các yếu tố tâm lý như trầm cảm đều ảnh hưởng dự trữ dinh dưỡng ở NCT. Việc nghiên cứu để hiểu rõ về tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi là cần thiết để góp phần đề xuất các biện pháp phòng tránh, điều trị kịp thời nhằm giảm tỉ lệ mắc, tỉ lệ tử vong, giảm chi phí điều trị do suy dinh dưỡng. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả thực trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi khám và điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng tại bệnh viện Lão khoa Trung ương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh, khoa khám bệnh và yêu cầu quốc tế tại bệnh viện Lão khoa trung ương từ tháng 09/2022.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không thực hiện các thăm dò chức năng.

Bệnh nhân đang có các bệnh lý nặng, cấp

tính (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, đợt cấp COPD, chấn thương....)

Bệnh nhân không được đưa vào nếu họ không thể hiểu thông tin về nghiên cứu và hoặc đồng ý tham gia.

Bệnh nhân dinh dưỡng qua đường ống thông.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Chọn mẫu. Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang mô tả với độ tin cậy 95%, sai số ước lượng là 0,05.

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

α là độ tin cậy. Tương ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$

$\epsilon = 0,2$; p là tỷ lệ bệnh nhân bị suy dinh dưỡng trong một nghiên cứu cắt ngang từ 413 bệnh nhân cao tuổi khám ngoại trú trong 12 tháng, $p = 0,214$

Như vậy, $n = 352$ bệnh nhân $\pm 4\% = 366$ BN

Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân đến khám tại khoa khám bệnh, khoa khám bệnh và yêu cầu quốc tế tại bệnh viện Lão Khoa TW được tuyển vào nghiên cứu khi thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá suy dinh dưỡng

a. Đặc điểm nhân khẩu học

- Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Đặc điểm xã hội học: Học vấn; hiện tại đang sống với; khu vực sống.

- Đặc điểm bệnh lý: Số thuốc đang dùng; Chỉ số đồng bệnh lý Charlson.

b. Đánh giá suy dinh dưỡng theo GLIM

+ Thứ nhất, bệnh nhân phải được xác định bằng một công cụ sàng lọc đã được xác nhận Mini Nutrition Assessment (MNA) là một công cụ sàng lọc tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lớn tuổi đã được kiểm chứng.

=> Đánh giá kết quả: Thang điểm tối đa cho đánh giá này là 14 điểm.

12 - 14 điểm: Bình thường

8 - 11 điểm: Có nguy cơ suy dinh dưỡng

0-7 điểm: suy dinh dưỡng

=> Lựa chọn đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng và bị suy dinh dưỡng đưa vào mẫu nghiên cứu.

+ Thứ hai, chẩn đoán suy dinh dưỡng đòi hỏi sự hiện diện của ít nhất một tiêu chí kiểu

hình và một tiêu chí căn nguyên:

* Tiêu chí kiểu hình được xác định là:

(i) Giảm hơn 5% trọng lượng cơ thể của bệnh nhân trong vòng 6 tháng qua

(ii) Chỉ số khối cơ thể (BMI) dưới <18,5 nếu <70 tuổi hoặc <20 nếu > 70 tuổi ở Châu Á.

(iii) Giảm khối lượng cơ bằng các kỹ thuật đo thành phần cơ thể đã được xác nhận BIA (Nam < 7,0 kg/m², Nữ < 5,7 kg/m²)

* Tiêu chí căn nguyên được xác định là:

(i) Giảm khẩu phần ăn:

+ Giảm lượng thức ăn (trên 50%) trong hơn 1 tuần

+ Không có cảm giác thèm ăn

+ Tình trạng răng miệng thay đổi.

(ii) Tình trạng viêm: Bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính. (CRP > 5 mg/L)

2.2.4. Xác định các yếu tố liên quan suy dinh dưỡng.

- Tình trạng sống cô đơn, góa bụa

- Hoạt động hàng ngày (Activities Daily Living/ADL): Điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 6 điểm, dưới 6 điểm là có suy giảm.

- Hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrumental Activities Daily Living/IADL): Điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 8 điểm; dưới 8 điểm là có suy giảm.

- Trầm cảm: Sử dụng thang điểm đánh giá trầm cảm ở người cao tuổi (Mini GDS): Điểm ≥ 1 có nguy cơ trầm cảm.

- Suy giảm nhận thức sẽ được đánh giá dưới dạng điểm MMSE: Dưới 24/30 có suy giảm nhận thức.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc của nghiên cứu y sinh học.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về: bản chất và mục đích của nghiên cứu, về quyền lợi và nghĩa vụ của mình, về lợi ích cũng như rủi ro và phản ứng bất lợi có thể xảy ra.

Bệnh nhân có quyền ngừng nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các thông tin về bệnh nhân được hoàn toàn bảo mật

Các số liệu thu thập được chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, kết quả nghiên cứu

được đề xuất sử dụng vào mục đích nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không sử dụng vào mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Qua nghiên cứu trên 391 bệnh nhân cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh, khoa khám bệnh và yêu cầu quốc tế tại bệnh viện Lão khoa trung ương từ tháng 09/2022 đến tháng 7/2023 chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 391)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	106	27,1
	Nữ	285	72,9
Nhóm tuổi 74,6±7,3 (60-100)	60-69	115	29,4
	70-80	182	46,5
	>=80	94	24,1
ADL	Hạn chế	94	23,9
	Bình thường	297	76,1
IADL	Hạn chế	177	45,2
	Bình thường	214	54,8
Nhận thức	Giảm	83	21,2
	Bình thường	308	78,8
Học vấn	Chưa tốt nghiệp trung học	46	11,8
	Đã tốt nghiệp trung học	345	88,2
Sống nông thôn	Có	160	40,9
	Không	231	59,1
Số thuốc đang dùng		4,97 ± 2,0 (0 - 12)	

Trong tổng số 391 đối tượng nghiên cứu tỉ lệ nữ chiếm 72,9%, nam chiếm 27,1%. Tuổi trung bình là 74,6 ± 7,3. Nhóm tuổi 70-80 chiếm tỷ lệ cao 46,5%. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày là 23,9%. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ là 45,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm nhận thức chiếm 21,2% (83

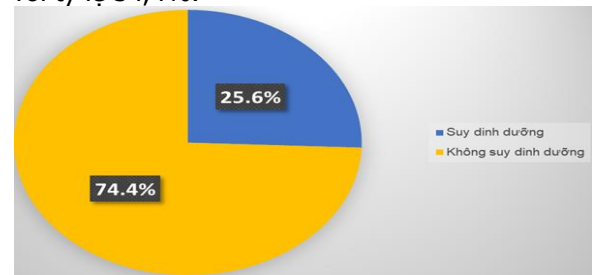
bệnh nhân); có 78,8% (308 bệnh nhân) không có suy giảm nhận thức. Tỷ lệ bệnh nhân sống nông thôn 40,9%. Nhóm đối tượng chưa tốt nghiệp trung học thấp hơn 76,4% so với nhóm đã tốt nghiệp trung học.

3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi khám và điều trị ngoại trú tại viện Lão khoa TW và các yếu tố liên quan.

Bảng 2: Tỷ lệ các tiêu chí chẩn đoán suy dinh dưỡng

Biểu số		Tỷ lệ (%)
MNA <=11 (N= 136)		35,3
Giảm cân trong 6 tháng > 5%		50,0
Chỉ số BMI thấp		17,5
Giảm khối cơ		54,7
Giảm lượng thức ăn >50% trong hơn 1 tuần		9,0
Không có cảm giác thèm ăn		34,4
Tình trạng răng miệng thay đổi		45,1
CRP	>5	27,2
	<=5	72,8

Tình trạng suy giảm khối cơ chiếm 54,7% cũng như tình trạng răng miệng thay đổi 45,1% ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ khá cao. Cứ 1 người nguy cơ suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng thì lại có 1 người có tỷ lệ giảm cân trong 6 tháng >5%. Cảm giác thèm ăn ở người cao tuổi bị suy giảm với tỷ lệ 34,4%.



Biểu đồ 1. Đánh giá tỷ lệ suy dinh dưỡng

Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM chiếm 25,6%. Có 74,4% bệnh nhân không có suy dinh dưỡng.

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi

Biểu số		Suy dinh dưỡng		Không suy dinh dưỡng		p
		n	%	n	%	
Tuổi	60 - 69	17	18,5	89	33,2	<0,001
	70 - 80	37	40,2	130	48,5	
	>=80	38	18,3	49	41,3	
Giới	Nam	27	29,3	71	26,5	0,595
	Nữ	65	70,7	197	73,5	
Nguy cơ trầm cảm/lo âu		18	19,6	12	4,5	<0,001
Suy giảm nhận thức		39	42,4	35	13,1	<0,001
Phụ thuộc ADL		54	58,7	30	11,2	<0,001
Phụ thuộc IADL		71	78	87	32,6	<0,001
Sống một mình		10	45,5	12	54,5	0,027

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, tình trạng sống một mình, phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày (ADL), phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (IADL), suy giảm nhận thức (MMSE), mức độ trầm cảm/ lo âu đến suy dinh dưỡng ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 74,6. Tỷ lệ bệnh nhân từ 70 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 46,5%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Kaegi-Braun và cộng sự(4), tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân 73,8. Tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 25,6% thấp hơn 30% (4)(5). Sự khác biệt ở đây có thể là do nghiên cứu Kaegi - Braun thực hiện trên quần thể người châu Âu, và đối tượng là bệnh nhân nội trú họ thường nhập viện vì đợt cấp của các bệnh lý mạn tính, ăn uống kém, sử dụng thêm nhiều thuốc khác với đối tượng bệnh nhân ngoại trú tình trạng bệnh đang được kiểm soát ổn định và phần lớn bệnh nhân khám tại khoa yêu cầu quốc tế có điều kiện kinh tế cũng như trình độ học vấn cao nên khả năng chăm sóc cá nhân cũng như có sự quan tâm của gia đình, cộng đồng nhiều hơn.

Trong nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng, có mối liên quan với tình trạng sống cô đơn ($p=0,027$) tương đương nghiên cứu Meria Besona(6). Do đó, ngoài vấn đề đa bệnh lý, sử dụng thuốc ở người cao tuổi, chúng ta cần quan tâm đến những vấn đề kinh tế xã hội khác để hỗ trợ những người sống một mình hoặc độc thân, góa bụa, ly hôn.

Trong nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng, tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 80 với 41,3%; nhóm 70 - 80 tuổi chiếm 40,2% và thấp nhất nhóm < 70 tuổi với 18,5%. Tình trạng suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi có mối liên quan với $p < 0,05$. Có sự khác nhau giữa suy dinh dưỡng theo tuổi do đối tượng nghiên cứu tuổi càng cao tỷ lệ đa bệnh lý(7), sử dụng đa thuốc càng tăng kèm tình trạng suy giảm thể chất, dễ bị tổn thương, lão hóa các cơ quan tăng dần theo tuổi, khả năng dung nạp hấp thu thức ăn cũng như tập luyện giảm.

Trong nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng, đánh giá theo thang điểm hoạt động hàng ngày ADL có suy giảm là 58,7%, theo thang điểm hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ IADL là 78%, đánh giá suy giảm nhận thức theo MMSE là 42,4%. Có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu khác trên thế giới(8)(9)(10)(11). Dân số già hóa đồng nghĩa gia tăng bệnh tật, tăng sự phụ

thuộc vào người khác, tăng nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng(11).

Như vậy, trong quần thể nghiên cứu trung bình cứ khoảng 4 người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú thì có 1 người bị suy dinh dưỡng. Có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và một số yếu tố. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu cắt ngang nên chưa thấy được mối quan hệ nhân quả. Thêm vào đó, đối tượng nghiên cứu là người bệnh cao tuổi nên kết quả nghiên cứu chưa thể áp dụng rộng rãi cho cộng đồng. Vì vậy, các nghiên cứu theo dõi dọc và trên các quần thể khác nhau cần được thực hiện rõ hơn mối quan hệ nhân quả và tìm hiểu các yếu tố bất lợi của suy dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi khám và điều trị ngoại trú còn phổ biến. Suy dinh dưỡng liên quan suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày, hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ cũng như suy giảm nhận thức và các yếu tố xã hội như sống cô đơn, cô độc, giảm khả năng tự phục vụ. Đánh giá suy dinh dưỡng theo GLIM không chỉ sàng lọc sớm(MNA) mà còn có giá trị chẩn đoán xác định suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi. Do đó chúng ta cần đánh giá toàn diện hệ thống nhằm xác định các vấn đề dinh dưỡng. GLIM rất có ý nghĩa trong việc đưa ra các biện pháp kịp thời để cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giám sát và điều chỉnh phù hợp cho từng người bệnh cao tuổi.

Đồng thời cải thiện diễn biến lâm sàng và chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Riobó Serván P, Sierra Poyatos R, Soldo Rodríguez J, Gómez-Candela C, García Luna PP, Serra-Majem L. Special considerations for nutritional studies in elderly. *Nutr Hosp*. 2015 Feb 26;31 Suppl 3:84-90. doi: 10.3305/nh.2015.31.sub3.8756. PMID: 25719776.
2. **Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition**
3. **Malnutrition in the elderly: screening and treatment [Article in French]**
4. **Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies**
5. **Nutritional assessment of patients undergoing hemodialysis at dialysis centers in Belo Horizonte**. MG. Brazil
6. **Frailty, Cognitive Decline, Neurodegenerative Diseases and Nutrition Interventions** María Elena Gómez-Gómez
7. **J. M. Guralnik, L. Ferrucci, E. M. Simonsick và cộng sự** (1995). Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of

subsequent disability. New England Journal of Medicine. 332 (9). 556-562.

8. Association between Malnutrition and Quality of Life in Elderly Patients with Rheumatoid Arthritis

9. The Impact of Malnutrition. Inflammation on Cognitive Impairment in Hemodialysis Patients: A Multicenter Study

10. The relevance of nutrition for the concept of cognitive frailty

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI NGÃ Ở PHỤ NỮ LOÃNG XƯƠNG SAU MÃN KINH

Hoàng Phương Dung¹, Phạm Hoài Thu², Nguyễn Thị Nga³

TÓM TẮT

Loãng xương và ngã đều là những vấn đề phổ biến ở người cao tuổi. Tỷ lệ ngã ở bệnh nhân loãng xương sau mãn kinh theo nghiên cứu của chúng tôi là 38,3%, tỷ lệ ngã trong 1 năm gần nhất chiếm 26,1%. Đánh giá nguy cơ ngã và loãng xương ở bệnh nhân sau mãn kinh là một trong số những chỉ số liên quan đến an toàn người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ, liên quan gây ngã ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 115 bệnh nhân nữ loãng xương sau mãn kinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023, được chẩn đoán loãng xương dựa vào tiêu chuẩn của Hội Nội tiết Hoa Kỳ 2020 (AACE 2020). **Kết quả:** Bệnh nhân có chỉ số BMI lớn hơn 23, loãng xương nặng, có hoạt động chức năng hàng ngày giảm, có nguy cơ ngã, có tỷ lệ ngã cao hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Sự khác biệt về tỷ lệ ngã giữa các nhóm tuổi, hoàn cảnh sống khác nhau và nhóm có cảm giác sợ ngã, không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. **Kết luận:** Một số nguy cơ ngã hay gặp trên bệnh nhân loãng xương sau mãn kinh gồm: bệnh nhân béo phì, loãng xương nặng, nhóm có nguy cơ ngã, hoạt động chức năng hàng ngày giảm.

Từ khóa: Ngã, loãng xương sau mãn kinh.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO FALL IN POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROTIC WOMEN

Osteoporosis and falls are both common problems in the elderly. The rate of falls in postmenopausal osteoporosis patients according to our study is 38.3%, the rate of falls in the last 1 year is 26.1%. Assessing the risk of falls and osteoporosis in postmenopausal patients is one of the indicators related to patient

safety. **Objective:** Evaluate some risk factors related to falls in postmenopausal osteoporotic women visiting Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis of 115 postmenopausal female osteoporosis patients examined and treated at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from April 2023 to September 2023, diagnosed with osteoporosis based on the criteria of the American Endocrine Society 2020 (AACE 2020). **Results:** Patients with a BMI greater than 23, severe osteoporosis, had reduced daily functional activities, were at risk of falling, had a higher fall rate than the other group, the difference was statistically significant. Statistics, with $p < 0.05$. The difference in the rate of falls between different age groups, different living situations and groups with fear of falling is not statistically significant, with $p > 0.05$. **Conclusion:** Some common fall risks in postmenopausal osteoporosis patients include: patients with obesity, severe osteoporosis, groups at risk of falling, and reduced daily functional activities.

Keywords: Falls, postmenopausal osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý toàn thể của khung xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương. Loãng xương sau mãn kinh gặp ở 5%-20% phụ nữ, xảy ra trong 15 đến 20 năm của quá trình mãn kinh, nguyên nhân do sự thiếu hụt estrogen[1]. Tỷ lệ gặp cao nhất ở 60 đến 70 tuổi.

Theo Tổ chức Y tế Thế Giới (2007), ngã được hiểu là trạng thái người bệnh không chủ ý bị rơi xuống mặt đất, nền nhà hoặc các mặt phẳng khác ngoại trừ những trường hợp cố ý để thay đổi vị trí của chủ thể trên các đồ nội thất, trên tường hoặc những đối tượng khác[2]. Ngã là một vấn đề nghiêm trọng ở người cao tuổi vì nó rất thường gặp, gây tàn phế và thậm chí gây tử vong. Tại Hoa Kỳ, tử vong do ngã ở những bệnh nhân trên 65 tuổi đã tăng 31% từ năm 2007 đến năm 2016 và té ngã là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do thương tích không chủ ý ở nhóm đối tượng này[3].

Thời kỳ mãn kinh có liên quan đến một số

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phương Dung

Email: hoangphuongdung318@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

yếu tố nội tại của ngã như giảm hoạt động thể chất, tăng cảm giác sợ ngã, và mất ổn định tư thế. Phụ nữ sau mãn kinh có những hạn chế lớn hơn trong hoạt động chức năng, giảm sức mạnh của chân và sức cầm nắm, phân tích kém về bước đi và dáng đi, giảm sự linh hoạt và phạm vi chuyển động so với thời kỳ tiền mãn kinh[4]. Những nhận định này đã tính đến các yếu tố gây nhiễu như tuổi tác, dân tộc hoặc trình độ học vấn, và kết quả này được giải thích một phần bằng chỉ số khối cơ thể (BMI) và sự có mặt của các triệu chứng trầm cảm[5]. Ersoy và cộng sự nghiên cứu và cho rằng phụ nữ sau mãn kinh nên được đánh giá các yếu tố nguy cơ ngã, khả năng cân bằng động và cảm giác sợ té ngã, từ đó được tư vấn các biện pháp phòng ngừa té ngã.[6]

Tại Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về vấn đề ngã trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương. Tuy nhiên, có rất ít đề tài đề cập đến vấn đề ngã trên phụ nữ loãng xương sau mãn kinh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên để có thêm cái nhìn về ngã của phụ nữ loãng xương sau mãn kinh và một số yếu tố liên quan để từ đó đề xuất một số giải pháp dự phòng thiết thực, hiệu quả góp phần phòng ngừa nguy cơ ngã và ngã ở nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ sau mãn kinh: Phụ nữ đã mãn kinh tự nhiên (khi đối tượng mất kinh nguyệt hoàn toàn trong 12 tháng ở phụ nữ từ 40 đến 55 tuổi).
- Tuổi từ 50 trở lên.
- Bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương theo hướng dẫn của Hội Nội tiết Hoa Kỳ (AACE) 2020.
- Các đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Loại trừ những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có trạng thái tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có tiền sử gãy xương do chấn thương mạnh, mắc các bệnh cấp tính ảnh hưởng đến việc thực hiện các bài kiểm tra vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Cỡ mẫu cho điều tra xác định tỷ lệ của điều tra cắt ngang, $n = 100$, nhưng thực tế điều tra 115 bệnh nhân.

Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh

án thống nhất.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian: từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

2.4. Công cụ và các chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, BMI ...

- Kết quả đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép trên máy đo Hologic với giá trị tham chiếu của dân số nữ Nhật Bản sử dụng cho người Châu Á. Chẩn đoán loãng xương theo hướng dẫn của Hội Nội tiết Hoa Kỳ 2020 (AACE 2020): T-score $\leq -2,5$ ở vị trí cột sống, và/hoặc cổ xương đùi, và/hoặc đầu trên xương đùi và/hoặc 1/3 dưới xương quay; gãy xương đột sống hoặc cổ xương đùi do chấn thương nhẹ (bất kể mật độ xương); $2,5 < T\text{-score} < -1,0$ và có gãy xương do loãng xương tại các vị trí xương cánh tay, xương hông, đầu xa xương cẳng tay; $2,5 < T\text{-score} < -1,0$ và nguy cơ gãy xương trong vòng 10 năm theo FRAX cao (nguy cơ gãy cổ xương đùi trong vòng 10 năm $\geq 3\%$, nguy cơ gãy xương lớn liên quan loãng xương $\geq 20\%$).

- Đánh giá ngã bằng bộ câu hỏi và ghi nhận qua hồ sơ quản lý bệnh nhân: tiền sử ngã của bệnh nhân, ngã bất kỳ, ngã trong 12 tháng vừa qua, tần suất, vị trí ngã, hoàn cảnh khi ngã, các biến chứng do ngã.

- Đánh giá nguy cơ ngã bằng: bộ câu hỏi nguy cơ ngã 21 chỉ số (21-item Fall Risk Index by Toba, Kikuchi), thang đo thời gian đứng lên và đi TUG (Timed Up and Go test), thang điểm đánh giá cảm giác sợ ngã FES-I (Falls Efficacy scale international).

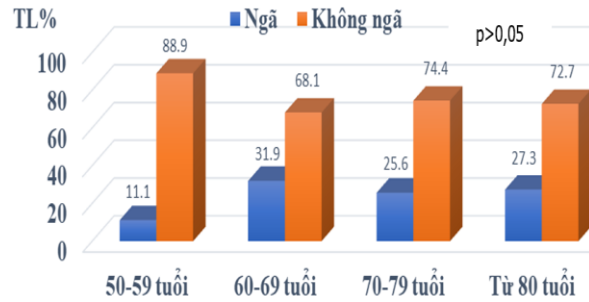
- Đánh giá hoạt động của người bệnh: hoạt động chức năng hàng ngày (ADL) và hoạt động chức năng hàng ngày có dụng cụ (IADL).

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu thu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phương pháp thống kê y học theo phần mềm SPSS20.0. Thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test khi bình phương và T-Test với giá trị OR (95%CI) và giá trị p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng ta phân tích các yếu tố liên quan với ĐTNC ngã trong 1 năm gần đây nhất. Số ĐTNC ngã trong 1 năm gần đây nhất là 30.

3.1. Mối liên quan giữa tuổi của ĐTNC

và ngã (Số ĐTNC ngã trong 1 năm gần đây)**Biểu đồ 1. Liên quan giữa nhóm tuổi với ngã của ĐTNC (n=115)**

Tỷ lệ ngã của ĐTNC ở nhóm tuổi 60-69 là cao nhất, sau đó là nhóm tuổi từ 80 trở lên, nhóm tuổi từ 70-79 và thấp nhất ở nhóm tuổi 50-59 (tương ứng 31,9%; 27,3%; 25,6% và 11,1%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm hoàn cảnh sống của ĐTNC và ngã**Bảng 1. Liên quan giữa tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống và nơi sống của ĐTNC với ngã (n=115)**

Yếu tố	Ngã		Không ngã		Tổng (TL%)	OR (95%CI)	p
	n	TL%	n	TL%			
1. Tình trạng hôn nhân							
Kết hôn	17	25	51	75	68 (100)	0,87 (0,38-2,02)	0,75
Khác	13	27,7	34	72,3	47 (100)		
2. Hoàn cảnh sống							
Sống một mình	5	50,0	5	50,0	10 (100)	3,2 (0,86-11,96)	0,07
Sống cùng người thân	25	23,8	80	76,2	105 (100)		
3. Nơi sống							
Nông thôn, miền núi	13	21,3	48	78,7	61 (100)	0,59 (0,26-1,37)	0,22
Thành thị	17	31,5	37	68,5	54 (100)		
Tổng	30	26,1	85	73,9	115		

- Nhóm bệnh nhân có tình trạng kết hôn có tỷ lệ ngã thấp hơn các nhóm khác (25% so với 27,7%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

- Xét về hoàn cảnh sống của ĐTNC, nhóm sống một mình có tỷ lệ ngã là 50% cao hơn nhóm sống với người thân (23,8%). Nguy cơ ngã của nhóm sống một mình cao gấp 3,2 lần nhóm

sống với người thân. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

- Nhóm đối tượng nghiên cứu sống ở nông thôn và miền núi có tỷ lệ ngã thấp hơn nhóm sống ở thành thị (21,3% so với 31,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

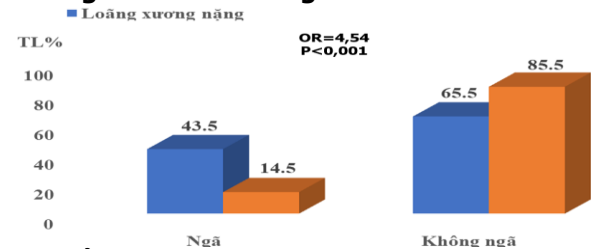
3.3. Môi liên quan giữa chỉ số khối lượng cơ thể và ngã**Bảng 2. Liên quan giữa chỉ số khối lượng cơ thể của ĐTNC với ngã (n=112)**

Tuổi	Ngã		Không ngã		Tổng (TL %)	So sánh (T-Test)
	n	TL %	n	TL %		
1) BMI<18,5	7	38,9	11	61,1	18 (100)	P _(1,2) = 0,41 P _(3,1) = 0,31 P _(3,2) = 0,002
2) 18,5-<23	14	21,9	50	78,1	64 (100)	
3) ≥23	9	30	21	70	30 (100)	
Tổng	30	26,8	82	73,2	112 (100)	

- Tỷ lệ ngã của nhóm ĐTNC có chỉ số BMI <18,5 cao hơn nhóm BMI từ 18,5- 22,9 (38,9% so với 21,9%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

- Tỷ lệ ngã của nhóm ĐTNC có chỉ số BMI từ 23 trở lên cao hơn nhóm BMI từ 18,5- 22,9 (30% so với 21,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

- Tỷ lệ ngã của nhóm ĐTNC có chỉ số BMI < 18,5 cao hơn nhóm BMI ≥23 (38,9% so với 30%). Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

3.4. Môi liên quan giữa mức độ loãng xương của ĐTNC và ngã**Biểu đồ 2. Liên quan giữa mức độ loãng xương với ngã của ĐTNC (n=115)**

Nhóm ĐTNC loãng xương nặng có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm loãng xương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR= 4,54 và $p<0,001$.

3.5. Môi liên quan giữa nguy cơ ngã của ĐTNC và ngã

Bảng 3. Nguy cơ ngã liên quan đến ngã của ĐTNC (n=115)

Yếu tố	Ngã		Không ngã		Tổng (TL%)	OR (95%CI)	p
	n	TL%	n	TL%			
1. Nguy cơ ngã đánh giá bằng thang điểm 21 chỉ số							
Có nguy cơ ngã	12	32,4	25	67,6	37 (100)	1,6 (0,67-3,81)	0,29
Không	18	23,1	60	76,9	78 (100)		
2. Nguy cơ ngã đánh giá bằng thang điểm TUG							
Có nguy cơ ngã	22	35,5	40	64,5	62 (100)	3,09 (1,24-7,72)	0,013
Không	8	15,1	45	84,9	53 (100)		

- Đánh giá theo thang điểm 21 chỉ số, nhóm ĐTNC có nguy cơ ngã chiếm tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có nguy cơ (32,4% so với 23,1%), với tỷ suất chênh OR là 1,6 (95%CI: 0,67-3,81). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p>0,05$.

- Đánh giá theo thang điểm TUG, nhóm ĐTNC có nguy cơ ngã chiếm tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có nguy cơ (35,5% so với 15,1%), với tỷ suất chênh OR là 3,09 (95%CI: 1,24-7,72). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p<0,05$.

3.6. Môi liên quan giữa cảm giác sợ ngã của ĐTNC và ngã

Bảng 4. Môi liên quan giữa cảm giác sợ ngã và ngã của ĐTNC (n=115)

Yếu tố	Ngã		Không ngã		Tổng (TL%)	OR (95%CI)	p
	n	TL%	n	TL%			
Cảm giác sợ ngã FES-I	Có	19	30,6	43	69,4	1,69 (0,72-3,97)	0,23
	Không	11	20,8	42	79,2		

Những ĐTNC có cảm giác sợ ngã, có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có cảm giác sợ ngã, nguy cơ nhóm có cảm giác sợ ngã bị ngã cao hơn nhóm khác gấp 1,69 lần. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p>0,05$.

3.7. Môi liên quan giữa mức độ hoạt động chức năng của và ngã của ĐTNC

Bảng 5. Môi liên quan giữa hoạt động chức năng và ngã của ĐTNC (n=115)

Yếu tố	Ngã		Không ngã		Tổng (TL%)	OR (95%CI)	p
	n	TL%	n	TL%			
1. Hoạt động chức năng hàng ngày ADL							
Giảm	11	39,3	17	60,7	28 (100)	2,32 (0,93-5,77)	0,067
Bình thường	19	21,8	68	78,2	87 (100)		
2. Hoạt động chức năng hàng ngày có dụng cụ IADL							
Giảm	19	46,3	22	53,7	41 (100)	4,95 (2,04-12,01)	0,0001
Bình thường	11	14,9	63	85,1	74 (100)		

- Đánh giá theo thang điểm ADL, nhóm ĐTNC giảm hoạt động chức năng hàng ngày có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm bình thường, với tỷ suất chênh OR là 2,32, với $p>0,05$.

- Đánh giá theo thang điểm IADL, nhóm ĐTNC giảm hoạt động chức năng có sử dụng dụng cụ có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm bình thường, với OR là 4,95 và $p<0,0001$.

- Đánh giá theo thang điểm IADL, nhóm

3.8. Môi liên quan giữa nguy cơ trầm cảm của ĐTNC và ngã

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa nguy cơ trầm cảm và ngã của ĐTNC (n=115)

Yếu tố	Ngã		Không ngã		Tổng (TL%)	OR (95%CI)	p
	n	TL%	n	TL%			
Nguy cơ trầm cảm	Có	19	22,6	65	77,4	0,53 (0,22-1,30)	0,16
	Bình thường	11	35,5	20	64,5		

Đánh giá theo mức độ trầm cảm, nhóm ĐTNC trầm cảm có tỷ lệ ngã thấp hơn nhóm bình thường. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p>0,05$.

điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023 chúng tôi phân tích được tỷ lệ ngã của ĐTNC ở nhóm tuổi 60-69 là cao nhất, sau đó là nhóm tuổi từ 80 trở lên, nhóm tuổi từ 70-79 và thấp nhất ở nhóm tuổi 50-59 (tương ứng 31,9%;

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 115 ĐTNC đến khám và

27,3%; 25,6% và 11,1%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ngã của nhóm ĐTNC có chỉ số BMI từ 23 trở lên cao hơn nhóm BMI < 18,5. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. Tỷ lệ ngã của nhóm ĐTNC có chỉ số BMI từ 23 trở lên cao hơn nhóm BMI trong khoảng từ 18,5-<23, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Chỉ số BMI lớn hơn, làm tăng khả năng bị ngã lên 21% ở nghiên cứu của tác giả E. Barrett-Connor và cộng sự (2008) tiến hành trên 66.134 phụ nữ sau mãn kinh[7].

Trong nghiên cứu cho thấy, nhóm ĐTNC loãng xương nặng có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm loãng xương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $OR = 4,54$ và $p < 0,001$. Điều này có thể được giải thích rằng những bệnh nhân loãng xương có tiền sử gãy xương do loãng xương có xu hướng yếu hơn một cách tự nhiên so với những bệnh nhân không bị gãy xương[8]. Gãy xương do loãng xương cũng có thể ảnh hưởng xấu đến khả năng vận động, dẫn đến không hoạt động thể chất và làm tăng thêm nguy cơ té ngã[9].

Xét mối liên quan giữa nguy cơ ngã của ĐTNC khi đánh giá bằng các thang điểm đánh giá nguy cơ ngã 21 chỉ số, TUG, chúng tôi nhận được kết quả như sau: Đánh giá theo thang điểm 21 chỉ số, nhóm ĐTNC có nguy cơ ngã chiếm tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có nguy cơ, với tỷ suất chênh OR là 1,6 với $p > 0,05$. Đo lường sự cân bằng động và khả năng vận động chức năng ở ĐTNC bằng thang điểm TUG, nhóm ĐTNC có nguy cơ ngã chiếm tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có nguy cơ, với tỷ suất chênh OR là 3,09, với $p < 0,01$. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nitchanant K. và cộng sự (năm 2020), rối loạn dáng đi và thăng bằng thường gặp ở người lớn tuổi và là nguyên nhân chính gây té ngã ở nhóm dân số loãng xương[10].

Những ĐTNC có cảm giác sợ ngã, có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm không có cảm giác sợ ngã, nguy cơ nhóm có cảm giác sợ ngã bị ngã cao hơn nhóm khác gấp 1,69 lần, với $p > 0,05$.

Tiến hành phân tích mối liên quan giữa hoạt động chức năng và ngã của ĐTNC, kết quả cho thấy: nhóm ĐTNC giảm hoạt động chức năng hàng ngày có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm bình thường, với OR là 2,32 và $p > 0,05$; nhóm ĐTNC giảm hoạt động chức năng có sử dụng dụng cụ có tỷ lệ ngã cao hơn nhóm bình thường, với OR là 4,95 và $p < 0,0001$.

Đánh giá theo mức độ trầm cảm chúng tôi thu được kết quả, nhóm ĐTNC trầm cảm có tỷ lệ ngã thấp hơn nhóm bình thường, với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 115 phụ nữ loãng xương sau mãn kinh, trong đó có 30 ĐTNC bị ngã trong 1 năm gần đây nhất, chiếm 26,1%. Các yếu tố liên quan (nguy cơ) có tỷ lệ ngã cao, gồm: nhóm ĐTNC có chỉ số khối lượng cơ thể BMI > 23, loãng xương nặng, có nguy cơ ngã, hoạt động chức năng hàng ngày có dụng cụ IADL giảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Một số yếu tố liên quan khác của ĐTNC có tỷ lệ ngã cao, gồm: nhóm tuổi 60-69, nhóm sống độc thân, nhóm có chỉ số BMI < 18,5, nhóm có nguy cơ ngã theo thang điểm 21 chỉ số, có cảm giác sợ ngã FES-I, nhóm không trầm cảm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniel T.** Metabolic Bone Disease: Textbook of Primary Care Medicine, ed. N John St Louis: CV Mosby Publisher 1996.
2. **Organization WH, Ageing WHO, Unit LC.** WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization 2008.
3. **Burns E, Kakara R.** Deaths from Falls Among Persons Aged ≥ 65 Years - United States, 2007-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018;67:509-14. doi:10.15585/mmwr.mm6718a1
4. **Tseng LA, El Khoudary SR, Young EA, et al.** The association of menopause status with physical function: the Study of Women's Health Across the Nation. Menopause 2012;19:1186-92. doi:10.1097/gme.0b013e3182565740
5. **Sowers M, Tomey K, Jannausch M, et al.** Physical functioning and menopause states. Obstet Gynecol 2007;110:1290-6. doi:10.1097/01.AOG.0000290693.78106.9a
6. **Ersoy Y, MacWalter RS, Durmus B, et al.** Predictive Effects of Different Clinical Balance Measures and the Fear of Falling on Falls in Postmenopausal Women Aged 50 Years and Over. GER 2009;55:660-5. doi:10.1159/000235652
7. **Barrett-Connor E, Weiss TW, McHorney CA, et al.** Predictors of falls among postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA). Osteoporos Int 2009;20:715-22. doi:10.1007/s00198-008-0748-2
8. **Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, et al.** Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:744-51. doi:10.1093/gerona/62.7.744
9. **Chu L-W, Chiu AYY, Chi I.** Impact of falls on the balance, gait, and activities of daily living functioning in community-dwelling Chinese older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:399-404. doi:10.1093/gerona/61.4.399
10. **Kitcharanant N, Vanitcharoenkul E, Unnanuntana A.** Validity and reliability of the self-rated fall risk questionnaire in older adults with osteoporosis. BMC Musculoskelet Disord 2020;21:757. doi:10.1186/s12891-020-03788-z

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY

Phùng Thị Hậu¹, Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 60 người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu – bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022 với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh. Sử dụng điểm Nutric hiệu chỉnh, NRS 2002, chỉ số khối cơ thể BMI và các chỉ tiêu cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng. Kết quả cho thấy tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm NRS 2002 là 88,4%; theo BMI có 33,3% người bệnh suy dinh dưỡng và 6,7% thừa cân; theo điểm Nutric hiệu chỉnh thì tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng cao là 26,7%. Người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu kết hợp giữa ăn qua ống thông và truyền tĩnh mạch chiếm 38,3%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ đầu sau nhập viện chiếm 71,7%. Người bệnh điều trị tại khoa ICU có nguy cơ suy dinh dưỡng cao, vì vậy cần sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng kịp thời. **Từ khóa:** tình trạng dinh dưỡng, hồi sức cấp cứu, bệnh viện đa khoa Sơn Tây

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING PRACTICE FOR PATIENTS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT, SON TAY GENERAL HOSPITAL

A cross-sectional study was conducted on 60 patients treated at the emergency department - Son Tay general hospital in 2022 with the aim at describing the nutritional status and feeding practice of patients. Using adjusted Nutric score, NRS-2002, BMI and subclinical indicators to evaluate the risk of malnutrition. The results show that the prevalence of malnutrition risk according to the NRS-2002 scale was 88.4%; According to BMI, 33.3% of patients were malnourished and 6.7% were overweight and obese; According to the adjusted Nutric score, the prevalence of malnutrition risk was 26.7%. Patients were fed mainly with a combination of tube feeding and intravenous infusion, accounting for 38.3%. The prevalence of patients receiving enteral nutrition within the first 48 hours after admission was 71.7%. Patients treated at the emergency department are at high risk of malnutrition, so timely screening, assessment and nutritional intervention are needed.

Keywords: nutritional status, emergency resuscitation, Son Tay general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ảnh hưởng tới tình

trạng bệnh, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, tăng thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tái nhập khoa hồi sức tích cực (ICU), làm tăng nguy cơ tử vong. Do đó, đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) người bệnh tại các khoa hồi sức tích cực giúp cho việc đánh giá diễn biến điều trị, tiên lượng bệnh cũng như đưa ra kế hoạch can thiệp dinh dưỡng kịp thời. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về dinh dưỡng lâm sàng và đặc biệt dinh dưỡng trên đối tượng người bệnh nặng nằm điều trị hồi sức tích cực còn rất hạn chế, trong đó tại khoa Hồi sức truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 theo SGA tỉ lệ SDD là 35,7%, BMI là 16,7%, theo albumin máu là 73,8%¹. Năm 2018, một nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão khoa Trung Ương cho thấy tỉ lệ người bệnh SDD có thở máy có nguy cơ SDD theo Nutric Score cao gấp 6,2 lần người bệnh không có thở máy².

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế Hà Nội. Khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa Sơn Tây hàng ngày có trung bình 20-25 người bệnh điều trị. Bệnh viện đã có khoa dinh dưỡng, tuy nhiên nhân viên y tế chưa thực sự quan tâm đánh giá TTDD để phát hiện sớm nguy cơ SDD của người bệnh ngay từ những ngày đầu nhập viện. Với mong muốn có một sự mô tả chính xác TTDD của người bệnh nằm điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu, góp phần cải thiện TTDD, nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá TTDD và mô tả thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trên 18 tuổi nằm điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu ít nhất 7 ngày, không bị phù. Người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Tháng 7/2022 tới tháng 7 năm 2023, khoa Hồi sức cấp cứu- Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang.
Cỡ mẫu và chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả người bệnh nằm điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa Sơn Tây phù hợp với tiêu chuẩn lựa

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

chọn của nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu, tối thiểu thu thập 60 đối tượng.

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Phương pháp nhân trắc: Các chỉ số nhân trắc bao gồm cân nặng, chiều cao hoặc vòng cánh tay, chiều cao đầu gối

- **Cân nặng:** Đo trọng lượng cơ thể cho người bệnh bằng cân thước đo cơ học tz-120d horsehead brand độ chính xác 0,1kg, số đo cân nặng được tính bằng kg và một số lẻ.

- **Chiều cao:** Nếu người bệnh đứng được, tiến hành đo chiều cao đứng. Đo chiều cao đầu gối với người bệnh không đứng được, sau đó hiệu chỉnh từ chiều cao đầu gối sang chiều cao đứng theo công thức³: Chiều cao nam (cm) = $85,1 + [1,73 \times \text{cao đầu gối (cm)}] - (0,11 \times \text{tuổi})$; Chiều cao nữ (cm) = $91,45 + [1,53 \times \text{cao đầu gối (cm)}] - (0,16 \times \text{tuổi})$. Chiều cao được tính bằng cm với một số lẻ.

- **Chỉ số khối cơ thể (BMI):** Tính theo công thức: cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (tính bằng m). Với những người bệnh không cân được cân nặng, sử dụng đo vòng cánh tay (MUAC) để quy đổi sang chỉ số BMI theo công thức⁴: $BMI = 0,873 \times MUAC - 0,042$. Từ đó tính ra cân nặng ước tính = BMI ước tính $\times (\text{chiều cao})^2$

Phương pháp NRS 2002 bao gồm: phần hỏi cân nặng sụt giảm trong một, hai, ba tháng gần đây, BMI, khẩu phần ăn trong tuần vừa qua, bệnh lý hiện mắc và mức độ nặng của bệnh. Phân loại: Điểm NRS ≥ 3 : Người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng. Điểm < 3 : người bệnh cần được đánh giá dinh dưỡng mỗi tuần.

Đánh giá dinh dưỡng bằng NUTRIC Score bao gồm: Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng dựa trên điểm Nutric hiệu chỉnh (Modified Nutric Score- MNS) là tổng điểm của các 5 thông số, bao gồm tuổi người bệnh, điểm APACHE II, điểm suy tạng SOFA, số bệnh đồng mắc, số ngày nằm viện trước khi nhập khoa ICU. Điểm ứng với độ tuổi người bệnh: < 50 tuổi: 0 điểm, $50 - 75$ tuổi: 1 điểm, ≥ 75 tuổi: 2 điểm. Điểm APACHE II: < 15 : 0 điểm; $15 - 20$: 1 điểm, $20 - 28$: 2 điểm, ≥ 28 : 3 điểm. Điểm suy tạng SOFA: < 6 : 0 điểm, $6-10$: 1 điểm, ≥ 10 : 2 điểm. Số bệnh đồng mắc: 0-1 bệnh: 0 điểm, ≥ 2 bệnh: 1 điểm. Số ngày nằm viện trước khi nhập ICU: < 1 ngày: 0 điểm, ≥ 1 ngày: 1 điểm. Tổng điểm MNS < 4 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng thấp; ≥ 5 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng cao.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số albumin huyết thanh: albumin huyết thanh từ 28-35 g/L: SDD mức nhẹ, từ 21-28 g/L:

SDD mức vừa, < 21 g/L: SDD mức nặng.

Thực trạng nuôi dưỡng: khai thác khẩu phần 24h, dịch truyền theo y lệnh trong hồ sơ bệnh án.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành khi đề cương được hội đồng khoa học, đạo đức của trường đại học y Hà Nội thông qua, được sự đồng ý cho phép tiến hành của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Đối tượng nghiên cứu và người nhà được giải thích rõ về mục đích, nội dung thực hiện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Giá trị (n= 60)
Tỷ lệ nam/nữ (%)	73,3/26,7
Tuổi (năm)	$63,9 \pm 17,9$
Phân bố tuổi	
<50 tuổi	23,3
Từ 50 tuổi – 74 tuổi	43,3
≥ 75 tuổi	33,4
Số bệnh đồng mắc	$2,4 \pm 0,8$
Tỷ lệ thở máy (%)	45
Điểm APACHE II	$11 \pm 5,4$
Điểm SOFA	$4,2 \pm 2,5$

Tổng số có 60 người bệnh, tỷ lệ nam:nữ là 73,3%:26,7%. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 17,9$ (năm); tuổi thấp nhất là 28 tuổi và cao nhất là 92 tuổi. Tỷ lệ người bệnh từ 50-74 tuổi là 43,3%. Số bệnh đồng mắc là $2,4 \pm 0,8$ bệnh. Tỷ lệ thở máy là 45%. Điểm APACHE II trung bình là $11 \pm 5,4$; Điểm SOFA trung bình là $4,2 \pm 2,5$.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khi nhập viện

Công cụ đánh giá	Ngưỡng đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	BMI < 18,5	20	33,3
	BMI từ 18,5 đến < 25	36	60
	BMI ≥ 25 đến < 30	4	6,7
NRS-2002	Không có nguy cơ	53	11,6
	Có nguy cơ	7	88,4
Điểm Nutric hiệu chỉnh	Nguy cơ dinh dưỡng cao	16	26,7
	Nguy cơ dinh dưỡng thấp	44	73,3
Albumin	Không SDD	13	21,7
	SDD nhẹ	13	21,7
	SDD vừa	4	6,7

	SDD nặng	2	3,3
	Không làm xét nghiệm	28	46,6

Bảng 2 cho thấy vào thời điểm nhập viện tại khoa ICU có 33,3% người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5), người bệnh có TTDD bình thường (BMI từ 18,5 đến < 25) chiếm đa số 60%, người bệnh thừa cân (BMI ≥ 25 đến < 30) chiếm tỷ lệ 6,7%. Theo thang điểm NRS 2002, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD chiếm tỷ lệ là 88,4%; người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng chiếm 11,6%. Theo điểm Nutric hiệu chỉnh, người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm NUTRIC ≥ 5) chiếm 26,7%, còn lại người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng thấp (điểm NUTRIC < 5) chiếm 73,3%. Phân loại TTDD người bệnh theo chỉ số Albumin huyết thanh cho thấy tỷ lệ người bệnh không SDD và SDD nhẹ chiếm tỷ lệ bằng nhau là 21,7%; tỷ lệ người bệnh SDD vừa và nặng lần lượt chiếm 6,7% và 3,3%. Có 46,6% người bệnh không được làm xét nghiệm albumin huyết thanh trong quá trình điều trị.

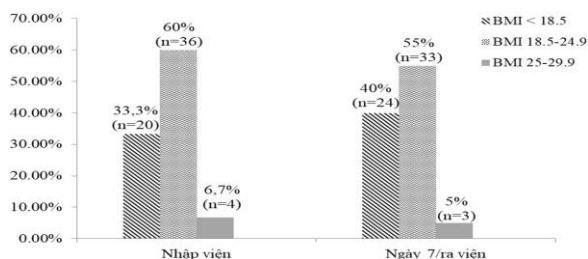
Bảng 3. Cân nặng, BMI, nồng độ albumin huyết thanh trung bình của đối tượng nghiên cứu

	Nam (n=44)	Nữ (n=16)
Cân nặng (kg)		
Ngày thứ 1	49,6 ± 10,7	44,6 ± 7,5
Ngày thứ 7	48,3 ± 10,7	43,6 ± 7,4
Giá trị p	p = 0,56	p = 0,71
BMI		
Ngày thứ 1	18,9 ± 3,3	20,1 ± 2,8
Ngày thứ 7	18,5 ± 3,3	19,6 ± 2,8
Giá trị p	p = 0,47	p = 1,0
Albumin huyết thanh (g/l)	33,5 ± 8,2	33,8 ± 4,3

Bảng 3 cho thấy, cân nặng trung bình của nam ngày 1 là 49,6 ± 10,7 kg, ngày 7 là 48,3 ± 10,7 kg (p = 0,56); cân nặng trung bình của nữ ngày 1 là 44,6 ± 7,5 kg, và ngày 7 là 43,6 ± 7,4 kg (p = 0,71). BMI trung bình của nam ngày 1 là 18,9 ± 3,3, ngày 7 là 18,5 ± 3,3 (p = 0,47); BMI trung bình của nữ ngày 1 là 20 ± 2, ngày 7 là 19,6 ± 2,8 (p = 1,0). Nồng độ Albumin huyết thanh trung bình của người bệnh nam giới là 33,5 ± 8,2 và nữ giới là 33,8 ± 4,3.

Bảng 5. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn trung bình/ngày của người bệnh

Thành phần dinh dưỡng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6	Ngày 7
NL (Kcal)	562±146,3	629±145,4	758±141,8	786±133,6	776±131,8	854±142,7	863±146,8
Protein (g)	22±8,2	27±9,1	32±8,8	35±8,4	35±8,3	38±8,4	39±8,5
Lipit (g)	16±6,4	18±6,7	23±6,8	24±6,7	24±6,3	27±6,3	27±6,4
Glucid (g)	83±31,1	90±32,2	106±32,6	107±30,4	104±28,7	115±32	117±33,1
Tổng số người được nuôi dưỡng	52	59	60	60	60	60	60



Hình 1. Diễn biến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trong quá trình nằm viện theo BMI

Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn lúc nhập viện là 33,3% và vào ngày 7 lúc ra viện là 40%, tuy nhiên không có khác biệt YNTK (p = 0,7).

Bảng 4. Các đường nuôi dưỡng và thời điểm nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa

	Đường nuôi dưỡng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đường nuôi dưỡng	Đường miệng	4	6,7
	Nuôi qua ống thông	19	31,6
	Phối hợp nuôi dưỡng miệng và nuôi tĩnh mạch	13	21,7
	Phối hợp nuôi qua ống thông và nuôi tĩnh mạch	23	38,3
	Nuôi tĩnh mạch hoàn toàn	1	1,7
Thời điểm nuôi dưỡng đường tiêu hóa	Trong vòng 48h vào viện	43	71,7
	Sau 48h hoặc không nuôi ăn	17	28,3
Tổng số		60	100

Nhận xét: Trong các đường nuôi ăn người bệnh thì nuôi ăn kết hợp ống thông với tĩnh mạch là phổ biến nhất, chiếm 38,3%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn qua ống thông là 31,6%, nuôi ăn đường miệng kết hợp tĩnh mạch là 21,7%. Tỷ lệ người bệnh chỉ ăn đường miệng là 6,7% hoặc chỉ nuôi tĩnh mạch hoàn toàn là 1,7%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ đầu sau nhập viện chiếm 71,7%; còn lại 28,3% người bệnh được nuôi đường ruột sau 48 giờ hoặc không nuôi ăn được ruột.

Nhận xét: Năng lượng trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $562 \pm 146,3$ Kcal, ngày 7 là $863 \pm 146,8$ Kcal. Lượng Protein trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $22 \pm 8,2$ g, ngày 7 là $39 \pm 8,5$ g. Lượng Lipid trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $16 \pm 6,4$ g, ngày 7 là $27 \pm 6,4$ g. Lượng Glucid trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $83 \pm 31,1$ g, ngày 7 là $117 \pm 33,1$ g.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số có 60 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $63,9 \pm 17,9$. Độ tuổi người cao tuổi (≥ 75 tuổi) chiếm 33,4% cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan⁵ về TTDD của người bệnh khoa ICU Bệnh viện Bạch Mai, lứa tuổi trên 75 tuổi chỉ chiếm 27% và nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy⁶ tại bệnh viện Đống Đa năm 2019 tỉ lệ người bệnh trên 75 tuổi là 27,5%. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 73,3% cao hơn nữ chiếm tỷ lệ 26,7%.

Điểm APACHE II trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là $11 \pm 5,4$, điểm SOFA trung bình là $4,2 \pm 2,5$ (kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy và cộng sự⁶, điểm APACHE II trung bình là $18,3 \pm 5,4$, điểm SOFA trung bình là $5,8 \pm 3,1$). Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và Lê Thị Phương Thúy khác nhau, tuy cùng làm trên đối tượng người bệnh nhập khoa ICU nhưng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả người bệnh nằm điều trị ICU còn nghiên cứu ở bệnh viện Đống Đa chỉ bao gồm người bệnh có chỉ định thở máy xâm nhập và không xâm nhập, ở những đối tượng này do tình trạng suy hô hấp nên điểm số SOFA, APACHE II thường cao hơn những đối tượng khác.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra tình trạng SDD ở bệnh nhân nặng tại thời điểm nhập viện vào khoa ICU là phổ biến. Tỷ lệ SDD được đánh giá bằng chỉ số BMI cho thấy vào thời điểm nhập viện vào khoa ICU có 33,3% bệnh nhân SDD (chỉ số BMI $< 18,5$), kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015 là 18,7%⁵.

Đánh giá TTDD theo NUTRIC score cho người bệnh tại thời điểm ngày đầu tiên nhập khoa ICU cho thấy 26,7% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm NUTRIC ≥ 5); 73,3% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng thấp (điểm NUTRIC < 5). Kết quả đánh giá TTDD bằng Nutric score cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015 của Nguyễn Hữu Hoan (27% người bệnh có nguy cơ

dinh dưỡng cao)⁵.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra có tới 88,4% người bệnh tại thời điểm ngày đầu tiên nhập khoa ICU có nguy cơ dinh dưỡng (điểm NRS ≥ 3). Tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 cho kết quả tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (87% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng)².

Ở nghiên cứu của chúng tôi, quan sát chỉ số albumin huyết thanh để đánh giá TTDD cho kết quả có 21,7% người bệnh không bị SDD và suy dinh dưỡng mức độ nhẹ. Có tới 46,6% người bệnh không được làm xét nghiệm albumin máu trong quá trình điều trị, điều này có thể lý giải do bác sĩ cho rằng xét nghiệm albumin huyết thanh không còn giá trị trong việc đánh giá TTDD bởi nó bị ảnh hưởng của các phản ứng viêm cấp tính, mạn tính, stress, bệnh lý về gan...

Cân nặng trung bình của nam ngày 1 là $49,6 \pm 10,7$ kg, ngày 7 là $48,3 \pm 10,7$ kg ($p = 0,56$); cân nặng trung bình của nữ ngày 1 là $44,6 \pm 7,5$ kg, và ngày 7 là $43,6 \pm 7,4$ kg ($p = 0,71$). BMI trung bình của nam ngày 1 là $18,9 \pm 3,3$, ngày 7 là $18,5 \pm 3,3$ ($p = 0,47$); BMI trung bình của nữ ngày 1 là 20 ± 2 , ngày 7 là $19,6 \pm 2,8$ ($p = 1,0$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan⁵ tại bệnh viện Bạch Mai; Lê Thị Thanh Thúy⁶ tại bệnh viện Đống Đa và Nguyễn Thị Trang² tại bệnh viện Lão khoa Trung ương đều cho thấy sự khác biệt cân nặng trung bình ngày thứ 7 so với cân nặng ngày nhập viện không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ Albumin trung bình ngày 1 là $33,6 \pm 7,1$ g/l, kết quả tương tự nghiên cứu của Phùng Nam Lâm năm 2011 với nồng độ trung bình là $32,9 \pm 6,79$ g/l⁷.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 71,7% người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa sớm trong vòng 48h đầu, kết quả cho thấy tỉ lệ này thấp hơn so với 2 nghiên cứu của bệnh viện tuyến trung ương: Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan tại khoa ICU bệnh viện Bạch Mai là 88,3%⁶ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang tại bệnh viện Lão khoa Trung ương là 89,9%⁸. Như vậy việc thực hiện nuôi dưỡng theo hướng dẫn của Hội Hồi sức tích cực Mỹ tại bệnh viện đã khá tốt nhưng vẫn chưa đạt tỉ lệ cao so với các bệnh viện tuyến trung ương.

Trong nghiên cứu này mức năng lượng trung bình cung cấp thấp nhất ở ngày 1 là $562 \pm 146,3$ Kcal; cao nhất ở ngày 7 là $863 \pm 146,8$ Kcal. Lượng Protein trung bình thấp nhất ở ngày 1 là $22 \pm 8,2$ g, cao nhất ở ngày 7 là $39 \pm 8,5$ g. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang tại bệnh viện Lão khoa Trung ương với năng lượng trung bình ngày thứ 7 là $1327 \pm 207,8$ và

protein trung bình ngày thứ 5 là $52,8 \pm 24,2^2$.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu có nguy cơ cao suy dinh dưỡng, và có xu hướng tăng lên theo thời gian điều trị. Người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu qua ống thông dạ dày kết hợp với truyền tĩnh mạch bổ sung. Cần tiến hành can thiệp dinh dưỡng, cung cấp đủ năng lượng khẩu phần, các chất dinh dưỡng kịp thời, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm biến chứng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thư, Nguyễn Thị Thu Hiền, Trương Việt Dũng, Nguyễn Đình Phú.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nặng tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 13(2):140-149.
2. **Nguyễn Thị Trang.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích

cực bệnh viện lão khoa trung ương năm 2017. Luận Văn Thạc Sĩ Trường Đại Học Hà Nội. 2018.

3. **Cheng HS, See LC, Shieh YH.** Estimating stature from knee height for adults in Taiwan. Chang Gung Med J. 2001;24(9):547-556.
4. **Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, et al.** Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. PLoS ONE. 2016;11(8).
5. **Nguyễn Hữu Hoan.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Luận Văn Thạc Sĩ Trường Đại Học Hà Nội. 2016.
6. **Lê Thị Phương Thuý, Nguyễn Phương Thảo, Đinh Trọng Hiếu, Phạm Việt Tuấn, Nguyễn Quang Dũng.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thở máy tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa năm 2019. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2021;146(10):55-63.
7. **Phùng Nam Lâm.** Nghiên cứu hiệu quả của thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp tại Khoa cấp cứu năm 2011. Luận văn trường Đại Học Hà Nội. 2011.

SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Dương Thị Giang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Sarcopenia là tình trạng đặc trưng bởi sự mất dần khối lượng và chức năng cơ, gây ra nhiều bất lợi về sức khỏe, giảm khả năng hoạt động hàng ngày, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm Sarcopenia và nhận xét một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE – Systemic Lupus erythematosus) điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023. Chẩn đoán Sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019). **Kết quả:** Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống là 19,44%, trong đó Sarcopenia thể nặng chiếm 5,55 % số bệnh nhân SLE. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9% ($p = 0,026$). Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ Sarcopenia có liên quan đến các yếu tố như chỉ số BMI, tình trạng dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể lực, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ Sarcopenia ở

bệnh nhân SLE điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh, thể trạng gầy, có tình trạng suy dinh dưỡng và giảm hoạt động thể lực. Bởi vậy vấn đề sàng lọc sớm và thường quy Sarcopenia trên bệnh nhân SLE là rất cần thiết, sẽ giúp cho việc đạt được hiệu quả điều trị một cách toàn diện. **Từ khóa:** Sarcopenia, lupus ban đỏ hệ thống.

SUMMARY

SARCOPENIA AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) who have Sarcopenia, a disorder which is defined by a progressive loss of muscle mass and strength, are at risk of a wide range of detrimental health issues, including a diminished ability to do daily tasks and an elevated risk of mortality. **Objectives:** To describe the characteristics of Sarcopenia and discuss some related factors in SLE patients at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** 36 SLE patients with Sarcopenia treated at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2023 to August 2023 underwent a descriptive cross-sectional study. The Asian Working Group on Sarcopenia's 2019 criteria are used to make the diagnosis of sarcopenia. **Results:** Sarcopenia affected 19.44% of SLE patients, of which 5.55% had severe cases. The subgroup with high disease activity had the largest percentage of sarcopenia (42.9%) ($p = 0.026$). The study's findings also revealed a statistically

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

significant association between the prevalence of sarcopenia and some variables like body mass index, nutritional status, and level of physical activity ($p < 0.05$). **Conclusion:** SLE patients at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital had a considerable prevalence of sarcopenia, especially those with high disease activity, thin bodies, malnutrition, and inactive lifestyles. As a result, in order to achieve comprehensive therapeutic benefits, early and regular screening for sarcopenia in SLE patients is crucial.

Keywords: Sarcopenia, systemic lupus erythematosus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, Sarcopenia được coi là một bệnh và có mã bệnh riêng biệt theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10: M62.84.¹ Tỷ lệ hiện mắc dao động từ 8% đến 36% ở những người < 60 tuổi và từ 10% đến 27% ở những người ≥ 60 tuổi.² Sarcopenia gây ra nhiều bất lợi về sức khỏe, bao gồm ngã, chấn thương, giảm khả năng hoạt động hàng ngày, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong. Mặc dù Sarcopenia chủ yếu được chẩn đoán xác định ở người cao tuổi, tuy nhiên bệnh có thể xuất hiện ở người trẻ tuổi. Các bệnh tự miễn với tình trạng viêm mạn tính do phản ứng miễn dịch, có thể là một yếu tố nguy cơ gây ra Sarcopenia. Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý tự miễn, đang là gánh nặng đối với sức khỏe cộng đồng, sự phát triển kinh tế, xã hội bởi sự phổ biến và các hậu quả nặng nề của nó. Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống làm suy giảm các hoạt động chức năng, tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng dễ bị tổn thương, ngã và chấn thương do ngã, tăng nguy cơ nhập viện, thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong.² Theo Santos và cộng sự, 16 trong số 92 người mắc SLE được chẩn đoán mắc Sarcopenia (chiếm 17,4%).³ Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về Sarcopenia trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống được công bố. Để góp phần tăng cường chất lượng chăm sóc sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống và hạn chế những hậu quả nặng nề cho nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan giữa Sarcopenia và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được

chẩn đoán xác định là lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023, có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn, có khả năng tham gia vào các bài kiểm tra vận động và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có trạng thái tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, mắc các bệnh cấp tính ảnh hưởng đến việc thực hiện các bài kiểm tra vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.4. Các biến số. Để đánh giá khối lượng cơ, bệnh nhân được đo bằng máy hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA). Được tính là giảm khối lượng cơ khi chỉ số khối cơ SMI $< 5,4 \text{ kg/m}^2$ đối với nữ và chỉ số khối cơ SMI $< 7,0 \text{ kg/m}^2$ đối với nam.

Lực cơ tay được đo bằng máy đo lực kế cầm tay Takei, đơn vị đo tính bằng Kg. Lực cơ tay thấp khi lực cơ tay dưới 28kg đối với nam và dưới 18kg đối với nữ. Máy đo lực kế cầm tay Takei được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu về Sarcopenia ở nhiều quốc gia khác nhau như Nhật Bản, Trung Quốc, Italia, Mỹ...và đều được chứng minh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi sử dụng máy Takei và máy đo lực kế khác như Jamar trong việc đánh giá cơ lực tay của người bệnh.⁴

Tốc độ đi bộ giảm được xác định khi bệnh nhân đi bộ nhanh nhất nhưng an toàn nhất trên đoạn đường 6m có vận tốc $< 1 \text{ m/giây}$.

Chẩn đoán Sarcopenia dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á năm 2019: Bệnh nhân được chẩn đoán Sarcopenia khi bệnh nhân có khối lượng cơ giảm và lực cơ tay thấp hoặc khối lượng cơ giảm và tốc độ đi bộ giảm.

Mức độ hoạt động bệnh lupus ban đỏ hệ thống phân loại theo thang điểm SLEDAI gồm 24 dấu hiệu và chia thành các mức:

SLEDAI = 0: không hoạt động

SLEDAI = 1 - 5: hoạt động nhẹ

SLEDAI = 6 - 10: hoạt động trung bình

SLEDAI = 11 - 19: hoạt động mạnh

SLEDAI ≥ 20 : hoạt động rất mạnh

Tình trạng dinh dưỡng (sử dụng Bảng đánh

giá tầm soát dinh dưỡng tối thiểu MNA chia làm 3 nhóm: tình trạng dinh dưỡng bình thường: 12-14 điểm, có nguy cơ suy dinh dưỡng: 8-11 điểm và suy dinh dưỡng: 0-7 điểm). Thang điểm đánh giá hoạt động thể lực IPAQ-SF (chia 2 nhóm: suy giảm và không giảm hoạt động thể lực).

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Xác định tỉ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test Fisher's exact với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=36)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	30	83,33
	≥ 60	6	16,67
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$): 44,31 ± 16,78			
Giới tính	Nam	2	5,55
	Nữ	34	94,45
Khu vực sinh sống	Nông thôn	27	75
	Thành thị	9	25
Đơn vị điều trị	Nội trú	12	33,33
	Ngoại trú	24	66,67
Dinh dưỡng (MNA-SF)	Bình thường	21	58,33
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	11	30,56
	Suy dinh dưỡng	4	11,11
Hoạt động thể lực (IPAQ-SF)	Giảm	8	22,22
	Không giảm	28	77,78

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (94,45%), đa số thuộc nhóm tuổi < 60 (83,33%). Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng chiếm 41,67%, giảm hoạt động thể lực chiếm 22,22%.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=36)

Đặc điểm	Số lượng n (%)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Thời gian	<5 năm	22	61,11

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

Đặc điểm		Sarcopenia		Không Sarcopenia		OR	P
		(n)	Tỉ lệ (%)	(n)	Tỉ lệ (%)		
Giới	Nam	0	0	2	6,9		0,475
	Nữ	7	100	27	93,1		
Đơn vị điều trị	Nội trú	4	57,1	8	27,6		0,137
	Ngoại trú	3	42,9	21	72,4		
BMI	Gầy	4	57,1	4	13,8		0,028

mắc SLE	≥5 năm	14	38,89	±4,8
Thời gian sử dụng glucocorticoid	≥3 tháng	30	83,33	17,7
	<3 tháng	6	16,67	±13,8
BMI	Gầy	8	22,22	20,62 ±2,28
	Bình thường	22	61,11	
	Thừa cân	6	16,67	
Mức độ hoạt động bệnh	Không hoạt động	5	13,9	
	Nhẹ	17	47,22	
	Trung bình	7	19,44	
	Mạnh	7	19,44	

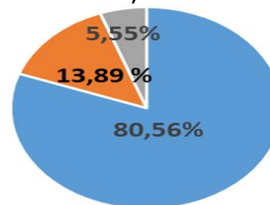
Nhận xét: Nhóm có BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 61,11%. Nhóm bệnh nhân gầy chỉ chiếm 22,22%.

3.2. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE

Bảng 3. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khối lượng cơ	Giảm	11	30,56
	Bình thường	25	69,44
Lực cơ tay	Giảm	12	33,33
	Bình Thường	24	66,67
Tốc độ đi bộ	Giảm	7	19,44
	Bình thường	29	80,56

Nhận xét: Về các yếu tố chẩn đoán Sarcopenia gồm giảm khối lượng cơ, giảm lực cơ tay và giảm thời gian đi bộ lần lượt chiếm tỷ lệ: 30,56%, 33,33% và 19,44%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

Nhận xét: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE là 19,44%, trong đó Sarcopenia thể nặng chiếm 5,55% số lượng bệnh nhân SLE.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE

	Bình thường	2	28,6	20	69		
	Thừa cân	1	14,3	5	17,2		
Hoạt động thể lực	Giảm	4	57,1	4	13,8	8,3	0,03
	Không giảm	3	42,9	25	86,2		
Dinh dưỡng	Bình thường	1	14,3	20	69		0,004
	Có nguy cơ SDD	3	42,9	8	27,6		
	Suy dinh dưỡng	3	42,9	1	3,4		
Mức độ hoạt động SLE	Không hoạt động	0	0	5	17,2		0,026
	Nhẹ	1	14,3	16	55,2		
	Trung bình	3	42,9	4	13,8		
	Mạnh	3	42,9	4	13,8		

Nhận xét:

* Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE cao hơn ở nhóm: có mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh (42,9%), có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng (42,9%), giảm hoạt động thể lực (57,1%), nhóm bệnh nhân gầy (57,1%). Các sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ Sarcopenia ở 2 giới (nam và nữ); ở 2 nhóm (điều trị nội trú và ngoại trú) là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Nữ giới có tỷ lệ sarcopenia là 100% cao hơn ở nam giới 0%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Tỷ lệ sarcopenia của nhóm bệnh nhân nội trú (57,1%) cao hơn nhóm bệnh nhân ngoại trú (42,9%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Nhóm bệnh nhân giảm hoạt động thể lực có nguy cơ sarcopenia gấp 8 lần bệnh nhân không giảm hoạt động thể lực (95%CI 1,34 – 52,03), $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối tương quan giữa CRP và Sarcopenia (n = 36)

Đặc điểm	Sarcopenia		p
	Không	Có	
CRP $\bar{X} \pm SD$	1,67 \pm 1,27	3,76 \pm 2,86	0,043

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm có Sarcopenia có chỉ số CRP ($3,76 \pm 2,86$) cao hơn nhóm không có Sarcopenia ($1,67 \pm 1,27$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Mann – Whitney U Test).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm sức mạnh cơ khi tính theo lực bóp tay là 33,33 %. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm khối lượng cơ khi tính theo SMI đo bằng máy DXA là 30,56 %. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm hoạt động thể lực khi tính theo tốc độ đi bộ là 19,44% (Bảng 3). Theo định nghĩa của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á thì chỉ số đánh giá khối lượng cơ và chất lượng cơ bao gồm lực cơ tay và thời gian đi bộ sẽ giúp chúng ta đánh

giá được tỷ lệ mắc Sarcopenia và Sarcopenia thể nặng ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo biểu đồ 1, tỉ lệ sarcopenia ở bệnh nhân SLE là 19,44 %, trong đó Sarcopenia nặng chiếm 5,55 %. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Santos và cộng sự vào tháng 6/2011 thực hiện trên 92 phụ nữ mắc SLE cho kết quả tỉ lệ mắc Sarcopenia là 17,4 %.³ Trong SLE có rất nhiều những biến đổi như: tăng các sản phẩm của quá trình viêm; tăng quá trình trao đổi chất, tăng dị hóa và giảm đồng hóa protein; giảm GH và yếu tố tăng trưởng giống insulin 1 (IGF-1); tổn thương viêm khớp gây giảm vận động cũng như điều trị SLE bằng liệu pháp Glucocorticoid,... Tất cả những điều này đều góp phần làm giảm khối lượng và sức mạnh cơ, làm tăng nguy cơ mắc Sarcopenia cho người bệnh SLE.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh và trung bình có tỉ lệ Sarcopenia cao chiếm 42,9%, tiếp đến là bệnh có mức độ hoạt động nhẹ thì tỉ lệ Sarcopenia là 14,3% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này được thể hiện rõ ở bảng 4. Cơ chế bệnh sinh của Sarcopenia trên bệnh nhân SLE là kết quả của sự mất cân bằng giữa hai quá trình tổng hợp và phân hủy protein. Trong SLE, xảy ra quá trình viêm mạn tính xen kẽ những đợt bệnh bùng phát, tạo ra rất nhiều sản phẩm của quá trình viêm: cytokines, IL1, IL6, TNF α ,... Các cytokine này làm tăng quá trình dị hóa protein, giảm đồng hóa protein và giảm các yếu tố đồng hóa protein như hormone tăng trưởng (GH) và yếu tố tăng trưởng giống insulin 1 (IGF-1), dẫn đến làm giảm cả khối lượng và sức mạnh cơ.⁵ Ở những bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh, phản ứng viêm diễn ra mạnh mẽ đa cơ quan, protein C phản ứng thường tăng. Theo phân tích ở bảng 5, chỉ số CRP có mối tương quan với tỉ lệ Sarcopenia. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm

Sarcopenia có giá trị CRP trung bình ($3,76 \pm 2,86$) cao hơn nhóm không có Sarcopenia ($1,67 \pm 1,27$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$ ($p < 0,05$) (Mann – Whitney U Test). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của James S. Andrews và cộng sự khi nghiên cứu trên 136 phụ nữ mắc SLE, thấy rằng nồng độ CRP trong huyết thanh cao có liên quan đến giảm sức mạnh cơ.⁶ Trong một phân tích tổng hợp 19 nghiên cứu, có 14 nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa giá trị CRP cao với tình trạng giảm sức mạnh cơ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.⁷ Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, các biện pháp ngăn ngừa tình trạng Sarcopenia là cần thiết đối với những bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh và chỉ số CRP cao kéo dài.

Từ bảng 4 thấy rằng tỉ lệ Sarcopenia có mối liên quan với chỉ số khối cơ thể BMI. Tỉ lệ Sarcopenia ở nhóm gầy, bình thường và thừa cân lần lượt là 57,1%; 28,6% và 14,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$ ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Faiq I. Gorial và cộng sự trên 60 bệnh nhân SLE tại Iraq vào năm 2018 với $p = 0,011 < 0,05$.⁸ Điều này có thể lý giải do bệnh nhân gầy có khối lượng cơ thấp hơn dẫn đến nguy cơ mắc Sarcopenia cao hơn. Vì vậy bệnh nhân gầy cần có chế độ ăn giàu lượng protein và tăng cường các bài tập vận động có kháng trở để tăng khối lượng và sức mạnh cơ giúp phòng tránh Sarcopenia.

Đồng thời, bảng 4 cũng cho thấy tỉ lệ Sarcopenia cũng có mối liên quan với sự suy giảm của tình trạng dinh dưỡng. Tỉ lệ Sarcopenia ở nhóm dinh dưỡng bình thường, nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng lần lượt là 14,3%, 42,9%, 42,9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$ ($p < 0,05$). Suy dinh dưỡng là hậu quả của thiếu hụt năng lượng và protein có ảnh hưởng bất lợi đến cơ thể. Các giả thuyết đưa ra rằng, sự thiếu hụt dinh dưỡng cần thiết sẽ kích hoạt hệ thống miễn dịch và làm tăng tổng hợp các cytokine viêm làm khuếch đại quá trình dị hóa gây giảm khối lượng cơ và do đó ảnh hưởng đến chức năng của cơ.⁹ Nâng cao nhận thức, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, cụ thể là chế độ ăn giàu các acid amin thiết yếu như: leucin, lysine... là một trong những biện pháp hữu ích giúp phòng ngừa và điều trị Sarcopenia.

Phân tích từ bảng 4 cho hay nhóm người bệnh giảm hoạt động thể lực có tỉ lệ mắc Sarcopenia cao gấp 8 lần so với nhóm không giảm hoạt động thể lực (CI 95% 1,34 – 52,03)

với $p = 0,03$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm trên 250 đối tượng vào năm 2020, với OR = 8,43 (95% CI 5,33 – 13,33).¹⁰ Mức độ hoạt động thể lực thấp làm thay đổi cấu trúc cơ thể theo nhiều hướng, đó là: làm giảm khối lượng cơ và tăng khối lượng mỡ. Cơ chế gây ra giảm khối lượng cơ là do tình trạng giảm mản tính quá trình tổng hợp protein khi người bệnh không vận động thể lực.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ Sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 ở bệnh nhân SLE điều trị tại Bệnh viện E và bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,44% và 5,55% số bệnh nhân SLE mắc Sarcopenia thể nặng. Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE cao hơn ở các nhóm bệnh nhân gầy, có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng, giảm hoạt động thể lực, mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh, chỉ số CRP cao ($p < 0,05$). Do đó, việc phát hiện sớm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE là rất cần thiết, đặc biệt ở các bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động mạnh, chỉ số CRP cao và suy dinh dưỡng. Từ đó giúp cho việc thay đổi các chiến lược can thiệp về dinh dưỡng, về vận động nhằm mang lại hiệu quả toàn diện trong điều trị và tiên lượng ở bệnh nhân SLE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anker SD, Morley JE, von Haehling S. Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(5):512-514. doi:10.1002/jcsm.12147
2. Landi F, Liperoti R, Russo A, et al. Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the iSIRENTE study. *Clin Nutr*. 2012; 31(5): 652-658. doi: 10.1016/j.clnu. 2012.02.007
3. Santos MJ, Vinagre F, Canas da Silva J, Gil V, Fonseca JE. Body composition phenotypes in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study of Caucasian female patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(3):470-476.
4. Joseph Abiodun Balogun. Intratester reliability and validity on the Takei Kigi Kogyo Hand Grip Dynamometer. Published 1991. Accessed September 6, 2023. https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=J+Phys+Ther+Sci&title=Intratester+reliability+and+validity+of+the+Takei+Kiki+Kogyo+hand+grip+dynamometer&author=J+Balogun&author=A+Onigbinde&volume=3&publication_year=1991&pages=55-60&
5. Vitale G, Cesari M, Mari D. Aging of the endocrine system and its potential impact on sarcopenia. *Eur J Intern Med*. 2016;35:10-15. doi:10.1016/j.ejim.2016.07.017
6. Andrews JS, Trupin L, Schmajuk G, et al. Muscle Strength Predicts Changes in Physical Function in Women with Systemic Lupus

- Erythematosus. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;67(8):1070-1077. doi:10.1002/acr.22560
7. **Shokri-Mashhadi N, Moradi S, Heidari Z, Saadat S.** Association of circulating C-reactive protein and high-sensitivity C-reactive protein with components of sarcopenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Exp Gerontol.* 2021;150:111330. doi:10.1016/j.exger.2021.111330
 8. **Isho Gorial F, Mahmood Z, Obaidi S.** Body Composition in Iraqi Women With Systemic Lupus Erythematosus. *Global Journal of Health Science.* 2018;11:63. doi:10.5539/gjhs.v11n1p63
 9. **Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al.** Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition.* 2015; 34(3): 335-340. doi: 10.1016/j.clnu.2015. 03.001
 10. **Nguyễn Ngọc Tâm.** Nghiên cứu áp dụng một số phương pháp sàng lọc Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi. Luận án tiến sĩ Y học. Published online 2020.

PHƯƠNG PHÁP NHẬN BIẾT TỔN THƯƠNG RĂNG BẰNG CHỈ THỊ MÀU Ở RĂNG CÓ PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE : BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Huyền Khuê¹, Phùng Hữu Đại²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Hở rìa miềng trám, sâu răng tái phát ở răng có phục hồi bằng composite là một quá trình phức tạp, khi trùng hợp composite bị co lại tạo ra khe hở, quá trình co lại vẫn tiếp diễn sau khi trám rất lâu. Bề mặt dán còn ẩm, trải qua tiếp xúc nóng lạnh trong miệng là những nguyên nhân dẫn tới. Phương pháp nhuộm màu tổ chức men răng, ngà răng nhiễm khuẩn hoặc cấu trúc ngà răng yếu giúp cho việc đánh giá, kiểm soát hở rìa miềng trám, phát hiện tổ chức yếu, ngà nhiễm khuẩn cần được loại bỏ. **Mục đích:** Báo cáo kết quả phát hiện hở rìa kẽ răng, sâu răng tái phát, tổ chức men ngà yếu bằng chất chỉ thị màu đem lại phục hồi tổ chức răng ổn định. **Phương pháp:** Chúng tôi báo cáo về một trường hợp bệnh nhân nữ 34 tuổi người Việt Nam đến khám vì răng có miềng trám composite cách đây 3 năm ê buốt khi uống nước lạnh, khi ăn nhai. Có mảng màu đen bám quanh rìa tiếp xúc miềng trám composite và men răng. Phương pháp loại bỏ sâu răng tái phát, phát hiện khe hở rìa miềng trám với chất chỉ thị màu để loại bỏ hoàn toàn tổ chức răng yếu, phục hồi được tổn thương răng tốt nhất. **Kết quả:** Bệnh nhân sau khi được kiểm soát tổn thương bằng chất chỉ thị màu được phục hồi tổ chức bằng composite đã loại bỏ hoàn toàn triệu chứng ê buốt khi uống nước lạnh và ăn nhai. **Kết luận:** Phương pháp nhuộm màu tổn thương men răng, ngà răng, hở rìa miềng trám composite giúp phát hiện tổn thương mà mắt thường không thể nhận diện được. Đảm bảo việc loại bỏ tổ chức men răng, ngà răng yếu được kiểm soát từ đó việc kết nối, phục hồi tổ chức cứng bằng composite đảm bảo lâu dài, không có hiện tượng hở rìa miềng trám composite khiến bệnh nhân có triệu chứng ê buốt.

Từ khóa: Báo cáo một ca lâm sàng, chất chỉ thị màu, hở rìa miềng trám, sâu răng tái phát, composite.

SUMMARY

USING DETECTOR DYES FOR RESIN COMPOSITE RESTORATION: A CASE REPORT

Background: Marginal leakage, recurrent caries with composite restoration is a complicated process, the polymerization shrinks to create a leakage, the shrinking process continues long after filling. The is still wet, experiencing hot and cold exposure in the mouth are the causes. The method of staining tooth enamel, infected dentin or weak dentin structure helps to evaluate and control the marginal leakage, detect weak tissue, and infected dentin, that needs to be removed. **Purpose:** This study aims to report the results of detecting marginal leakage, recurrent caries, dentin enamel by detector dyes to restore stable tooth structure. **Methods:** We report on a case of a 34-year-old Vietnamese female patient, with resin composite restoration 3 years ago, presented with the chief complaints of high dental sensibility when drinking cold water and chewing food. It is discoloration in marginal around composite restoration. The method of removing recurrent caries, detecting the marginal leakage with detector dyes to completely remove the affected tooth structure. **Results:** The patient completely eliminated the symptoms of sensitivity when drinking cold water and chewing food. **Conclusion:** The method of detector dyes helps to detect lesions that cannot be recognized by the naked eye. It help to remove effectively affected enamel and dentin, so that the resin composite restoration can be stable without marginal leakage causing patients to suffer from postoperative sensitivity. **Keywords:** Case report, resin composite, detector dyes, marginal leakage, recurrent caries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Composite nha khoa được Bowen sáng chế ra 1962, sử dụng để trám răng nhờ kỹ thuật xói mòn và keo dán. Composite hiện nay là vật liệu thẩm mỹ phổ biến nhất, thay thế dần cement silicate và nhựa acrylic. Phục hồi composite trực tiếp là một trong những kỹ thuật phục hồi trong nha khoa phổ biến nhất hiện nay.¹ Thành phần

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Khuê

Email: bacsihuyenkhue@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

của Composite chủ yếu là các hạt độn vô cơ (monomer): hạt độn lớn, hạt độn vi thể. Bằng các phản ứng trùng hợp, hoá trùng hợp hoặc lưỡng trùng hợp. Các monomer được kích hoạt phản ứng liên kết với nhau bằng liên kết cộng hoá trị tạo thành một hợp chất cao phân tử (Polymer) và khối composite trở thành dạng rắn.²

Khi các phục hồi gián tiếp được chỉ định (inlay, onlay, chụp sứ toàn phần) thì dán dính bằng composite là lựa chọn đầu tiên. Hiệu quả tối ưu của tất cả các phục hồi trực tiếp hay gián tiếp đều phụ thuộc vào quá trình trùng hợp của các thành phần Composite, monomer biến đổi thành các Polymer đồng thời đi kèm với việc giảm thể tích của vật liệu.³

Một polymer chiếm ít thể tích hơn những hạt độn nhỏ (monomer), hiệu ứng này được hiểu là sự co rút khi trùng hợp polyme. Mặc dù có nhiều sự phát triển khác nhau về vật liệu phục hồi mới trong những năm qua, nhưng hạn chế liên quan tới sự co ngót do polyme hoá của composite trước đó vẫn là một vấn đề cần phải giải quyết.⁴

Sự co ngót này dẫn tới mất liên kết theo chiều dọc của composite với thành của răng, hở rìa miềng trám hoặc hở rìa với phục hình gián tiếp, tạo các khoảng trống bên trong, các vết nứt nhỏ, sâu răng tái phát, gây nhạy cảm ngà cho vi khuẩn hoặc các yếu tố tác động tới buồng tủy thông qua khe hở. Chính vì lẽ đó việc lấy bỏ phục hồi cũ composite, kiểm soát các tổn thương tổ chức cứng của răng do co ngót composite và phục hồi lại răng bị tổn thương là điều cần thiết.⁵

Thông thường việc sửa soạn xoang trám dựa vào cảm giác xúc giác và thị giác. Đánh giá dựa trên độ cứng và màu sắc của tổn thương tổ chức răng. Việc lấy bỏ chất phục hồi cũ và tổn thương răng được coi là hoàn tất khi vùng tổn thương cứng, không thấy màu nâu hoặc đen. Thuốc nhuộm màu tổ chức do sâu răng đã được phát triển để hỗ trợ chẩn đoán và loại bỏ sâu răng, bằng cách phân biệt giữa ngà răng (thường ở phía ngoài) bị nhiễm trùng, tổn thương do vi khuẩn hoặc sản phẩm do vi khuẩn hoạt động và ngà răng (phía trong) không bị nhiễm trùng hoặc có tổn thương. Thuốc nhuộm chỉ làm ố phần ngà răng sâu bên ngoài, các khe nứt, khoảng trống trong giữa phục hồi và răng.⁶

Sau khi loại bỏ hoàn toàn tổn thương răng, phục hồi composite cũ, răng bị tổn thương được phục hồi lại bằng composite thể hệ mới.

Trường hợp phục hồi răng lại bằng composite với sự kiểm soát tổn thương răng bằng chất chỉ thị với mục đích màu mô tả và minh hoạ việc kiểm soát tổn thương một cách rõ

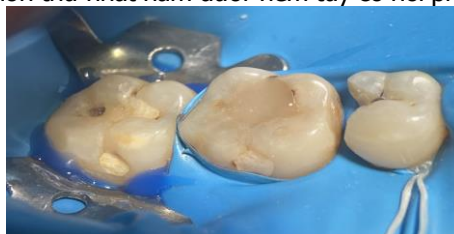
ràng ở răng có tổn thương do sự co ngót của composite.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả case lâm sàng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu Nghị tháng 08 năm 2023, nhìn lại và tổng kết y văn về các phương pháp nhận biết tổn thương bằng chất chỉ thị màu trên răng đã hàn phục hồi bằng composite

III. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 34 tuổi người Việt Nam, nghề nghiệp giáo viên cấp 2, đến khám với triệu chứng khó chịu nhất là ê buốt răng khi ăn nhai, uống nước lạnh. Trên nền răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới bên phải (R46) đã được phục hồi bằng composite cách đây 3 năm do sâu răng mặt nhai. Bệnh nhân chưa có hiện tượng đau về đêm và đau lan lên đầu. Qua thăm khám phát hiện mặt nhai răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới bên phải có khối màu đậm tối hơn men răng là composite cũng bệnh nhân đã được phục hồi trước đó. Khối trám composite cũ chiếm khoảng 50% diện tích mặt nhai răng của bệnh nhân. Ranh giới giữa khối trám composite và men răng rõ (Hình 1). Sau khi thổi khô nhận thấy ở vùng tiếp giáp của khối trám và men răng có các đốm đen, vết màu nâu dài 2-3 mm, vùng tiếp giáp không liên nhất với men răng. Bệnh nhân nhai liên tục thì có cảm giác chói ở răng, thổi hơi mạnh mặt nhai có ê buốt nhẹ, hết thổi khô thì buốt thoáng qua dưới 2s. Các đặc điểm lâm sàng dẫn đến chẩn đoán răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới viêm tủy có hồi phục.



Hình 1: Hình ảnh miềng trám cũ của người bệnh. Dựa vào chẩn đoán và tình trạng bệnh nhân chúng tôi đề xuất các bước phục hồi lại cho bệnh nhân:

- Loại bỏ miềng trám cũ dựa trên màu sắc khác biệt với men răng
- Dùng chất chỉ thị màu để nhuộm màu ngà răng bị sâu tái phát, hở rìa miềng trám, ngà răng bị yếu, khoảng hở dưới mỗi hàn.
- Mũi khoan nạo ngà với tay khoan chậm để loại bỏ lớp ngà bị nhuộm màu sau mỗi lượt làm sạch cũng như tránh làm tổn thương thứ phát tổ chức răng lành.
- Che tủy gián tiếp nếu phần xoang trám

sát trần buồng tủy

e. Phục hồi xoang trám bằng Composite trám khối không co ngót khi trùng hợp.

f. Sửa chữa căn và đánh bóng miềng trám composite.

Bệnh nhân đồng ý với phương án phục hồi lại bằng miềng trám composite mới. Chúng tôi tiến hành cách ly răng bằng dam cao su (Winged Fiesta – Coltene - Pháp) để đảm bảo môi trường miềng với miềng trám. Phục hồi bằng composite yêu cầu môi trường khô tuyệt đối trong khi môi trường miềng với nước bọt và lưỡi có nguy cơ cao làm ướt vùng phục hồi. Tiến hành dùng tăm bông thấm chất chỉ thị màu (Findfast Ấn Độ) lên bề mặt nhai răng, với màu đỏ đặc trưng trong 20 giây chất nhuộm màu ngấm vào khe hở rìa và sâu răng tái phát giúp nhận rõ được ranh giới miềng trám và ngà răng sau khi đã rửa mặt nhai bằng nước trong vòng 5 giây (Hình 2A, 2B).

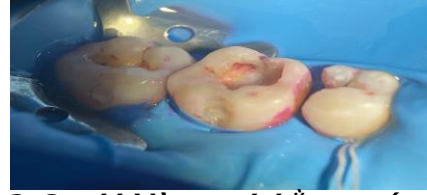


Hình 2A. Hở rìa miềng trám cũ được phát hiện bằng chất chỉ thị



Hình 2B. Chỉ thị màu được đặt 20s lên bề mặt răng

Với định hướng bằng chất chỉ thị màu, tiến hành lấy bỏ miềng trám composite cũ bằng mũi khoan kim cương tròn tay khoan nhanh ở 1/3 trên. Rìa miềng trám thì dùng mũi khoan carbur tungsten – tay khoan chậm để lấy bỏ phần sâu răng tái phát hoặc phần ngà kết nối yếu với miềng trám cũ. Chỉ lấy bỏ lớp mỏng được nhuộm màu chứ không lấy bỏ phần ngà phía trong. Lặp lại quy trình cho tới khi sau khi nhuộm màu, rửa trôi không còn thấy phần ngà còn ngấm màu đỏ của chất chỉ thị màu. Ở trường hợp này, chúng tôi đã sử dụng tổng cộng 10 lần chất chỉ thị màu, nhuộm từ phần men răng cho tới phần ngà răng. Việc loại bỏ ngà răng yếu hoặc sâu răng tái phát góp phần quan trọng trong việc kết nối giữa ngà răng, men răng và vật liệu phục hồi. (Hình 3,4,5,6)



Hình 3. Sau khi làm sạch bằng nước và thổi khô, chất chỉ thị màu ngấm vào tổn thương có màu đỏ đậm



Hình 4A: Hình ảnh tổn thương ở thành gần



Hình 4B: Hình ảnh khe trông được nhuộm màu ở sàn



Hình ảnh 5A, 5B: Hoàn toàn loại bỏ tổ chức tổn thương và composite cũ

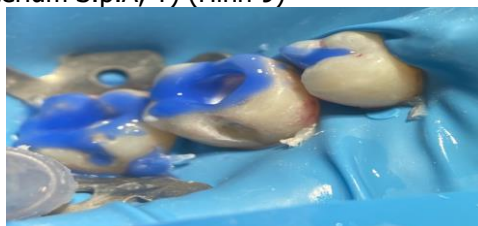
Sau khi làm sạch xoang trám răng có hướng dẫn chúng tôi tiến hành sát khuẩn xoang trám bằng Clohexidine Gluconat 2% (Canal Pro CHX 2% Coltene Pháp), trám lót phần đáy xoang trám bằng $\text{Ca}(\text{OH})_2$ (Ultra blend plus Mỹ) phủ lên phần ngà khô và chiếu đèn giúp đông cứng để đảm bảo phục hồi Composite mới không kích thích vào hệ thống ống ngà phía trên trần tủy (Hình 6).



Hình 6: Sử dụng canxi quang trùng hợp để che tủy

Tiến hành xoi mòn (Ultra etch, ultradent Mỹ) men răng 20s, ngà răng 2s sau đó tạo kết nối dán dính, bôi bond 20s (Single Bond 2 bước 3M ESPE) trên tất cả các bề mặt sau đó thổi khô 10s

(Hình 7). Lớp nền xoang trám được lót một lớp mỏng composite lỏng (Filtek Supreme Ultra flowable Restorative, 3M Oral Care, Hoa Kỳ) Răng được phục hồi bằng Composite A3 (3M Oral Care, Hoa Kỳ). Dùng kĩ thuật layer technique đắp từng lớp để phục hồi lại hình dạng răng ban đầu, chiếu đèn 5s sau mỗi lớp và 40s ở lớp đắp cuối cùng (Hình 8). Kết thúc bằng việc sửa khớp cắn phần mặt nhai và đánh bóng composite bằng bộ kit Composite ENA shinny (Micerium S.p.A, Ý) (Hình 9)



Hình 7: Xoi mòn tại men răng



Hình 8. Tạo hình mặt nhai

Sau khi phục hồi kiểm tra lại khe hở bằng chất chỉ thị màu để đảm bảo không có khe hở rìa miếng trám. Thăm khám đánh giá thấy bệnh nhân không còn ê buốt khi ăn nhai và khi xỉ khô mặt răng.



Hình 9. Hoàn tất sau khi đánh bóng

IV. BÀN LUẬN

Các tổn thương do sâu răng hàm lớn thường xuất hiện sớm do thời điểm mọc răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới năm 6 tuổi, khi mà ý thức vệ sinh răng miệng ở lứa tuổi này chưa được tốt. Thông thường sâu răng ở nhóm răng hàm lớn thứ nhất thường tiến triển ở mặt nhai răng hàm do có hố rãnh sâu. Thức ăn dễ đọng lại và vệ sinh răng miệng không đầy đủ là yếu tố nguy cơ gây sâu răng từ hố rãnh dẫn tới tổn thương tiến triển sâu hơn vào phía trong cấu trúc răng. Năm

2000, Trịnh Đình Hải nghiên cứu bệnh sâu răng ở trẻ em đã kết luận khi răng hàm vĩnh viễn mới hình thành, đã có một tỷ lệ cao bị sâu răng, tình trạng sâu răng vĩnh viễn có xu hướng gia tăng⁶. Chính vì răng hàm lớn thứ nhất có khả năng sâu răng sớm nên cũng được trám bít nhiều nhất và sớm nhất trong hệ thống các răng vĩnh viễn.

Tiêu chuẩn phát hiện tổn thương tổ chức cứng răng do sâu được đánh giá qua cảm giác xúc giác và thị giác. Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc của Việt Nam (2000) đã sử dụng tiêu chuẩn phát hiện sâu răng của WHO (1997).⁷ Những tổn thương rõ ràng ở mức độ D3 và D4 thì sự đánh giá sâu thân răng rất dễ dàng. Còn các tổn thương ban đầu của sâu răng D1, D2 có thể chia ra làm 3 loại theo vùng, mỗi vùng có những chẩn đoán riêng biệt như sau: các rãnh mặt nhai, mặt ngoài và mặt trong của răng sẽ được chẩn đoán là sâu răng nếu như thâm trầm phát hiện một đường nứt, rạn trên men răng chỉ với một lực vừa phải và sự mắc thâm trầm này đi cùng với một hoặc một vài dấu hiệu sau: Có cảm giác xốp ở đây, phần men bên cạnh bị đục. Vùng men ở rìa có đổi màu hoặc tối màu hơn do có vùng rỗng ở dưới hay thoái khoáng hoá.

Chất chỉ thị màu sâu răng được phát triển để hỗ trợ chẩn đoán và loại bỏ tổ chức răng sâu, bằng cách phân biệt giữa ngà sâu răng bên ngoài bị nhiễm trùng, tổn thương không thể phục hồi và ngà sâu bên trong không bị nhiễm trùng.⁶ Thuốc nhuộm chỉ nhuộm phần ngà sâu răng bên ngoài bị nhiễm trùng, không nhuộm vào bên trong. Thành phần cơ bản chất chỉ thị màu là propylene – glycol và axit đỏ. Màu sắc đậm của chất chỉ thị màu tương tác với ngà răng và dễ dàng phân biệt được với màu sắc của tuỷ răng.

Sau khi loại bỏ hoàn toàn lớp ngà tổn thương do sâu bằng chất chỉ thị màu cần sát khuẩn lại toàn bộ xoang trám để đảm bảo vi khuẩn tồn tại trong ống ngà răng lành được loại bỏ hoàn toàn. Tránh hiện tượng sâu răng tái phát mặc dù có lớp che chắn vững chắc ở xoang trám.⁸

Composite tương thích sinh học là mục tiêu của các nhà phát triển vật liệu trám bít. Ngày nay sự ra đời của hạt độn Nano, composite đã đạt được: Tính chất vật lý cao nhất về độ bền, độ bóng tốt nhất gần như đạt như răng thật, độ mòn như men răng tự nhiên, tương thích sinh học, tính thẩm mỹ với màu ngà và độ trong suốt, không co ngót vật liệu khi quang trùng hợp và sau khi hoàn tất trám răng. Chính vì lẽ đó mỗi trám răng bằng vật liệu composite cũ được loại bỏ trong trường hợp này, lấy bỏ toàn bộ tổ chức ngà yếu với chất chỉ thị màu, sát khuẩn xoang trám

và phục hồi lại bằng hệ thống composite mới. Đảm bảo được độ ổn định lâu dài và thẩm mỹ.

Việc phục hồi răng có tổn thương hở rìa hoặc sâu răng tái phát do miếng trám composite cần đảm bảo từ việc loại bỏ tổ chức sâu răng có hướng dẫn, sát khuẩn và vật liệu sinh học cần nhiều quá trình phức tạp và đòi hỏi nhiều thời gian để đảm bảo tất cả các khâu có kết quả tốt. Chỉ cần một quá trình như cách ly chưa tốt, sát khuẩn hoặc loại bỏ chưa hết tổ chức ngà yếu, lựa chọn vật liệu phục hồi kém đều khó có thể đạt được một phục hồi tổ chức răng tốt.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nhận biết tổn thương tổ chức răng trên răng có miếng trám bằng composite giúp nhận biết một cách rõ ràng tổn thương, loại bỏ tổn thương có định hướng giúp cho việc phục hồi lại đạt được kết quả tốt. Ưu điểm vượt trội hơn phương pháp nhận biết bằng thị giác và xúc giác.

Việc phục hồi tổ chức cứng cho răng không chỉ quan trọng ở việc loại bỏ tổ chức răng bị tổn thương do sâu mà cần thực hiện quy trình điều trị một cách thận trọng dựa trên kiến thức về tạo hình, làm sạch, diệt khuẩn và trám bít bằng vật liệu sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Management of shrinkage stresses in direct restorative light-cured composites: a review**

- PubMed. Accessed August 22, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24148979/>
2. **Runnades P, Correr GM, Baratto Filho F, Gonzaga CC, Furuse AY.** Degree of conversion of a resin cement light-cured through ceramic veneers of different thicknesses and types. *Braz Dent J.* 2014; 25(1):38-42. doi:10.1590/0103-6440201302200
3. **Gacci O.** Principles of Polymerization. 3rd edition. Wiley-Interscience; 1991.
4. **(PDF) Resin based restorative dental materials: characteristics and future perspectives** | Bhuvnesh Bhardwaj - Academia.edu. Accessed August 22, 2023. https://www.academia.edu/77376895/Resin_base_d_restorative_dental_materials_characteristics_and_future_perspectives
5. **Soares CJ, Faria-E-Silva AL, Rodrigues M de P, et al.** Polymerization shrinkage stress of composite resins and resin cements - What do we need to know? *Braz Oral Res.* 2017;31(suppl 1):e62. doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0062
6. **Javaheri M, Maleki-Kambakhsh S, Etemad-Moghadam Sh.** Efficacy of Two Caries Detector Dyes in the Diagnosis of Dental Caries. *J Dent Tehran Iran.* 2010;7(2):71-76.
7. **8.T. V. Trường, T. Đ. Hải, J. Spencer và cộng sự** (2002), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam 1999-2000, Tạp chí Y học Việt Nam, 240, tr.24- 28.
8. **Coelho A, Amaro I, Rascão B, et al.** Effect of Cavity Disinfectants on Dentin Bond Strength and Clinical Success of Composite Restorations-A Systematic Review of In Vitro, In Situ and Clinical Studies. *Int J Mol Sci.* 2020;22(1):353. doi:10.3390/ijms22010353

THỰC TRẠNG LOÉT APHTHOUS VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI STRESS CỦA SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT

Ngô Thị Thu Hà¹, Hoàng Kim Loan¹,
Nguyễn Lê Hùng¹, Khúc Thị Hồng Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét Aphthous niêm mạc miệng tái diễn là một trong các bệnh thường gặp trong miệng. Bệnh thường tái phát nhiều lần, gây cảm giác đau rất, khó chịu khi ăn uống, khi phát âm, ảnh hưởng đến tâm lý, gây cảm giác lo lắng, căng thẳng từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống người bệnh.
Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng loét Aphthous và tìm hiểu yếu tố stress có liên quan đến loét Aphthous trên đối tượng sinh viên Răng Hàm Mặt trường Đại Học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 332 sinh viên ngành Răng Hàm Mặt tại trường Đại học Y Hà Nội bằng bảng câu hỏi và khám lâm sàng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sinh viên có loét Aphthous là 7,8%, phần lớn có 1 tổn thương loét (84,6%) và kích thước vết loét 1 - 2mm (88,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tình trạng stress ở nhóm loét Aphthous và nhóm không loét Aphthous ($p=0,018$). **Kết luận:** Sinh viên có tỷ lệ mắc loét Aphthous thấp. Nghiên cứu cho thấy tình trạng stress có liên quan đến loét Aphthous. Do đó, các chương trình tư vấn, hỗ trợ tâm lý cho sinh viên rất quan trọng, cần được đẩy mạnh và thực hiện hiệu quả.

Từ khóa: loét Aphthous, stress.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF APHTHOUS STOMATITIS AND THEIR RELATIONSHIP WITH STRESS AMONG DENTAL STUDENTS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Hà

Email: thuadentist.temp@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Background: Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) in the oral mucosa are a common oral condition. This condition often recurs, causing discomfort during eating, speaking, and affecting one's psychological well-being, leading to anxiety and stress that, in turn, directly impacts the patient's quality of life.

Objective: This study aims to describe the current prevalence of Aphthous ulcers and investigate the relationship between stress factors and Aphthous stomatitis among dental students at Hanoi Medical University. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 332 dental students using questionnaires and clinical examinations. **Results:** The prevalence of Aphthous stomatitis among dental students was 7.8%, with the majority having a single stomatitis (84.6%) and stomatitis size ranging from 1-2mm (88.5%). There was a statistically significant difference in the stress levels between the Aphthous stomatitis group and the non-Aphthous stomatitis group ($p=0.018$). **Conclusion:** The prevalence of Aphthous stomatitis among dental students is relatively low. The study reveals a significant association between stress and Aphthous stomatitis. Therefore, counseling and psychological support programs for students are crucial and need to be promoted and implemented effectively.

Keywords: Aphthous stomatitis, stress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét aphthous niêm mạc miệng tái diễn hay Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) là một trong những bệnh lý niêm mạc miệng phổ biến, trung bình là 20% dân số thế giới bị ảnh hưởng bởi bệnh này[1]. Loét aphthous niêm mạc miệng là một bệnh lành tính, thường xảy ra ở niêm mạc lòng lè, không bị sưng hóa như niêm mạc má, môi, sàn miệng và mặt dưới lưỡi. Tổn thương có thể ở dạng đơn độc hoặc nhiều nốt xuất hiện cùng lúc với các kích thước khác nhau. Bệnh thường xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong đó độ tuổi 10 – 19 tuổi là bị ảnh hưởng nhiều hơn so với các lứa tuổi khác[1]. RAS có thể gặp ở mọi đối tượng nhưng phổ biến hơn ở trẻ em và phụ nữ. Bệnh thường tái phát nhiều lần, gây cảm giác đau rát, khó chịu khi ăn uống, khi phát âm, ảnh hưởng đến tâm lý, gây cảm giác lo lắng, căng thẳng cho người bệnh, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của mỗi người. Hiện nay, nguyên nhân gây nên loét aphthous niêm mạc miệng vẫn chưa được biết rõ, tuy nhiên các yếu tố như dinh dưỡng, thuốc, hormone, sử dụng thuốc lá, di truyền và stress có liên quan đến sự tái phát bệnh này đã được chỉ ra.

Stress được coi là một trong những yếu tố nguy cơ, trực tiếp có tác động đến sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng. Theo nghiên cứu của Keenan và cộng sự (2013) trên 160 người bị RAS cho thấy stress trong cuộc

sống thực sự có liên quan đáng kể đối với sự khởi đầu cho việc hình thành các vết loét aphthous niêm mạc miệng ($p < 0,001$). [2] Trong một nghiên cứu khác của Sanna Safi và cộng sự (2021) trên 245 sinh viên nha khoa năm thứ 4 cũng chỉ ra stress là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (chiếm 38%) gây nên tình trạng RAS. [3] Ngày nay, cùng với sự phát triển kinh tế là sự xuất hiện những dịch bệnh mới như dịch Covid-19 thực sự là thách thức đối với hệ thống y tế, với sức khỏe của người dân và với kinh tế của thế giới. Covid 19 và stress càng làm trầm trọng thêm tình trạng mắc các bệnh lý trong khoang miệng như RAS, Herpes, bệnh viêm nhiễm khác. Như vậy, stress và loét aphthous niêm mạc miệng thực sự ảnh hưởng đến cuộc sống của mỗi người và là vấn đề cần được quan tâm, tìm hiểu để biết rõ hơn mối liên quan của chúng, từ đó có những biện pháp để cải thiện chất lượng cuộc sống.

Trên thế giới đã có những nghiên cứu về hai vấn đề này và mối liên quan giữa stress với RAS, chủ yếu hướng tới đối tượng là nhân viên y tế hoặc sinh viên y khoa. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào tập trung vào mối liên quan giữa stress và loét aphthous niêm mạc miệng. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng loét aphthous niêm mạc miệng và mối liên quan với stress của sinh viên Răng Hàm Mặt*" với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng loét Aphthous niêm mạc miệng của của sinh viên chuyên ngành Răng Hàm Mặt năm 2022 – 2023.*

2. *Phân tích mối liên quan giữa stress và thực trạng loét aphthous niêm mạc miệng của nhóm đối tượng nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Đối tượng:** Sinh viên Răng Hàm Mặt đang học tập tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sinh viên Răng Hàm Mặt đang học tập tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bộ câu hỏi phỏng vấn.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sinh viên có chẩn đoán hoặc có tiền sử bị rối loạn sức khỏe tâm thần, có các dấu hiệu của tổn thương về tinh thần và nhận thức ảnh hưởng đến việc trả lời câu hỏi trong bộ câu hỏi phỏng vấn. Sinh viên không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023 tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định một tỷ lệ trong cộng đồng trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu.

p = 0,6684, là tỷ lệ stress ở sinh viên Răng Hàm Mặt tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội theo nghiên cứu của Nguyễn Việt Anh và cộng sự năm 2021.[4]

α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$, tra bảng Z = 1,96; Δ là sai số ngẫu nhiên của ước lượng, chọn $\Delta = 0,055$.

Từ đó tính ra được: n ~ 282.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần là 282 người. Thực tế nghiên cứu của chúng tôi có 332 sinh viên tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu có chủ đích, lựa chọn sinh viên Răng Hàm Mặt đang học tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu được thu thập các thông tin liên quan đến mục tiêu nghiên cứu gồm các thông tin chung: tuổi, giới, năm học, tình trạng hôn nhân, tình trạng loét Aphthous.

- Đặc điểm tình trạng loét Aphthous niêm mạc răng miệng của đối tượng nghiên cứu: số lượng tổn thương, kích thước tổn thương, vị trí vết loét, thời gian tái phát, cách sắp xếp các vết loét Aphthous niêm mạc miệng.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ: Bệnh án nghiên cứu được nhóm tác giả xây dựng. Dụng cụ khám: bộ khay khám, trang phục bảo hộ.

- Phương pháp thu thập số liệu: Khám lâm sàng và sử dụng bộ câu hỏi để phỏng vấn.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm Excel 2013 và SPSS 20. Biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ %. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xem xét mối liên quan giữa stress và thực trạng loét aphthous niêm mạc miệng. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

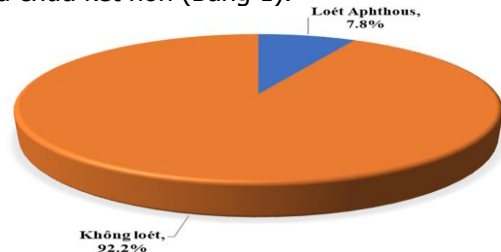
2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức, Hội đồng xét duyệt đề cương của trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý cho triển khai của lãnh đạo. Thông tin cá nhân của đối tượng tham gia được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=332)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Mean \pm SD)		21,5 \pm 1,6	
Giới tính	Nam	149	44,9
	Nữ	183	55,1
Khôi học hiện tại của sinh viên	Năm thứ 1	51	15,4
	Năm thứ 2	72	21,7
	Năm thứ 3	37	11,1
	Năm thứ 4	70	21,1
	Năm thứ 5	75	22,6
	Năm thứ 6	27	8,1
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	332	100
	Khác	0	0
Tổng		332	100

Trong 332 sinh viên tham gia nghiên cứu, 55,1% đối tượng tham gia là nữ giới, nam giới chiếm 44,9%. Tuổi trung bình 21,5 \pm 1,6. Chỉ có 8,1% đối tượng tham gia nghiên cứu là sinh viên năm 6 và tất cả sinh viên tham gia nghiên cứu đều chưa kết hôn (Bảng 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loét Aphthous ở đối tượng nghiên cứu (n=332)

Chỉ có 7,8% đối tượng tham gia nghiên cứu bị loét Aphthous niêm mạc miệng (Biểu đồ 1).

Bảng 2: Đặc điểm về tình trạng loét Aphthous niêm mạc răng miệng của đối tượng nghiên cứu (n=26)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng tổn thương loét Aphthous	1	22	84,6
	≥ 2	4	15,4
Kích thước tổn thương loét Aphthous	1 – 2 mm	23	88,5
	4 – 5 mm	3	11,5

Vị trí vết loét Aphthous niêm mạc miệng	Môi	14	53,9
	Má	8	30,8
	Lợi	3	11,5
	Sàn miệng	1	3,8
Thời gian giữa các lần tái phát	1 tháng	8	30,8
	2 tháng	3	11,5
	3 tháng	5	19,2
	> 3 tháng	10	38,5
Cách sắp xếp các vết loét Aphthous niêm mạc miệng	Đơn độc	22	84,6
	Rải rác	4	15,4

Trong số 26 đối tượng bị loét Aphthous niêm mạc miệng, đa số (84,6%) chỉ có 1 tổn thương, và thường xuất hiện đơn lẻ (84,6%). Hầu hết các vết loét có kích thước nhỏ (1-2mm), chiếm 88,5%. Vùng môi là nơi xuất hiện loét Aphthous nhiều nhất, chiếm 53,9%. Thời gian tái phát giữa các lần loét Aphthous niêm mạc miệng chủ yếu là trên 3 tháng, chiếm 38,5% (Bảng 2).

Bảng 5: Mối liên quan giữa stress và số lượng tổn thương loét Aphthous niêm mạc miệng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=26)

Số lượng vết loét	Tình trạng	Không Stress		Stress		p-value
		n	%	n	%	
1		10	45,5	12	54,5	0,457
≥ 2		1	25,0	3	75,0	
OR (95%CI) = 2,5 (0,22-27,93)						

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ bị stress của những người có từ 2 tổn thương loét Aphthous trở lên cao hơn 2,5 lần những người chỉ có 1 tổn thương loét Aphthous, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (95%CI: 0,22-27,93).

Bảng 4: Mối liên quan giữa Loét Aphthous và các yếu tố liên quan của nhóm đối tượng nghiên cứu (mô hình hồi quy đa biến) (n=332)

Yếu tố		Loét Aphthous		P-value
		OR (95% CI)		
Stress	Không Stress	1		0,018
	Stress	2,81 (1,19-6,64)		
Giới	Nam	1		0,914
	Nữ	1,05 (0,44 – 2,48)		
Khởi học của sinh viên	Năm thứ 2	1		0,038
	Năm thứ 1	1 (empty)		
	Năm thứ 3	4,71 (1,08- 20,4)		
	Năm thứ 4	0,91 (0,17 – 4,74)		
	Năm thứ 5	2,36 (0,58 – 9,62)		
	Năm thứ 6	8,27 (1,90– 35,9)		

Sinh viên bị stress có nguy cơ bị loét Aphthous cao gấp 2,81 lần những người không bị stress (95%CI: 1,20-6,64 và $p < 0,05$). Nữ giới có nguy cơ loét aphthous cao bằng 1,05 lần

so với nam giới tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sinh viên năm 3 và năm 6 có nguy cơ bị loét aphthous cao hơn sinh viên các khối khác ($p < 0,05$) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Loét aphthous niêm mạc miệng tái diễn một bệnh lý niêm mạc miệng phổ biến, trung bình là 20% dân số thế giới bị ảnh hưởng bởi bệnh này[1]. Mối liên quan giữa Stress và loét aphthous niêm đã được nhiều nghiên cứu đã chỉ ra [2, 5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định mối liên quan giữa tình trạng loét Aphthous và stress ở sinh viên chuyên ngành Răng Hàm Mặt Tại trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu tiến hành trên 332 sinh viên, đối tượng là nữ giới chiếm 55,1%, nam giới là 44,9%. Tuổi trung bình của đối tượng tham gia là 21,5 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc loét Aphthous ở sinh viên ngành Răng Hàm Mặt là 7,8%. Tỷ lệ này thấp hơn so với một nghiên cứu trên sinh viên Y dược tại Cần Thơ (9,4%)[6] và thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác trên cùng nhóm đối tượng sinh viên Răng hàm mặt như tại Afghanistan (30%)[5], Pakistan (47,8%)[3]. Tỷ lệ loét Aphthous trên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn với kết quả các nghiên cứu trên đối tượng là sinh viên hay nhóm dân số chung như tại Nhật Bản, Ấn độ, Iran. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt tồn tại trong quần thể về đặc điểm di truyền, phong tục tập quán, lối sống, vị trí địa lý, điều kiện kinh tế xã hội và các yếu tố liên quan khác.

Stress và loét aphthous niêm mạc có mối liên quan tác động lẫn nhau, theo nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, stress là yếu tố khởi phát, là yếu tố nguy cơ cho việc hình thành loét aphthous niêm mạc; đồng thời loét aphthous niêm mạc kéo dài, hay tái phát, gây đau cũng góp phần tạo ra áp lực, căng thẳng và lo âu cho người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh viên có tình trạng stress có nguy cơ mắc loét Aphthous cao gấp 2,81 lần so với sinh viên không bị stress (95%CI: 1,20 – 6,34). Theo nghiên cứu năm 2013 của tác giả Keena và cộng sự trên 160 bệnh nhân cho thấy, mối liên quan giữa stress và sự khởi phát tổn thương RAS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ nhưng stress không ảnh hưởng đến quá trình phát triển và lành thương của RAS; nghiên cứu cũng chỉ ra stress làm tăng tỉ lệ mắc RAS gấp 3 lần so với bình thường (OR = 2,72, 95%CI = 2,04 – 3,62)[2]. Kết quả này cũng có nét tương đồng với nghiên cứu của Tedi Purnama và cộng sự năm 2021 trên 36 bệnh

nhân cho thấy stress không chỉ liên quan chặt chẽ với loét aphthous niêm mạc ($p = 0,047$) mà những người bị stress có nguy cơ mắc RAS cao gấp 4 – 5 lần so với những người không bị stress ($OR = 4,219$, $p = 0,047$) [7].

Nhiều nghiên cứu cho rằng các rối loạn tâm lý như căng thẳng và lo lắng có thể đóng vai trò trong việc khởi phát và tái phát các tổn thương RAS. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác đánh giá căng thẳng tâm lý ở bệnh nhân RAS và kết luận rằng không có mối quan hệ giữa căng thẳng tâm lý và RAS [8].

Ở Việt Nam, hiện tại chưa có nghiên cứu nào tập trung về mối liên quan giữa stress với loét aphthous niêm mạc miệng. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên cung cấp thông tin về mối liên quan giữa stress và loét aphthous niêm mạc miệng. Kết quả nghiên cứu chỉ ra vai trò ảnh hưởng tiêu cực của tình trạng stress đến khỏe răng miệng, đồng thời nhấn mạnh vai trò của các chương trình tư vấn, hỗ trợ tâm lý cho sinh viên Răng hàm mặt nói riêng cũng như sinh viên Y khoa nói chung.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ loét aphthous là 7,8% ở sinh viên ngành Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội. Tình trạng stress được tìm thấy như là một yếu tố làm tăng đáng kể nguy cơ loét Aphthous niêm mạc miệng. Nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh vai trò của các chương trình tư vấn, hỗ trợ

tâm lý cho sinh viên đồng thời bổ sung vào các dữ liệu dựa vào bằng chứng về yếu tố nguy cơ của tình trạng loét Aphthous niêm mạc miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiang, C.P., et al., Recurrent aphthous stomatitis - Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management. J Formos Med Assoc, 2019. 118(9): p. 1279-1289.
2. Keenan, A.V. and S. Spivakovsky, Stress associated with onset of recurrent aphthous stomatitis. Evid Based Dent, 2013. 14(1): p. 25.
3. Sanna Safi, et al., Aphthous Ulceration – Risk Factors Among Dental Students at Khyber College of Dentistry, Peshawar. Journal of Gandhara Medical & Dental Sciences, 2021. 8 p. 47-52.
4. Nguyễn Việt Anh, Võ Trương Như Ngọc, Chu Đình Tới, Thực trạng stress và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Răng hàm mặt Trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. 142(6): p. 68-77.
5. Taheri, M.H., et al., Prevalence of Recurrent Aphthous Ulcers Among Dentistry Students' in Kabul, Afghanistan: A Questionnaire-Based Study. Clin Cosmet Investig Dent, 2022. 14: p. 275-279.
6. Phan Võ Huy Bình and Trần Huỳnh Trung, Tỷ lệ viêm miệng áp tơ tái phát và mối liên quan đến yếu tố tâm lý trên đối tượng sinh viên năm nhất Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2020. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 2021. 35.
7. Purnama, T., et al., Academic Stress on the Incidence of Recurrent Aphthous Stomatitis: A Cross Sectional Study. Journal of Drug Delivery and Therapeutics, 2021. 11(3): p. 61-64.
8. Picek, P., et al., Psychological status and recurrent aphthous ulceration. Coll Antropol, 2012. 36(1): p. 157-9.

HAI TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM BẰNG RỬA PHẾ QUẢN PHẾ NANG QUA NỘI SOI ỐNG MỀM

Lê Ngọc Thu¹, Nguyễn Ngọc Phúc², Trần Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Bọng đường hô hấp là một bệnh lý hiếm gặp trong thực hành lâm sàng Nhi khoa nhưng đây là một bệnh lý nặng có nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp. Có rất nhiều nguyên nhân gây bọng đường hô hấp ở trẻ em nhưng hiện nay thường gặp nhất là các tai nạn sinh hoạt hàng ngày. Việc chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng

của bệnh, dự đoán sự phát triển của tổn thương phổi cấp tính cũng như góp phần vào điều trị bệnh lý này có vai trò rất quan trọng của nội soi phế quản ống mềm và thủ thuật chải rửa phế quản phế nang. Trong bài này, chúng tôi xin báo cáo hai ca lâm sàng bọng đường hô hấp của trẻ em được điều trị tại bệnh viện Nhi đồng 1. Ca lâm sàng đầu tiên là bọng đường hô hấp độ 1 ở bệnh nhi nam 11 tuổi làm đổ bình xăng gần bếp lửa đang cháy. Ca lâm sàng thứ hai là bọng đường hô hấp độ 2 ở bệnh nhi nam 7 tuổi bị cháy nhà. Chẩn đoán được xác định qua nội soi phế quản ống mềm. Sau đó, được điều trị hỗ trợ bằng thủ thuật rửa phế quản phế nang. **Từ khóa:** bọng đường hô hấp, nội soi phế quản ống mềm, rửa phế quản phế nang.

SUMMARY

TWO CASE REPORTS OF INHALATIONAL

¹Đại học Nam Cần Thơ

²Bệnh viện Nhi đồng 1, Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Phúc

Email: nguyennngocphuc1191@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

BURNS IN CHILDREN WERE DIAGNOSIS AND TREATMENT WITH THE USE OF FLEXIBLE BRONCHOSCOPY AND BRONCHOALVEOLAR LAVAGE

Pediatric inhalation injury is a rare but severe and life-threatening problem with high mortality if not diagnosed early and managed appropriately. Respiratory burn injuries result from a wide diversity of factors; however, domestic accidents or fires are still a major cause. Early clinical diagnosis, evaluation of its severity, and projection of the development of acute lung injury, supported by flexible bronchoscopic findings and appropriate management through bronchoalveolar lavage procedure, are essential to improve high morbidity and mortality amongst these children. In this article, we report two clinical cases of pediatric inhalational burns treated at Children's Hospital 1. The first clinical case was a first-degree respiratory burn in a 11-year-old male patient who spilled a gas tank near a burning fire. The second clinical case was a second-degree respiratory burn in an 7-year-old male patient with a house fire. Two diagnoses were confirmed by flexible bronchoscopy. Subsequently, bronchoalveolar lavage was performed as a method of treatment. **Keywords:** inhalational burn, bronchoscopy, bronchoalveolar lavage.

I. TỔNG QUAN

Bỏng đường thở do hít xảy ra khi hệ thống hô hấp của bệnh nhân tiếp xúc trực tiếp với nhiệt từ lửa cũng như các hóa chất độc hại được hình thành từ quá trình phân hủy vật liệu trong quá trình đốt cháy. Các hợp chất độc hại phổ biến được tạo ra trong khói là cacbon monoxide, amoniac, carbon dioxide, hydro xyanua, aldehyde, sulfur dioxide và nitrogen dioxide. Các yếu tố khác nhau này tạo ra sự kết hợp của khí, chất rắn trong không khí và hơi lỏng trộn với không khí xung quanh để tạo ra khói. Việc hít phải các thành phần này khi tiếp xúc với khói sẽ gây ra tổn thương đường hô hấp trên và dưới¹. Đối với bệnh nhi bị bỏng, bỏng đường thở do hít khói chiếm tỷ lệ khoảng 20–30% bệnh nhân².

Bỏng đường thở do hít làm tình trạng bệnh nhân bỏng càng thêm trầm trọng, làm tăng tỷ lệ tử vong như được mô tả bởi Thompson và cộng sự. Trong nghiên cứu của họ trên 1018 bệnh nhân, họ đã cho thấy rằng sự hiện diện của bỏng đường thở do hít làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở mọi lứa tuổi và mọi kích cỡ vết bỏng. Masaru và cộng sự đã cho thấy trong 5560 bệnh nhân nhập viện tại 13 cơ sở bỏng của Hiệp hội Đơn vị Bỏng Tokyo, thì bỏng đường thở do hít là một yếu tố dự đoán độc lập về kết quả và là yếu tố dự báo quan trọng nhất về tỷ lệ tử vong chung ở các bệnh nhân bỏng. Bỏng đường thở do hít phải làm tăng nguy cơ tử vong do bỏng gấp 3,6 lần³.

Bỏng đường thở do hít, ngay cả khi xảy ra đơn độc, cũng làm tăng yêu cầu hồi sức bằng dịch truyền và tỷ lệ biến chứng phổi. Trong khi hầu hết các tiến bộ đạt được là điều trị bỏng ngoài da, thì các liệu pháp điều trị bỏng đường thở do hít lại kém cải thiện. Bỏng ở da có thể được thay thế bằng ghép da, nhưng tổn thương phổi thứ phát do hít phải chỉ có thể được điều trị bằng các biện pháp hỗ trợ như rửa phế quản phế nang thông qua nội soi phế quản bằng ống mềm, kháng sinh. Một nghiên cứu đa trung tâm được tiến hành trong 10 năm trên 850 bệnh nhi bị bỏng đường thở do hít phải khói nhập viện tại một Bệnh viện Nhi ở Shriners đã cho thấy tỷ lệ tử vong chung là khoảng 16% và hầu hết các trường hợp tử vong do rối loạn chức năng phổi và nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên, đối với bệnh nhi bỏng đường thở do hít cần thở máy hơn 1 tuần, tỷ lệ tử vong tăng lên 25-50%⁴. Điều quan trọng là bỏng đường thở do hít được chẩn đoán sớm. Nội soi phế quản bằng ống mềm là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của bỏng đường thở do hít. Hơn nữa, nội soi phế quản có thể dự đoán sự tiến triển của bệnh nhân và có thể phát hiện sớm sự tiến triển của bệnh viêm phổi, thời gian thở máy, tạo điều kiện thuận lợi cho chiến lược điều trị thích hợp.

Phân loại AIS chấn thương do hít phải bằng nội soi phế quản như sau⁵:

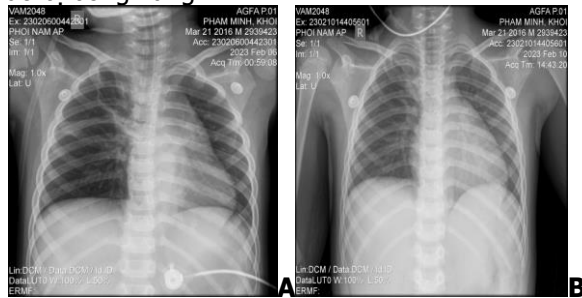
- Độ 0 (không tổn thương) - Không có muội than, xung huyết, phù nề, tăng tiết hoặc tắc nghẽn phế quản.
- Độ 1 (tổn thương nhẹ) - Các vùng xung huyết nhỏ hoặc loang lổ hoặc lắng đọng muội than ở phế quản gần hoặc phế quản xa
- Độ 2 (tổn thương vừa phải) - Xung huyết và đọng muội than ở mức trung bình, tăng tiết phế quản hoặc tắc nghẽn phế quản
- Độ 3 (tổn thương nặng) - Viêm nặng kèm lắng đọng nhiều muội than mủn, viêm hoặc tắc nghẽn phế quản
- Độ 4 (tổn thương lớn) - Băng chứng bong tróc niêm mạc, hoại tử, phá hủy nội mạc.

Trong bài viết này, chúng tôi xin báo cáo lần lượt hai ca lâm sàng bỏng đường thở do tai nạn sinh hoạt và do cháy nhà.

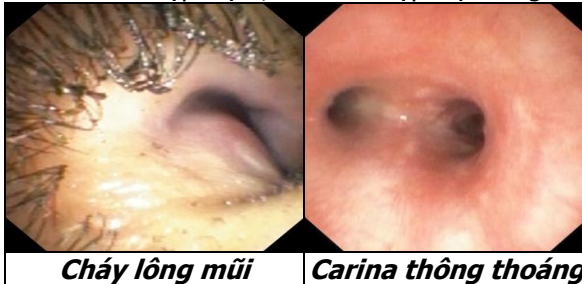
II. CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Bé nam 11 tuổi bị phỏng xăng tại nhà. Sau đó, bé được thân nhân đưa đến cấp cứu tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. Chẩn đoán ban đầu là bỏng 99% do bị

phòng xương. Sau khi được xử trí: đắp gạc, giảm đau vết bỏng, truyền dịch và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch, bé được chuyển đến bệnh viện Nhi đồng 1 để điều trị tiếp. Tại thời điểm nhập viện tại Nhi đồng 1: Bé tỉnh táo, nhiệt độ 36°C, độ bão hòa oxy mao mạch (với thở khí trời) là 97%, thở đều, không co kéo, nhịp thở 30 lần/phút. Các dấu hiệu thăm khám cơ quan: Tim đều rõ 150 lần/phút, phổi không ran, bụng mềm không điểm đau khu trú, phỏng toàn thân 99%, bong trợt toàn bộ da. Tiền căn bản thân và gia đình chưa ghi nhận gì bất thường. Chẩn đoán: Sốc phỏng - Phỏng xương giờ thứ 8. Các xét nghiệm ban đầu: Tăng bạch cầu đa nhân ưu thế (WBC: 61,29 x 10³/μL, NEU: 47,75 x 10³/μL), Điện giải đồ: Na⁺: 127,1 mmol/l, K⁺: 6,8 mmol/l, Calci ion hóa: 0,98 mmol/l, định lượng Ure: 9,9 mmol/l, định lượng Creatine: 150,15 umol/l, đo hoạt độ AST: 338,3 U/L, đo hoạt độ ALT: 66,6 U/L, CRP định lượng: 18,85 mg/dL, Lactate: 7,44 mmol/l, X-quang ngực: Không tổn thương nhu mô phổi. Bé được điều trị với truyền dịch chống sốc, kháng sinh tĩnh mạch (Imipenem, liều 100 mg/kg/ngày, Vancomycin, liều 60 mg/kg/ngày). Sau 3 giờ điều trị, tình trạng sốc kém cải thiện, lâm sàng mạch nhanh 150 lần/phút, lactate máu (sau nhập viện 2 giờ) = 8,1 mmol/l, khí máu động mạch sau mỗi giờ: toan chuyển hóa, bệnh nhi được đặt nội khí quản và thở máy. Sau 12 giờ điều trị, tình trạng lâm sàng cải thiện, bé được tiến hành nội soi phế quản để khảo sát mức độ tổn thương đường thở do bị bỏng xương.

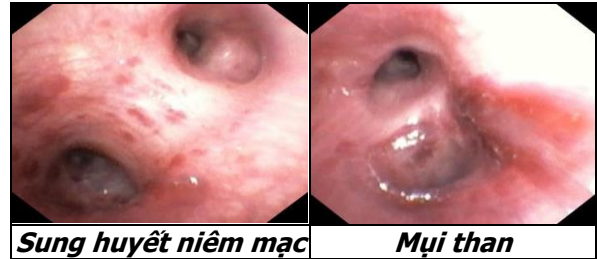


Hình 1. X-quang phổi của bệnh nhi
A: Lúc nhập viện; B: Sau nhập viện 72 giờ



Cháy lông mũi

Carina thông thoáng



Sung huyết niêm mạc **Mũi than**
Hình 2. Hình ảnh đường thở bằng nội soi phế quản ống mềm

Nội soi phế quản ống mềm thấy cháy lông mũi, có nhiều mũi than ở niêm mạc mũi hai bên, niêm mạc hốc mũi sung huyết nhẹ. Do bệnh nhi đang đặt nội khí quản, nên chỉ khảo sát được đoạn cuối khí quản cách carina khoảng 30 mm và đường thở bên dưới, ghi nhận có nhiều đàm nhầy đục kèm ít mũi than ở niêm mạc phế quản trung gian phổi phải, niêm mạc đường thở phổi trái hồng, trơn láng, không ghi nhận tổn thương, không ghi nhận hình ảnh dị vật trong lòng đường thở. (Hình 2).

Tuy nhiên, diễn tiến lâm sàng của sốc bỏng và bội nhiễm tổn thương bỏng 99% bề mặt da (chủ yếu là bỏng độ III và độ IV) nặng dần với nhiễm trùng bỏng do *Enterobacter cloacae*, *Proteus hauseri*, *Aeromonas hydrophila* từ các nốt phỏng, toan chuyển hóa nặng (pH = 7,031, BE = - 21,2), rối loạn đông máu (PLT = 60 x 10³ /uL, INR = 1,35, aPTTs = 47,7 s, aPTT Ratio = 1,62, Fibrinogen = 6,74 g/L), tổn thương đa cơ quan (Định lượng Ure: 35,74 mmol/l, định lượng Creatine: 294,58 umol/l, đo hoạt độ AST: 264,56 U/L, đo hoạt độ ALT: 7,52 U/L). Bé tử vong sau 9 ngày điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

Ca lâm sàng 2: Bé nam 7 tuổi. Mẹ bé phát hiện đám cháy khi bé chơi ở trong nhà, bé đã trùm kín chăn ướt khi đám cháy xảy ra và được người nhà đưa ra khỏi đám cháy sau khoảng 20 phút. Bé được đưa đến cấp cứu tại bệnh viện Sản Nhi Cần Thơ, bé được đặt nội khí quản, đắp gạc lên các nốt phỏng ở ngực, và tay chân. Sau đó, bé được chuyển lên bệnh viện Nhi đồng 1 để điều trị tiếp.

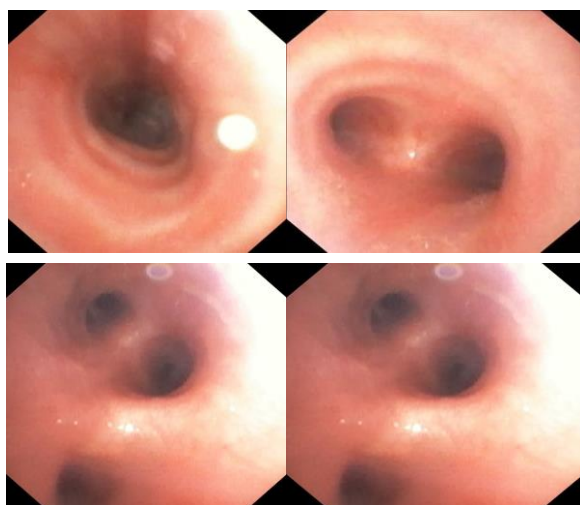
Tại thời điểm nhập viện tại Nhi đồng 1: Bé quấy, không sốt t⁰ = 36,2°C, độ bão hòa oxy mao mạch (với bóp bóng) là 98%, có nhịp tự thở, bóng mu bàn tay (P), bóng nước đã vỡ rải rác ở vùng đùi và cẳng chân hai bên. Các dấu hiệu thăm khám cơ quan: Phổi phế âm đều 2 bên, bụng mềm không điểm đau khu trú, tim mạch chưa ghi nhận bất thường, đồng tử 2 bên 2 mm, có đáp ứng phản xạ ánh sáng, sonde dạ dày ra dịch trong, huyết áp 110/70 mmHg. Tiền

cẩn bản thân: Chưa ghi nhận bệnh lý gì trước đây. Chẩn đoán: Bỏng hô hấp giờ thứ 8 do cháy

nhà. Viêm phổi hít. Sau đó, bệnh nhân đã được nội soi đường thở để chẩn đoán và điều trị.



Hình 3. Mùn than, ám khói bám chặt vào niêm mạc đường thở (nội soi lúc 18 giờ sau bỏng)



Hình 4. Niêm mạc đường thở bình thường (nội soi lúc 72 giờ sau bỏng)

Qua nội soi phế quản ống mềm cho thấy có lông mũi bị cháy, nhiều mùn than ở khoang mũi hai bên. Do bệnh nhi đang đặt nội khí quản, nên chỉ khảo sát được đoạn dưới của khí quản cách carina khoảng 25mm và đường thở bên dưới ghi nhận có nhiều mảng bụi than và ám khói bám vào chặt vào toàn bộ niêm mạc đường thở, viêm và phù nề các nhánh phế quản và gây tắc nghẽn phế quản. Sau đó, tiến hành rửa phế quản phế nang toàn bộ phổi để lấy sạch các mảng ám khói và bụi than ở đường thở. Sau đó, chúng tôi tiến hành nội soi kiểm tra lại sau 72 giờ, ghi nhận đường thở viêm nhẹ, không phù nề, không thấy mùn than hay ám khói ở đường thở của bệnh nhi.

Bệnh nhi đã được đặt nội khí quản và thở máy để kiểm soát đường thở và hỗ trợ hô hấp, sau thủ thuật nội soi phế quản bằng ống mềm và tiến hành rửa phế quản phế nang cùng các điều trị khác như kháng sinh điều trị viêm phổi hít, kháng viêm giảm phù nề. Bệnh nhi được hỗ trợ thở máy 5 ngày, thở NCPAP và oxy trong 2 ngày, sau đó cai oxy và được xuất viện sau 9 ngày điều trị.

III. BÀN LUẬN

Một trong những điểm đáng chú ý của hai ca lâm sàng đã mô tả ở trên đó là tình trạng suy hô hấp diễn tiến nặng dần từ thời điểm được bệnh nhi được cứu ra đám cháy đến khi nhập viện, do đó cần hỗ trợ thở NCPAP và thở máy.

Chẩn đoán bỏng đường thở do hít phải bắt đầu bằng việc thu thập thông tin về hoàn cảnh của vụ việc. Bệnh sử bị bỏng do cháy trong không gian kín. Các dấu hiệu thực thể như lông mũi bị cháy xém, mũi khô trên mũi và mặt, và mũi than trong hầu họng là những dấu hiệu không đặc hiệu của việc tiếp xúc với khói. Bỏng da quanh mũi và miệng, cháy xém lông mũi, bụi than trong đường thở, đàm có than, khàn giọng, thở khò khè và thở rít, tất cả đều gợi ý tổn thương do hít khói. Chụp X-quang ngực thường không cung cấp thông tin hữu ích ngay lập tức do những bằng chứng về tổn thương đường hô hấp trên phim chụp X-quang ngực xảy ra chậm sau khi hít phải khói, mặc dù sau đó có thể thấy xẹp phổi lan tỏa, phù phổi hoặc viêm phế quản phổi, do đó nó không hữu ích để chẩn đoán hoặc phân tầng độ nặng. Các phương thức không xâm lấn khác như chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) có thể được sử dụng để chẩn đoán tổn thương đường thở do hít. Chụp cắt lớp vi tính được thực hiện sớm sau khi bị thương cho thấy phổi có dạng kính mờ. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng chụp cắt lớp vi tính có thể hữu ích như một yếu tố dự đoán sớm mức độ nghiêm trọng của bỏng đường thở do hít⁶. Trong những nghiên cứu này, tỷ lệ độ dày thành đường thở trên tổng đường kính phế quản (T/D) được đo. Trong một nghiên cứu trên 40 bệnh nhân, số ngày thở máy tương quan với tỷ lệ T/D. Tuy nhiên, hiện nay, phương pháp đáng tin cậy và được sử dụng nhiều nhất để chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của bỏng đường hô hấp phải là nội soi phế quản. Một nghiên cứu gần đây so sánh

các phương pháp chẩn đoán bỏng đường thở đã xác định rằng nội soi phế quản là phương pháp hiệu quả nhất. Nội soi phế quản được coi là "tiêu chuẩn vàng" để đánh giá sớm tổn thương đường hô hấp trên và có thể được sử dụng để giúp dự đoán tổn thương phổi cấp tính. Ngay cả khi thăm khám hệ hô hấp ban đầu, chụp X-quang ngực và khí máu bình thường, nội soi phế quản có thể xác định tổn thương đường thở lớn, tiền thân của các biến chứng hô hấp do bỏng đường thở. Ngoài ra, mức độ nghiêm trọng của tổn thương được tìm thấy khi nội soi phế quản tương quan tốt nhất với các biểu hiện lâm sàng và kết cục của bệnh nhân⁷. Các phát hiện trên nội soi phế quản có thể từ phù nề nhẹ và sung huyết cho thấy tổn thương nhẹ, trong khi đó phù nề nặng, xung huyết và muội than cho thấy tổn thương vừa phải, loét và hoại tử cho thấy tổn thương nặng. Các phát hiện trên nội soi phế quản có thể giúp dự đoán nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của tổn thương phổi cấp tính, hỗ trợ cho việc điều trị tiếp theo (ví dụ như liệu pháp truyền dịch, điều trị viêm khí phế quản). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng bỏng đường thở do hít được phân loại với mức độ càng nghiêm trọng càng có sự tương quan với kết cục tồi tệ. Thang điểm phân loại Abbreviated Injury Score (AIS) sử dụng nội soi phế quản có tương quan với tỷ lệ tử vong cũng như trao đổi khí⁸. Việc tăng mức độ nghiêm trọng của chấn thương được phản ánh trong việc tăng AIS cũng tương quan với nhu cầu điều trị hỗ trợ nhiều hơn.

Hơn nữa, nội soi phế quản bằng ống mềm và rửa đường thở được xem là công cụ điều trị để loại muội than, chất nhày làm tắc nghẽn phế quản và dịch tiết được hành thành từ hoại tử tế bào và sàng lọc để phát hiện sớm bệnh viêm phổi bằng cách rửa phế quản phế nang (BAL), từ đó sẽ cải thiện kết quả điều trị. Ngoài ra, việc lặp lại nội soi phế quản và rửa đường thở để điều trị suy hô hấp do nút phế quản thứ phát từ tổn thương phổi sau khi tiếp xúc với khói đã góp phần vào sự tiến triển của bệnh nhân, vốn không đáp ứng với điều trị bằng thở máy đơn thuần.

Trong ca lâm sàng thứ 2 của chúng tôi, bệnh nhi được đưa đến trong tình trạng suy hô hấp cần hỗ trợ oxy thông qua bóp bóng. Chúng tôi tiến hành nội soi phế quản ống mềm ghi nhận nhiều mảng muội than và ám khói bám vào chặt vào toàn bộ niêm mạc đường thở, viêm và phù nề các nhánh phế quản và gây tắc nghẽn phế quản, đồng thời tiến hành rửa phế quản để lấy

sạch mảng bám và bụi than ở đường thở. Sau 72 giờ, chúng tôi tiến hành nội soi kiểm tra ghi nhận đường thở viêm nhẹ, không phù nề, không thấy muội than hay ám khói ở đường thở của bệnh nhi. Sau 9 ngày điều trị, bệnh nhi được xuất viện. Một nghiên cứu được thực hiện trên 624 bệnh nhân bị bỏng đường thở do hít phải khói cho thấy xu hướng nhập viện ngắn hơn ở những bệnh nhân đã trải qua nhiều lần nội soi phế quản.

IV. KẾT LUẬN

Bỏng đường thở do hít phải ở trẻ em có nguy cơ tử vong cao, nhất là khi kết hợp với các tổn thương bỏng ở các cơ quan khác. Cần chú ý đến các yếu tố có liên quan đến mức độ nặng của bỏng hô hấp như tuổi, đặc điểm giải phẫu và sinh lý để lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu. Chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp góp phần làm giảm thiểu mức độ nặng của bệnh cũng như những biến chứng muộn về sau. Cần thực hiện các nghiên cứu tiến cứu để theo dõi kết quả điều trị cũng như là xác định các phương pháp có hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị.

V. SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Bài báo này đã được sự chấp thuận từ phía bố mẹ của bệnh nhân khi đăng báo khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Slaughter RJ, Watts M, Vale JA, Grieve JR, Schep LJ.** The clinical toxicology of sodium hypochlorite. *Clin Toxicol.* 2019;57(5):303-311.
2. **Cowl CT.** Assessment and treatment of acute toxic inhalations. *Curr Opin Pulm Med.* 2019;25(2):211-216.
3. **Muller MJ, Pegg SP, Rule MR.** Determinants of death following burn injury. *Br J Surg.* 2001;88:583-7.
4. **Palmieri TL, Warner P, Mlcak RP, et al.** Inhalation injury in children: A 10-year experience at Shriners hospitals for children. *J Burn Care Res.* 2009;30:206-8.
5. **Albright JM, Davis CS, Bird MD, et al.** The acute pulmonary inflammatory response to the graded severity of smoke inhalation injury. *Crit Care Med.* 2012;40:1113.
6. **Yamamura H, Morioka T, Hagawa N, et al.** Computed tomographic assessment of airflow obstruction in smoke inhalation injury: Relationship with the development of pneumonia and injury severity. *Burns.* 2015;41:1428.
7. **Ching JA, Ching YH, Shivers SC, Karlinski RA, Payne WG, Smith DJ Jr.** An analysis of inhalation injury diagnostic methods and patient outcomes. *J Burn Care Res.* 2016;37:e27-32.
8. **Walker PF, Buehner MF, Wood LA, et al.** Diagnosis and management of inhalation injury: an updated review. *Crit Care.* 2015;19:351.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIÊM PHÒNG VẮC-XIN COVID-19 CHO CON TẠI MỘT TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TỈNH THÁI NGUYÊN

Phạm Bích Diệp¹, Lê Thị Hoài Anh¹, Nguyễn Chí Nam¹,
Phạm Đăng Linh¹, Tạ Hoàng Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ PHHS cho con tiêm phòng vắc-xin COVID-19 ngay sau khi có thông báo của trường trung học phổ thông Lương Phú, huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 481 phụ huynh có con đang học tại Trường THPT Lương Phú đang học khối 10, 11, 12 trong thời gian từ tháng 12/2021 đến tháng 1/2022. Kết quả của nghiên cứu cho thấy, ngay sau khi được thông báo, 57,2% học sinh đã đi tiêm phòng. Thu nhập của phụ huynh, tình trạng sức khỏe của phụ huynh và năm học của con là một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm phòng vắc-xin COVID-19 cho con. Cần có chiến lược truyền thông trước các đợt tiêm phòng, trong đó cần nhắc các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tiêm phòng cho con của các phụ huynh, để từ đó nâng cao nhận thức cho đối tượng đích nhằm tăng tỷ lệ phụ huynh tiêm phòng cho con. **Từ khóa:** tiêm phòng COVID-19, học sinh cấp 3, phụ huynh.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO COVID-19 VACCINATION FOR CHILDREN AT A HIGH SCHOOL IN THAI NGUYEN PROVINCE

The objective is to describe the rate of parents having their children vaccinated against COVID-19 immediately after the announcement of Luong Phu high school, Phu Binh district, Thai Nguyen province and some related factors. This is a cross-sectional study conducted on 481 parents with their child studying at Luong Phu High School in grades 10, 11, 12 during the period from December 2021 to January 2022. The results of the study showed that, immediately after being informed, 57.2% of students were vaccinated. Parental income, parent's health status, and child's school year are some associated factors that influence COVID-19 vaccination for children. It is necessary to have a communication strategy before vaccination campaigns, which considers factors that influence parents' behavior in vaccinating their children, thereby raising awareness among the target audience to increase the proportion of parents for vaccination their child.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, vắc-xin phòng COVID-19 bắt

đầu được tiêm từ 8/3/2021, cho đến 18/1/2022 cả nước đã tiêm được 170,124,008 liều vắc-xin. Theo thống kê, cả nước hiện có hơn 8 triệu người từ 12-18 tuổi [1]. Đây là nhóm đối tượng đang được khuyến nghị tiêm phòng vắc-xin Covid-19 sau khi các địa phương hoàn thành bao phủ vaccine cho người từ đủ 18 tuổi trở lên [1].

Hiện nay nhiều nước trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tính an toàn của vắc-xin mRNA. Nghiên cứu "Tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin COVID-19 ở trẻ em và thanh thiếu niên: Đánh giá có hệ thống về các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng" kết luận rằng độ an toàn của các loại vắc-xin COVID-19 hiện tại dành cho trẻ em và thanh thiếu niên là có thể chấp nhận được. Vắc-xin mRNA cho thấy hiệu quả cao ở nhóm 12-18 tuổi [2].

Tại Việt Nam cũng có nghiên cứu chứng minh tác dụng của các loại vaccine mRNA đạt hiệu quả cao ở nhóm đối tượng trẻ từ 3-18 tuổi. Các vắc-xin được cấp phép và sử dụng ở nước ta hiện nay đều có cơ sở dữ liệu đánh giá về tính hiệu quả và độ an toàn [3].

Một điều đáng ghi nhận là tiêm phòng vắc-xin Covid-19 cho trẻ cần được sự đồng thuận từ phụ huynh. Tuy nhiên, nhiều phụ huynh vẫn chưa đồng ý cho con tiêm do băn khoăn, lo ngại có thể tác dụng bất lợi của vắc-xin đối với sức khỏe của trẻ trước mắt và lâu dài.

Do đó mục tiêu của bài báo này là "Mô tả tỷ lệ PHHS cho con tiêm phòng vắc-xin COVID-19 ngay sau khi có thông báo của trường trung học phổ thông Lương Phú, tỉnh Thái Nguyên năm 2021-2022 và một số yếu tố liên quan."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Số liệu thu thập từ tháng 12/2021 đến tháng 1/2022 tại Trường THPT Lương Phú, huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên. Đây là đợt đầu tiên cả nước bắt đầu tiêm phòng cho học sinh cấp 3.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Cha/mẹ có con đang học khối 10, 11, 12 tại Trường THPT Lương Phú.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ trong quần thể cho

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bích Diệp

Email: phambichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó: p là tỷ lệ phụ huynh cho con tiêm phòng vắc-xin COVID-19 (p=0,642 tỷ lệ phụ huynh có ý định tiêm phòng cho con ở Hàn Quốc [4]); d=0,05; α=0,05. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu là 354 PHHS.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn bao gồm: (1) bước 1 chọn 03 khối 10, 11, 12 trong đó khối 10 có 451 học sinh (34,88%); khối 11 có 418 học sinh (32,33%); khối 12 có 424 học sinh (32,79%); (2) bước 2 chọn 03 ban Tự nhiên; Xã hội; Cơ bản trong từng khối và (3) bước 3 chọn ngẫu nhiên một lớp thuộc mỗi ban/khối. Tổng số có 9 lớp được chọn. Lấy toàn bộ PHHS của 9 lớp có cỡ mẫu là 481 phụ huynh.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bộ công cụ bao gồm 2 phần chính: (i) Phần thứ nhất gồm các biến số nhân khẩu học: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập; và tình trạng tiêm phòng ngay sau khi được thông báo (có/chưa); (ii) phần thứ hai gồm các biến liên quan đến sức khỏe của bố mẹ và con: tình trạng sức khỏe của phụ huynh; mắc bệnh mạn tính, tiền sử mắc và tiêm COVID-19 của phụ huynh; tình trạng sức khỏe của con; bệnh mạn tính của con; tiền sử tiêm cúm năm trước của con, tiền sử dị ứng vắc xin khác của con.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ được thiết kế qua google form và gửi tới giáo viên chủ nhiệm các lớp và giáo viên chủ nhiệm gửi đường link cho PHHS qua nhóm Zalo của lớp.

- Giáo viên chủ nhiệm giải thích mục tiêu và tầm quan trọng của nghiên cứu cho PHHS.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được thu thập trực tuyến thông qua google form, sau đó được chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý. Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để tính số lượng, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa cha mẹ cho con tiêm phòng vắc-xin COVID-19 và một số yếu tố nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe của cả bố/mẹ và con.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. PHHS được giáo viên chủ nhiệm giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành. Phụ huynh tự nguyện tham gia vào nghiên cứu thể hiện bằng việc gửi lại phiếu tự điền lên hệ thống. Số liệu và thông tin thu thập chỉ phục vụ cho

mục đích nghiên cứu và được bảo mật hoàn toàn.

Nghiên cứu đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=481)

Đặc điểm chung của bố/mẹ		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	208	43,2
	Nữ	273	56,8
Tuổi (mean ± sd)		46,6 ± 2,3	
Dân tộc	Kinh	464	96,5
	Khác	17	3,5
Trình độ học vấn	Sau đại học	16	3,3
	Đại học/Cao đẳng/Trung cấp	33	4,7
	Trung học phổ thông	279	58,0
	Trung học cơ sở	141	29,3
	Tiểu học	8	1,7
	Không đi học	5	1,0
Thu nhập hàng tháng	<5 triệu	51	10,6
	5-15 triệu	377	78,4
	> 15 triệu	53	11,0
Số con	1	44	9,1
	2	384	79,8
	Từ 3 trở lên	53	11,1
Nghề nghiệp	Ngành y tế	18	3,7
	Khác	463	96,3
Tình trạng sức khỏe phụ huynh	Bình thường	165	34,3
	Tốt	316	65,7
Tiền sử bệnh mạn tính	Có	36	7,5
	Không	445	92,5
Tiền sử mắc COVID-19	Có	17	3,5
	Không	464	96,5
Tiền sử người thân/bạn bè mắc COVID-19	Có	101	21,0
	Không	380	79,0
Tiền sử tiêm phòng COVID-19 cho bản thân	1 mũi	34	7,1
	2 mũi	445	92,5
	Chưa tiêm	2	0,4
Người quyết định tiêm cho con	Hai vợ chồng	341	70,9
	Chồng	32	6,7
	Vợ	108	22,5

Trong số phụ huynh tham gia nghiên cứu có 56,8% là nữ; độ tuổi trung bình 46,4±2,3; 96,5% là dân tộc kinh; tỷ lệ PHHS có trình độ học vấn THPT là cao nhất (58%) và thấp nhất là không đi học (1%). Tỷ lệ PHHS có thu nhập bình quân hàng tháng trên 15 triệu chiếm 11%; mức thu nhập dưới 5 triệu chiếm 10,6%; 79,8% phụ

huynh có 2 con; 3,7% PHHS làm trong ngành y tế; 65,7% PHHS có sức khỏe tốt; đa số PHHS không mắc các bệnh mạn tính (92,5%); và chưa mắc COVID-19 (96,5%); đã tiêm 2 mũi vắc-xin COVID-19 (92,5%). Người quyết định cho con được tiêm vắc-xin COVID-19 trong gia đình chủ yếu là hai vợ chồng quyết định (70,9%).

Bảng 2. Thông tin chung về con là học sinh trường THPT Lương Phú (n=481)

Đặc điểm chung của con	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khối học	10	32,8
	11	33,3
	12	33,9
Tiền sử tiêm phòng cúm năm 2020 hoặc 2021	Có	28,3
	Không	71,7
Tình trạng sức khỏe	Tốt	68,6
	Bình thường	31,3

Tiền sử bệnh tật	Không	477	99,2
	Có bệnh mạn tính	4	0,8
Tiền sử dị ứng với vắc-xin	Có	9	1,9
	Không	472	98,1

Tỷ lệ PHHS có con tại ba khối tham gia nghiên cứu khá đồng đều. Đa số học sinh không tiêm phòng cúm vào năm 2021 hoặc 2020 (71,7%); đại đa số các em không có tiền sử dị ứng với vắc-xin và không có bệnh mạn tính.

3.2. Tỷ lệ tiêm vắc-xin của học sinh và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm phòng COVID-19

3.2.1. Tỷ lệ tiêm phòng vắc-xin COVID-19 của học sinh ngay khi được thông báo. Sau khi nhận được thông báo của nhà trường, tỷ lệ học sinh đi tiêm là 57,2% và tỷ lệ chưa tiêm là 42,8%.

3.2.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm vắc-xin COVID-19 của con

Bảng 3: Một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm vắc-xin COVID-19 của phụ huynh cho con là học sinh trường THPT Lương Phú (n=481)

		Chưa tiêm (n=167)	Đã tiêm (n=223)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
Giới tính	Nam	77	82	1
	Nữ	90	141	1,3 (0,8-2,1)
Tuổi (mean \pm sd)		46,6 \pm 2,3		1,0 (0,9-1,1)
Dân tộc	Kinh	160	215	1
	Khác	7	8	1,02 (0,3-3,3)
Trình độ học vấn	Trung học trở xuống	143	190	1
	Cao đẳng trở lên	24	33	0,5 (0,5-1,9)
Thu nhập hàng tháng	< 5 triệu	14	28	1
	5-15 triệu	138	165	0,4 (0,2-0,9)*
	>15 triệu	15	30	0,6 (0,2-1,7)
Số con	1	17	13	1
	2	137	183	2,0 (0,8-4,7)
	Từ 3 con trở lên	13	27	2,1 (0,7-6,3)
Nghề nghiệp	Ngành khác	162	214	1
	Ngành y	5	9	3,8 (0,8-19,0)
Tình trạng sức khỏe phụ huynh	Tốt	97	172	1
	Bình thường	70	51	0,5 (0,3-0,9)*
Tiền sử mắc COVID-19 của PHHS	Chưa mắc	163	216	1
	Có	4	7	1,3 (0,3-5,3)
Tiền sử tiêm phòng COVID-19 cho bản thân	0-1 mũi	14	12	1
	2 mũi	153	211	1,4 (0,5-3,4)
Học sinh lớp	10	74	65	1
	11	41	80	2,5(1,5-4,4)**
	12	51	78	1,5 (0,8-2,5)
Tiền sử tiêm phòng cúm năm ngoái của con	Không	125	42	1
	Có	160	63	1,3 (0,7-2,1)
Sức khỏe của con	Tốt	106	182	1
	Bình thường	61	41	0,6 (0,3-1,1)
Hiện tại con có bệnh không	Có	161	219	1
	Không	6	4	0,9 (0,2-4,2)
Tiền sử dị ứng với tiêm vắc-xin của con	Có	11	4	1
	Không	155	218	0,4 (0,1-1,6)

Phụ huynh sẵn sàng cho con đi học trở lại	Có	159	221	1
	Không	8	2	3,3 (0,6-18,9)

Ghi chú: * Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0,05$; ** Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0,01$.

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy phụ huynh có con học lớp 11 có khả năng tiêm phòng vắc-xin COVID-19 cao gấp 2,5 lần phụ huynh có con học lớp 10 (OR=2,5; 95%CI = 1,5-4,4).

Phụ huynh có thu nhập từ 5-15 triệu có khả năng tiêm phòng vắc-xin COVID-19 bằng 0,4 lần phụ huynh có thu nhập hàng tháng ít hơn 5 triệu (OR=0,4; 95%CI = 0,2-0,9).

Phụ huynh có sức khỏe bình thường có khả năng tiêm phòng vắc-xin COVID-19 bằng 0,5 lần phụ huynh có sức khỏe tốt (OR=0,5; 95%CI = 0,3-0,9).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 481 phụ huynh học sinh cấp 3 tại Trường THPT Lương Phú cung cấp thông tin về tỷ lệ tiêm phòng của phụ huynh cho con và các yếu tố ảnh hưởng. Từ kết quả của nghiên cứu này cho thấy, ngay sau khi được thông báo, 57,2% học sinh đã đi tiêm phòng và tỷ lệ chưa tiêm là 42,8%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu khác tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ tiêm phòng COVID-19 của học sinh ở trường THPT là 55% [4]. Kết quả này chưa cao cũng có thể giải thích do đây là một vắc-xin mới, khuyến nghị tiêm phòng được đưa ra khi mà các số liệu minh chứng về mức độ an toàn của vắc-xin trong nhóm đối tượng này chưa cụ thể, dẫn đến phụ huynh còn lưỡng lự trong quyết định cho con tiêm phòng.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy thu nhập của phụ huynh, tình trạng sức khỏe của phụ huynh và lớp học của con là một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm phòng vắc-xin COVID-19 cho con. Phụ huynh có thu nhập từ 5-15 triệu có khả năng tiêm phòng vắc-xin COVID-19 bằng 0,4 lần phụ huynh có thu nhập hàng tháng ít hơn 5 triệu (OR=0,4; 95%CI = 0,2-0,9). Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu tại Canada của tác giả Robin M. Humble và cộng sự: phụ huynh thu nhập ít hơn thì khả năng cho con đi tiêm phòng cũng cao hơn [5]. Giải thích cho kết quả này có lẽ là do phụ huynh có thu nhập thấp sẽ giảm khả năng thanh toán chi phí chữa bệnh, do vậy họ muốn con tiêm để có thể phòng bệnh COVID-19.

Phụ huynh có sức khỏe bình thường có khả năng đồng ý con đi tiêm phòng vắc-xin COVID-19 bằng 0,5 lần phụ huynh có sức khỏe tốt (OR=0,5; 95%CI = 0,3-0,9). Kết quả nghiên cứu

này cũng tương tự như của Hàn Quốc: phụ huynh càng khỏe mạnh thì họ mong sức khỏe của con càng khỏe mạnh, kết quả nghiên cứu của tác giả Soo-Han Choi và cộng sự cho thấy mức độ quan tâm về sức khỏe gia đình cũng ảnh hưởng quyết định đồng ý tiêm phòng cho con [6].

Phụ huynh có con học lớp 11 có khả năng tiêm phòng vắc-xin COVID-19 cao gấp 2,5 lần phụ huynh có con học lớp 10 (OR=2,5; 95%CI = 1,5-4,4) cho thấy là lớp và tuổi của con có ảnh hưởng đến quyết định tiêm phòng của phụ huynh cho con. Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hà và cộng sự cũng chỉ ra sự tương đồng là tuổi của trẻ càng cao thì sự đồng ý tiêm phòng của phụ huynh cho con càng cao [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này lại chưa thấy kết quả có ý nghĩa thống kê giữa giữa tiêm phòng với học sinh lớp 12.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ phụ huynh cho con đi tiêm phòng vắc-xin COVID-19 ngay khi có thông báo còn chưa cao. Chương trình tiêm phòng cần lưu ý đến các yếu tố ảnh hưởng để tiếp cận đến những đối tượng đích cụ thể để có những thông điệp truyền thông phù hợp. Cần tăng cường thêm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho phụ huynh học sinh, đặc biệt những phụ huynh có thu nhập thấp dưới 5 triệu và có sức khỏe bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022). <https://moh.gov.vn/>.
2. Tian, Fangyuan, Ruonan Yang, và Zhaoyan Chen (2022) "Safety and Efficacy of COVID-19 Vaccines in Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials", *Journal of Medical Virology* 94 (10): 4644-53.
3. Nguyễn Văn Rư (2022) "Đánh giá tình hình dịch bệnh covid-19 và phân tích cơ sở tác dụng của vaccine phòng virus sars-cov-2 ở trẻ dưới 18 tuổi". *Tạp chí Nghiên cứu Khoa học và Phát triển*, Tháng Chạp, 54-67.
4. Hồ Thị Lan Vi, Võ Thị Hàn Châu, Nguyễn Thị Kim Ngọc, Hoàng Thị Lâm Anh, Trần Thị Hiền, và Trần Thị Kim Thoa (2022) "Ý định và thái độ đối với việc tiêm phòng vaccine covid-19 của Học sinh Trường trung học phổ thông Nguyễn Hiền quận Hải Châu- Đà Nẵng và học sinh Trường trung học phổ thông Yaly huyện Chư Păh-Gia Lai". *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng* 5 (02): 48-59.
5. Humble, Robin M., Hannah Sell, Eve Dubé, Noni E. MacDonald, Joan Robinson, S. Michelle Driedger, Manish Sadarangani, và c.s (2021) "Canadian Parents' Perceptions of COVID-19 Vaccination and Intention to Vaccinate Their Children: Results from a Cross-Sectional National Survey". *Vaccine* 39 (52): 7669-76.

6. Choi, Soo-Han, Yoon Hee Jo, Kyo Jin Jo, và Su Eun Park (2021) "Pediatric and Parents' Attitudes Towards COVID-19 Vaccines and Intention to Vaccinate for Children". Journal of Korean Medical Science 36 (31): e227.

7. Nguyễn Thị Hà, Ngô Văn Lăng, Đặng Hùng Dũng, và Đặng Hùng Mạnh (2022) "Chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vắc xin phòng covid-19 tại các quận nội thành thành phố Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam 512 (2).

Kiến thức, Thái độ về tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh của cán bộ y tế xã huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên năm 2022

Nguyễn Thị Lan Anh¹, Trần Như Dương¹, Tạ Thị Kim Nhung², Lê Thị Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức và thái độ của cán bộ trạm Y tế xã về tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên toàn bộ 57 cán bộ y tế của 12 trạm Y tế xã huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên. Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi thiết kế có sẵn tại trạm y tế xã. **Kết quả:** 32% và 39% cán bộ y tế có kiến thức đạt về bệnh viêm gan B và tiêm vắc xin VGB sơ sinh cho trẻ. Có 49% các đối tượng nghiên cứu có sự băn khoăn khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho trẻ. Có 79% và 63% đối tượng nghiên cứu có sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu tại TYT và tại nhà. **Kết luận:** Cần có kế hoạch đào tạo về kiến thức và kỹ năng tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho cán bộ trạm Y tế xã. **Từ khóa:** vắc xin viêm gan B, sơ sinh, cán bộ y tế.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT THE BIRTH DOSE OF HEPATITIS B VACCINE OF COMMUNE HEALTH WORKERS IN MUONG CHA DISTRICT, DIEN BIEN PROVINCE IN 2022

Objective: To describe the knowledge and attitude about the birth dose of hepatitis B vaccine of commune health workers in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 2022 on 57 commune health workers in 12 commune health stations in Muong Cha district, Dien Bien province. Face-to-face interviews were applied to collect data using a structured questionnaire. **Results:** The study results showed that 32% and 39% of health workers had adequate knowledge about hepatitis B and the birth dose of hepatitis B vaccine. 49% of healthcare workers had concerns about giving newborn hepatitis B vaccine. 79% and 63% of study subjects had confidence in giving newborn doses of hepatitis B

vaccine to children in the first 24 hours at CHCs and at home. **Conclusion:** The research findings indicate that it is recommended to provide training courses on the birth dose of hepatitis B vaccine for healthcare workers. **Keywords:** Hepatitis B vaccine, newborn, healthcare worker.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các trẻ nhỏ sinh ra bởi các bà mẹ có xét nghiệm HBsAg (+) và HbeAg (+) thì bản thân có nguy cơ nhiễm vi rút VGB lên tới 90% trong 6 tháng đầu đời nếu không được tiêm chủng kịp thời ngay sau khi sinh [1]. Đây là nguyên nhân chính khiến trẻ nhỏ mắc bệnh VGB. Từ năm 2011 đến nay, công tác tiêm vắc xin VGB được quan tâm, tạo điều kiện thúc đẩy. Kết quả đã có 33/63 tỉnh đạt tỷ lệ tiêm trên 80% năm 2021. Tuy nhiên, tại một số địa phương, đặc biệt là các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa, nơi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số thì tỷ lệ tiêm vắc xin VGB trong vòng 24 giờ sau sinh vẫn ở mức thấp (dưới 50%), cần tiếp tục được tăng cường trong thời gian tới.[2]

Điện Biên là một tỉnh miền núi khó khăn khu vực Tây Bắc Việt Nam, có địa hình phức tạp, hiểm trở với 33 dân tộc sinh sống, chủ yếu là dân tộc Thái (38,4%), Mông (34,8%), Kinh (20,0%) [3]. Tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế hạn chế, phong tục tập quán lạc hậu ảnh hưởng tới sức khỏe của người dân. Năm 2021, kết quả tiêm vắc xin VGB sơ sinh (VXVGBSS) toàn tỉnh thấp, do việc tiêm vắc xin VGB sơ sinh chủ yếu tập trung tại các cơ sở y tế trong khi tỷ lệ trẻ được sinh tại cơ sở y tế của địa phương thấp (56,3%), hầu hết đẻ tại nhà với các bà đỡ. Nhằm giảm gánh nặng bệnh tật VGB, cũng chính là tăng tỉ lệ tiêm vắc xin VGB thì hành động cần quan tâm nhất là phải để công đồng tiếp cận gần hơn nữa với vắc xin VGB. Chính phủ đã ra Nghị định 104/2016/NĐ-CP ban hành ngày 01/07/2016, cho phép triển khai tiêm chủng tại nhà đối với những địa phương đặc biệt khó tiếp cận. Trạm y

¹Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Anh

Email: anhn1310@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

tế xã có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân trên địa bàn, trực tiếp tuyên truyền, vận động, tổ chức tiêm chủng, cho nên vai trò của y tế tuyến xã là vô cùng quan trọng trong việc tiêm chủng nói chung và VGB nói riêng, đặc biệt là VGB trong 24 giờ đầu sau sinh. Chính vì vậy, kiến thức và thái độ của cán bộ y tế đối với tiêm chủng vắc xin VGB sơ sinh (VGBSS) là vô cùng cần thiết để đảm bảo việc tiêm chủng vắc xin VGB sơ sinh đạt tỉ lệ cao, chất lượng tốt.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thái độ về tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh của cán bộ trạm y tế thuộc huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên, 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: cán bộ y tế trực tiếp tham gia hoạt động tiêm chủng tại trạm y tế của tất cả 12 xã miền núi huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2022 đến tháng 6/2023, trong đó thời gian thu thập số liệu thực hiện từ tháng 8 đến tháng 10/2022.

Địa điểm nghiên cứu: tất cả 12 xã thuộc huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên bao gồm thị trấn Mường Chà, xã Huổi Lèng, Huổi Mí, Hừa Ngải, Ma Thì Hồ, Mường Mươn, Mường Tùng, Na Sang, Nậm Nèn, Pa Ham, Sa Lông, Sá Tổng.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: toàn bộ 57 cán bộ y tế trực tiếp tham gia hoạt động tiêm chủng tại trạm y tế của tất cả 12 xã miền núi huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên.

2.5. Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Thông tin về cán bộ y tế: giới tính, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thâm niên công tác trong lĩnh vực tiêm chủng.

Nhóm biến số về kiến thức của cán bộ y tế về bệnh viêm gan B: Nguyên nhân gây bệnh VGB, đường lây truyền, khả năng điều trị, hậu quả của bệnh VGB, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình, cách dự phòng.

Nhóm biến số về kiến thức của cán bộ y tế về tiêm vắc xin VGBSS: Lợi ích của tiêm vắc xin VGBSS, thời gian tiêm, các trường hợp hoãn tiêm, phản ứng sau tiêm có thể gặp phải.

Nhóm biến số về thái độ của cán bộ y tế đối với tiêm vắc xin VGBSS: Thái độ khi thực hiện tiêm vắc xin VGBSS, thái độ với tiêm chủng tại nhà, đánh giá về mức độ cần thiết của tiêm chủng, mức độ an toàn của tiêm chủng, mức độ

hiệu quả của tiêm chủng và sự đồng thuận đối với chương trình tiêm vắc xin VGBSS.

2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu. Sử dụng bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn [4]. Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên 10 cán bộ y tế xã trực tiếp tham gia hoạt động tiêm chủng tại huyện Mường Nhé, tỉnh Điện Biên trước khi điều tra chính thức.

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp tại trạm y tế về kiến thức của cán bộ y tế về bệnh VGB và về tiêm vắc xin VGBSS, phỏng vấn gián tiếp thông qua phát phiếu phỏng vấn tự điền về thái độ của cán bộ y tế về tiêm vắc xin VGBSS

2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu định lượng được phân tích kết quả bằng phần mềm STATA 16.0. Kết quả phân tích đầu ra được trình bày bằng các bảng số liệu, biểu đồ theo 2 mục tiêu nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành chia điểm phân nhóm tổng điểm kiến thức của cán bộ y tế về bệnh viêm gan B và tổng điểm kiến thức của cán bộ y tế về tiêm VGBSS theo trung vị của phân bố tổng điểm [5].

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng phê duyệt của Viện đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng phê duyệt vào tháng 7 năm 2022. Nghiên cứu được sự chấp thuận của lãnh đạo TTYT huyện Mường Chà và 12 trạm y tế xã.

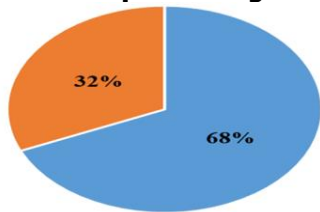
Người tham gia nghiên cứu được cung cấp thông tin, giải thích rõ về nghiên cứu, nhấn mạnh tính bảo mật đối với thông tin cá nhân, các thông tin khác được cung cấp trong quá trình phỏng vấn và việc sử dụng số liệu chỉ cho mục đích nghiên cứu. Người nghiên cứu được toàn quyền quyết định tham gia hoặc rời khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Tổng cộng có 57 người tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 37,3 tuổi, với độ lệch chuẩn là 7,4. Sự phân bố tuổi của các đối tượng tập trung ở nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên chiếm 54,4% (31 người). Về giới tính, tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu gần tương đương, lần lượt là 47,4% và 52,6%. Các đối tượng nghiên cứu được phân thành ba nhóm dân tộc chính. Trong đó, nhóm dân tộc Thái là nhiều nhất (chiếm 52,6%), xếp thứ hai là nhóm dân tộc Kinh (chiếm 28,1%). Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn là Đại học/Cao đẳng (56,1%), còn lại là trình độ Trung cấp/Phổ thông (43,9%). Trung bình số năm kinh nghiệm làm việc của các đối tượng trong nghiên cứu là 5,7 năm, với độ lệch chuẩn là 5,3. Có 27

người (47,4%) có kinh nghiệm làm việc dưới 5 năm, trong khi 30 người (52,6%) có kinh nghiệm làm việc từ 5 năm trở lên.

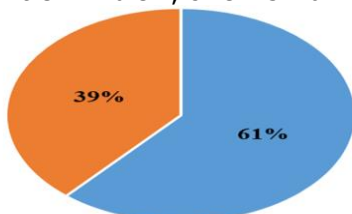
Kiến thức về bệnh viêm gan B



■ Không đạt (<= 12 điểm) ■ Đạt (> 12 điểm)

Biểu đồ 1. Tổng điểm kiến thức về bệnh viêm gan B của cán bộ y tế (n=57)

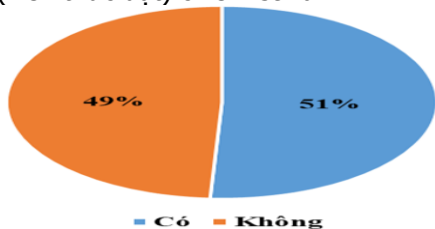
Biểu đồ 1 cung cấp thông tin về tổng điểm kiến thức về bệnh viêm gan B của cán bộ y tế. Chúng tôi tiến hành chia điểm phân nhóm tổng điểm kiến thức của cán bộ y tế về bệnh viêm gan B theo trung vị của phân bố tổng điểm, tức 12 điểm. Như vậy các cán bộ y tế có tổng điểm hơn 12 điểm là đạt. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về bệnh viêm gan B của cán bộ Y tế chưa được tốt. Gần 1/3 các đối tượng nghiên cứu có tổng điểm trên 12 điểm, chiếm 32%.



■ Không đạt (<= 13 điểm) ■ Đạt (> 13 điểm)

Biểu đồ 2. Tổng điểm kiến thức tiêm vắc xin VGB sơ sinh cho trẻ của cán bộ y tế (n=57)

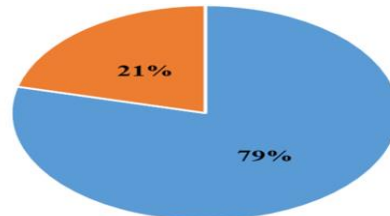
Biểu đồ 2. cung cấp thông tin về tổng điểm kiến thức tiêm vắc xin VGB sơ sinh cho trẻ của cán bộ y tế. Chúng tôi tiến hành chia điểm phân nhóm tổng điểm kiến thức của cán bộ y tế về tiêm vắc xin VGB sơ sinh cho trẻ theo trung vị của phân bố tổng điểm, tức 13 điểm. Như vậy các cán bộ y tế có tổng điểm hơn 13 điểm là đạt. Các đối tượng nghiên cứu có tổng điểm trên 13 điểm (kiến thức đạt) chiếm 39%.



Biểu đồ 3. Sự sẵn sàng của cán bộ y tế khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho trẻ (n=57)

Biểu đồ 3 cung cấp thông tin về sự sẵn

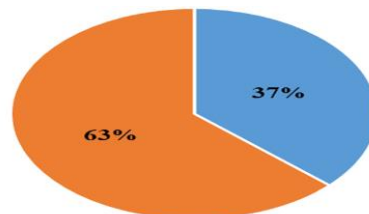
khảo của cán bộ y tế khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho trẻ của cán bộ y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy 49% các đối tượng nghiên cứu có sự sẵn sàng khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho trẻ.



■ Tự tin ■ Cần người hỗ trợ

Biểu đồ 4. Sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh tại trạm y tế (n=57)

Biểu đồ 4 cung cấp thông tin về sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh tại trạm y tế của cán bộ y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy 79% đối tượng nghiên cứu có sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu tại YT.



■ Cần người hỗ trợ ■ Tự tin

Biểu đồ 5. Sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh tại nhà (n=57)

Biểu đồ 5 cung cấp thông tin về sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh tại nhà của cán bộ y tế. Đa phần các đối tượng nghiên cứu có sự tự tin khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh tại nhà cho trẻ, chiếm 63%.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng kiến thức về bệnh viêm gan B.

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp một cái nhìn quan trọng về hiện trạng kiến thức của cán bộ y tế tại trạm y tế đối với bệnh viêm gan B ở một tỉnh miền núi tại Việt Nam. Kết quả cho thấy rằng gần 1/3 các cán bộ nghiên cứu có mức độ kiến thức đạt về bệnh viêm gan B, chiếm tỷ lệ 32%. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác trong lĩnh vực tiêm chủng và viêm gan B, có thể tham khảo nghiên cứu của Lê Huyền Thanh và đồng nghiệp (2022) [6]. Trong nghiên cứu của họ, kết quả cho thấy

tỷ lệ đối tượng có kiến thức cao về viêm gan B là 63,2%. So sánh với kết quả nghiên cứu hiện tại, có thể thấy tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức cao về bệnh viêm gan B ở tỉnh miền núi Việt Nam vẫn còn thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Giải thích sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể dựa trên một số yếu tố. Thứ nhất, sự khác biệt trong phạm vi đối tượng nghiên cứu, nơi nghiên cứu hiện tại chỉ tập trung vào cán bộ y tế tại trạm y tế trong một tỉnh miền núi cụ thể. Thứ hai, có sự khác biệt trong đối tượng nghiên cứu giữa 2 nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Lê Huyền Thanh tập trung ở nhóm sinh viên Phân hiệu trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh hóa. Sự khác biệt này có thể dẫn đến sự biến động trong kết quả nghiên cứu và cần thêm các nghiên cứu tiếp theo để làm rõ hơn.

Về kiến thức tiêm vắc xin VGBSS, kết quả cho thấy chỉ có 39% cán bộ y tế nghiên cứu đạt tổng điểm kiến thức đạt lên trong lĩnh vực này. Tỷ lệ này cho thấy việc nắm vững kiến thức về tiêm vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh vẫn còn khá thấp trong số cán bộ y tế nghiên cứu. Điều này đặc biệt quan trọng vì tiêm vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh là một biện pháp phòng ngừa quan trọng để ngăn chặn sự lây lan của bệnh viêm gan B, nghiên cứu của Venkataramana Kandi và cộng sự đã khẳng định luận điểm này [7]. Bởi vì sự hiểu biết không đầy đủ về tiêm vắc xin VGB có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận diện và đáp ứng kịp thời đối với bệnh viêm gan B ở trẻ sơ sinh.

Để nâng cao tổng điểm kiến thức và cải thiện hiệu quả tiêm vắc xin VGB, cần tăng cường chương trình đào tạo và giáo dục cho cán bộ y tế về quy trình tiêm vắc xin, lợi ích và tác động của việc tiêm vắc xin VGB. Đồng thời, cần tạo ra các chương trình hỗ trợ và thông tin liên tục để nâng cao nhận thức và kiến thức về bệnh viêm gan B và việc tiêm vắc xin cho trẻ sơ sinh trong cộng đồng y tế.

Thái độ của CBYT. Kết quả cho thấy rằng đa phần các đối tượng nghiên cứu, chiếm 49%, đều bày tỏ sự băn khoăn khi tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho trẻ. Điều này cho thấy rằng việc tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh đối với cán bộ y tế gây ra một mức độ băn khoăn đáng kể. Sự băn khoăn của cán bộ y tế có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân [8]. Có thể đó là do mức độ hiểu biết về vắc xin viêm gan B sơ sinh chưa đủ hoặc có thắc mắc về hiệu quả và an toàn của vắc xin. Các băn khoăn khác có thể liên quan đến quy trình tiêm chủng, quản lý phản ứng phụ có thể xảy ra sau tiêm và khả năng đối phó với những tình huống khẩn cấp. Điều này đặc biệt

quan trọng khi cán bộ trạm y tế đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp và tư vấn vắc xin cho cộng đồng. Sự băn khoăn của cán bộ y tế có thể ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả của chương trình tiêm chủng viêm gan B sơ sinh. Để giảm bớt sự băn khoăn này, cần thiết có các biện pháp như đào tạo và nâng cao kiến thức cho cán bộ y tế về vắc xin, cung cấp thông tin đầy đủ và minh bạch về hiệu quả và an toàn của vắc xin, cũng như cung cấp hỗ trợ và quản lý tốt cho cán bộ y tế trong quá trình tiêm chủng.

Kết quả cho thấy phần lớn các đối tượng nghiên cứu, chiếm 79%, tỏ ra tự tin trong việc tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ tại trạm y tế. Sự tự tin của cán bộ y tế trong việc tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh là một yếu tố quan trọng trong việc đảm bảo hiệu quả của chương trình tiêm chủng. Khi cán bộ y tế tự tin và chắc chắn trong việc tiêm chủng, họ có khả năng thực hiện quy trình đúng cách và cung cấp dịch vụ an toàn, giúp bảo vệ trẻ sơ sinh khỏi nguy cơ viêm gan B. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng còn một số cán bộ y tế không tự tin trong việc tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh cho trẻ. Điều này có thể yêu cầu cung cấp thêm đào tạo và hỗ trợ cho những cán bộ y tế này, nhằm nâng cao mức độ tự tin và kiến thức chuyên môn của họ về vắc xin viêm gan B.

Kết quả cho thấy đa phần các đối tượng nghiên cứu đã tỏ ra tự tin trong việc tiêm vắc xin VGB sơ sinh tại nhà, với tỷ lệ tự tin chiếm 63%. Sự tự tin của cán bộ y tế trong việc tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà là một yếu tố quan trọng đối với việc triển khai chương trình tiêm chủng và đảm bảo an toàn cho trẻ sơ sinh. Kết quả này cho thấy hầu hết cán bộ y tế đã tự tin trong khả năng thực hiện quy trình tiêm vắc xin và hiểu rõ về lợi ích của việc này đối với sức khỏe của trẻ. Tuy nhiên vẫn còn một phần nhỏ cán bộ y tế cần được đào tạo và hỗ trợ liên quan đến tiêm chủng, đặc biệt là trong việc tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà, để đảm bảo cán bộ y tế hoàn toàn tự tin và đáp ứng được mọi yêu cầu và mục tiêu của chương trình tiêm chủng.

Nhìn chung, kết quả này cung cấp cái nhìn quan trọng về mức độ tự tin của cán bộ y tế khi tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà. Sự tự tin này là tín hiệu tích cực cho việc triển khai chương trình tiêm chủng và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cung cấp hỗ trợ và đào tạo cho cán bộ y tế nhằm nâng cao kỹ năng và kiến thức trong lĩnh vực này để từ đó có thể đảm bảo trẻ em ở các tỉnh miền núi đều được tiêm chủng đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức và thái độ của cán bộ trạm Y tế xã huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên còn hạn chế. Cần có kế hoạch đào tạo về kiến thức và kỹ năng tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh cho cán bộ Y tế tuyến xã góp phần nâng cao chất lượng công tác tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumar M., Singh T., và Sinha S. (2012). Chronic Hepatitis B Virus Infection and Pregnancy. J Clin Exp Hepatol, 2(4), 366–381.
2. Dự án Tiêm chủng mở rộng (2021), Báo cáo tổng kết tiêm chủng mở rộng năm 2021, .
3. Cổng thông tin điện tử Bộ Kế hoạch và Đầu tư Tỉnh Điện Biên. <<https://www.mpi.gov.vn/Pages/tinhthanhchitiet.aspx?idTinhThanh=28>>, accessed: 14/06/2023.
4. Bộ Y tế (2019), Quyết định 3310/QĐ-BYT 2019 hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút B, .
5. DeCoster J., Gallucci M., và Iselin A.-M.R. (2011). Best Practices for Using Median Splits, Artificial Categorization, and their Continuous Alternatives. J Exp Psychopathol, 2(2), 197–209.
6. Lê T.H., Trịnh T.H.N., Lê Đ.T. và cộng sự. (2022). Kiến thức phòng bệnh viêm gan B của sinh viên phân hiệu trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa năm 2021 và một số yếu tố liên quan. Tạp Chí Học Việt Nam, 515(2).
7. Kandi V., Katoch A., Miniskar H. và cộng sự. Adequate Knowledge and Low Vaccination Rates of Hepatitis B Virus Infection Among Students, Medical, and Paramedical Persons in a Tertiary Care Teaching Hospital. Cureus, 12(7), e9121.
8. Romano' L. và Zanetti A.R. (2022). Hepatitis B Vaccination: A Historical Overview with a Focus on the Italian Achievements. Viruses, 14(7), 1515.

XỬ LÝ MÒN NGÓT RĂNG DO ACID Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN: HIỆU QUẢ PHỐI HỢP CAN THIỆP NHA KHOA - NỘI KHOA TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Nguyễn Thị Diễm¹, Phùng Minh Thịnh¹,
Nguyễn Đức Thông¹, Lữ Minh Lộc², Trần Thu Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực hiện nghiên cứu thử nghiệm phối hợp can thiệp giữa các chuyên khoa và đánh giá hiệu quả can thiệp xử lý và phòng ngừa mòn ngót răng do acid (MNR) phối hợp giữa can thiệp nha khoa và điều trị nội khoa trên bệnh nhân (BN) trào ngược dạ dày thực quản (TNDD-TQ) tại bệnh viện Nguyễn Trãi TP.HCM. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng xử lý và phòng ngừa MNR ở mức độ nhẹ hoặc vừa trên BN đến khám và điều trị bệnh TNDD-TQ tại bệnh viện Nguyễn Trãi (từ 11/2021 đến 6/2022). Chẩn đoán TNDD-TQ bằng bộ câu hỏi GerdQ (GerdQ ≥ 6) bởi bác sĩ Nội Tiêu hóa. Khám đánh giá MNR bằng chỉ số BEWE bởi bác sĩ Răng Hàm Mặt. Can thiệp lâm sàng kết hợp giữa điều trị nội khoa TNDD-TQ với điều trị nha khoa để xử lý và kiểm soát tình trạng MNR do acid. BN TNDD-TQ có biểu hiện MNR ở mức độ nhẹ hoặc vừa được phân ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp nha khoa phác đồ A (vernifluoride NaF 5% + máng bảo vệ răng + kem đánh răng 1450 ppm fluoride) và phác đồ B (vernifluoride NaF 5%+ máng bảo vệ răng + kem đánh răng 1450 ppm fluoride + CPP-ACP).

Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua tác động lên chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (CLCS) bằng bộ công cụ Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14) sau 1 tháng và 3 tháng. Xử lý dữ liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Phân tích dữ liệu bằng phép kiểm chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher, kiểm định Mann-Whitney thay thế kiểm định T-test bắt cặp, kiểm định T-test bắt cặp, với $p < 0,05$, KTC 95%. **Kết quả:** Có 169 BN TNDD-TQ (67,5% nữ) với tuổi trung bình $56,0 \pm 10,6$ được khám; ghi nhận 78,1% BN có biểu hiện MNR, trong đó 50% mức độ nhẹ, 42% vừa và 8% nặng. Mẫu nghiên cứu can thiệp lâm sàng gồm 99 BN có MNR ở mức độ nhẹ và vừa, nhóm A có 48 BN, nhóm B có 51 BN. Cả hai phác đồ đều có hiệu quả. Điểm trung bình CLCS ở cả hai nhóm A và B sau can thiệp 1 tháng (T1) và 3 tháng (T3) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp (T0) ở tất cả các lĩnh vực CLCS và tổng điểm OHIP-14 chung ($p < 0,05$). Điểm trung bình CLCS cả hai nhóm A và B sau can thiệp ở thời điểm T3 thấp hơn T1 ở tất cả các lĩnh vực và tổng điểm OHIP-14 chung ($p < 0,05$). Tại thời điểm T0, CLCS của nhóm B thấp hơn nhóm A nhưng tại T3 không có sự khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** Phối hợp can thiệp nha khoa và nội khoa, CLCS ở cả hai nhóm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp ở tất cả các lĩnh vực CLCS và tổng điểm OHIP-14 chung. Sử dụng CPP-ACP có xu hướng giúp cải thiện CLCS tốt hơn.

Từ khóa: Mòn ngót răng do acid, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, chất lượng cuộc sống, vernifluoride NaF 5%, CPP-ACP.

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Thủy

Email: tranthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

SUMMARY**MANAGEMENT DENTAL EROSION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX: IMPACT OF DENTAL - MEDICAL INTEGRATION ON ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE**

Objectives: To conduct a study to facilitate intradepartmental collaborations between medicine and dentistry and to evaluate effective intervention through oral health related quality of life in the patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) presented dental erosion at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city. **Methods:** A clinical trial was performed in GERD patients, aged from 18 to 70 years old, at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city from November 2021 to June 2022. GerdQ questionnaire was used for the diagnosis of GERD (GerdQ ≥ 6). Three dentists accessed dental erosion (DE) using the Basic Erosion Wear Examination (BEWE). A dental-medical integration was applied in a clinical trial in order to manage dental erosion in GERD patients. GERD patients with mild and medium risk of erosion (BEWE between 3 and 13) were randomly assigned to two treatment regimens (A and B). Both groups received GERD treatment and dental health care consultation. Group A regimen includes 5% NaF varnish application, 1450 ppm F toothpaste and night guard; Group B regimen includes 5% NaF varnish application, 1450 ppm F toothpaste and night guard with CPP-ACP. Oral health related quality of life was evaluated before and after 1 month (T1) and 3 months (T3) treatment using Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14). Chi-square, Fisher's exact test, Paired T- test was replaced by Mann-Whitney test and Paired T- test were used in this study. The statistical significance was adopted as: $p < 0.05$, CI95%. **Results:** Total 169 patients (mean age 56.0 ± 10.6 years, 67.5% female) were examined, 78.1% presented dental erosion. Regarding severity, mild erosion accounted for 50%, moderate was 42% and severe was 8%. The clinical trial includes 99 patients (48 group A and 51 group B). At T1 and T3 the mean OHIP-14 score of the both two groups were significantly decreased ($p < 0.05$) in all domains and in the total OHIP-14 score. Both treatments were effective, both were observed to improve the quality-of-life. Both groups had the mean OHIP-14 score at T3 was significantly decreased compared to T1 ($p < 0.05$) in all domains and total OHIP-14 score. At baseline, the quality of life in group B was lower than that in group A, however no significant difference was observed at T3. **Conclusion:** With dental- medical integration, both two treatment regimens were observed to improve the quality-of-life. Wearing night guard with CPP-ACP seems to improve the efficacy of the treatment regimen.

Keywords: Dental erosion, gastroesophageal reflux disease, OHIP-14, 5% NaF varnish, CPP-ACP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mòn ngót răng do acid (MNR) là tình trạng mất chất mô răng không hoàn nguyên do acid.

MNR do acid đã được xem là một trong những triệu chứng ngoài thực quản ở bệnh nhân (BN) trào ngược dạ dày thực quản (TNDD-TQ) nhưng hiện nay vẫn chưa được quan tâm đúng mức. TNDD-TQ hiện trở nên phổ biến trên thế giới với tỷ lệ tăng dần. Do dịch dạ dày thường có pH < 2 nên TNDD-TQ được cho là một trong các yếu tố nguy cơ của MNR [1]. Khi khám thấy có biểu hiện MNR thì bác sĩ Răng Hàm Mặt thường nghĩ đến khả năng BN bị TNDD-TQ âm thầm. BN thường đến điều trị ở giai đoạn muộn với răng bị mòn nghiêm trọng sẽ gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) cho người bệnh.

Các tình trạng răng miệng liên quan các bệnh lý y khoa thường được điều trị tách biệt ở từng chuyên khoa, thiếu sự kết nối dẫn đến không tối ưu hoá được hiệu quả điều trị thậm chí thất bại, kết quả điều trị không duy trì lâu dài. Vì vậy, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu thử nghiệm mô hình xử lý tình trạng MNR ở BN TNDD-TQ có sự phối hợp can thiệp giữa nha khoa và nội khoa, đánh giá hiệu quả can thiệp xử trí và phòng ngừa MNR do acid trên CLCS của BN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng

Dân số chọn mẫu: BN TNDD-TQ (GerdQ ≥ 6) [1], có độ tuổi từ đủ 18-70 đến khám và điều trị tại Khoa Nội soi, Khoa Nội Tiêu hóa và Khoa Khám bệnh, Phòng khám Răng Hàm Mặt bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu khảo sát được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ với $p = 51\%$ là tỷ lệ MNR ở BN bị TNDD-TQ trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2014) [2] $\rightarrow n = 169$. Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ BN đến khám và điều trị bệnh TNDD-TQ tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM từ tháng 11/2021-6/2022 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Cỡ mẫu can thiệp dựa theo công thức so sánh hai trung bình trước và sau. Cỡ mẫu can thiệp mỗi nhóm ít nhất 23 BN. Tuy nhiên, để dự phòng thất thoát mẫu 100% nên cỡ mẫu được tăng lên gấp hai lần cho mỗi nhóm với nhóm A có 48 BN và nhóm B có 51 BN bệnh TNDD-TQ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu can thiệp

Tiêu chuẩn chọn vào: BN từ đủ 18-70 tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi, được bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định bệnh TNDD-TQ, có tình trạng MNR mức độ nhẹ hay vừa. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: BN có tiền sử chấn thương hàm mặt, răng dị dạng, thiếu sản men, nghiến răng. bị rối loạn tâm thần, không kiểm

soát được hành vi, không tự đọc viết được, không tuân thủ quy trình điều trị TNDD-TQ.

Chẩn đoán TNDD-TQ: sử dụng bộ câu hỏi GerdQ, chẩn đoán xác định TNDD-TQ khi GerdQ ≥ 6 [1].

Đánh giá MNR: sử dụng chỉ số BEWE [3]. BN TNDD-TQ đồng ý tham gia nghiên cứu được khám đánh giá MNR tại phòng khám Khoa Răng Hàm Mặt thực hiện bởi 3 bác sĩ chuyên khoa I Răng Hàm Mặt đã được tập huấn. Mức độ trầm trọng của MNR theo phân loại của Barlett (2008): BEWE ≤ 2 : không mòn, BEWE = 3 - 8: mòn nhẹ, BEWE = 9 - 13: mòn vừa, BEWE ≥ 14 : mòn nặng.

Can thiệp lâm sàng: Điều trị TNDD-TQ thực hiện bởi bác sĩ khoa Nội Tiêu hoá theo phác đồ điều trị tại bệnh viện. Can thiệp nha khoa xử lý MNR theo 2 phác đồ điều trị, BN có mức độ mòn vừa và nhẹ ($3 \leq \text{BEWE} \leq 13$) được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm can thiệp (A và B). Cả hai nhóm đều được tư vấn chăm sóc răng miệng như nhau. Phác đồ can thiệp nha khoa cho nhóm A gồm áp verni fluoride NaF 5%, đeo máng bảo vệ răng ban đêm để hạn chế răng tiếp xúc với acid từ dạ dày, sử dụng kem đánh răng chứa 1450 ppm fluoride. Phác đồ can thiệp nha khoa cho nhóm B như nhóm A cộng với sử dụng CPP-ACP với máng bảo vệ ban đêm. Đánh giá hiệu quả can thiệp lâm sàng phối hợp giữa nội khoa và nha khoa qua CLCS của BN.

Đánh giá CLCS: sử dụng chỉ số OHIP-14 đánh giá trước và sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng.

Xử lý và phân tích số liệu: nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý bằng Stata 13.0. Sử dụng

phép kiểm chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher, kiểm định Mann-Whitney thay thế kiểm định T-test bắt cặp, kiểm định T-test bắt cặp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với KTC 95%.

Y đức: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức ĐHYD TP.HCM chấp thuận (QĐ số 494/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/10/2021). Người tham gia tự nguyện và thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Có 169 BN TNDD-TQ (67,5% nữ) tuổi trung bình $56,0 \pm 10,6$ được khám (Bảng 1). Ghi nhận 78,1% BN có biểu hiện MNR, trong đó 50% mức độ nhẹ, 42% vừa và 8% nặng. Mẫu nghiên cứu can thiệp lâm sàng gồm 99 BN: nhóm A (48) và nhóm B (51).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=169)

Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	TB \pm ĐLC: 56,0 \pm 10,6	NN-LN (27-70)
≤ 40 tuổi	15	8,8
41- <60 tuổi	77	45,6
≥ 60 tuổi	77	45,6
Giới tính		
Nam	55	32,5
Nữ	114	67,5
Nơi ở		
TP.HCM	162	95,9
Các tỉnh/thành khác	7	4,1

Hiệu quả can thiệp lâm sàng trên nhóm BN TNDD-TQ có MNR sau 1 tháng, 3 tháng can thiệp

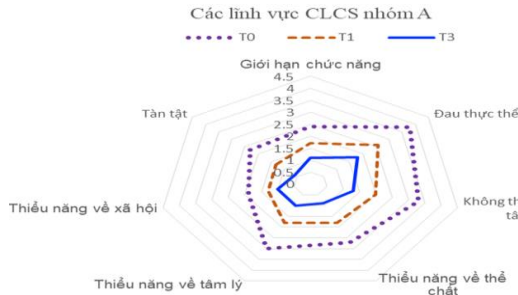
Bảng 2: CLCS liên quan SKRM nhóm A trước và sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng (n=48)

Các lĩnh vực CLCS	T0 TB \pm ĐLC	T1 TB \pm ĐLC	T3 TB \pm ĐLC	p1	p2	p3
Giới hạn chức năng	2,4 \pm 2,1	1,7 \pm 1,4	1,1 \pm 1,2	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Đau thực thể	3,8 \pm 1,7	2,6 \pm 1,3	1,8 \pm 1,3	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$
Không thoải mái về tâm lý	3,3 \pm 1,8	2,0 \pm 1,4	1,3 \pm 1,3	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$
Thiếu năng về thể chất	2,7 \pm 1,9	1,8 \pm 1,4	0,9 \pm 1,2	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Thiếu năng về tâm lý	3,0 \pm 2,1	1,8 \pm 1,5	1,0 \pm 1,1	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Thiếu năng về xã hội	1,9 \pm 1,7	1,3 \pm 1,2	1,0 \pm 0,9	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Tàn tật	2,3 \pm 1,9	1,3 \pm 1,3	0,6 \pm 1,0	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
OHIP14	19,2\pm9,7	12,5\pm7,2	7,4\pm5,9	$<0,001^{**}$	$<0,001^*$	$<0,001^*$

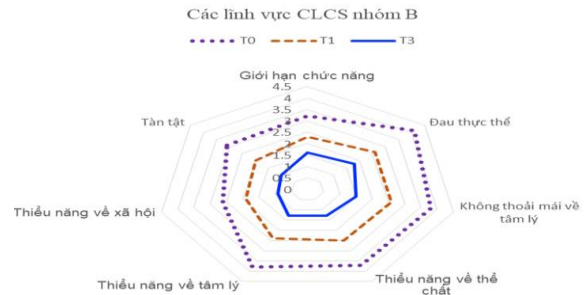
Bảng 3: CLCS liên quan SKRM nhóm B trước và sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng (n=51)

Các lĩnh vực CLCS	T0 TB \pm ĐLC	T1 TB \pm ĐLC	T3 TB \pm ĐLC	p1	p2	p3
Giới hạn chức năng	3,2 \pm 1,7	2,3 \pm 1,4	1,6 \pm 1,2	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Đau thực thể	4,1 \pm 1,9	2,6 \pm 1,3	1,8 \pm 1,4	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$
Không thoải mái về tâm lý	3,8 \pm 2,0	2,6 \pm 1,5	1,5 \pm 1,4	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$
Thiếu năng về thể chất	3,7 \pm 1,9	2,5 \pm 1,4	1,3 \pm 1,4	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Thiếu năng về tâm lý	3,8 \pm 1,8	2,4 \pm 1,5	1,3 \pm 1,4	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$
Thiếu năng về xã hội	2,6 \pm 1,9	1,9 \pm 1,5	0,9 \pm 1,2	$<0,001^*$	$<0,001^*$	$<0,001^*$

Tàn tật	3,1±1,9	2,0±1,5	1,0±1,3	<0,001*	<0,001*	<0,001*
OHIP-14	24,3±10,5	16,5±5,1	9,5±7,7	<0,001**	<0,001*	<0,001*



Biểu đồ 1. Điểm các lĩnh vực CLCS nhóm A trước và sau can thiệp 1, 3 tháng



Biểu đồ 2. Điểm các lĩnh vực CLCS nhóm B trước và sau can thiệp 1, 3 tháng

Chất lượng cuộc sống liên quan SKRM ở nhóm A so với nhóm B ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng (n=99)

Bảng 4: Điểm CLCS nhóm A và B trước can thiệp

Các lĩnh vực CLCS	Nhóm A TB±ĐLC(n=48)	Nhóm B TB±ĐLC(n=51)	p
Giới hạn chức năng	2,4±2,1	3,2±1,7	0,018*
Đau thực thể	3,8±1,7	4,1±1,9	0,347**
Không thoải mái về tâm lý	3,3±1,8	3,8±2,0	0,144**
Thiếu năng về thể chất	2,7±1,9	3,7±1,9	0,012*
Thiếu năng về tâm lý	3,0±2,1	3,8±1,8	0,052**
Thiếu năng về xã hội	1,9±1,7	2,6±1,9	0,056*
Tàn tật	2,3±1,9	3,1±1,9	0,040*
OHIP-14	19,2±9,7	24,3±10,5	0,020*

*Kiểm định Mann-Whitney, **Kiểm định T-test

Bảng 5: Thay đổi điểm CLCS nhóm A và B sau can thiệp 1 tháng

Các lĩnh vực CLCS	Nhóm A TB±ĐLC (n=48)	Nhóm B TB±ĐLC (n=51)	p
Giới hạn chức năng	-0,6±1,2	-0,9±1,3	0,237*
Đau thực thể	-1,3±1,2	-1,5±1,4	0,331*
Không thoải mái về tâm lý	-1,2±1,2	-1,2±1,5	0,79*
Thiếu năng về thể chất	-0,9±1,1	-1,2±1,4	0,343*
Thiếu năng về tâm lý	-1,2±1,3	-1,3±1,4	0,346**
Thiếu năng về xã hội	-0,6±1,0	-0,7±1,4	0,921*
Tàn tật	-0,9±1,3	-1,1±1,5	0,377*
OHIP-14	-6,7±5,1	-7,9±7,4	0,334*

*Kiểm định Mann-Whitney, **Kiểm định T-test

Bảng 6: Thay đổi điểm CLCS của nhóm A và B sau can thiệp 3 tháng

Các lĩnh vực CLCS	Nhóm A TB±ĐLC (n=48)	Nhóm B TB±ĐLC (n=51)	p
Giới hạn chức năng	-1,2±1,6	-1,6±1,5	0,097*
Đau thực thể	-2±1,5	-2,3±1,7	0,291**
Không thoải mái về tâm lý	-1,9±1,5	-2,3±1,9	0,246**
Thiếu năng về thể chất	-1,8±1,6	-2,4±2,0	0,126*
Thiếu năng về tâm lý	-2,0±1,9	-2,5±1,8	0,241*
Thiếu năng về xã hội	-1,3±1,6	-1,7±1,8	0,222*
Tàn tật	-1,7±1,7	-2,1±1,9	0,235*
OHIP14	-11,8±8,2	-14,8±10,2	0,133*

*Kiểm định Mann-Whitney, **Kiểm định T-test

So sánh hiệu số điểm trung bình CLCS thời điểm T3 so với T0 (Bảng 6) cho thấy nhóm B có xu hướng giảm điểm của tất cả các lĩnh vực và tổng điểm OHIP-14 chung nhiều hơn so với

nhóm A, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 169 BN TNDD-TQ

có độ tuổi trung bình $56,0 \pm 10,6$ tuổi, nữ chiếm 67,5%, và 95,9% ở tại Tp. HCM. Báo cáo năm 2021 của bệnh viện Nguyễn Trãi, tuổi trung bình của BN TNDD-TQ đến khám là $60,8 \pm 13,2$ tuổi, nữ nhiều hơn nam và hầu hết ở Tp. HCM[4]. Như vậy mẫu nghiên cứu đại diện cho mẫu BN TNDD-TQ tại bệnh viện Nguyễn Trãi.

CLCS sau 1 tháng, 3 tháng can thiệp lâm sàng. Xử lý MNR ở BN TNDD-TQ kết hợp giữa điều trị bệnh TNDD-TQ và xử lý nha khoa đem lại hiệu quả tích cực cho CLCS. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả 2 phác đồ can thiệp đều có hiệu quả trên BN MNR ngay sau 1 tháng can thiệp. Điểm trung bình CLCS ở nhóm A và nhóm B sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng thấp hơn (cải thiện tốt hơn) có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp ở tất cả các lĩnh vực CLCS và tổng điểm OHIP-14 chung (Bảng 2 và 3).

Can thiệp nha khoa trong nghiên cứu này gồm có can thiệp chuyên khoa (áp verni fluoride NaF 5% 1 lần) kết hợp tự chăm sóc tại nhà hàng ngày. CLCS của BN cải thiện sau 1 tháng và cải thiện hơn nữa sau 3 tháng, cho thấy sự đóng góp quan trọng của việc chăm sóc phù hợp tại nhà. Các báo cáo cho thấy nhiều loại kem đánh răng giúp ngăn ngừa MNR như kem chứa 1450ppm fluoride [5]. Erpocal và CS (2020) báo cáo thành phần hoạt tính có trong kem đánh răng như fluoride có thể ngăn ngừa sự phá hủy mô răng và MNR do acid[6]. Oliveira và CS (2013) đã báo cáo những thay đổi có ý nghĩa thống kê sau khi điều trị nhạy cảm ngà theo chỉ số OHIP-14 ở các lĩnh vực đau thực thể, không thoải mái về tâm lý, thiếu năng về thể chất, thiếu năng về tâm lý và tổng điểm OHIP-14 ($p < 0,001$) [7].

Phân nhóm ngẫu nhiên nhưng một cách tình cờ, nhóm B có CLCS thấp hơn nhóm A trước can thiệp (Bảng 4). Điểm CLCS của nhóm A và B thời điểm T0 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực giới hạn về chức năng, thiếu năng về thể chất, tàn tật và OHIP chung ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 1 tháng và 3 tháng CLCS không có sự khác biệt giữa hai nhóm $p > 0,05$ (Bảng 5, 6). Hiệu số điểm trung bình CLCS thời điểm T1 so với T0, T3 so với T0 của nhóm B giảm nhiều hơn nhóm A ở tất cả các lĩnh vực và tổng điểm OHIP-14 chung (Bảng 5, 6) cho thấy CLCS của nhóm B có xu hướng cải thiện nhiều. Phác đồ can thiệp nha khoa của nhóm B có thêm CCP-ACP so với nhóm A. Như vậy trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy việc sử dụng CCP-ACP góp phần cải thiện tốt CLCS của BN TNDD-TQ bị MNR. Nghiên cứu của Bejoy và

CS (2020) thực hiện in vitro trên 36 mặt ngoài răng cối nhỏ so sánh hiệu quả chống MNR của CCP-ACP có fluoride với nước súc miệng chứa fluoride cho kết luận rằng cả hai đều có tác dụng ngăn ngừa MNR[5].

Phối hợp giữa các chuyên khoa. Hiện nay ngày càng có nhiều bằng chứng khoa học về kết nối giữa tình trạng răng miệng và các bệnh toàn thân. Trong bối cảnh này, việc phối hợp / tích hợp nha khoa – y khoa (medical-dental integration) trong chăm sóc sức khỏe và điều trị là một cách để cải thiện hiệu quả và giảm bớt sự cách biệt trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc. Các nghiên cứu đã nêu lên các bằng chứng cho thấy việc tích hợp giữa các chuyên khoa là cần thiết và thiết thực[8]. Sự kết nối giữa TNDD-TQ và tình trạng MNR đã được khẳng định qua rất nhiều nghiên cứu. Chúng tôi lần đầu tiên thực hiện việc phối hợp điều trị giữa chuyên khoa Nội Tiêu hóa và Răng Hàm Mặt để phòng ngừa và xử lý tình trạng MNR ở bệnh nhân GERD. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định hiệu quả của mô hình điều trị, gợi ý cho việc ứng dụng cho các tình trạng hoặc bệnh lý có mối liên kết giữa nha khoa và y khoa.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp điều trị phối hợp liên chuyên khoa Nội Tiêu hóa và Răng Hàm Mặt với hiệu quả cải thiện có ý nghĩa CLCS của BN TNDD-TQ sau theo dõi 1 tháng và 3 tháng. Điểm trung bình CLCS ở cả hai nhóm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp ở tất cả các lĩnh vực CLCS và tổng điểm OHIP-14 chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Xuân Linh, Quách Trọng Đức** (2012) "Giá trị của bộ câu hỏi GerdQ trong chẩn đoán các trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản có hội chứng thực quản". Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16 (1), tr. 15-22.
2. **Nguyễn Thu Thủy** (2014) Nhận xét mòn răng ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản, Đại học Y Hà Nội, tr. 1-66.
3. **Ganss C Bartlett D, Lussi A, et al** (2008) "Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs". Clin Oral Invest, 12 (1), pp. 65 – 68.
4. **Bệnh viện Nguyễn Trãi** (2021) "Báo cáo số liệu khám bệnh nội trú và ngoại trú bệnh được chẩn đoán là trào ngược dạ dày thực quản năm 2021".
5. **Bejoy, B.M., Sruthi, S.M., George, L., et al** (2020) "Comparative Evaluation of Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate-Fluoride Paste and Sodium Fluoride Mouthwash in the Prevention of Dental Erosion: An In Vitro Study". Contemp Dent Pract, 21 (3), 267-270.

6. **Erpascal E, Bahsi E, Sonkaya E.** (2018) "Dental Erosion and Treatment Methods". International Biol Biomed Journal, 4 (4)
7. **Oliveira DWD, Marques DP, Aguirre-Cantuaria IC, et al.** Effect of Surgical Defect Coverage on Cervical Dentin

Hypersensitivity and Quality of Life. journal of Periodontology. 2013;84(6):768-775.

8. **A Pilot Study of Integration of Medical and Dental Care in 6 States Implementation evaluation** — Volume 18 — July 22, 2021).

Kiến thức về tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2023 và một số yếu tố liên quan

Nguyễn Thị Huệ¹, Bùi Hoài Nam², Ngô Thị Thu Hiền³,
Nguyễn Thị Lệ Quyên¹, Nguyễn Thị Thanh Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức về tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2023 và phân tích một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về tiêu chảy cấp là 33,2%; trong đó tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về định nghĩa tiêu chảy cấp chiếm 61,1%, kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh chiếm 65,4%, kiến thức đúng về dấu hiệu mất nước chiếm 61,5%, kiến thức đúng về dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế chiếm 64,1%, kiến thức đúng về phòng bệnh đạt 45,2%, kiến thức đúng về sử dụng Oresol bù điện giải cho trẻ đạt 53,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung của bà mẹ về tiêu chảy cấp với một số yếu tố như: tuổi, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, và nơi ở. **Kết luận:** Cần triển khai nghiên cứu tiếp theo để tìm hiểu rõ hơn về thực trạng kiến thức về tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan khác như nguồn thông tin tiếp cận, thứ tự sinh của trẻ, tình trạng sức khỏe của con, số lần bị tiêu chảy cấp của con,...

Từ khóa: kiến thức, tiêu chảy cấp, bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi, bệnh viện Vinmec Times city

SUMMARY

KNOWLEDGE ON ACUTE DIARRHEA OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD BEING TREATED AT VINMEC TIMES CITY HOSPITAL IN 2023 AND SOME RELATED FACTORS

Objectives: Assessment of the knowledge of maternal with children under 5 years old who were receiving treatment at Vinmec Times City Hospital in

2023 on acute diarrhea and analyzing relevant factors.

Methodology: Analytical cross – sectional description. **Results:** The outcomes of the study reveal that 33.2% of the surveyed mothers possessed accurate overall knowledge on acute diarrhea. In which, 61.1% demonstrated a correct comprehension of the disease's definition, 65.4% accurately identified its causes, 61.5% correctly recognized signs of dehydration, 64.1% were knowledgeable about indicators necessitating medical attention for their children, 45.2% exhibited proper awareness of disease prevention, and 53.2% had accurate knowledge regarding the use of Oresol for electrolyte replacement in children. Furthermore, a statistically significant association was observed between mothers' knowledge of acute diarrhea and several variables including age, occupation, economic status, educational attainment, and place of residence.

Conclusion: The study strongly suggested further research on knowledge about acute diarrhea of mothers with children under 5 years old and other related factors such as access to information sources, number of children in the family, the child's health status, the number of times the child has acute diarrhea, etc. **Keywords:** knowledge, acute diarrhea, mother with children under 5 years old, Vinmec Times City hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tiêu chảy cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho trẻ em dưới 5 tuổi nói chung, đặc biệt là trẻ em dưới 24 tháng tuổi nói riêng tại các nước đang phát triển [8]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, gần 9 triệu trẻ dưới 5 tuổi tử vong mỗi ngày và tiêu chảy cấp là nguyên nhân thứ hai sau viêm phổi gây ra những ca tử vong đó [7]. Tại Việt Nam, trẻ dưới 5 tuổi mắc trung bình 2,2 đợt tiêu chảy cấp/năm. Có khoảng 1100 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong do tiêu chảy cấp mỗi năm [1]. Tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2022, có hơn 2000 lượt trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đến khám và điều trị, có nhiều trường hợp trẻ tái mắc hoặc cả anh chị

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times city

³Viện Khoa học Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ

Email: nguyenthue.yhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

em trong gia đình đều bị mắc bệnh. Vậy, kiến thức về tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại bệnh viện Vinmec Times city như thế nào? Những yếu tố nào có liên quan đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu? Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để trả lời hai câu hỏi trên. Do vậy, đề tài nghiên cứu "*Kiến thức về tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2023 và một số yếu tố liên quan*" được thực hiện với hai mục tiêu: 1) *Đánh giá kiến thức về tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2023* và 2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức về tiêu chảy cấp của đối tượng nghiên cứu*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang được điều trị tiêu chảy cấp (TCC) tại bệnh viện Vinmec Times City. Tiêu chuẩn lựa chọn: Có khả năng giao tiếp bằng ngôn ngữ tiếng Việt; Sẵn sàng để tham gia vào nghiên cứu; Có con dưới 5 tuổi được chẩn đoán TCC đang điều trị tại bệnh viện. Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc giữa chừng; Các bà mẹ không trực tiếp nuôi và chăm sóc con.

2.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023 tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, số 458, phố Minh Khai, phường Vĩnh Tuy, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp phân tích

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu dịch tễ học mô tả:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra; p: bà mẹ có kiến thức đạt về tiêu chảy cấp, lấy p = 0,59 (Theo nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Mỹ Thực và cộng sự năm 2018)[4]; Z: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 5\%$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: sai số tuyệt đối cho phép, lấy d = 0,06. Thay các hệ số vào công thức trên có số mẫu cần thiết cho nghiên cứu là n = 259 bà mẹ. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu thu được là n = 301. Chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ số lượng mẫu: tiến hành chọn bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện và đồng

ý tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vấn bằng phiếu hỏi thiết kế sẵn.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 rồi được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu này sử dụng thống kê mô tả (phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn), thống kê trắc nghiệm tương quan OR, 95%CI.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đảm bảo mọi nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học tại Trường Đại học Thăng Long theo Quyết định số 23042104/QĐ-ĐHTL ngày 21 tháng 04 năm 2023 và được sự phê duyệt thu thập số liệu của Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=301)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 25 tuổi	55	18,2
	25 – 35 tuổi	188	62,5
	Trên 35 tuổi	58	19,3
Nghề nghiệp	Tiểu thương	99	32,9
	Nội trợ	57	18,9
	Công nhân, nông dân	4	1,4
	Cán bộ viên chức	141	46,8
Trình độ học vấn	Tiểu học	1	0,3
	THCS	1	0,3
	THPT	71	23,6
	Trung cấp/cao đẳng	111	36,9
	Đại học/sau đại học	117	38,9
Khu vực sinh sống	Nông thôn	60	19,9
	Thành thị	241	80,1
Nơi ở	Nhà thuê	59	19,6
	Nhà riêng	242	80,4
Tình trạng kinh tế gia đình	Khó khăn	109	36,2
	Thoải mái	192	63,8
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	295	98,0
	Ly hôn, ly thân	6	2,0

Bảng 1 cho thấy, bà mẹ từ 25 đến 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là tỷ lệ bà mẹ dưới 25 tuổi (62,5% so với 18,2%); bà mẹ là cán bộ viên chức và tiểu thương chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 46,8% và 32,9%; bà mẹ là công nhân, nông dân chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,4%). Phần lớn bà mẹ có trình độ từ trung cấp trở lên (75,8%). Tỷ lệ bà mẹ sinh sống ở thành thị cao hơn bà mẹ

sinh sống tại nông thôn (80,1% so với 19,9%). Tương tự, tỷ lệ bà mẹ có nhà riêng cao hơn những bà mẹ đang ở nhà thuê (80,4% với 19,6%). Về tình trạng kinh tế của gia đình, tỷ lệ bà mẹ có tình trạng kinh tế thoải mái cao hơn so với bà mẹ có tình trạng kinh tế khó khăn (63,8% so với 36,2%). Chỉ có 2% bà mẹ đang ở trong tình trạng đã ly hôn hoặc ly thân.

3.2. Kiến thức về tiêu chảy cấp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức của bà mẹ về tiêu chảy cấp (n=301)

Kiến thức của bà mẹ	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Định nghĩa tiêu chảy cấp	184	61,1	117	38,9
Nguyên nhân gây bệnh	196	65,4	105	34,6
Dấu hiệu mất nước	185	61,5	116	32,5
Dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế	193	64,1	108	35,9

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm thông tin chung và kiến thức về tiêu chảy cấp của DTNC (n=301)

Yếu tố liên quan		Kiến thức				OR (95%CI)	p
		Đúng		Chưa đúng			
		SL	%	SL	%		
Tuổi	Trên 35 tuổi (1)	19	32,8	39	67,2	OR _{1/3} = 3,3 (1,3 – 8,8)	0,01
	25 – 35 tuổi (2)	74	42,6	114	57,4	OR _{2/3} = 4,5 (1,9-10,4)	0,01
	< 25 tuổi (3)	7	1,8	48	98,2		
Nghề nghiệp	Cán bộ công chức, tiểu thương	91	37,9	149	62,1	3,5 (1,7-7,5)	0,01
	Nông dân, công nhân, nội trợ	9	14,8	52	85,2		
Kinh tế	Thoải mái	79	41,1	113	58,9	2,9 (1,7 – 5,1)	0,01
	Khó khăn	21	19,3	88	80,7		
Trình độ học vấn	TC/CD/ĐH/SĐH	89	39,1	139	60,9	3,6 (1,8- 7,1)	0,01
	Từ THPT trở xuống	11	15,3	61	84,7		
Nơi ở	Nhà riêng	92	38,0	150	62,0	3,9 (1,8-8,6)	0,01
	Nhà thuê	8	13,6	51	86,4		

Kết quả Bảng 4 cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung của bà mẹ và một số yếu tố thông tin chung như tuổi, nghề nghiệp, kinh tế, trình độ học vấn, và nơi ở. Theo đó, bà mẹ trên 35 tuổi có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,3 lần so với bà mẹ dưới 25 tuổi; bà mẹ từ 25 – 35 tuổi có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 4,5 lần so với bà mẹ dưới 25 tuổi. Theo nghề nghiệp, bà mẹ là cán bộ công chức, tiểu thương có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,5 lần so với bà mẹ là nông dân, công nhân, nội trợ. Bà mẹ có tình trạng kinh tế thoải mái có khả năng có kiến thức đúng

Các biện pháp phòng bệnh	136	45,2	165	54,8
Sử dụng Oresol bù dịch cho trẻ	160	53,2	141	46,8

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về định nghĩa tiêu chảy cấp là 61,1%. Kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh chiếm tỷ lệ 65,4%. Các bà mẹ có kiến thức chưa đúng về các dấu hiệu mất nước chiếm tỷ lệ 32,5%. Số bà mẹ có kiến thức đúng về các dấu hiệu cần đưa con đến khám tại các cơ sở y tế chiếm tỷ lệ 64,1%. Có 45,2% các bà mẹ có kiến thức đúng về các biện pháp phòng bệnh như ăn uống đảm bảo vệ sinh và xử lý phân an toàn cho trẻ. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về sử dụng Oresol đường uống bù dịch cho trẻ đạt 53,2%.

Bảng 3. Kiến thức chung của bà mẹ về tiêu chảy cấp (n=301)

Kiến thức chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiến thức đúng	100	33,2
Kiến thức chưa đúng	201	66,8

Kết quả Bảng 3 cho thấy, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về tiêu chảy cấp là 33,2%.

về tiêu chảy cấp cao hơn 2,9 lần so với bà mẹ có kinh tế khó khăn. Bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,6 lần so với bà mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở xuống. Bà mẹ ở nhà riêng có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,9 lần so với bà mẹ ở nhà thuê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ kiến thức chung đúng của bà mẹ về bệnh TCC là 33,2%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phan Hoàng Thùy Linh thực hiện tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2017 trên đối tượng các

bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc TCC, với tỷ lệ kiến thức chung đạt của bà mẹ là 32,3% [3]. Trong nghiên cứu này, có 61,1% bà mẹ có kiến thức đúng về định nghĩa của bệnh tiêu chảy cấp. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng thực hiện tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2020 (68,7%) [2], nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Ayalew và cộng sự tại Northwest Ethiopia năm 2018 (57,0%) [5]. Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng về nguyên nhân TCC đạt 65,1%, trong đó tỷ lệ cao bà mẹ cho rằng nguyên nhân gây bệnh là ăn thức ăn không đảm bảo vệ sinh (99,3%), sử dụng nguồn nước không đảm bảo vệ sinh (87,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Hoàng Thủy Linh cho thấy đa số các bà mẹ chỉ mới biết nguyên nhân gây tiêu chảy là do thức ăn không đảm bảo vệ sinh (97,2%), sử dụng nguồn nước không đảm bảo vệ sinh (73,9%), không rửa tay thường xuyên (57,3%) và xử lý phân không hợp vệ sinh (55,0%) [3]. Kiến thức về nhận biết được dấu hiệu mất nước của trẻ rất quan trọng cho việc chăm sóc trẻ, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về dấu hiệu mất nước đạt 61,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng chỉ ra rằng 58,8% bà mẹ nhận biết đúng và đủ về dấu hiệu mất nước [2]. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về phòng bệnh chỉ đạt 42,5%, trong đó đa số các bà mẹ chỉ biết đến phòng bệnh qua vệ sinh tay và đảm bảo vệ sinh ăn uống. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Salule Joseph Masangwi và cộng sự: 30,30% các bà mẹ cho rằng an toàn nguồn nước là biện pháp phòng tiêu chảy; 25,7% các bà mẹ cho rằng vệ sinh nguồn nước và 23,90% các bà mẹ cho rằng vệ sinh dụng cụ nấu ăn là những biện pháp phòng bệnh [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về sử dụng Oresol đường uống bù dịch cho trẻ đạt 53,2%. Về cách pha và bảo quản Oresol, có 66,8% các bà mẹ biết cách pha Oresol đúng theo hướng dẫn trên gói; 60,1% bà mẹ biết sử dụng nước đun sôi để nguội để pha Oresol; 70,4% các bà mẹ biết bảo quản Oresol trong các dụng cụ đảm bảo vệ sinh và 47,2% bà mẹ biết bảo quản Oresol trong vòng 24 giờ. Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại Nhi Hải Dương, với tỷ lệ kiến thức đúng về cách pha Oresol, dụng cụ bảo quản và thời gian bảo quản lần lượt là 69,8%; 84,3%; 69,3% [2].

Trong nghiên cứu này, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung về tiêu chảy cấp và một số đặc điểm nhân khẩu học của các bà mẹ bao gồm: tuổi, nghề nghiệp, kinh tế,

trình độ học vấn, và nơi ở. Theo độ tuổi, bà mẹ có độ tuổi từ 25 tuổi trở lên có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn so với các bà mẹ dưới 25 tuổi. Theo nghề nghiệp, bà mẹ làm cán bộ viên chức, tiểu thương có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,5 lần so với bà mẹ làm công việc khác. Lý giải cho kết quả này có thể là do những bà mẹ này có nhiều cơ hội tiếp cận với các nguồn thông tin về TCC và chăm sóc trẻ tốt hơn so với những bà mẹ làm nội trợ, nông dân. Theo trình độ học vấn, bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,6 lần so với bà mẹ có trình độ học vấn dưới trung cấp. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Phan Hoàng Thủy Linh, cho rằng những bà mẹ có trình độ học vấn cao sẽ có kiến thức về bệnh cao gấp 2,83 những bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn [3]. Theo tình trạng kinh tế, các bà mẹ có kinh tế thoải mái có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 2,9 lần so với những bà mẹ có kinh tế khó khăn. Những gia đình có kinh tế khó khăn thường sẽ phải lo toan về việc kiếm tiền, công việc thường nặng nhọc và tốn nhiều thời gian hơn nên sẽ ít có thời gian để chăm sóc con cái và tìm hiểu các kiến thức liên quan đến chăm sóc trẻ. Liên quan với nơi ở, bà mẹ ở nhà riêng có khả năng có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp cao hơn 3,9 lần so với bà mẹ ở nhà thuê. Kết quả này cũng phù hợp vì khi ở nhà riêng, cuộc sống ổn định hơn, bà mẹ cũng đỡ chịu áp lực về kinh tế và có thể yên tâm hơn trong tìm hiểu kiến thức phòng bệnh tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại bệnh viện Vimec Times City có kiến thức đúng về tiêu chảy cấp là 33,2%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về tiêu chảy cấp của bà mẹ bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và nơi ở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Văn Tuấn** (2021). "Kiến thức, thực hành chăm sóc của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2021". Tạp chí Y học Việt Nam. 513(2).
2. **Nguyễn Đức Hùng** (2020). "Thực trạng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của bà mẹ tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2020". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
3. **Phan Hoàng Thủy Linh** (2018). "Kiến thức, thực hành của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2017". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 1: tr. 44-50

4. **Lưu Thị Mỹ Thực, Trương Thị Phương, Phạm Thu Hiền** (2017). "Kiến thức về tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con tiêu chảy cấp điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017". Tạp chí y học dự phòng. 28: tr. 35-41
5. **A. M. Ayalew et al** (2018). "Assessment of Diarrhea and Its Associated Factors in Under-Five Children among Open Defecation and Open Defecation-Free Rural Settings of Dangla District, Northwest Ethiopia". J Environ Public Health. 2018: tr. 4271915
6. **S. Masangwi và các cộng sự** (2016). "Care-Seeking for Diarrhoea in Southern Malawi: Attitudes, Practices and Implications for Diarrhoea Control, 2016". Int J Environ Res Public Health. 13(11).
7. **WHO** (2018). Acute diarrhoeal diseases in complex emergencies: critical steps.
8. **Zenebe G. A. et al** (2022). Level of Mothers/Caregivers; Healthcare-Seeking Behavior for Child's Diarrhea, Fever, and Respiratory Tract Infections and Associated Factors in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biomed Res Int. 2022, pp. 4053085.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: UNG THƯ THỰC QUẢN 3 VỊ TRÍ ĐÁP ỨNG TỐT VỚI HÓA XẠ TRỊ

Nguyễn Thị Minh Phương¹, Vi Thành Long¹, Nguyễn Minh Dũng¹
Nguyễn Trí Trung Anh¹, Nguyễn Bảo Long²

TÓM TẮT

Ung thư thực quản là bệnh phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam. Châu Á là một điểm nóng về ung thư thực quản với khoảng xấp xỉ 80% tổng số các trường hợp ung thư thực quản mới mắc và tử vong hàng năm. Hiện nay, các hướng dẫn về điều trị ung thư thực quản đã tương đối đầy đủ cho các trường hợp điển hình. Tuy nhiên, vẫn còn đó những trường hợp bệnh đặc biệt, hiếm gặp chưa có sự thống nhất trong điều trị. Vị trí khối u là một căn cứ quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị ung thư thực quản. Đa số các trường hợp ung thư thực quản chỉ tồn tại 1 khối u, số các trường hợp ung thư thực quản có 2 khối u thuộc 2 đoạn rất ít và số trường hợp có 3 khối u thuộc 3 đoạn được coi là hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng ung thư thực quản 3 vị trí khác nhau ở một bệnh nhân nam 62 tuổi, đáp ứng hoàn toàn với hóa xạ trị đồng thời sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT), có thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 36 tháng tính đến thời điểm hiện tại. Mục tiêu của báo cáo là bổ sung cho y văn một trường hợp bệnh hiếm gặp, nhấn mạnh vai trò của hóa xạ trị đồng thời sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều trong điều trị ung thư thực quản.

SUMMARY

**CASE REPORT: SYNCHOROUS TRIPLE
PRIMARY SQUAMOUS CELL ESOPHAGEAL
CARRCINOMA WELL-RESPONDED TO
CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY**

Esophageal cancer is a common disease worldwide and in Vietnam. Asia is a hotspot for esophageal cancer with approximately 80% of new cases and deaths from esophageal cancer occurring annually. Currently, guidelines for treating typical cases of esophageal cancer are relatively comprehensive. However, there are still special and rare cases that have not been uniformly treated. The location of the tumor is an important consideration when selecting a treatment for esophageal cancer. The majority of esophageal cancer cases involve only one tumor, while cases with two tumors in two segments are very rare, and cases with three tumors in three segments are considered extremely rare. We report a rare clinical case of esophageal cancer with tumors in three different locations in a 62-year-old male patient who complete-responded to concurrent chemoradiotherapy with intensity-modulated radiation therapy (IMRT). The patient achieved disease-free survival (DFS) and overall survival (OS) of 36 months up to the present time. The objective of this report is to contribute the information of a rare case to medical literature and emphasize the role of concurrent chemoradiotherapy with intensity-modulated radiation therapy in treating esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh phổ biến, đứng thứ 9 về số ca mới mắc và đứng thứ 6 về số trường hợp tử vong do ung thư tính trên toàn thế giới. Châu Á là một điểm nóng về ung thư thực quản với khoảng xấp xỉ 80% số các trường hợp ung thư thực quản mới mắc và tử vong hàng năm. Tại Việt Nam năm 2020 ghi nhận trên 3200 trường hợp mắc mới và khoảng 3000 trường hợp tử vong do ung thư thực quản [1][2].

Hiện nay, các hướng dẫn về điều trị ung thư thực quản đã tương đối đầy đủ cho các trường hợp điển hình. Tuy nhiên, vẫn còn những trường hợp bệnh đặc biệt, hiếm gặp chưa có sự thống

¹Bệnh viện 19-8 - Bộ Công an

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương

Email: nguyentritrunganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

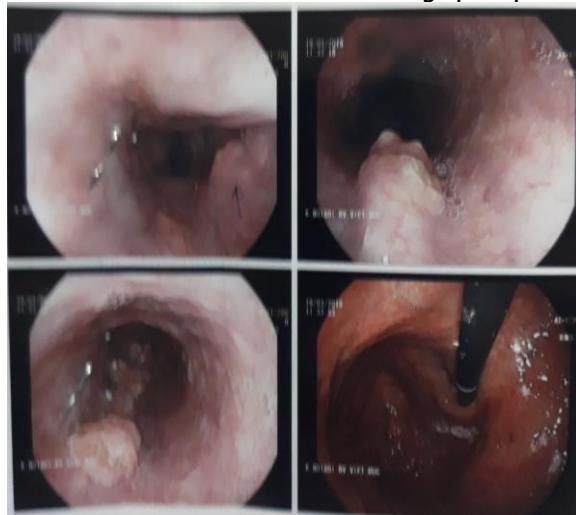
nhất trong điều trị. Vị trí khối u là một căn cứ quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị ung thư thực quản. Theo giải phẫu thực quản được chia thành 4 đoạn là: đoạn cổ, 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới [3]. Đa số các trường hợp ung thư thực quản chỉ tồn tại 1 khối u ở 1 trong 4 đoạn trên. Số các trường hợp ung thư thực quản có 2 khối u thuộc 2 đoạn rất ít và số trường hợp có 3 khối u thuộc 3 đoạn được coi là hiếm gặp.

Trong báo cáo này, chúng tôi thông báo một trường hợp bệnh hiếm gặp được chẩn đoán UTTQ đồng thời tại 3 vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới đáp ứng tốt với điều trị tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện 19-8 và hồi cứu y văn liên quan.

II. CA LÂM SÀNG

2.1. Lâm sàng và chẩn đoán. Bệnh nhân Đỗ Văn H. 62 tuổi. Tiền sử nghiện thuốc lá và lạm dụng rượu nhiều năm. Tháng 02 năm 2019 bệnh nhân nôn ra máu đỏ tươi số lượng ít, khám tại bệnh viện tuyến tỉnh phát hiện UTTQ. Tháng 03 năm 2019 nhập viện điều trị tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện 19-8. Thời điểm nhập viện bệnh nhân (BN) tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thể trạng trung bình, nuốt nghẹn ít vẫn ăn được cơm, khám hạch ngoại vi không phát hiện hạch to trên lâm sàng. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán và điều trị cho kết quả:

Nội soi thực quản – dạ dày bằng ống mềm kết hợp sinh thiết: Cách cung răng trên (CRT) 20cm có tổn thương gồ cao hơn xung quanh kích thước 5 – 6 mm, bề mặt sần sùi không đều. Cách CRT 24 cm có tổn thương sần sùi kích thước khoảng 10 mm. Cách CRT từ 29 – 40 cm có tổ chức u sùi. Sinh thiết tổn thương tại 3 vị trí.

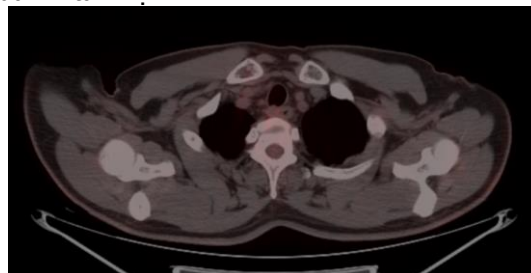


Hình 1. Hình ảnh nội soi thực quản - dạ dày trước điều trị

Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang: Hình ảnh u thực quản xâm lấn đến lớp cơ ở các đoạn 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới.

Giải phẫu bệnh lý (tại 3 vị trí): Ung thư biểu mô tế bào vảy.

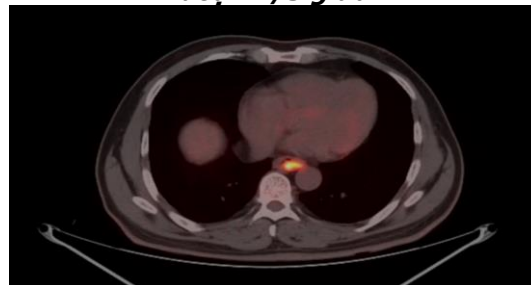
PET/CT: Dày và tăng chuyển hóa 18-FDG thành thực quản khu trú tại 1/3 trên và 1/3 giữa, lan tỏa tại 1/3 dưới từ carina đến đoạn nối thực quản – tâm vị.



Hình 2. Hình ảnh PET/CT khối u thực quản đoạn 1/3 trên



Hình 3. Hình ảnh PET/CT khối u thực quản đoạn 1/3 giữa



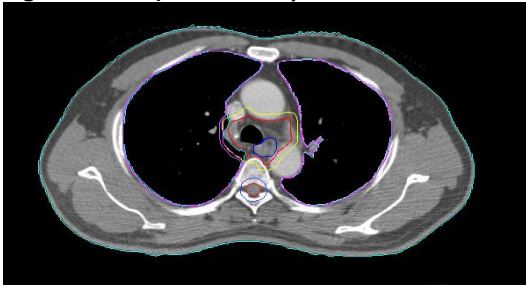
Hình 4. Hình ảnh PET/CT khối u thực quản đoạn 1/3 dưới

Chẩn đoán: Ung thư thực quản loại biểu mô tế bào vảy 3 vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới, giai đoạn II (cT3N0M0).

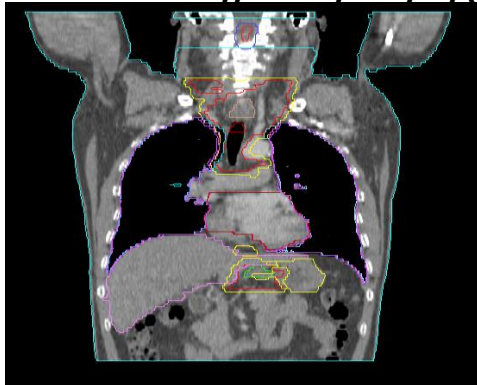
2.2. Lập kế hoạch, thực hành và theo dõi quá trình điều trị. Với chẩn đoán như trên, ngày 22/04/2019 BN được hội chẩn điều trị, kết luận thống nhất phương án điều trị “Hóa xạ trị triệt căn với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin hàng tuần”, cụ thể như sau:

- Xạ trị bằng kỹ thuật điều biến liều (IMRT), tổng liều xạ 50,4 Gy với phân liều xạ 1,8 Gy

(tổng số buổi xạ là 28 buổi).



Hình 5. Hình ảnh lập kế hoạch xạ trị (1)



Hình 6. Hình ảnh lập kế hoạch xạ trị (2)

- Hóa trị phác đồ Paclitaxel – Carboplatin hàng tuần x 05 tuần với liều:

Paclitaxel 50 mg/m²/tuần.

Carboplatin liều AUC2/tuần.

Bệnh nhân được sử dụng các thuốc hỗ trợ bao gồm các thuốc chống nôn, chống viêm, chống dị ứng và thuốc bôi ngoài da giảm tác dụng không mong muốn trên da của xạ trị. Quá trình theo dõi, không ghi nhận tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị trên hệ tạo máu, gan, thận và các cơ quan khác. Bệnh nhân bị bỏng da độ 2 do tác dụng phụ của xạ trị chiếu ngoài, tuy nhiên được điều trị ổn định, hết đau rất sau 02 tuần kết thúc xạ, tuy nhiên vẫn còn tình trạng thay đổi sắc tố của da.

2.3. Đánh giá kết quả điều trị. Về mặt lâm sàng, sau khi kết thúc hóa xạ trị, thể trạng bệnh nhân tốt lên, ăn uống bình thường, tăng 2 kg cân nặng. Da vùng cổ ngực (vùng xạ trị) thay đổi sắc tố so với bình thường tuy nhiên không đau rát. Về cận lâm sàng, nội soi thực quản – dạ dày bằng ống mềm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng không phát hiện bất thường. Đánh giá sau điều trị bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn.

Tại thời điểm sau điều trị 3 tháng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính không phát hiện bất thường. Thời điểm 1 năm sau điều trị, bệnh nhân được chụp PET/CT phát hiện nốt dưới vai trái tăng hấp thu FDG (đây là tổn thương viêm sau bóc u bã

đậu), ngoài ra không phát hiện hình ảnh tăng hấp thu FDG bất thường tại các vị trí khác của cơ thể.

Sau 3 năm kết thúc điều trị (tháng 5/2022), nội soi thực quản – dạ dày và chụp CLVT lồng ngực + ổ bụng tiếp tục không phát hiện dấu hiệu của bệnh tái phát, di căn.

Tóm lại, bệnh nhân được đánh giá đáp ứng hoàn toàn với điều trị, sau 3 năm chưa phát hiện dấu hiệu của bệnh tái phát, di căn.

III. BÀN LUẬN

Ung thư thực quản là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam, loại ung thư này gặp nhiều ở nam giới hơn là nữ giới với lứa tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao ở độ tuổi từ 50 tuổi trở lên. Trong số các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc bệnh thì nghiện thuốc lá và rượu được nhắc đến đầu tiên, có liên quan đến 90% các trường hợp ung thư thực quản [4]. Ca bệnh được chúng tôi báo cáo có đặc điểm về dịch tễ và yếu tố nguy cơ khá điển hình cho một trường hợp UTTQ loại tế bào vảy.

Vị trí khối u là một căn cứ quan trọng trong xây dựng kế hoạch điều trị ung thư thực quản. Theo giải phẫu thực quản được chia thành 4 đoạn là: đoạn cổ (cách CRT 15-18 cm), 1/3 trên (18-24 cm), 1/3 giữa (24-32 cm) và 1/3 dưới (32-40 cm) [3]. Đa số các trường hợp ung thư thực quản chỉ tồn tại 1 khối u ở 1 trong 4 đoạn trên. Số các trường hợp ung thư thực quản có 2 khối u thuộc 2 đoạn rất ít và số trường hợp có 3 khối u thuộc 3 đoạn được coi là hiếm gặp. Tại Brazil vào năm 2018, tác giả Petroianu, A. và cộng sự cho biết đã có những nghiên cứu về ung thư thực quản loại biểu mô vảy cùng tồn tại với một loại ung thư khác, tuy nhiên mới chỉ có 05 trường hợp bệnh nhân cùng lúc mang 2 khối ung thư thực quản được báo cáo. Và trường hợp có 3 khối u cùng tồn tại mà nhóm tác giả này báo cáo là trường hợp đầu tiên được ghi nhận [5]. Trong khi đó tại Châu Á, nhóm tác giả Chen, Z. tiến hành nghiên cứu từ 2010 đến 2015 cho biết trong nghiên cứu của mình có tới 9 bệnh nhân có 3 khối ung thư thực quản cùng lúc và ghi nhận có 1 trường hợp có tới 4 khối u nguyên phát tại thực quản [6]. Hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày của bệnh nhân chúng tôi báo cáo có 3 tổn thương cách CRT lần lượt là 20 cm, 24 cm và 29 cm (kéo dài đến đoạn cách CRT 40 cm). Cả 3 tổn thương được nêu trên đều có đặc điểm nghi ngờ ác tính và đã được sinh thiết cho kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy. Kết quả trên phù hợp với hình ảnh PET/CT của bệnh nhân khi cả 3 tổn thương đều tăng hấp thu 18-

FDG. Các dữ liệu trên đã cho thấy bệnh nhân này là một trường hợp UTTQ hiếm gặp có sự tồn tại 3 khối u trên 3 đoạn khác nhau của thực quản.

Về mặt điều trị, các hướng dẫn hiện nay cho mặt bệnh ung thư thực quản đã tương đối đầy đủ cho các trường hợp điển hình. Với những bệnh nhân chưa có di căn xa, mục tiêu điều trị là điều trị triệt căn bằng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị đồng thời. Các nghiên cứu quốc tế và trong nước đã cho thấy hiệu quả của hóa xạ trị đồng thời triệt căn trong điều trị ung thư thực quản loại tế bào vảy. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lợi (2015) cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần tương đối cao, lần lượt là 30,3% và 45,5% khi sử dụng hóa xạ trị đồng thời triệt căn điều trị ung thư thực quản giai đoạn III [7].

Với trường hợp bệnh nhân Đỗ Văn H. mặc dù chưa có di căn hạch nhưng tổn thương đa vị trí ở thực quản dẫn đến tiên lượng phẫu thuật khó khăn ở bệnh nhân này, hội chẩn đa chuyên khoa quyết định phương pháp điều trị ở bệnh nhân này là hóa xạ trị đồng thời triệt căn với tổng liều xạ 50,4 Gy (phân liều 1,8 Gy) và phác đồ hóa chất Paclitaxel – Carboplatin hàng tuần. Sau điều trị đánh giá bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị ở mức chấp nhận được. Bệnh nhân được tái khám mỗi 3 tháng không phát hiện bất thường. Tính đến thời điểm tháng 5/2022 (sau kết thúc điều trị 3 năm), bệnh nhân được làm các xét nghiệm không phát hiện tổn thương nghi ngờ ác tính. Khó khăn lớn nhất ở trường hợp này khi lập kế hoạch xạ trị là trường xạ rất rộng với CTV lên phía trên 4 cm và mở xuống phía dưới đến sát động mạch thân tạng (chiều dài trường xạ là 33 cm theo chiều trên – dưới). Bằng việc tuân thủ nghiêm quy trình mô phỏng, lập kế hoạch, kiểm chuẩn, thực hành xạ trị và theo dõi sát, các tác dụng không mong muốn được kiểm soát chặt chẽ ở mức chấp nhận được.

Trường hợp với bệnh cảnh lâm sàng tương tự với ca bệnh chúng tôi báo cáo của tác giả Petroianu, A. báo cáo 2018 được điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời triệt căn, liều xạ 50,4 Gy với hóa chất phác đồ kết hợp Cisplatin và Fluoropyrimidine. Sau khi kết thúc điều trị 5 tháng, bệnh tái phát tại chỗ gây nuốt nghẹn nhiều và bệnh nhân được mở thông dạ dày nuôi dưỡng. Thời điểm sau 11 tháng tính từ lúc được chẩn đoán, bệnh nhân qua đời do suy dinh dưỡng và viêm phổi 2 bên. Xét về kết quả điều trị, trường hợp của chúng tôi cho kết quả tốt hơn

khi so sánh với trường hợp được báo cáo của tác giả Petroianu, A. [5]. Trong nghiên cứu của tác giả Chen, Z. thì các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cho kết quả tốt hơn so với hóa xạ trị đồng thời triệt căn, tuy nhiên cần lưu ý rằng các trường hợp có từ 3 khối u trở lên đều được điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời triệt căn do các yếu tố nguy cơ cao từ phẫu thuật [6].

Tóm lại, thông qua trường hợp lâm sàng cụ thể và hồi cứu y văn liên quan, chúng tôi nhận số các trường hợp ung thư thực quản có nhiều khối u nguyên phát là hiếm gặp và việc điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời có thể đem lại kết quả khả quan nếu bệnh nhân không còn chỉ định với phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư thực quản với nhiều khối u nguyên phát trên các đoạn khác nhau là một trường hợp hiếm gặp và chưa có nhiều hướng dẫn điều trị liên quan đến trường hợp này. Hóa xạ trị đồng thời triệt căn đem lại hiệu quả, có thể được cân nhắc trong các trường hợp tiên lượng phẫu thuật khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians, 71(3), 209–249.
2. **International Agency for Research on Cancer** (2020) The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020 Vietnam, Lyon.
3. **Huang, F. L., & Yu, S. J.** (2018). Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. Asian journal of surgery, 41(3), 210–215.
4. **DeVita Vincent T., Hellman Theodore S., Rosenberg Steven A.** (2019) Cancer of the esophagus, In: Cancer: Principles & Practice of Oncology, 11th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia, 1307-1385.
5. **Petroianu, A., Sabino, K. R., & Nunes, M. B.** (2018). Synchronous triple squamous cell carcinoma of the esophagus. International journal of surgery case reports, 49, 34–36.
6. **Chen, Z., Li, S., He, Z., & Li, G.** (2021). Clinical analysis of 117 cases with synchronous multiple primary esophageal squamous cell carcinomas. The Korean journal of internal medicine, 36(6), 1356–1364.
7. **Nguyễn Đức Lợi** (2015) Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP NHIỄM SALMONELLA GÂY TẮC RUỘT NON VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Khổng Trọng Thắng¹, Nguyễn Phi Tùng¹, Bùi Minh Thanh¹,
Nguyễn Tấn Được¹, Phan Thị Loan¹, Cao Tấn Hiền¹,
Nguyễn Thị Thanh Hiền¹, Nguyễn Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Chúng tôi mô tả một trường hợp nhiễm Salmonella có biểu hiện nặng và hiểm gấp ở bệnh nhân nam 26 tuổi, với các triệu chứng của nhiễm trùng tiêu hóa, tổn thương thận cấp và sốc nhiễm khuẩn. Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học cho thấy bệnh nhân có tình trạng tắc ruột non. Bệnh nhân được ưu tiên hồi sức nội khoa, tri hoãn phẫu thuật, theo dõi sát tình trạng bụng. Sau hồi sức tích cực 12 giờ với kháng sinh, bù dịch, lọc máu liên tục tình trạng bệnh nhân cải thiện nhanh. Cây máu và cấy phân chỉ ra tác nhân là vi khuẩn Salmonella. Bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công và xuất viện sau 14 ngày.

Từ khóa: Nhiễm Salmonella, tắc ruột non, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

A CASE STUDY: SALMONELLA-INDUCED SMALL BOWEL OBSTRUCTION AND SEPTIC SHOCK

We present a rare and severe case of Salmonella infection in a 26-year-old male patient, demonstrating symptoms of gastrointestinal infection, acute kidney injury, and septic shock. Clinical manifestations and imaging depict a scenario of small bowel obstruction. The patient was prioritized for internal resuscitation, with surgical intervention postponed and close abdominal monitoring. Following an intensive 12-hour resuscitation regimen involving antibiotics, fluid replacement, and continuous renal replacement therapy (CRRT), the patient's condition notably improved. Blood and stool cultures revealed the presence of Salmonella bacteria. The patient underwent successful internal medical treatment and was discharged after 14 days.

Keywords: Salmonella infection, small bowel obstruction, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm Salmonella là nguyên nhân gây tiêu chảy thường gặp ở các nước đang phát triển. Bệnh cảnh nhiễm Salmonella đa dạng, từ sốt thương hàn, viêm dạ dày ruột, tới các biểu hiện nặng và nguy kịch như sốc nhiễm khuẩn, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột [1, 2]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nhiễm Salmonella ở người

lớn với biểu hiện rất hiếm gặp là tắc ruột non, đi kèm sốc nhiễm khuẩn, tổn thương thận cấp, gây khó khăn trong quyết định can thiệp. Ca bệnh giúp nâng cao hiểu biết về biểu hiện các biểu hiện của nhiễm Salmonella, giúp chúng ta có thêm thông tin để đưa ra quyết định can thiệp, đặc biệt là can thiệp ngoại khoa trong các tình huống tương tự.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 26 tuổi, người Nhật đang làm việc ở Việt Nam. Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán viêm tụy mạn do bệnh lý tự miễn khoảng 6 tháng trước tại Nhật Bản, có được điều trị với corticosteroid không rõ liều và thời gian điều trị. Sáng ngày nhập viện ghi nhận bệnh nhân đi tiêu phân lỏng nhiều lần, phân toàn nước, kèm triệu chứng đau bụng, chướng bụng, buồn nôn và nôn 2 lần ra thức ăn cũ. Bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu bệnh viện chúng tôi với các triệu chứng như trên, khám lâm sàng ghi nhận sinh hiệu ban đầu với mạch 120 lần/phút, huyết áp 70/30mmHg không đáp ứng với bù dịch ban đầu phải duy trì thuốc vận mạch Noradrenaline 0.27µg/kg/phút, thở khí phòng với SpO2 97%, bụng chướng nhiều và đau khắp bụng, âm ruột tăng, phản ứng thành bụng không rõ. Xét nghiệm ban đầu ghi nhận số lượng bạch cầu (WBC) $7.5 \times 10^9/L$, hematocrit 44.1%, C-reactive protein (CRP) 474 mg/L, procalcitonin 13.4 ng/mL, ure 10.1 mmol/l, creatinin 212 µmol/l, amylase 18 U/l, lipase 9.6 U/l. Bệnh nhân được chẩn đoán có tình trạng sốc nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa, không loại trừ các tình trạng bụng ngoại khoa nên được chỉ định chụp cắt lớp vi tính (Ctscan) có tiêm thuốc cản quang. Kết quả Ctscan bụng ghi nhận có tình trạng tắc ruột non (Hình 1 và Hình 2). Đánh giá về việc can thiệp ngoại khoa, bệnh nhân có tắc ruột không hoàn toàn và chưa có dấu hiệu hoại tử ruột, không có các nguyên nhân tắc ruột cơ học như u, dây dính, xoắn ruột, hiện đang trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn và tổn thương thận cấp, do đó chúng tôi thống nhất ưu tiên điều trị nội khoa và theo dõi sát tình trạng bụng, đánh giá lại chỉ định phẫu thuật sau mỗi 6-12 giờ. Bệnh nhân tiếp tục được hồi sức tích cực với kháng sinh

¹Bệnh viện Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phi Tùng

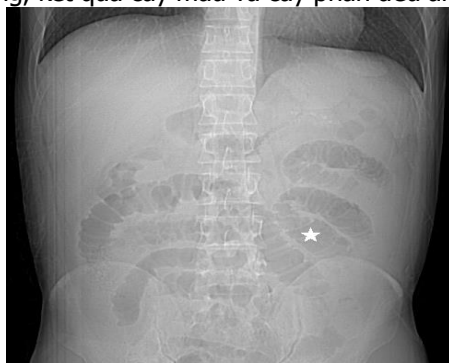
Email: tungydkhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

(Meropenem), bù dịch, vận mạch, nhịn ăn và đặt sonde dạ dày để giảm áp lực ổ bụng. Bệnh nhân cũng được lọc máu liên tục (CRRT) vì có tình trạng sốc nhiễm khuẩn và tổn thương thận cấp vô niệu sau 6 giờ hồi sức. Sau 12 giờ hồi sức ban đầu, tình trạng bệnh nhân cải thiện khá rõ rệt, huyết động ổn định, bụng bớt đau và bớt chướng, Ctscan không tiêm thuốc cản quang ghi nhận tình trạng dẫn các quai ruột non đã cải thiện rõ rệt (Hình 3), do đó bệnh nhân tiếp tục được hồi sức nội khoa. Sau 72 giờ điều trị, kết quả cấy máu và cấy phân lúc nhập viện ghi nhận cùng tác nhân *Salmonella* group nhạy nhiều kháng sinh (Hình 4), trong đó có kháng sinh Meropenem đang dùng, xét nghiệm Widal âm tính. Bệnh nhân được xuống thang kháng sinh theo kháng sinh đồ, ngưng CRRT vì chức năng thận cải thiện và huyết động ổn định đã ngưng được thuốc vận mạch, chuyển khoa Nội tiêu hóa điều trị tiếp. Sau 14 ngày điều trị bệnh nhân được xuất viện. Tại thời điểm xuất viện, bệnh nhân có thể ăn uống đường miệng, bụng hết chướng, kết quả cấy máu và cấy phân đều âm tính.



Hình 7: Hình ảnh X-quang bụng lúc nhập viện ghi nhận ứ hơi nhiều ở ruột non (dấu hoa thị)



Hình 8: Hình ảnh Ctscan bụng có tiêm thuốc cản quang lúc nhập viện

A. Các quai hồng tràng dẫn lớn (mũi tên) và thành dày, một số quai hồi tràng cũng dẫn nhẹ

B. Các quai hồng tràng dẫn lớn (dấu sao), có ứ đọng bã thức ăn (mũi tên)

III. BÀN LUẬN

Salmonella là tác nhân gây nhiễm trùng qua

đường tiêu hóa phổ biến[1]. *Salmonella* gồm nhiều chủng vi khuẩn, được chia làm 2 nhóm chính là nhóm vi khuẩn gây sốt thương hàn (typhoidal salmonella) và nhóm không gây sốt thương hàn (non-typhoidal salmonella) với bệnh cảnh viêm dạ dày ruột[2]. Về dịch tễ học, trước đây Việt Nam từng là vùng lưu hành dịch thương hàn, tuy nhiên từ năm 2005 trở đi, số liệu cho thấy tỉ lệ sốt thương hàn giảm đáng kể (tần suất nhỏ hơn 10 trường hợp trên 100.000 dân), nhóm vi khuẩn *Salmonella* không gây sốt thương hàn là chủng phổ biến hơn [3], và *Salmonella typhimurium* là chủng phổ biến nhất [4]. Biểu hiện của bệnh nhân nhiễm *Salmonella* cũng đa dạng, từ các thể bệnh nhẹ như viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiêu hóa, đến các trường hợp diễn tiến nặng gây sốc nhiễm khuẩn, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm phổi, viêm não và màng não, viêm nội tâm mạc... [1,2] Những yếu tố liên quan đến nhiễm *Salmonella* biểu hiện nặng gồm suy giảm miễn dịch, bệnh lý ác tính, sử dụng corticosteroid, lớn tuổi.[5]



Hình 3: Hình ảnh Ctscan không tiêm thuốc cản quang 24 giờ sau nhập viện, ghi nhận các quai ruột không còn giãn, độ dày thành ruột giảm

Trường hợp của chúng tôi là một bệnh nhân nam trẻ, tuy nhiên bệnh nhân có tiền sử viêm tụy mạn do bệnh tự miễn, có dùng corticosteroid, chưa tiêm vắc xin thương hàn, đây là những yếu tố nguy cơ của nhiễm *Salmonella* nặng. Các triệu chứng khởi đầu và các triệu chứng chính là biểu hiện của nhiễm trùng tiêu hóa với sốt, tiêu chảy, đau bụng. Bệnh diễn tiến nhanh vào nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, tổn thương thận cấp và một biểu hiện hiếm được ghi nhận là tắc ruột non. Biểu hiện nặng về đường tiêu hóa trong nhiễm *Salmonella* ghi nhận là thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa do sự xâm nhập của vi khuẩn gây loét niêm mạc đoạn cuối hồi tràng[2]. Về biến chứng tắc ruột non, các báo cáo trên thế giới về tình huống này rất ít, chỉ có một vài báo cáo ca[1]. Một trường hợp được tác giả Sunny

Sandhu và cộng sự báo cáo ở một bệnh nhân nam 72 tuổi có ung thư phế quản, nhập viện với bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết và ghi nhận biểu hiện viêm đoạn cuối hồi tràng và bán tắc ruột non. Vi khuẩn *Salmonella typhimurium* phân lập được từ mẫu phân, bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công, triệu chứng cải thiện sau 48 giờ điều trị kháng sinh [6]. Một trường hợp khác là tắc ruột non ở bệnh nhân nam 70 tuổi bệnh thận mạn giai đoạn cuối ghép thận thất bại, nhập viện với các triệu chứng như buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy, sau đó biểu hiện của tắc ruột non, cấy phân ra *Salmonella muenchen* và bệnh nhân cũng được điều trị bảo tồn thành công với kháng sinh [7]. Cơ chế gây tắc ruột non ở *Salmonella* được cho là do phản ứng viêm tương tự một số vi khuẩn khác như *Yersenia*, *Clostridium difficile*, *Mycobacterium* với khởi đầu là phản ứng viêm, sau đó là sự xâm nhập của bạch cầu đa nhân trung tính gây viêm và phù nề niêm mạc đường ruột [6]. Vị trí thường viêm nhất là đoạn cuối hồi tràng. Trong trường hợp của chúng tôi vì các đoạn hồng tràng lẫn hồi tràng đều thấy thành dày và lòng ruột dẫn nên đoạn ruột viêm có thể đoạn ruột viêm không chỉ ở đoạn cuối hồi tràng.



BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC
CENTRAL PARK
720A Điện Biên Phủ-P.22-Q.Bình Thạnh-TPHCM
Điện Thoại: 02836221166 (nhân bản/brand: 0)

PID: 200984973
MTD/Visit Number:
DT/Object: Japan

Yêu cầu/Test Name: Vi khuẩn nuôi cấy, định danh và kháng thuốc hệ thống tự động/ Culture, identification and antimicrobial resistance of bacteria by automated system
Vị trí lấy mẫu: Cây máu_Tinh mạch/Blood culture (vein) - Tay Trái/left arm

Kết quả/Result	DƯƠNG TÍNH/POSITIVE			
Tên vi khuẩn/Bacteria	Salmonella group			
Kháng sinh (Antibiotic)	Nhạy (Sensitivity)	Trung gian (Intermediate)	Kháng (Resistance)	Ghi chú (Note)
- Ampicillin	MIC<=2			
- Piperacillin/Tazobactam	MIC<=4			
- Piperacillin	MIC<=4			
- Cefepoxime	MIC<=0.25			
- Cefotaxime	MIC<=1			
- Cefazidime	MIC<=1			
- Ertapenem	MIC<=0.5			
- Imipenem	MIC<=0.25			
- Meropenem	MIC<=0.25			
- Tigecycline	MIC<=0.5			
- Moxifloxacin	MIC<=0.25			
- Ciprofloxacin	MIC<=0.25			
- Trimethoprim/Sulfamethoxazole	MIC<=20			

Đề kháng/Resistance:

Hình 4: Kết quả cấy máu 2 vị trí, cấy phân ra cùng tác nhân là *Salmonella*, nhạy nhiều kháng sinh

Biến chứng tắc ruột non gây khó khăn cho quyết định can thiệp lâm sàng, đặc biệt là can thiệp ngoại khoa. Trong trường hợp này chúng tôi nhận định bệnh nhân có bán tắc ruột non nghĩ do viêm, đã loại trừ các nguyên nhân tắc ruột non cơ học cũng như các bệnh lý bụng ngoại khoa khác nên chúng tôi quyết định trì hoãn can thiệp ngoại khoa và theo dõi sát diễn tiến lâm sàng. Tình trạng viêm ruột cải thiện nhanh bên cạnh các biện pháp hỗ trợ giảm áp lực ổ bụng khiến tình trạng tắc ruột cũng cải

thiện nhanh. Việc vi khuẩn còn nhạy với kháng sinh sử dụng ban đầu cũng là yếu tố thành công ở trường hợp này. Báo cáo về thể bệnh giúp tăng thêm kiến thức về biểu hiện hiếm gặp này của nhiễm *Salmonella*.

Trường hợp của chúng tôi bệnh nhân khởi phát đột ngột với các triệu chứng đường tiêu hóa, không có các triệu chứng điển hình của sốt thương hàn như sốt kéo dài, mạch nhiệt phân ly, gan lách to, xét nghiệm Widal âm tính nên nhóm tác nhân nghĩ tới là *Salmonella* không gây sốt thương hàn. Tuy nhiên, vì chúng tôi dùng bộ kit tự động VITEK-2, chỉ có thể dừng lại ở định danh nhóm vi khuẩn *Salmonella* và kháng sinh đồ chứ không phân nhóm hoặc định danh chính xác được chủng *Salmonella*, đây là một nhược điểm của báo cáo này.

IV. KẾT LUẬN

Salmonella là tác nhân thường gặp gây nhiễm trùng tiêu hóa với biểu hiện bệnh đa dạng. Giống như một số vi khuẩn khác, *Salmonella* cũng có thể gây viêm ruột dẫn đến biến chứng tắc ruột non và tình trạng này gây khó khăn trong quyết định chẩn đoán và đưa ra các quyết định can thiệp. Báo cáo giúp tăng thêm hiểu biết về thể bệnh hiếm gặp này của nhiễm *Salmonella*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2023).** *Salmonella for Health Professionals* [https://www.cdc.gov/salmonella/general/technical.html]
2. **Marchello CS, Birkhold M, Crump JA (2022).** Complications and mortality of non-typhoidal salmonella invasive disease: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious diseases*, 22(5):692-705.
3. **Qamar FN, Hussain W, Qureshi S (2022).** Salmonellosis Including Enteric Fever. *Pediatric clinics of North America*, 69(1):65-77.
4. **Nga TVT, Duy PT, Lan NPH, Chau NVV, Baker S (2018).** The Control of Typhoid Fever in Vietnam. *The American journal of tropical medicine and hygiene* 2018, 99(3_Suppl):72-78.
5. **Dang-Xuan S, Nguyen-Viet H, Pham-Duc P, Unger F, Tran-Thi N, Grace D, Makita K (2019).** Risk factors associated with *Salmonella* spp. prevalence along smallholder pig value chains in Vietnam. *International journal of food microbiology*, 290:105-115.
6. **Sandhu S, Alhankawi D, Prajapati D (2022).** *Salmonella typhimurium* as a Rare Cause of Small Bowel Obstruction. *Journal of community hospital internal medicine perspectives*, 12(4):111-113.
7. **Onderko L, Diamond-Falk KJP (2018).** A Case of *Salmonella* and a Small Bowel Obstruction, 142(1_MeetingAbstract):709-709.

CĂNG THẲNG VÀ CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ VỚI CĂNG THẲNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Thị Thanh Nga¹, Lê Việt Tùng¹,
Lê Thị Kim Ánh², Nguyễn Hữu Thịnh^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chăm sóc sức khỏe cho đối tượng nhân viên y tế tại bệnh viện là vấn đề cần quan tâm, trong đó việc đánh giá thực trạng căng thẳng và chiến lược ứng phó với căng thẳng cho đối tượng này cần được thực hiện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên nhân viên y tế tại Bệnh Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 02/2023 đến 07/2023, nhằm xác định tỉ lệ căng thẳng bằng thang đo Perceived Stress Scale và chiến lược ứng phó với căng thẳng bằng thang Brief-COPE. **Kết quả:** Kết quả phân tích trên 493 nhân viên y tế với tỉ lệ căng thẳng là 21,7%, trong đó bác sĩ (12,7%); dược sĩ/ điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh (26,1%) và nhân viên hành chính (18,5%). Phân tích chiến lược ứng phó với căng thẳng trên 107 nhân viên có tình trạng căng thẳng cho thấy chiến lược được sử dụng nhiều nhất là ứng phó tập trung vào cảm xúc (điểm $2,93 \pm 0,41$); chiến lược ứng phó sử dụng thấp nhất là ứng phó kiểu né tránh (điểm $2,47 \pm 0,42$). Các yếu tố liên quan đến căng thẳng bao gồm: tuổi, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, tình trạng hôn nhân, tình trạng có con, quá tải công việc, sự thiếu hụt nhân sự và cấp trên hỗ trợ trong công việc. **Kết luận:** Tỉ lệ căng thẳng ở nhân viên y tế ở mức trung bình, và đa số sử dụng chiến lược ứng phó tập trung vào cảm xúc. Qua đó nên có nhiều chương trình hỗ trợ cho đối tượng điều dưỡng và nhân viên hành chính, nhất là những người có độ tuổi dưới 30 tuổi. **Từ khóa:** Căng thẳng, PSS, Brief-COPE, nhân viên y tế.

SUMMARY

STRESS AND STRATEGIES FOR COPING WITH STRESS AMONG HEALTHCARE WORKERS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY IN 2023

Introduction: Healthcare for healthcare workers is a crucial concern, and evaluating the current status of stress and coping strategies among this group is of paramount importance. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on healthcare workers at the University Medical Center Ho Chi Minh City from February to July 2023. The study aimed to

determine the prevalence of stress using the Perceived Stress Scale and assess coping strategies using the Brief-COPE scale. **Results:** Analysis of data from 493 healthcare workers revealed an overall stress prevalence of 21.7%. This was further broken down into 12.7% among physicians, 26.1% among pharmacists, nurses, technicians, and midwives, and 18.5% among administrative staff. Among the 107 stressed participants, the most frequently used coping strategy was emotion-focused coping (score of 2.93 ± 0.41), while the least used coping strategy was avoidance coping (score of 2.47 ± 0.42). Factors associated with stress included age, educational level, professional qualifications, marital status, parental status, workload, staffing shortages, and supervisory support. **Conclusions:** The prevalence of stress among healthcare workers was moderate, with the majority utilizing emotion-focused coping strategies. Therefore, it is recommended to implement support programs, particularly for nurses and administrative staff, especially those aged under 30. **Keywords:** stress, PSS, Brief-COPE, health workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn sức khỏe tâm thần là một trong những vấn đề sức khỏe phổ biến trong dân số. Theo số liệu báo cáo tại Mỹ thì cứ 5 người có đến 1 người trưởng thành có rối loạn tâm thần (gần 52,9 triệu người vào năm 2020), trong đó có đến 71% người trưởng thành có ít nhất một triệu chứng căng thẳng như đau đầu, cảm thấy choáng ngợp hoặc lo lắng (1). Tại Việt Nam theo thống kê của Bệnh viện Tâm thần Trung Ương I, tỉ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần phổ biến năm 2014 là 14,2%, trong đó có rối loạn căng thẳng. Theo thống kê của Bộ Y tế, tại Việt Nam năm 2017 có khoảng 15% dân số mắc các rối loạn liên quan tới căng thẳng như hoảng sợ, ám ảnh, rối loạn sang chấn và lo âu (2). Do vậy, tình trạng căng thẳng đang là vấn đề sức khỏe được quan tâm ở nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam.

Nhân viên y tế (NVYT), người đóng vai trò quan trọng trong quá trình chăm sóc người bệnh, luôn phải tiếp tục công việc của mình bất chấp những rủi ro vốn có và công việc chăm sóc người bệnh này được biết đến như một nguồn căng thẳng chính đối với NVYT (3). Các nghiên cứu đánh giá mức độ căng thẳng ở NVYT tại Việt Nam với tỉ lệ dao động từ 8,0% - 53,1%, tỉ lệ ghi

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại Học Y Tế Công Cộng

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Nga

Email: nga.ttt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

nhận cao nhất trên đối tượng điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự chênh lệch về tỉ lệ căng thẳng ở từng phân tuyến bệnh viện khác nhau, khuynh hướng các NVYT ở tuyến trên có tỉ lệ căng thẳng cao hơn tuyến dưới (4-8). Ngoài ra, trên thực tế chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về chiến lược ứng phó với căng thẳng ở NVYT. Từ những lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định tỉ lệ căng thẳng, phân tích các yếu tố ảnh hưởng và chiến lược ứng phó với căng thẳng của NVYT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 2/2023 đến 7/2023.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn chọn vào: Nhân viên y tế có thời gian công tác tại Bệnh viện từ 6 tháng trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: Nhân viên y tế không có mặt tại thời điểm nghiên cứu (nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội, nghỉ phép, đi học hoặc đi công tác dài hạn ở nước ngoài).

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Sau khi sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ (ước lượng tỉ lệ căng thẳng) và ước lượng một trung bình (điểm trung bình chiến lược ứng phó) và dự trù mất mẫu 10%, cỡ mẫu cho nghiên cứu là 499 NVYT. Trên thực tế triển khai nghiên cứu thu thập được 499 NVYT và loại 6 phiếu với dữ liệu không đầy đủ, còn lại 493 NVYT bao gồm: 110 bác sĩ; 291 điều dưỡng, dược sĩ, kỹ thuật viên, hộ sinh; và 92 nhân viên hành chính) được đưa vào phân tích dữ liệu.

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng theo tỉ lệ các đối tượng gồm: 769 bác sĩ; 2031 điều dưỡng, dược sĩ, kỹ thuật viên, hộ sinh; và 643 nhân viên hành chính.

Dựa vào danh sách bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, kỹ thuật viên, hộ sinh và nhân viên hành chính tại bệnh viện, tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với khoảng mẫu $k=7$, và thực hiện khảo sát dựa theo danh sách đã được chọn.

2.5. Công cụ thu thập dữ liệu. Xác định tỉ lệ căng thẳng theo thang đo Perceived Stress Sale (PSS) và mô tả chiến lược ứng phó với căng thẳng bằng thang Brief-COPE. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xin phép và đăng ký sử dụng thang đo PSS và Brief-COPE trên hệ thống ePROVIDE™.

Tại Việt Nam, thang đo PSS-10 và thang Brief-COPE đã được dịch thuật, chuẩn hóa và đánh giá tính tin cậy phiên bản tiếng Việt với độ tin cậy cao, với hệ số Cronbach's alpha lần lượt là 0,80 và 0,87.

2.6. Phân tích dữ liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 15.0

Sử dụng trung bình \pm độ lệch chuẩn để thống kê mô tả đối với các biến định lượng có phân phối chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) cho các biến định lượng có phân phối lệch; Sử dụng tần số, tỉ lệ (%) đối với các biến số định tính. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher để so sánh tỉ lệ căng thẳng giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y tế công cộng chấp thuận tại quyết định số 187/2023/YTCC-HD3 ngày 20/4/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của NVYT trong mẫu nghiên cứu ($n=493$)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (TB \pm ĐLC)	33,7 \pm 6,5	
Nhóm tuổi: ≤ 30 tuổi	172	34,9
31-40 tuổi	255	51,7
>40 tuổi	66	13,4
Giới tính: Nam	120	24,3
Nữ	373	75,7
Trình độ chuyên môn		
Bác sĩ	110	22,3
Dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh	291	59,0
Nhân viên hành chính	92	18,7
Trình độ học vấn		
Trung cấp/Cao đẳng	129	26,2
Đại học	257	52,1
Sau đại học	107	21,7

Độ tuổi trung bình của NVYT tham gia nghiên cứu là 33,7 tuổi, nữ giới là 3/4 trong tổng mẫu (75,7%). NVYT tham gia nghiên cứu với tỉ lệ bác sĩ là 22,3%; dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh là 59% và nhân viên hành chính là 18,7%. Trình độ học vấn là bậc đại học chiếm tỉ lệ cao nhất với 52,1% và sau đại học chiếm 21,7%.

Bảng 2: Tỉ lệ căng thẳng của NVYT theo thang đo PSS ($n=493$)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Căng thẳng: Có	107	21,7
Không	386	78,3
Phân nhóm căng thẳng		

Nhẹ	104	21,1
Nặng	3	0,6

Tỉ lệ căng thẳng của NVYT trong mẫu nghiên

cứ đánh giá theo thang đo PSS là 21,7%; trong đó mức căng thẳng nhẹ là 21,1% và căng thẳng nặng chiếm 0,6%.

Bảng 3: Tỉ lệ căng thẳng phân theo đặc điểm chung của NVYT (n= 493)

Đặc điểm	Căng thẳng		Giá trị p
	Có (n=107)	Không (n=386)	
Nhóm tuổi: ≤30 tuổi	48 (27,9)	124 (72,1)	0,050
31-40 tuổi	47 (18,4)	208 (81,6)	
>40 tuổi	12 (18,2)	54 (81,8)	
Giới tính: Nam	28 (23,3)	92 (76,7)	0,619
Nữ	79 (21,2)	294 (78,8)	
Trình độ chuyên môn			0,010
Bác sĩ	14 (12,7)	96 (87,3)	
Dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh	76 (26,1)	215 (73,9)	
Nhân viên hành chính	17 (18,5)	75 (81,5)	
Trình độ học vấn: Trung cấp/ Cao đẳng	20 (15,5)	109 (84,5)	0,004
Đại học	71 (27,6)	186 (72,4)	
Sau đại học	16 (14,9)	91 (85,1)	

Nhóm NVYT có độ tuổi dưới 30 tuổi có tỉ lệ căng thẳng (27,9%) nhiều hơn nhóm từ 30-40 tuổi (18,4) và nhóm trên 40 tuổi (18,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,05$.

Nghiên cứu cho thấy NVYT có trình độ học vấn là trung cấp/cao đẳng với tỉ lệ căng thẳng là 15,5%, NVYT trình độ sau đại học là 14,9% và NVYT đại học có tỉ lệ cao hơn với 27,6%, $p=0,004$.

Đánh giá về trình độ học vấn cho thấy bác sĩ có tỉ lệ căng thẳng là 12,7%, nhân viên hành chính là 18,5% và cao nhất là dược sĩ/ điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh có tỉ lệ 26,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$.

Bảng 4. Điểm các chiến lược ứng phó với căng thẳng (n=107)

Chiến lược ứng phó	Trung bình \pm Độ lệch chuẩn	Tỉ lệ NVYT sử dụng chiến lược ứng phó
Ứng phó tập trung vào vấn đề	2,75 \pm 0,38	68,75
Ứng phó tập trung vào cảm xúc	2,93 \pm 0,41	73,25
Ứng phó kiểu né tránh	2,47 \pm 0,42	61,75

Kết quả phân tích ở bảng 4 cho thấy NVYT trong mẫu nghiên cứu có tình trạng căng thẳng sử dụng chiến lược ứng phó với căng thẳng nhiều nhất là ứng phó tập trung vào cảm xúc (điểm 2,93 \pm 0,41) và thấp nhất là chiến lược ứng phó kiểu né tránh (điểm 2,47 \pm 0,42).

Trong đó, kết quả báo cáo cho thấy tỉ lệ NVYT sử dụng chiến lược ứng phó tập trung vào vấn đề là 68,75%; ứng phó tập trung vào cảm xúc là 73,25% và ứng phó kiểu né tránh là 61,75%.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng căng thẳng của NVYT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả nghiên cứu được phân tích trên 493 NVYT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỉ lệ căng thẳng là 21,7%, tỉ lệ này cho thấy thấp hơn so với các nghiên cứu đơn lẻ trên thế giới với tỉ lệ căng thẳng dao động từ 35% - 87%, tuy nhiên tỉ lệ này gần tương đương với kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Wanqing Xie và cộng sự năm 2021 trên 79 nghiên cứu ở 11 quốc gia trên thế giới với các nước châu Á bao gồm (Trung Quốc, Hàn Quốc, Ả Rập Saudi, Iran, Philippines và Jordan), các nước châu Mỹ (Mỹ và Canada), châu Âu (Hy Lạp và Bồ Đào Nha) và ở Úc cho thấy điểm số trung bình của căng thẳng là 25,24% (KTC 95%: 24,69-25,79). Sự khác biệt này có thể được lý giải các nghiên cứu đơn lẻ được thực hiện ở nước ở mức thu nhập thấp nên tỉ lệ căng thẳng NVYT có cao hơn so với các nước phát triển hoặc đang phát triển, ngoài ra nghiên cứu đơn lẻ với thiết kế nghiên cứu là cắt ngang mô tả với cỡ mẫu nhỏ, điều này có thể chưa đại diện cho dân số nghiên cứu.

Tỉ lệ căng thẳng ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu tại Việt Nam trước đó cũng chưa có sự đồng nhất, tỉ lệ căng thẳng trước đây ghi nhận với tỉ lệ dao động khá cao từ 8,0% - 53,1% và tỉ lệ này chênh lệch được lý giải do sự khác nhau trên từng đối tượng khoa phòng trong bệnh viện, cũng như từng phân tuyến bệnh viện khác nhau, tỉ lệ căng thẳng cao nhất ghi nhận trên đối tượng điều dưỡng tại bệnh viện (5-8), và khuynh hướng các

NVYT ở tuyến trên có tỉ lệ căng thẳng cao hơn. So với các địa điểm nghiên cứu là bệnh viện đa khoa tuyến trên như bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ (BVĐKTWCT), bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ (BVĐKTPCT) và bệnh viện đa khoa Châu Thành - Hậu Giang (BVĐKCT-HG) của tác giả Lê Thành Tài thực hiện năm 2008 với tỉ lệ căng thẳng BVĐKTWCT với 53,1%, BVĐKTPCT 33,9% và BVĐKCT-HG với 32,5% (7), tại bệnh viện Tâm thần TW2 thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai với tỉ lệ căng thẳng chung theo thang đo PSS là 43,3%, trong đó hầu hết là căng thẳng nhẹ chiếm 42,5%, còn lại một số ít là căng thẳng nặng chiếm 0,8%, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thấp hơn, điều này có thể lý giải ở thời điểm nghiên cứu khác nhau cũng như ở mỗi địa điểm nghiên cứu sẽ có tỉ lệ khác nhau, tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với chế độ chính sách đãi ngộ cho NVYT tốt hơn, cùng với sự quan tâm của Ban Giám đốc nên Bệnh viện thường xuyên tổ chức các chương trình chăm sóc sức khỏe tinh thần đồng thời hoạt động đoàn thể phát triển mạnh theo đó sức khỏe tinh thần của NVYT cũng được nâng cao.

Chiến lược ứng phó với căng thẳng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Trong kết quả đánh giá chiến lược ứng phó với căng thẳng trên 107 NVYT có tình trạng căng thẳng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, các chiến lược được sử dụng nhiều nhất là ứng phó tập trung vào cảm xúc và thấp nhất là chiến lược ứng phó kiểu né tránh. Kết quả cho thấy có sự khác biệt so với nghiên cứu trước, đối với nghiên cứu trước cho thấy chiến lược ứng phó được sử dụng nhiều nhất là ứng phó tập trung vào vấn đề, bởi lẽ có sự khác biệt này được giải thích do các nghiên cứu trước được thực hiện trong giai đoạn COVID-19 nên phần chiến lược ứng phó với căng thẳng sẽ khác hơn so với giai đoạn hiện tại.

Các yếu tố ảnh hưởng đến căng thẳng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. NVYT có độ tuổi dưới 30 tuổi có tỉ lệ căng thẳng cao hơn so với nhóm trên 30 tuổi, kết quả cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương đánh giá về tình trạng căng thẳng và các yếu tố liên quan ở điều dưỡng bệnh viện Tâm thần TW2 Thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai cũng chỉ ra những điều dưỡng dưới 30 tuổi căng thẳng nhiều hơn từ 30 tuổi trở lên và nghiên cứu của tác giả Lâm Minh Quang cũng cho thấy những điều dưỡng ≤ 30 tuổi

có tỉ lệ căng thẳng bằng 2,07 lần so với những điều dưỡng >30 tuổi (KTC 95%: 1,03 - 4,18).

Xét về yếu tố giới tính trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ căng thẳng giữa 2 nhóm giới tính, tuy nhiên các nghiên cứu trước đây cho thấy được sự khác biệt về tỉ lệ căng thẳng giữa 2 nhóm giới tính, theo kết quả nghiên cứu của tác giả Katarzyna Bialek cho thấy các nữ bác sĩ có mức độ căng thẳng cao hơn nam giới ($p=0,011$), nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên thực hiện trên NVYT tại các khoa lâm sàng của bệnh viện MEDATEC năm 2020 cho thấy nữ giới có nguy cơ căng thẳng bằng 1,75 lần so với nam giới ($p=0,036$). Sự khác biệt về chiến lược ứng phó theo giới tính cũng được tác giả Felsten chỉ ra, điều này lý giải cho việc căng thẳng có sự khác biệt bởi giới tính, theo kết quả nghiên cứu của Bolognini Monique đã tìm hiểu các cách ứng phó theo đặc trưng giới tính, mối tương quan giữa việc chọn lựa các cách ứng phó dựa vào cảm xúc theo giới tính, kết quả cho thấy nữ giới điều chỉnh ứng phó bằng cách tham gia nhiều hơn vào các quan hệ xã hội (bạn bè, anh chị em, bố mẹ và các người lớn khác). Trong khi đó, các nam giới cố gắng ứng phó nhiều hơn bằng cách tạo sự hài hước và thực hiện một hoạt động thể lực mạnh. Nam giới ít cởi mở hơn và ít phụ thuộc vào người khác hơn so với nữ giới, nhưng lại có xu hướng làm cho cảm xúc bớt khủng hoảng và tỏ ra lạc quan, nam giới tìm kiếm sự giải tỏa trong các trò chơi và hoạt động thể lực.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh nên kết quả nghiên cứu không đại diện cho đối tượng nhân viên y tế tại khu vực Thành phố Hồ Chí Minh, tuy nhiên nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng nên kết quả nghiên cứu có giá trị cao tại Bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ căng thẳng chung ở nhân viên y tế là 21,7% (trong đó nhẹ là 21,1%, nặng là 0,6%); tỉ lệ căng thẳng ở bác sĩ (12,7%); dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh (26,1%) và nhân viên hành chính (18,5%). Đa số sử dụng chiến lược ứng phó tập trung vào cảm xúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Association AP.** Stress in America: Coping with Change. 1 P, editor. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.
2. **WHO.** Mental health in Viet Nam 2021 [Available from: <https://www.who.int/vietnam/health-topics/mental-health>

3. Chudzicka-Czupala A, Stasila-Sieradzka M, Rachwaniec-Szczecinska Z, Grabowski D. The severity of work-related stress and an assessment of the areas of worklife in the service sector. *Int J Occup Med Environ Health*. 2019;32(4):569-84.
4. Nguyen TK, Tran NK, Bui TT, Tran LT, Tran NT, Do MT, et al. Mental Health Problems Among Front-Line Healthcare Workers Caring for COVID-19 Patients in Vietnam: A Mixed Methods Study. *Front Psychol*. 2022;13:858677.
5. Hồ Thị Thu Hương, Trần Kim Trang. Stress, trầm cảm, lo âu ở điều dưỡng. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2017;21(2):223-9.
6. Trịnh Xuân Quang, Tạ Văn Trâm. Tình trạng stress của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(6):52-7.
7. Lê Thành Tài, Trần Ngọc Xuân, Trần Trúc Linh. Tình hình stress nghề nghiệp của nhân viên điều dưỡng. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2008;12(4):1-7.
8. Nguyễn Mạnh Tuấn, Đàm Thị Tám Hương, Đặng Quang Hiếu và cộng sự. Stress, trầm cảm, lo âu của nhân viên y tế bệnh viện Trưng Vương năm 2018. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;6(22):71.

TRIỆU CHỨNG HÔ HẤP, FENO Ở TRẺ EM LỚP 6-7 TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH CÓ PHƠI NHIỄM Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ

Nguyễn Nhật Quỳnh¹, Trần Lệ Linh¹, Phan Hoàng Thùy Dung¹,
Đỗ Thị Hoài Thương¹, Huỳnh Trung Sơn¹, Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng¹,
Trần Ngọc Đăng¹, Nguyễn Như Vinh¹, Mai Phương Thảo¹, Phạm Lê An¹

TÓM TẮT

Ô nhiễm không khí (ONKK) được chứng minh có liên quan các vấn đề bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới hiện nay, trong đó có nguy cơ ngắn hạn và dài hạn đáng kể trên sức khỏe hô hấp, đặc biệt là với trẻ em (TE). Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá tác động của ONKK lên sức khỏe hô hấp, thông qua khảo sát các triệu chứng hô hấp và tình trạng viêm đường hô hấp thông qua nồng độ nitric oxide trong khí thở ra (FeNO). Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 trẻ lớp 6-7 tại 2 trường trung học cơ sở tại 2 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM), từ tháng 12/2022 đến tháng 01/2023. Kết quả cho thấy, trong 170 trẻ tham gia nghiên cứu, than phiền thường gặp nhất là hắt xì/ngẹt mũi, chảy mũi (85,9%), khô khè (34,7%). Trong vòng 3 tháng gần đây, 65,5% trẻ có hắt xì/ngẹt mũi, chảy mũi và 39% có khô khè. Nồng độ PM_{2.5} trung bình trong 3 tháng, ghi nhận tại ngoài trường và trong trường, lần lượt là 47,8 và 39,4 (ppm) đều cao hơn tiêu chuẩn của WHO (25 ppm). Trung bình FeNO ghi nhận là 7,9 ± 8,7 ppb và có 8% trẻ có nồng độ FeNO đo nằm ở mức trung bình-cao, FeNO ở nhóm trẻ có tiền căn hen cao hơn so với trẻ không có tiền căn hen có ý nghĩa thống kê (p=0,04). NC chưa ghi nhận mối liên quan FeNO với giới tính, nơi sinh sống, hút thuốc lá, triệu chứng hô hấp và nồng độ PM_{2.5}. Do đó, vấn đề ảnh hưởng của chất lượng không khí lên sức khỏe hô hấp cần được quan tâm và cần có các biện pháp nhằm làm giảm tác động của phơi nhiễm lên phổi của trẻ.

Từ khóa: triệu chứng hô hấp; FeNO; ô nhiễm không khí; trẻ em

SUMMARY

RESPIRATORY SYMPTOMS AND FRACTIONAL EXHALED NITRIC OXIDE IN SIXTH-SEVENTH GRADE CHILDREN IN HO CHI MINH CITY EXPOSED TO AIR POLLUTION

Air pollution has been demonstrated to be associated with various health issues and mortality worldwide, including significant short-term and long-term risks to respiratory health, especially concerning for children. The aim of this study was to assess the impact of air pollution on respiratory health by investigating respiratory symptoms and respiratory inflammation indicated by fractional exhaled nitric oxide (FeNO) levels. This cross-sectional descriptive study involved 170 grade 6-7 children from two secondary schools in two districts of Ho Chi Minh City (HCMC), from December 2022 to January 2023. The results showed that out of the 170 participating children, the most common complaints were sneezing/nasal congestion and runny nose (85,9%), followed by coughing (34,7%). In the past three months, 65,5% of the children experienced sneezing/nasal congestion and runny nose, and 39% had coughing. The average PM_{2.5} concentration over the three months, measured both outside and inside the school, was 47,8 and 39,4 (ppm) respectively, both higher than the WHO standard of 25 ppm. The average FeNO level recorded was 7,9 ± 8,7 ppb, with 8% of the children having FeNO levels categorized as medium-high. FeNO levels were significantly higher in the group of children with a history of asthma compared to those without asthma (p=0,04). No significant correlations were found between FeNO levels and gender, place of residence, smoking, respiratory symptoms, and PM_{2.5} concentration.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Quỳnh

Email: nguyennhatquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Therefore, the impact of air quality on respiratory health needs to be addressed, and measures to reduce the impact of pulmonary exposure to pollutants in children should be implemented. **Keywords:** respiratory symptoms; FeNO; air pollution; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ô nhiễm không khí (ONKK) là nguyên nhân gây ra các vấn đề bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới hiện nay, các chất trong ONKK gây ra các nguy cơ đáng kể về sức khỏe hô hấp, tình trạng viêm đường hô hấp và bất thường chức năng phổi, đặc biệt là với trẻ em (TE)¹. Quá trình phơi nhiễm ONKK lặp lại và kéo dài gây ra một loạt các tác động cấp tính và mãn tính lên phổi. TE dễ bị ảnh hưởng và tác động này hơn so với người lớn (NL) do phổi đang trong quá trình tăng trưởng và cơ chế tự làm sạch cũng như miễn dịch bảo vệ vẫn chưa được hoàn chỉnh². Phơi nhiễm với ONKK gây tăng tần suất các triệu chứng hô hấp, tăng tình trạng viêm đường hô hấp, giảm tăng trưởng chức năng phổi dẫn đến chức năng phổi kém khi trưởng thành^{1,3}, tăng nguy cơ nhập viện đối với các nguyên nhân hô hấp^{1,4} và bệnh đường hô hấp mãn tính lâu dài⁵, tăng nguy cơ phát triển của bệnh hen phế quản (HPQ)¹. Tỷ lệ TE mắc bệnh lý hô hấp, đặc biệt là HPQ tại Việt Nam có xu hướng gia tăng theo thời gian, 8-9% năm 2000, 10% năm 2004. Tại TP.HCM, một trong các thành phố ô nhiễm nhất khu vực, khảo sát thống kê ISSAC về HPQ và dị ứng ở TE vào năm 2004 ghi nhận 29,1% TE lứa tuổi 13-14 tuổi có tình trạng khỏe, chiếm tỉ lệ cao nhất khu vực châu Á⁶. FeNO là một chất chỉ dấu viêm và là một trong các xét nghiệm giúp tầm soát sớm các bất thường hệ hô hấp. Các nghiên cứu cho thấy bất thường tình trạng viêm đường hô hấp ở trẻ sẽ được phục hồi nếu được áp dụng các biện pháp giảm phơi nhiễm cá nhân phù hợp. Hiện nay, các thông tin về giá trị FeNO trên nhóm trẻ 13-14 tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ khỏe tại TP.HCM xếp hạng cao nhất Châu Á, có phơi nhiễm ONKK và các yếu tố phơi nhiễm liên quan vẫn chưa được NC tại Việt Nam. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát triệu chứng hô hấp và giá trị FeNO ở trẻ em độ tuổi 12-16 tuổi tại TP.HCM. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần cung cấp những thông tin cần thiết để các cơ quan chức năng cùng nhà dịch tễ học, sinh lý học và bác sĩ lâm sàng xây dựng kế hoạch can thiệp nhằm giảm phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em lớp 6-7 đang học tại 2 Quận (1 quận nội thành và 1

huyện ngoại thành) thuộc TP.HCM

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Trẻ đang học lớp 6-7 tại 2 trường trung học cơ sở tại 2 Quận từ 12/2022 đến 01/2023

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

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên 2 trường trung học cơ sở từ 2 quận, 1 quận nội thành và 1 huyện ngoại thành của TP. Hồ Chí Minh. Tiếp tục chọn ngẫu nhiên 2 lớp từ danh sách các lớp khối 6 và 7.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

- Chúng tôi phỏng vấn trực tiếp thu thập đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (giới tính, tuổi, địa chỉ, cân nặng, chiều cao, thời gian di chuyển ngoài đường), tiền căn bệnh lý hô hấp, triệu chứng hô hấp bằng bộ câu hỏi ISSAC⁶, các nguồn tiếp xúc ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài nhà, các biện pháp bảo vệ: đeo khẩu trang.

- Đo FeNO tại phòng khám chuyên khoa hô hấp bằng máy Medisoft SN 141216-04-24

- Số liệu PM_{2.5} đo bằng máy MICROBEAM PAS-OA318 được gắn ngoài và trong trường học

2.7. Phương pháp xử lý số liệu. Mã hóa số liệu bệnh nhân, nhập số liệu bằng phần mềm EPI-DATA, xử lý bằng phần mềm Stata 14.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. NC này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM số 813/HĐĐĐ, ngày 17/12/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian NC từ 12/2022 đến 01/2023, chúng tôi khảo sát 170 trẻ em tại 2 trường thuộc 2 Quận.

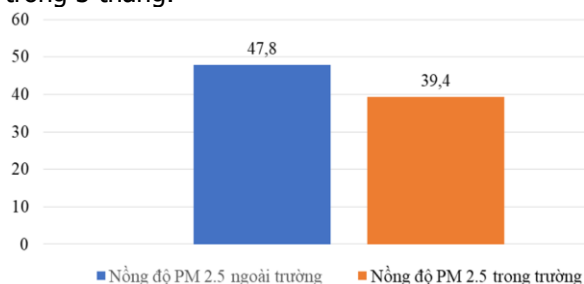
3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong 170 trẻ em tham gia NC của chúng tôi, tỉ lệ nam: nữ là 1:1, với độ tuổi trung bình là 12 (12-16) tuổi, sinh sống chủ yếu tại 2 quận (chiếm 98,2%) và thời gian sinh sống là 120 (48-144) tháng.

Bảng 1. Triệu chứng hô hấp và tiền căn bệnh lý hô hấp (n = 170)

Triệu chứng	N	%
Thở khỏe		
Đã từng thở khỏe/khó thở (n=170)		
Có	59	34,7
Không	111	65,3
Thở khỏe/khó thở (trong 3 tháng) (n=59)		
Có	23	39,0
Không	36	61,0
Được chẩn đoán hen hoặc suyễn (n=170)		
Có	8	4,7
Không	160	94,1
Không rõ	2	1,2

Hắt xì chảy mũi		
Đã từng hắt xì, chảy mũi/ngẹt mũi		
Có	146	85,9
Không	24	14,1
Hắt xì, chảy mũi/ngẹt mũi (trong 3 tháng) (n=146)		
Có	96	56,5
Không	50	29,4

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ được chẩn đoán bệnh hen khi được hỏi là 4,8%, trong khi đó, tỉ lệ đã từng khò khè là 34,7%, và 39% trong số đó ghi nhận khò khè trong 3 tháng, VA 65,5% có chảy mũi, ngẹt mũi trong 3 tháng.



Biểu đồ 1: Nồng độ PM_{2.5}(ppm) tại khu vực khảo sát

Nồng độ PM_{2.5} ghi nhận bên ngoài trường cao hơn trong trường, với nồng độ 47,8 ppm so với 39,4 ppm.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan nguồn ô nhiễm không khí ngoài nhà

Đặc tính	N	%
Trong 3 tháng vừa qua, thường xuyên đi học bằng phương tiện gì nhất		
Xe máy	110	64,7
Xe đạp, xe đạp điện	35	20,6
Đi bộ	10	5,9
Xe buýt công cộng	14	8,2
Xe ô tô hoặc taxi/grab	1	0,6
Trong 3 tháng vừa qua, thời gian ở trên đường bao nhiêu phút (phút)		
Sáng	15 (10-30)	
Chiều	15 (5-30)	
Tối	0 (0-20)	
Tổng thời gian di chuyển	40 (4-230)	

Khi khảo sát thời gian di chuyển khi tham gia giao thông, ghi nhận tổng thời gian di chuyển trung bình là 40 (4-230) (phút), thời gian di chuyển tập trung là vào buổi sáng và chiều, khi mà trẻ di chuyển đi học và tan học. Hai phương tiện giao thông phổ biến nhất là di chuyển bằng xe máy (64,7%) và di chuyển bằng xe đạp (20,6%).

Bảng 3: Các yếu tố liên quan nguồn ô nhiễm không khí trong nhà

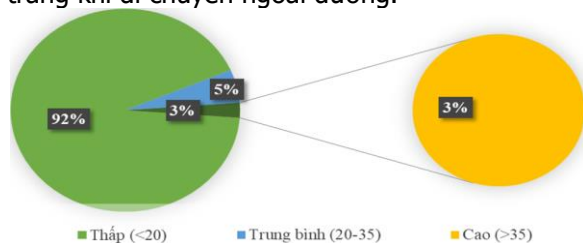
Đặc tính	N	%
Hút thuốc lá		
Không	155	91,2
Đã từng	14	8,2
Có	1	0,6
Sống chung nhà hút thuốc lá		
Có	105	61,8
Không	65	38,2
Trung bình số người hút thuốc lá (n=105)		1 (1-1,5)
Người trong gia đình hút thuốc lá		
Ba	89	85,6
Mẹ	3	2,9
Ông	18	17,3
Bà	0	0
Anh/Chị/Em ruột	7	6,7
Khác	18	17,7

Về tình trạng hút thuốc lá, 91,2% trẻ chưa từng sử dụng hút thuốc lá và tỉ lệ trẻ 61,8% trẻ sống chung nhà với người thân hút thuốc lá.

Bảng 4: Sử dụng khẩu trang phòng chống ô nhiễm không khí

Đặc tính	N	%
Trong 3 tháng vừa qua, thường xuyên mang khẩu trang trong lớp học		
Luôn luôn	99	58,2
Thường xuyên	41	24,1
Thỉnh thoảng	13	7,7
Hiếm khi	15	8,8
Không bao giờ	2	1,2
Mức độ thường xuyên mang khẩu trang khi đi trên đường		
Mỗi ngày	141	86,5
3 hoặc >3 ngày/tuần	11	6,8
<3 ngày/tuần	8	4,9
Chỉ khi nào đi xa	3	1,8

Khi được phỏng vấn về sử dụng khẩu trang, 79,3% trẻ thường xuyên mang khẩu trang trong lớp học, 87,3% trẻ thường xuyên mang khẩu trang khi di chuyển ngoài đường.



Biểu đồ 2: Phân độ FeNO theo ATS 2005⁷

	Nồng độ FeNO
Trung bình (độ lệch chuẩn)	7,9 (8,7)

Trung vị [giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất]	5 (1,0 - 62,0)
---	----------------

Bảng 6: Mối liên quan giữa FeNO và một số yếu tố

Các yếu tố	N	Trung bình FeNO	p
Nơi khảo sát			
Huyện Bình Chánh (Ngoại thành)	93	7,44	0,38
Quận Bình Tân (Nội thành)	77	8,61	
Giới tính			
Nam	85	8,11	0,84
Nữ	85	7,84	
Nồng độ PM _{2,5} ngoài trường			
< 50	77	8,61	0,38
>=50	93	7,44	
Khò khè trong 3 tháng			
Có	23	8,6	0,48
Không	36	6,8	
Trẻ được chẩn đoán hen			
Có	8	14,1	0,04
Không	162	7,7	
Sổ mũi, nghẹt mũi trong 3 tháng			
Có	96	8,6	0,25
Không	74	7,1	
Nổi mẩn ngứa			
Có	9	5,8	0,46
Không	161	8,1	
Có bệnh dị ứng			
Có	32	8,5	0,75
Không	61	9,2	
Hút thuốc lá			
Không	155	8,2	0,23
Có/đã từng có	15	5,4	
Hút thuốc lá thụ động			
Có	105	8,5	0,29
Không-không biết	65	7,1	
Đeo khẩu trang khi di chuyển trên đường			
Trên 3 ngày/tuần	155	8,1	0,84
Dưới 3 ngày/tuần	11	7,5	

Trung bình FeNO được ghi nhận cao hơn ở nhóm có khò khè trong 3 tháng (8,6 so với 6,8 ppm), cũng như nhóm có sổ mũi/nghẹt mũi trong 3 tháng (8,6 so với 7,1 ppb), tuy nhiên FeNO lại thấp hơn ở nhóm có nổi mẩn ngứa (5,8 so với 8,1 ppb) và nhóm có bệnh dị ứng (8,5 so với 9,2 ppmb). Khi phân tích với yếu tố hút thuốc lá, trẻ có tiếp xúc với thuốc lá (chủ động và thụ động), ghi nhận FeNO thấp hơn so với nhóm không tiếp xúc.

NC chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa nồng độ FeNO với các yếu tố nơi sinh sống tại nội thành/ngoại thành, giới tính, nồng độ PM_{2.5},

triệu chứng gờ ý, và tình trạng hút thuốc lá chủ động và thụ động. Sự khác biệt FeNO có ý nghĩa thống kê chỉ ghi nhận ở nhóm trẻ có tiền căn hen so với trẻ không có tiền căn hen.

IV. BÀN LUẬN

NC của chúng tôi thực hiện khảo sát trên 170 trẻ em học lớp 6-7 tại 2 trường trung học, tỉ lệ nam:nữ là 1:1, độ tuổi trung bình là 12, do đa số các em đang theo học khối lớp 6 và 7. 98,2% đối tượng tham gia nghiên cứu sinh sống tại 2 quận Bình Tân và Huyện Bình Chánh được khảo sát với thời gian sinh sống trung bình trên 10 năm.

Tỉ lệ ghi nhận từng khò khè trong NC của chúng tôi là 39%, cao hơn so với ghi nhận từ NC ISSAC năm 2004, và cùng được khảo sát bằng bộ công cụ ISSAC⁶. Bảng câu hỏi ISSAC đã được chuẩn hóa qua tiếng Việt và áp dụng trong các NC dịch tễ về hen và khò khè tại VN. Kết luận của Hong Le trên 15,112 học sinh 13-14 tuổi tại TP.Hồ Chí Minh, tỷ lệ triệu chứng giống hen là 27,3% và tỷ lệ hen được chẩn đoán bởi bác sĩ khi được phỏng vấn là 8,5%, hen phế quản đang được chẩn đoán dưới mức, nhiều trường hợp khò khè vẫn chưa được kiểm tra và xác nhận bệnh lý hen phế quản⁸. NC của nhóm tác giả Blanca Estela Del-Rio-Navarro tại Mexico năm 2020, ghi nhận lần lượt 16,9% và 9,9% trẻ 13-14 tuổi đã từng và có khò khè trong 12 tháng⁹.

Nghiên cứu cắt ngang khảo sát nồng độ FeNO ở 170 học sinh ở các khu vực trường học thuộc khu vực nội thành và ngoại thành. Hiện tại, nghiên cứu của chúng tôi là một trong số rất ít nghiên cứu cung cấp bằng chứng tại cộng đồng về nồng độ FeNO và các yếu tố ảnh hưởng trên đối tượng trẻ vị thành niên. Chỉ số NO trung bình-cao có ý nghĩa thể hiện tình trạng viêm đường thở có thể liên quan đến các bệnh lý hô hấp và ô nhiễm không khí. Chỉ số NO được ghi nhận có tăng (mức trung bình-cao) ở 8% trẻ tham gia nghiên cứu.

Trung bình của FeNO là $7,9 \pm 8,7$ ppb trong dân số 170 trẻ, thấp hơn so với đối tượng người trẻ khỏe mạnh tại Bắc Kinh trong NC của tác giả Huang W, trong thời điểm thể vận hội Olympic năm 2012, dao động từ $5,8 \pm 1,04$ đến $11,76 \pm 1,04$ (trước khi diễn ra sự kiện) và $12,51 \pm 1,04$ (sau khi xảy ra sự kiện)¹⁰. Số liệu của chúng tôi cũng thấp hơn số liệu ghi nhận của tác giả Ai T khi khảo sát trên 481 trẻ em khỏe mạnh tại Ấn Độ năm 2021 là 14,59 ppm.

NC tại N Mohan Rao tại Ấn Độ năm 2022 trên 141 trẻ 5-12 tuổi, ghi nhận trung vị giá trị FENO là 9 ppb (3,5 -53 ppb) và 98,5% trẻ có giá

trị FeNO nhỏ hơn 35ppb và 94,3% có giá trị nhỏ hơn 25ppb. NC của chúng tôi ghi nhận 92% trẻ có FeNO ở mức thấp (FeNO <20ppm) và chỉ có 3% trẻ có FeNO ở mức cao (FeNO >35). NC của chúng tôi là NC đầu tiên khảo sát FeNO ở lứa tuổi 12-14 tuổi tại Việt Nam, đồng thời tình trạng ONKK và các tình trạng viêm nhiễm các bệnh lý cũng khác biệt so với các NC tham chiếu.

NC của chúng tôi đồng thời có ghi nhận tình trạng phơi nhiễm ONKK trong nhà, khi ghi nhận nồng độ PM_{2.5} trong trường cao hơn so với tiêu chuẩn của WHO, đồng thời NC của chúng tôi ghi nhận 61,8% trẻ có hiện tượng phơi nhiễm hút thuốc lá thụ động tại nhà. Ashley L. Merianos tại Hoa Kỳ, năm 2021, khi khảo sát FeNO trên đối tượng trẻ em có phơi nhiễm thuốc lá thụ động, ghi nhận trẻ em có phơi nhiễm khói thuốc lá tại nhà sẽ có FeNO thấp hơn. Thanh thiếu niên có số lượng điều thuốc lá/ngày trong nhà cao hơn sẽ có tỷ lệ FeNO >35 ppb thấp hơn (OR = 0,98, 95%CI = 0,97,0,99) và FeNO >50 ppb (OR = 0,98, 95%CI = 0,96,0,99).

Khi khảo sát thời gian di chuyển khi tham gia giao thông, ghi nhận tổng thời gian di chuyển trung bình trong ngày là 40 (phút), bằng chủ yếu 2 phương tiện xe máy và xe đạp (64,7% và 20,6%), 2 phương tiện phổ biến nhất tại Việt Nam và TP.HCM. Thời gian di chuyển hơn 30 phút, chủ yếu tập trung vào giờ cao điểm sáng sớm và buổi chiều, khi các phương tiện giao thông đông đúc nhất, với chỉ số PM_{2.5} ghi nhận bên ngoài trường là 47,8 ppm, cho thấy tình trạng phơi nhiễm rõ với ONKK chủ yếu do giao thông.

Nghiên cứu của chúng tôi thiết kế tương đồng với tác giả Khairul với NC trên 470 trẻ em cùng độ tuổi 14 tuổi tại Malaysia, NC khảo sát nồng độ khí NO trên 2 nhóm đối tượng trẻ sống tại nội thành và ngoại thành tại 8 trường trung học và các yếu tố liên quan. Nồng độ FeNO ghi nhận được là $29,2 \pm 22,3$ và $31,8 \pm 23,9$ (ppb), cao hơn so với chúng tôi ghi nhận là $7,9 \pm 8,7$ ppp. Điểm khác biệt có thể lý giải do 2 nguyên nhân, NC tác giả có dân số trẻ hen chiếm hơn 70%, nồng độ FeNO tăng cao trong dân số trẻ hen so với trẻ bình thường. Nguyên nhân thứ 2 do NC của tác giả thực hiện năm 2018-2019 khi chưa có dịch COVID-19, từ sau dịch COVID-19 cho đến nay, việc sử dụng khẩu trang luôn được khuyến cáo, ngay cả trong trường học cũng như khi ra đường, tỉ lệ đeo khẩu trang chúng tôi ghi nhận, 79,3% trẻ thường xuyên mang khẩu trang trong lớp học, 87,3% trẻ thường xuyên mang khẩu trang khi di chuyển ngoài đường, đây là 1 trong các phương pháp bảo vệ trước phơi nhiễm

do ONKK. NC tác giả Khairul ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ FeNO khi phân tích ở nhóm trẻ có hen và bệnh lý dị ứng, tương đồng với chúng tôi khi nhận thấy sự khác biệt giữa nhóm trẻ có hen, tuy nhiên với số lượng mẫu thu thập và trường học, chưa tìm thấy mối liên quan nồng độ FeNO giữa các nhóm sinh sống tại nội thành/ngoại thành, giới tính, nồng độ PM_{2.5}, triệu chứng gộ ý và tình trạng hút thuốc lá.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 170 trẻ lớp 6-7 sinh sống và học tập tại 2 quận Bình Tân và Huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh ghi nhận trẻ em chủ yếu phơi nhiễm ô nhiễm không khí ngoài trời, nồng độ PM_{2.5} ghi nhận tại ngoài trường và trong trường, ở 2 trường trung học cơ sở tại Bình Tân và Bình Chánh đều cao hơn tiêu chuẩn của WHO. Than phiền thường gặp nhất là hắt xì/ngẹt mũi, chảy mũi (85,9%), khô khè (34,7%). Trong vòng 3 tháng gần đây, 65,5% trẻ có hắt xì/ngẹt mũi, chảy mũi và 39% có khô khè. Trung bình của FeNO là 7.9 ± 8.7 ppb và có 8% trẻ có nồng độ FeNO đo nằm ở mức trung bình-cao, FeNO ở nhóm trẻ có tiền căn hen cao hơn so với trẻ không có tiền căn hen có ý nghĩa thống kê ($p=0.04$). NC chưa ghi nhận mối liên quan FeNO với giới tính, nơi sinh sống, hút thuốc lá, triệu chứng hô hấp và nồng độ PM_{2.5}. Chúng tôi cần thêm thời gian theo dõi nhóm trẻ để có thể tìm hiểu chính xác hơn về triệu chứng hô hấp, FeNO, các nguồn phơi nhiễm và mối liên quan.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nguyễn Nhật Quỳnh được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2022.TS101.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **C GF, Sly P D, Knibbs L D.** Respiratory effects of air pollution on children. *Pediatric pulmonology*. 2016;51(1):94-108.
2. **Dockery DW LP, Etzel RA.** Outdoor Air pollution in Textbook of Children's environmental health. 1st ed ed. Oxford University press; 2014.
3. **J B, C CA, D B, et al.** Investigating the relationship between environmental factors and respiratory health outcomes in school children using the forced oscillation technique. *International journal of hygiene and environmental health*. 2017;220(2):494-502.
4. **MT LL, Dung P, D SP, Lidia M, K TP.** The association between particulate air pollution and respiratory admissions among young children in Hanoi, Vietnam. *Science of the Total Environment*. 2017;578:249-255.
5. **Sly P D, A B.** From the cradle to the grave: the

- early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society; 2016.
6. **K LC, R B, J C, S F, J S, S W.** Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Thorax. Jun 2009;64(6):476-83. doi:10.1136/thx.2008.106609
 7. **ATS/ERS recommendations for standardized procedures for the online and offline measurement of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide,** 2005. Am J Respir Crit Care Med. Apr 15 2005; 171(8):912-30. doi:10.1164/rccm.200406-710ST
 8. **Le HHTC, Le An P, Vinh NN, et al.** Burden of asthma-like symptoms and a lack of recognition of asthma in Vietnamese children. Journal of Asthma. 2023/03/04 2023;60(3):516-524. doi:10.1080/02770903.2022.2066002
 9. **García-Almaraz R, Reyes-Noriega N, Del-Río-Navarro BE, et al.** Prevalence and risk factors associated with allergic rhinitis in Mexican school children: Global Asthma Network Phase I. World Allergy Organ J. Jan 2021;14(1):100492. doi:10.1016/j.waojou.2020.100492
 10. **Huang W, Wang G, Lu S-E, et al.** Inflammatory and oxidative stress responses of healthy young adults to changes in air quality during the Beijing Olympics. American journal of respiratory and critical care medicine. 2012/12// 2012;186 (11): 1150-1159. doi:10.1164/rccm.201205-0850oc

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA LIỆU PHÁP KÍCH THÍCH TỪ XUYỀN SỌ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

Phạm Thị Nguyệt Nga^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Trịnh Thị Bích Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các tác dụng không mong muốn của liệu pháp kích thích từ xuyên sọ ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiền cứu, 46 người bệnh được chẩn đoán rối loạn cơ thể hóa theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD -10 (1992) có triệu chứng đau, điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm Thần từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023 được can thiệp kết hợp thuốc và kích thích từ xuyên sọ tại vị trí vỏ não vận động sơ cấp (90% MT, 10Hz, thời gian chuỗi xung 5 giây, ít nhất thực hiện được 5 buổi trong quá trình điều trị. **Kết quả:** Các tác dụng không mong muốn gặp ở 54,3% người bệnh trong nghiên cứu nhưng ở mức độ nhẹ trong đó hay gặp nhất là đau nơi tiếp xúc với coil (39,1%), bỏng nơi tiếp xúc, đau đầu, ù tai, chóng mặt. Các tác dụng không mong muốn chủ yếu gặp ở tuần 1, ít gặp hơn ở tuần 2. **Kết luận:** Kích thích từ xuyên sọ là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn. **Từ khóa:** Rối loạn cơ thể hóa, kích thích từ xuyên sọ lặp lại, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

STUDY ON SIDE EFFECTS OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN PATIENT WITH SOMATIZATION DISORDERS

Objective: To describe the undesirable effects of transcranial magnetic stimulation therapy in patients with somatization disorders. **Subjects and research methods:** An describe, prospective study, 46 patients diagnosed with somatic disorders according to ICD-10

diagnostic criteria (1992) with pain symptoms, were treated as inpatients at the National Institutes of Health. Mental health from September 2022 to June 2023 was treated with a combination of drugs and transcranial magnetic stimulation at the primary motor cortex (90% MT, 10Hz, pulse sequence time of 5 seconds, at least performed 5 sessions during the course of treatment. **Result:** Undesirable effects were seen in 54,3% of patients in the study but were mild in which the most common was pain in contact with coils (39,1%), contact burn, headache, tinnitus, dizziness. Adverse effects were mainly seen at week 1, less often at week 2. **Conclusion:** rTMS is an effective and safe treatment method.

Keywords: Somatization disorders, repetitive transcranial magnetic stimulation, side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ thể hóa là một rối loạn liên quan đến stress rất hay gặp. Theo Hilderink và cộng sự, rối loạn cơ thể hóa chiếm tỷ lệ 11-21% ở đối tượng từ 45-50 tuổi, 10-20% ở đối tượng trung niên và 1,5-13% ở đối tượng lớn tuổi.¹ Rối loạn này có khuynh hướng phát triển mạn tính, dai dẳng ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động chức năng và lao động của người bệnh. Trong thực hành lâm sàng có thể sử dụng liệu pháp hóa dược, liệu pháp tâm lý, liệu pháp thư giãn luyện tập hoặc kết hợp các phương pháp trên để điều trị rối loạn cơ thể hóa.

Kích thích từ xuyên sọ (TMS) là một kỹ thuật kích thích và điều biến thần kinh dựa trên nguyên tắc cảm ứng điện từ của một từ trường trong não. Kích thích từ xuyên sọ lặp lại là một phương pháp điều trị không xâm lấn đầy hứa hẹn cho một loạt các bệnh lý tâm thần kinh như rối loạn stress sau sang chấn, trầm cảm,...^{2,3} Kích

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nguyệt Nga

Email: phamnguyetngha@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

thích từ xuyên sọ lặp lại (rTMS) đã chứng minh được hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống ở người bệnh với ít tác dụng không mong muốn và ở mức độ nhẹ.⁴

Ở Việt Nam, có một vài nghiên cứu về tác dụng không mong muốn của liệu pháp kích thích từ xuyên sọ. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào trên nhóm người bệnh rối loạn cơ thể hóa. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả tác dụng không mong muốn của liệu pháp kích thích từ xuyên sọ ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 46 người bệnh được chẩn đoán rối loạn cơ thể hóa theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD - 10 (1992) có triệu chứng đau, điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm Thần từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023 được can thiệp kết hợp thuốc và kích thích từ xuyên sọ tại vị trí vỏ não vận động sơ cấp (90% MT, 10Hz, thời gian chuỗi xung 5 giây, ít nhất thực hiện được 5 buổi trong quá trình điều trị. Loại trừ những người bệnh có bệnh lý cơ thể nặng đi kèm, sử dụng chất gây nghiện.

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

2.3. Xử lý số liệu: Nhập số liệu, phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu là một phần của đề tài "Nghiên cứu kết quả điều trị triệu chứng đau bằng liệu pháp kích thích từ xuyên sọ ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa" đã được sự thông qua của Bộ môn Tâm thần và Phòng quản lý đào tạo sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=46)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ(%)
Tuổi (X ± SD)		48,8 ± 10,5	
Giới	Nam	12	26,1
	Nữ	34	73,9
Tiền sử	Bệnh cơ thể	23	50,0
Thời gian mắc RLCTH	2-5 năm	40	87,0
	5-10 năm	5	10,8
	>10 năm	1	2,2
	Trung bình ± SD (năm)	3,4 ± 2,9	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 48,8 ± 10,5. Nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ (73,9%). Tỷ lệ đối tượng nghiên

cứu có bệnh lý cơ thể là 50%. Thời gian mắc rối loạn cơ thể hóa của đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong khoảng 2-5 năm với thời gian mắc trung bình là 3,4 ± 2,9 năm.

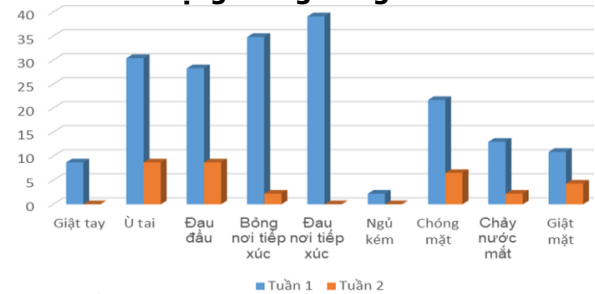
3.2. Thông số điều trị của nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Các thông số điều trị bằng rTMS

Thông số điều trị	Tuần 1	Tuần 2
Vị trí	Vỏ não vận động sơ cấp	Vỏ não vận động sơ cấp
Ngưỡng vận động	52,11 ± 8,56	52,11 ± 8,56
Tần số	10Hz	10Hz
Cường độ	90% MT	90%MT
Thời gian chuỗi xung	5s	5s
Thời gian nghỉ giữa các chuỗi xung	40s	40s
Thời gian 1 buổi	6 phút 40 giây	6 phút 40 giây

Nhận xét: Ngưỡng vận động trung bình là 52,11 ± 8,56. Các thông số về vị trí, tần số, cường độ, thời gian chuỗi xung, thời gian nghỉ giữa các chuỗi xung được thiết lập cố định ở cả 2 tuần.

3.3. Tác dụng không mong muốn của rTMS



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn khi điều trị bằng rTMS (n=46)

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn gặp ở người bệnh chủ yếu là đau và bỏng nơi tiếp xúc (chiếm 34,8% và 39,1%). Các tác dụng phụ hay gặp ở tuần 1 hơn tuần 2.

Bảng 3. Phân nhóm các tác dụng không mong muốn theo giới

TDKMM	Nam (n=6)		Nữ (n=19)	
	n	%	n	%
Giật tay	2	33,3	1	5,3
Ù tai	3	50	11	57,9
Đau đầu	1	16,7	14	73,7
Bỏng nơi tiếp xúc	5	83,3	10	52,6
Đau nơi tiếp xúc	5	83,3	13	68,4
Ngủ kém	1	16,7	0	0
Chóng mặt	1	16,7	10	52,6
Chảy nước mắt	2	33,3	5	26,3
Giật mặt	1	16,7	4	21,1

Nhận xét: Bỏng và đau nơi tiếp xúc với coil là 2 tác dụng phụ hay gặp nhất ở cả 2 giới.

Ngoài ra tỷ lệ đau đầu, chóng mặt, chảy nước mắt hay gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới.

Bảng 4. Phân nhóm các tác dụng không mong muốn theo nhóm tuổi

TDKMM	≤ 39(n=4)		40-49(n=11)		50-59(n=6)		≥ 60(n=4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giật tay	1	25	2	18,2	0	0	1	15,5
Ù tai	2	50	7	63,6	4	66,7	1	25
Đau đầu	1	25	8	72,7	3	50	3	75
Bỏng nơi tiếp xúc	3	75	5	45,5	5	83,3	2	50
Đau nơi tiếp xúc	3	75	7	63,6	6	100	2	50
Ngủ kém	0	0	1	9,1	0	0	0	0
Chóng mặt	2	50	5	45,5	2	33,3	2	50
Chảy nước mắt	1	25	3	27,3	1	16,7	2	50
Giật mặt	1	25	2	18,2	2	33,3	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn có xu hướng hay gặp nhất ở nhóm tuổi từ 40 đến 49 tuổi.

Bảng 5. Phân nhóm các tác dụng không mong muốn theo ngưỡng vận động

TDKMM	MT ≤ 50 (n=11)		MT > 50 (n=14)	
	n	%	n	%
Giật tay	1	9,1	2	14,3
Ù tai	7	63,6	7	50
Đau đầu	7	63,6	8	57,1
Bỏng nơi tiếp xúc	5	45,5	10	71,4
Đau nơi tiếp xúc	8	72,7	10	71,4
Ngủ kém	1	9,1	0	0
Chóng mặt	5	45,5	6	42,9
Chảy nước mắt	3	27,3	4	28,6
Giật mặt	2	18,2	3	21,4

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn không có sự khác biệt ở 2 nhóm phân chia theo ngưỡng vận động.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là $48,8 \pm 10,5$. Tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 1:2,68. Đa số các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn cơ thể hóa ở nữ giới cao hơn nam giới, đồng thời các đối tượng là nữ giới khi mức độ chưa nặng có xu hướng vào viện nhiều hơn so với nam giới nên tỷ lệ gặp nữ giới điều trị nội trú cao hơn. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tiền sử bệnh cơ thể là 50%. Các bệnh cơ thể được thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2 và các bệnh lý liên quan đến cơ xương khớp. Thời gian mắc rối loạn cơ thể hóa trung bình là $3,4 \pm 2,9$ năm. Kết quả này có thể được giải thích bởi tiêu chuẩn về thời gian trong chẩn đoán xác định của RLCTH theo ICD-10 là từ 2 năm trở lên. Tuy thời gian mắc bệnh phụ thuộc vào tuổi hiện tại của người bệnh nhưng kết quả này cũng thấy tiến triển dai

dằng của RLCTH, là một bệnh lý mạn tính chứ không phải một rối loạn cấp.

Chế độ được sử dụng ở 2 tuần là coil được đặt ở vị trí vỏ não vận động sơ cấp (M1), tần số 10Hz, cường độ 90% ngưỡng vận động, mỗi chuỗi xung kéo dài 5 giây, thời gian nghỉ giữa các chuỗi là 40 giây, tổng thời gian cho 1 buổi điều trị là 6 phút 40 giây. Đây là thời gian nằm trong ngưỡng an toàn theo hướng dẫn của FDA.⁵

Có 54,3% người bệnh có các tác dụng không mong muốn nhưng đều ở mức độ nhẹ trong đó hay gặp nhất là đau, bỏng nơi tiếp xúc với coil, sau đó là đau đầu, một số người bệnh gặp ù tai, chóng mặt, chảy nước mắt sau các buổi điều trị đầu. Các tác dụng không mong muốn hay gặp ở tuần 1 hơn tuần 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cường độ điều trị cao 90% MT, thời gian chuỗi xung ngắn do đó tỷ lệ xuất hiện các tác dụng không mong muốn còn cao, tuy nhiên các tác dụng này đều ở mức độ nhẹ (không ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh). Các tác dụng phụ gặp trên cả 2 giới và các nhóm tuổi người bệnh khác nhau. Sự xuất hiện các tác dụng không mong muốn trong những ngày đầu đưa ra yêu cầu cho sự chuẩn bị kỹ càng về mọi mặt cho người bệnh trước khi bắt tay vào điều trị. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng không mong muốn thường gặp cũng bị lẫn vào một số triệu chứng của rối loạn cơ thể hóa, do đó người bệnh có thể nhầm lẫn giữa triệu chứng của bệnh và các tác dụng không mong muốn.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Phi và cộng sự (2021) trên 60 người bệnh, có 56% người bệnh có các tác dụng không mong muốn nhưng ở mức độ nhẹ trong đó hay gặp nhất là đau đầu (40%), đau nơi tiếp xúc và các tác dụng khác gặp ít hơn.⁶ Anderson và cộng sự nghiên cứu 60 trường hợp mất ngủ (kích thích vùng vỏ não đỉnh, 110%MT, tần số 1-29 Hz) cho thấy với

rTMS hoạt động có 19% người bệnh đau đầu, 40% người bệnh báo cáo khó chịu ở nơi tiếp xúc coil ở mức độ nhẹ và trung bình và 5% ở mức độ nặng.⁷ Những rối loạn tâm thần cấp tính (ví dụ: hưng cảm, hưng cảm nhẹ, lo lắng, kích động hoặc các triệu chứng loạn thần) đã được báo cáo trong một số nghiên cứu rTMS nhưng tỷ lệ xảy ra thấp và những thay đổi này thường thoáng qua.⁸ Tuy nhiên các nghiên cứu báo cáo những rối loạn cấp tính này sau rTMS đều được thực hiện ở những người bệnh bị rối loạn tâm thần; do đó, không rõ liệu các triệu chứng tâm thần này do rTMS gây ra hay xảy ra trong quá trình tự nhiên của các rối loạn này.

V. KẾT LUẬN

Các tác dụng không mong muốn ít gặp ở nhóm người bệnh rối loạn cơ thể hóa và chủ yếu là mức độ nhẹ trong đó hay gặp nhất là đau nơi tiếp xúc với coil (39,1%), bỏng nơi tiếp xúc, đau đầu, ù tai, chóng mặt.

Không ghi nhận trường hợp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JGM, Oude Voshaar RC.** Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 2013; 12(1): 151-156. doi:10.1016/j.arr. 2012.04.004
2. **Philip NS, Barredo J, Aiken E, et al.** Theta-Burst Transcranial Magnetic Stimulation for Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry.* 2019; 176(11): 939-948. doi:10.1176/appi.ajp. 2019.18101160
3. **Philip NS, Carpenter SL, Ridout SJ, et al.** 5Hz Repetitive transcranial magnetic stimulation to left prefrontal cortex for major depression. *J Affect Disord.* 2015; 186:13-17. doi: 10.1016/j.jad. 2014.12.024
4. **Singh SM, Prakash V, Choudhary S, Avasthi A.** The Effectiveness of High-frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Persistent Somatoform Pain Disorder: A Case Series. *Cureus.* 10(6):e2729. doi:10.7759/cureus.2729
5. **Rossi S, Antal A, Bestmann S, et al.** Safety and recommendations for TMS use in healthy subjects and patient populations, with updates on training, ethical and regulatory issues: Expert Guidelines. *Clin Neurophysiol.* 2021;132(1):269-306. doi:10.1016/j.clinph.2020.10.003
6. **Nguyễn Văn Phi, Nguyễn Văn Tuấn.** Hiệu quả điều trị trầm cảm bằng kích thích từ xuyên sọ tại bệnh viện lão khoa trung ương. *VMJ.* 2021;506(2). doi:10.51298/vmj.v506i2.1242
7. **Anderson B, Mishory A, Nahas Z, et al.** Tolerability and safety of high daily doses of repetitive transcranial magnetic stimulation in healthy young men. *J ECT.* 2006;22(1):49-53. doi:10.1097/00124509-200603000-00011
8. **Lerner AJ, Wassermann EM, Tamir DI.** Seizures from transcranial magnetic stimulation 2012-2016: Results of a survey of active laboratories and clinics. *Clin Neurophysiol.* 2019;130(8): 1409-1416. doi: 10.1016/j.clinph. 2019.03.016

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÀNH VI GÂY HẤN Ở VỊ THÀNH NIÊN RỐI LOẠN HỖN HỢP HÀNH VI VÀ CẢM XÚC

Lê Thị Mỹ Linh¹, Nguyễn Thị Phương Mai², Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 239 người bệnh vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc điều trị nội trú, ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có hành vi gây hấn là 74,1% trong đó gây hấn bằng lời nói chiếm tỷ lệ cao nhất (82,5%). Tỷ lệ gây hấn thể chất với đồ vật,

với bản thân, với người khác lần lượt là: 79,7%, 67,8%, 50,3%. Hành vi gây hấn có tính chất bốc đồng chiếm 86,4%, có sự tính toán trước là 13,6%. Trong nhóm rối loạn hành vi trầm cảm, hay gặp nhất là hành vi gây hấn với bản thân (53,3%). Trong nhóm rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác hay gặp nhất là hành vi gây hấn với người khác (88,8%). Hoàn cảnh xuất hiện hành vi gây hấn thường gặp nhất là xung đột trong gia đình (50,8%). Yếu tố thúc đẩy hành vi gây hấn phần lớn là do căng thẳng, bức bối hoặc không được thỏa mãn nhu cầu. Đa số cảm xúc người bệnh sau khi thực hiện hành vi gây hấn là không thay đổi (46,9%). **Kết luận:** Hành vi gây hấn là triệu chứng thường gặp ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, thường mang tính chất bốc đồng và không có sự thay đổi về cảm xúc sau khi thực hiện. Các triệu chứng gây hấn xuất hiện đa dạng và có đặc điểm khác biệt giữa vị thành niên mắc rối loạn hành vi trầm cảm và rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác. **Từ khóa:** hành vi gây hấn, vị thành niên, rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mỹ Linh

Email: mylinhle34@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS

Research objective: To describe the clinical characteristics of aggressive behavior in adolescents with mixed disorders of conduct and emotions. **Subjects and methods:** Cross-sectional description on 239 adolescent patients with mixed disorders of conduct and emotions who were inpatients and outpatients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from September 2022 to June 2023. **Results:** The proportion of patients with aggressive behavior was 74.1%, of which verbal aggression accounted for the highest rate (82.5%). The rate of physical aggression against objects, self, and other people is 79.7%, 67.8%, 50.3% respectively. Impulsive aggression accounted for 86.4% and premeditated aggression was 13.6%. In the group of depressive conduct disorder, the most common is self-aggressive behavior (53.3%). In the group of other mixed disorders of conduct and emotions, the most common is aggressive behavior towards others (88.8%). The most common situation in which aggressive behavior occurs is family conflict (50.8%). Common triggers for aggressive behavior are stress, frustration, or unmet needs. The majority of patients' emotions after performing aggressive behavior are unchanged (46.9%). **Conclusion:** Aggressive behavior is a common symptom in adolescents with mixed disorders of conduct and emotions, often impulsive and without emotional changes after the act. Symptoms of aggression appear diverse and have distinct characteristics between adolescents with depressive conduct disorder and other mixed disorders of conduct and emotions.

Keywords: aggressive behavior, adolescents, mixed disorders of conduct and emotions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp giữa thời thơ ấu và tuổi trưởng thành, được đặc trưng bởi sự thay đổi đáng kể về cấu trúc, chức năng não bộ, tuổi dậy thì, các yếu tố xã hội và môi trường. Rối loạn hành vi là một rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đến nhiều rối loạn tâm thần khác, trong đó có rối loạn cảm xúc như trầm cảm, lo âu... Rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc là một rối loạn được ghi nhận lần đầu tiên trong phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10), là sự kết hợp của rối loạn hành vi và các triệu chứng cảm xúc rõ rệt, kéo dài.¹ Ở trẻ em và thanh thiếu niên, rối loạn hành vi được biểu hiện dưới nhiều kiểu hành vi khác nhau, từ những cơn giận dữ thường xuyên, dữ dội, sự khó bảo, không vâng lời dai dẳng đến những hành vi gây hấn nghiêm trọng, thường có xu hướng kéo dài với hơn 65% số trẻ em vẫn được chẩn đoán như vậy ở giai

đoạn vị thành niên.² Hành vi gây hấn (aggressive behavior) là hành vi có ý định gây hại tức thì với bản thân, người khác, đồ vật hoặc tài sản.³ Hành vi gây hấn thường xuất hiện ở những trẻ có rối loạn về hành vi và cảm xúc, gây ra gánh nặng lớn cho người thân, giáo viên, bạn bè và toàn xã hội.⁴ Hành vi gây hấn là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong ở vị thành niên trên toàn cầu, có khoảng 5,5% tỷ lệ tử vong ở thanh thiếu niên là do hành vi gây hấn.⁵

Để làm rõ hơn đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, góp phần điều trị và quản lý người bệnh tốt hơn, giảm các gánh nặng cho gia đình và xã hội, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian**

nghiên cứu: 239 người bệnh vị thành niên được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc điều trị nội trú và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 10-19 tuổi được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc (F92) theo bảng phân loại hệ thống bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10). Người bệnh được chẩn đoán hành vi gây hấn trên lâm sàng theo định nghĩa: "Hành vi gây hấn là hành vi có ý định gây hại tức thì với bản thân, người khác, đồ vật hoặc tài sản."³

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, có bệnh lý nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp. Người bệnh được thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị. Người bệnh hoặc người đại diện không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

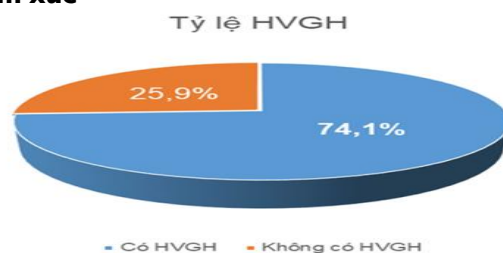
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, nơi ở của đối tượng nghiên cứu (n = 239)

Đặc điểm chung		n	%
Giới tính	Nam	118	49,4
	Nữ	121	50,6
Nhóm tuổi	10 – 13 tuổi	57	23,8
	14 – 16 tuổi	115	48,1
	17 – 19 tuổi	67	28,1
	Tuổi trung bình	15,10 ± 2,15	
Nơi ở	Thành thị	126	52,7
	Nông thôn	107	44,8
	Miền núi	6	2,5

Nhận xét: Tỷ lệ nam:nữ ~ 1:1. Nhóm người bệnh 14 – 16 tuổi hay gặp nhất chiếm 48,1%, tuổi trung bình là 15,10 ± 2,15. Người bệnh phần lớn sống ở thành thị (52,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc**Biểu đồ 1. Tỷ lệ hành vi gây hấn của đối tượng nghiên cứu (n=239)**

Nhận xét: Tỷ lệ hành vi gây hấn ở người bệnh vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc là 74,1%, cao gấp 2,86 lần nhóm đối tượng không có hành vi gây hấn.

Bảng 2. Đặc điểm hành vi gây hấn theo chẩn đoán F92 (ICD – 10) (n=177).

Đặc điểm hành vi gây hấn		F92.0		F92.8		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Gây hấn bằng lời nói		46	31,5	100	68,5	146	82,5
Gây hấn thể chất	Gây hấn với đồ vật	40	28,4	101	71,6	141	79,7
	Gây hấn với bản thân	64	53,3	56	46,7	120	67,8
	Gây hấn với người khác	10	11,2	79	88,8	89	50,3
Hành vi gây hấn mang tính bốc đồng		57	37,3	96	62,7	153	86,4
Hành vi gây hấn có tính toán trước		14	58,3	10	41,7	24	13,6

Nhận xét: Nhóm rối loạn hành vi trầm cảm (F92.0) phần lớn người bệnh có hành vi gây hấn với bản thân (53,3%) và có tính toán trước (58,3%), ít gặp hành vi gây hấn với người khác (11,2%). Nhóm rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác (F92.8) chủ yếu người bệnh có hành vi gây hấn với người khác (88,8%) và mang tính bốc đồng (62,7%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng các loại hành vi gây hấn (n=177)

		Triệu chứng	n	%
Gây hấn bằng lời nói		Hét lên, chửi bới nhẹ nhàng	146	100
		Xúc phạm nghiêm trọng	91	62,3
		Đe dọa bạo lực một cách bốc đồng	7	4,8
		Cố ý đe dọa bạo lực nhiều lần	1	0,7
Gây hấn thể chất	Gây hấn với đồ vật	Gây lộn xộn	141	100
		Tức giận đóng sầm cửa	9	6,4
		Xé toạc quần áo	1	0,7
		Đi tiểu trên sàn nhà	1	0,7
		Vứt, ném (không gây hỏng)	109	77,3
		Phá vỡ	71	50,4
	Gây hấn với bản thân	Gây cháy, ném đồ vật một cách nguy hiểm	9	6,4
		Cào cào, tự đánh (không gây thương tích)	78	65
		Gây thương tích nhẹ	90	75
		Gây thương tích vừa	51	42,5
		Các vết cắt nhỏ	17	14,2
		Các vết bầm tím	2	1,7
		Các vết bỏng nhẹ	15	12,5
		Gây thương tích nặng	38	31,7
	Gây hấn với người khác	Cố gắng tự sát	86	96,6
		Cử chỉ đe dọa	68	76,4
		Đánh, đá (không gây thương tích)	22	24,7
		Gây thương tích nhẹ, vừa	0	0
		Gây thương tích trầm trọng	0	0

Nhận xét: Gây hấn bằng lời nói: 100% người bệnh có triệu chứng hét lên, chửi bới nhẹ nhàng; cố ý đe dọa bạo lực nhiều lần ít gặp nhất 0,7%. Gây hấn với đồ vật: 100% người bệnh tức giận, đóng sầm cửa; tỷ lệ gây cháy, ném đồ vật một cách nguy hiểm thấp nhất 6,4%. Gây hấn với bản thân: gây thương tích nhẹ 75%, cố gắng tự sát 31,7%. Gây hấn với người khác: đa số là cử chỉ đe dọa (96,6%), không có trường hợp nào gây thương tích trầm trọng.

Bảng 4. Hoàn cảnh, yếu tố thúc đẩy hành vi gây hấn và cảm xúc sau khi thực hiện (n=177)

Hoàn cảnh xuất hiện hành vi gây hấn	n	%
Dùng hoặc giảm liều thuốc	21	11,9
Bị bạo lực thể chất hoặc tinh thần	5	2,8
Bị chế giễu, trêu chọc	15	8,5
Xung đột trong gia đình	90	50,8
Xung đột ở trường lớp	42	23,7
Thay đổi thời tiết	38	21,5
Không có nguyên nhân	54	30,5
Yếu tố thúc đẩy xuất hiện hành vi gây hấn		
Không được thỏa mãn nhu cầu	86	48,6
Căng thẳng, bức bối	100	56,5
Khác	38	21,5
Cảm xúc sau khi thực hiện hành vi gây hấn		
Thoải mái, dễ chịu	60	33,9
Hối hận	18	10,2
Không thay đổi	83	46,9
Khác	16	9,0

Nhận xét: Hoàn cảnh xuất hiện hành vi gây hấn hay gặp nhất là xung đột trong gia đình (50,8%). Yếu tố thúc đẩy xuất hiện hành vi gây hấn chủ yếu do căng thẳng, bức bối (56,6%) hoặc không được thỏa mãn nhu cầu (48,6%). Sau khi thực hiện hành vi gây hấn, phần lớn cảm xúc của người bệnh không thay đổi (46,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam, nữ gần như bằng nhau và phần lớn sống ở thành thị. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 14 – 16 tuổi chiếm 48,1%, tuổi trung bình là $15,10 \pm 2,15$. Đây là giai đoạn bao gồm tuổi dậy thì, trẻ có những thay đổi phức tạp về thể chất, nhận thức, tâm lý, chịu ảnh hưởng nhiều từ môi trường gia đình, xã hội dẫn đến trẻ có những rối loạn về hành vi và cảm xúc.

4.2. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp

hành vi và cảm xúc là 74,1%, tương đồng với kết quả của Bùi Văn Lợi (2022) nghiên cứu về đặc điểm rối loạn hành vi trên đối tượng tương đương.⁴ Hành vi gây hấn là một trong những triệu chứng phổ biến, nổi bật trong rối loạn hành vi ở vị thành niên, có thể cản trở khả năng phát triển của trẻ. Nếu không được điều trị, trẻ vị thành niên có hành vi gây hấn có thể tiến triển thành các rối loạn tâm thần khác nặng nề hơn.

Vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc thể hiện hành vi gây hấn công khai dưới nhiều hình thức khác nhau. Trẻ có thể thể hiện thái độ thù địch, lăng mạ, khiêu khích, thách thức, tiêu cực thông qua lời nói hoặc các hành vi thể chất khác. Gây hấn bằng lời nói như la hét, chửi mắng gây tổn thương cảm xúc, uy tín của một người và hạ thấp giá trị của người. Gây hấn thể chất là việc cố ý làm hại người khác hoặc chính mình để gây đau đớn như đánh, đẩy, ném đồ vật hay rạch tay, cố gắng tự sát. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng gây hấn bằng lời nói là hình thức phổ biến nhất, chiếm 82,5%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Gregory G. Taylor (2019).⁶ Nhóm rối loạn hành vi trầm cảm (F92.0) chủ yếu có xu hướng gây hấn với bản thân và thường có tính toán trước, biểu hiện như cào cấu làm xước da, tự đánh, đâm mình, tự kéo tóc, đập đầu,... trong đó nghiêm trọng nhất là cố gắng tự sát (37%). Nhóm rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác (F92.8) chủ yếu có xu hướng gây hấn thể chất với người khác và thường mang tính bốc đồng, biểu hiện như cử chỉ đe dọa, huých vào người, túm quần áo người khác, đánh, đá, xô đẩy, kéo tóc người khác, tấn công gây thương tích ở mức độ nhẹ vừa, ít gặp trường hợp gây thương tích trầm trọng. Gây hấn đối với đồ vật gặp nhiều ở người bệnh F92.8 hơn F92.0, đa số có biểu hiện ở mức độ nhẹ - vừa như tức giận đóng sầm cửa, vứt, ném, phá vỡ đồ vật. Hành vi gây hấn ở trẻ vị thành niên thường có xu hướng định hình, lời nói hành động thù địch, xung động và không thể đoán trước được, hiếm khi trực tiếp dẫn tới bất kỳ mục tiêu được xác định nào, mang đến sự ít hài lòng, thành công, hoặc thậm chí để duy trì lợi thế với các bạn đồng trang lứa hoặc người hơn tuổi.

Hành vi gây hấn thường xuất hiện do xung đột gia đình hoặc trường lớp, nhiều trường hợp xuất hiện mà không có nguyên nhân. Vị thành niên là lứa tuổi dễ nhạy cảm với các vấn đề về gia đình, xã hội. Môi trường gia đình là môi trường xã hội đầu tiên và quan trọng đối với trẻ em và vị thành niên. Trẻ chịu ảnh hưởng rất nhiều bởi các xung đột trong gia đình gồm mâu

thuần giữa bố mẹ, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình, sự khác biệt giữa các thế hệ,... Đây cũng là giai đoạn trẻ chuyển đổi các cấp học, sự thay đổi về mối quan hệ giữa bạn bè, thầy cô, sự căng thẳng, áp lực trong học tập thi cử gây ra nhiều xung đột ở trường lớp, ảnh hưởng đến sự kiểm soát về hành vi và cảm xúc của trẻ gây ra nhiều biểu hiện mang tính chất bốc đồng, chống đối. Sau khi gây hấn người bệnh thường không có sự thay đổi về cảm xúc hoặc cảm thấy thoải mái, dễ chịu, chỉ 10% người bệnh cảm thấy hối hận. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy (2019), đa số trẻ vị thành niên cảm thấy bình thường sau khi gây hấn (67%).⁷ Phần lớn trẻ không nhận thức được biểu hiện của mình là gây hấn, làm tổn thương người khác mà cho đó là phản ứng bình thường. Yếu tố thúc đẩy hành vi gây hấn thường gặp là do căng thẳng, bức bối hoặc khi không được thỏa mãn nhu cầu. Tính không ổn định về cảm xúc của trẻ vị thành niên góp phần thúc đẩy các rối loạn về hành vi, trong đó có hành vi gây hấn gây ra hậu quả nghiêm trọng đối với trẻ và nạn nhân bị gây hấn, ảnh hưởng nhiều đến thể chất, kết quả học tập và nhân cách của trẻ sau này.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc ở vị thành niên thường gặp ở cả nam và nữ, đa số trong nhóm 14 – 16 tuổi và sống ở thành thị. Hành vi gây hấn là triệu chứng nổi bật ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc. Phần lớn hành vi gây hấn mang tính chất bốc đồng và

thường không có sự thay đổi về cảm xúc sau khi thực hiện. Các triệu chứng gây hấn xuất hiện đa dạng và có đặc điểm khác biệt giữa trẻ mắc rối loạn hành vi trầm cảm và rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.** 10th revision, Fifth edition. World Health Organization; 2016.
2. **INSERM Collective Expertise Centre.** Conduct: Disorder in Children and Adolescents. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2005. Accessed July 8, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7133/>
3. **Saylor KE, Amann BH.** Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(1):19-25. doi:10.1089/cap.2015.0126
4. **MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI RỐI LOẠN HÀNH VI Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN HỖN HỢP HÀNH VI VÀ CẢM XÚC KHỚT PHÁT TUỔI THANH THIẾU NIÊN.** Accessed June 21, 2023. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/4069/3721>
5. **Muarifah A, Mashar R, Hashim IHM, Rofiah NH, Oktaviani F.** Aggression in Adolescents: The Role of Mother-Child Attachment and Self-Esteem. *Behav Sci.* 2022;12(5): 147. doi: 10.3390/bs12050147
6. **Teacher Reports of Verbal Aggression in School Settings Among Students With Emotional and Behavioral Disorders - Gregory G. Taylor, Stephen W. Smith,** 2019. Accessed July 26, 2023. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1063426617739638>
7. **Nguyễn TBT.** Hành vi gây hấn ở trẻ vị thành niên có hoàn cảnh đặc biệt trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. February 20, 2019.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA LASER HE-NE CÔNG SUẤT THẤP TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG SAU PHẪU THUẬT CỘT SỐNG VÙNG THẮT LƯNG

Vũ Hồng Vân¹, Nguyễn Thị Hồng Hậu¹,
Phạm Đình Thọ¹, Nguyễn Ngọc Quyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của laser He-Ne công suất thấp trong điều trị vết thương sau phẫu thuật cột sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc tiến hành trên

150 bệnh nhân phẫu thuật cột sống vùng thắt lưng sử dụng kháng sinh dự phòng trong 24 giờ đầu sau mổ được chiếu tia laser He-Ne từ ngày thứ 1 sau phẫu thuật đến khi ra viện. Mức độ đau vết mổ theo thang điểm VAS được đánh giá tại thời điểm trước và sau chiếu tia laser trong ngày thứ nhất, mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm 5 của Likert được đánh giá trước khi ra viện, tình trạng vết mổ được đánh giá tại thời điểm ra viện và theo dõi đến 3 tháng sau mổ. **Kết quả:** Điểm VAS đau vết mổ trước chiếu tia laser He-Ne; 100% liền sẹo kỹ đầu và không bị nhiễm khuẩn vết mổ; độ hài lòng của bệnh nhân là 4,4 ± 0,5 theo thang điểm 5 của Linker. **Kết luận:**

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Quyên

Email: bsquyenptcs108@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

Laser He-Ne có tác dụng làm giảm đau vết mổ, phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và tăng sự hài lòng của người bệnh. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ, kháng sinh dự phòng, phẫu thuật cột sống, laser He-Ne công suất thấp.

SUMMARY

EFFECTIVE EVALUATION OF LOW-LEVEL LASER HE-NE IN TREATMENT OF SURGICAL WOUND AFTER LUMBAR SPINE SURGERY

Objectives: To evaluate the efficacy of low-level laser He-Ne therapy in treatment of surgical wound after spinal surgery. **Subjects and methods:** descriptive, prospective study was done on 150 patient who underwent lumbar spinal surgery and given antibiotic prophylaxis during 24 hours after operation in combination with laser He-Ne therapy for treatment of surgical wound from 1st day post-operation to discharge. Surgical wound pain was assessed by VAS score at point of before and after using laser He-Ne therapy at the 1st day post-operation; patient satisfaction was evaluated by 5-point Likert scale; the surgical wound was followed-up for 3 months after surgery and the infected wound was noted. **Results:** the VAS of surgical wound pain was 6.0 ± 1.1 before which reduced to 2.7 ± 0.9 after using laser He-Ne therapy; patient satisfaction was 4.4 ± 0.5 according to 5-point Likert scale. **Conclusions:** The effects of low-level laser He-Ne therapy in treatment of surgical wound after lumbar spine surgery included the reduction of surgical wound pain, the prevention of surgical site infection, and increasing patients' satisfaction.

Keywords: Surgical wound infection, antibiotic prophylaxis, spinal surgery, low-level laser He-Ne

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật nói chung và phẫu thuật cột sống nói riêng là một biến chứng không mong muốn có thể dẫn đến thảm họa cho bệnh nhân. Tổ chức Y tế thế giới [7] đã đưa ra các hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ cho phẫu thuật chung. Tại Việt nam, Bộ Y tế [1] đã đưa ra hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ và các Bệnh viện cũng đã áp dụng quy trình phòng ngừa này với mục tiêu làm giảm nhiễm khuẩn vết mổ tối đa. Trong phẫu thuật cột sống, trong hướng dẫn của Hiệp hội Cột sống Bắc Mỹ cũng nhấn mạnh là ngay cả khi áp dụng đúng hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và kháng sinh dự phòng thì tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cột sống là 0,7 – 10% tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý kèm theo của người bệnh [6]. Laser He-Ne công suất thấp đã được áp dụng điều trị trong nhiều chuyên ngành, trong đó có điều trị đau và điều trị các vết thương đặc biệt các vết thương lâu lành do nó có tác dụng làm giảm đau và kích thích sự liền sẹo [5]. Tuy

nhien, theo tìm hiểu của chúng tôi chưa có một báo cáo nào về việc ứng dụng Laser He-Ne trong điều trị vết mổ sau phẫu thuật cột sống vùng thắt lưng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của Laser He-Ne trong điều trị vết mổ ở bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống vùng thắt lưng có sử dụng kháng sinh dự phòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 150 bệnh nhân phẫu thuật cột sống thắt lưng sử dụng kháng sinh dự phòng 24 giờ, được sử dụng tia Laser He-Ne chiếu vào vết mổ từ ngày thứ 1 sau phẫu thuật đến khi ra viện với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: 1) Không phân biệt tuổi giới; 2) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: 1) bệnh nhân phải mổ lại trong quá trình hậu phẫu sau phẫu thuật do các nguyên nhân máu tụ, vết sai bị trí...2) chiếu tia sai quy trình kỹ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 11 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật và điều trị theo yêu cầu – Bệnh viện TWQĐ 108.

- Quy trình chiếu tia Laser He-Ne: Bắt đầu tiến hành từ ngày thứ 1 sau mổ cho đến lúc bệnh nhân ra viện, ngày chiếu 1 lần. Bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái, bộc lộ vết thương tốt nhất; thay băng đánh giá vết thương theo đúng quy trình kỹ thuật; kiểm tra máy phát, dây dẫn tia Laser He-Ne; Khởi động và hướng tia Laser vào vết mổ với khoảng cách từ 15-20 cm để đảm bảo vết mổ nằm giữa chùm tia màu đỏ, di chuyển chùm tia để toàn bộ vết mổ đều được chiếu; Khi hết thời gian chiếu máy sẽ tự động tắt; Đắp gạc vô trùng và băng vết mổ.

- Đánh giá kết quả: Mức độ đau vết mổ được đánh giá theo thang điểm VAS trước khi chiếu và sau khi chiếu trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Tình trạng vết mổ được đánh giá trước mỗi lần chiếu tia và trong quá trình theo dõi tại nhà đến đủ 3 tháng sau phẫu thuật. Nhiễm khuẩn vết mổ được chẩn đoán là nhiễm khuẩn nông, sâu và nhiễm khuẩn khoang ổ mổ theo tiêu chuẩn trong hướng dẫn của Bộ Y tế. Sự hài

lòng của người bệnh được đánh giá tại thời điểm ra viện theo thang điểm 5 của Liker.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với giá trị $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Y học – Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108. Bệnh nhân và người nhà được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin về hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân đều được chúng tôi bảo mật, chỉ sử dụng với mục đích khoa học và không dùng cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: 150 bệnh nhân có 74 nam (49,3%) và 76 nữ (50,7%), tuổi trung bình là $51 \pm 9,5$ (thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 67 tuổi). Bệnh nhân được phẫu thuật giải chèn ép 1 mức đốt sống là 50, hai mức hoặc hai bên 1 mức là 30; giải ép kèm đặt nẹp mềm Silicon là 37, giải ép cố định nẹp bán động 1 mức là 33.

3.2. Kết quả lâm sàng

Bảng 1: Tình trạng đau vết mổ ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật trước và sau chiếu tia ($n=150$)

Điểm VAS	Trước chiếu Laser		Sau chiếu Laser	
	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ
1-3	0	0	124	82,7
4-5	48	32	26	17,3
6-7	88	57,5	0	0
≥ 8	14	9,3	0	0
Trung bình	$6,0 \pm 1,1$		$2,7 \pm 0,9$	

Nhận xét: Trước chiếu tia Laser He-Ne mức độ đau vết mổ theo thang điểm VAS trung bình là $6,0 \pm 1,1$ giảm xuống còn $2,7 \pm 0,9$ sau chiếu.

Bảng 2: Tình trạng vết mổ tại thời điểm khi ra viện và sau 3 tháng theo dõi

	Khi ra viện	Tại thời điểm 3 tháng sau mổ
Không nhiễm khuẩn	150 (100%)	150 (100%)
Có nhiễm khuẩn	0	0

Nhận xét: Tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật thì trong 150 bệnh nhân trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào có biểu hiện nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian theo dõi đến 3 tháng sau mổ.

Bảng 3: Mức độ hài lòng của người bệnh theo thang điểm Liker

Điểm Liker	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Điểm Liker trung bình
3	10	6,7	$4,6 \pm 6,1$

4	40	26,7
5	100	66,7
Tổng	150	100 (%)

Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh đối với việc được điều trị chiếu tia Laser He-Ne thì 100% đều hài lòng hoặc rất hài lòng theo thang điểm 5 của Liker với điểm trung bình là 4.4.

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật nói chung đặc biệt là sau phẫu thuật cột sống là một biến chứng khó chịu sau phẫu thuật cột sống và có thể làm trầm trọng tình trạng bệnh và thậm chí tử vong, đồng thời làm tăng chi phí điều trị [8]. Chính vì vậy, đã có các hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới [7] và Bộ Y tế [1] về các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên, theo Hội cột sống Bắc Mỹ thì ngay cả khi tuân thủ đúng quy trình phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và sử dụng kháng sinh dự phòng đúng cách thì tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cột sống chiếm từ 0,7 – 10% tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của người bệnh [6]. Vì vậy, sau phẫu thuật nhiều phẫu thuật viên dung kháng sinh kéo dài với hi vọng làm hạn chế thấp nhất tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh kéo dài đã được chứng minh không có hiệu quả trong việc làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ mà còn mang lại những hậu quả như tăng tác dụng phụ của kháng sinh, tăng tỉ lệ kháng kháng sinh, tăng chi phí điều trị và thời gian nằm viện, xuất hiện tình trạng nhiễm nấm do lạm dụng kháng sinh. Chính vì vậy, việc ứng dụng các kỹ thuật khác mà có khả năng làm giảm nhiễm khuẩn vết mổ có thể mang lại những ý nghĩa tích cực cho bệnh nhân và bác sĩ sau phẫu thuật cột sống.

Laser He-Ne công suất thấp đã được ứng dụng điều trị trong y học ở nhiều chuyên ngành khác nhau và mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Tác dụng làm nhanh liền vết thương đã được chứng minh trên thực nghiệm và lâm sàng. Đồng thời tác dụng giảm đau của Laser He-Ne cũng đã được ứng dụng. Vì vậy, chúng tôi ứng dụng liệu pháp Laser He-Ne công suất thấp để chiếu vào vết mổ với mục đích làm nhanh quá trình liền vết thương qua đó hạn chế sự xâm nhập của vi khuẩn bên ngoài vào vết mổ đặc biệt là các loại tụ cầu ở trên da người bệnh qua đó hạn chế được tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì 100% bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian theo dõi sau mổ đến 3 tháng. Điều này cho thấy việc sử dụng liệu pháp Laser đã

giúp làm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ một cách rõ rệt. Theo nghiên cứu của Habibi và cộng sự [2] thì tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn thuần tuân thủ đúng quy trình phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và kháng sinh dự phòng là 2,75% trong đó nhiễm khuẩn nông là 1,7%.

Đồng thời việc sử dụng liệu pháp Laser He-Ne cũng giúp cho bệnh nhân giảm đau vết mổ một cách rõ rệt với điểm VAS trung bình trước khi chiếu là $6,0 \pm 1,1$ giảm xuống còn $2,7 \pm 0,9$ sau chiếu. Tác dụng giảm đau của Laser công suất thấp trong đó có Laser He-Ne là do làm giảm quá trình viêm tại vết mổ điều này đã được chứng minh khi ứng dụng liệu pháp này trong điều trị đau do chấn thương, do áp xe... Jackson và cộng sự [3] nghiên cứu tác dụng Laser công suất thấp ở những trường hợp đặt túi độn ngực cho thấy hiệu quả rõ rệt. Nesioonpour và cộng sự [2] cũng đã chứng minh tác dụng giảm đau của Laser công suất thấp trong điều trị đau sau phẫu thuật kết xương chày.

Ngoài ra việc sử dụng Laser He-Ne để kết hợp điều trị phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ đã làm tăng sự hài lòng của người bệnh do người bệnh cảm thấy được yên tâm hơn và vết mổ đỡ đau hơn sau khi điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được sử dụng liệu pháp này đều hài lòng hoặc rất hài lòng với việc điều trị với điểm Likert trung bình là 4.4.

V. KẾT LUẬN

Laser He-Ne công suất thấp là một liệu pháp điều trị vết thương có tác dụng làm giảm đau vết thương, làm vết thương nhanh liền và 100% bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm khuẩn vết

mổ trong thời gian theo dõi 3 tháng và làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2012) 'Hướng Dẫn Phòng Ngừa Nhiễm Khuẩn Vết Mổ'.
2. **Habibi, Z., saedinejad, Z. and Eilami, O.** (2014) 'Single Dose Antibiotic Prophylaxis in Lumbar Stenosis or Disc Surgery: A Review of 117 Cases', Archives of Neuroscience, 2(1), pp. 10–13. doi: 10.5812/archneurosci.15055.
3. **Jackson, R. F., Roche, G. and Mangione, T.** (2009) 'Low-Level Laser Therapy Effectiveness for Reducing Pain after Breast Augmentation', The American Journal of Cosmetic Surgery, 26(3), pp. 144–148. doi: 10.1177/074880680902600303.
4. **Nesioonpour, S.** et al. (2014) 'The effect of low-level laser on postoperative pain after tibial fracture surgery: a double-blind controlled randomized clinical trial.', Anesthesiology and pain medicine, 4(3), p. e17350. doi: 10.5812/aapm.17350.
5. **Samaneh, R.** et al. (2015) 'Laser therapy for wound healing: A review of current techniques and mechanisms of action', Biosciences Biotechnology Research Asia, 12(September), pp. 217–223. doi: 10.13005/bbra/1626.
6. **Shaffer, O. W.** et al. (2013) Recommendations Regarding antibiotic prophylaxis in spine surgery., Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care. Antibiotic prophylaxis in spine surgery. Available at: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/AntibioticProphylaxis.pdf>.
7. **WHO** (2018) Global guidelines on the prevention of surgical site infection. Available at: <http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines>.
8. **Yamamoto, M.** et al. (1996) 'Perioperative antimicrobial prophylaxis in neurosurgery: clinical trial of systemic flomoxef administration and saline containing gentamicin for irrigation.', Neurologia medico-chirurgica, 36(6), pp. 370–376. doi: 10.2176/nmc.36.370.

ĐẶC ĐIỂM HOẠT ĐỘNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI NGHIỆN RƯỢU

Phạm Thanh Tùng¹, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Trần Thị Hà An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng hoạt động tình dục ở nam giới nghiện rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 81 người bệnh nam nghiện rượu điều trị nội trú

tại Viện Sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2022 đến tháng 5/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,1 \pm 7,8$. Thời gian nghiện rượu trung bình là $12,33 \pm 5,76$ năm, nghiện rượu mức độ nặng chiếm 23,5%, mức độ trung bình và nhẹ lần lượt là 54,3 và 22,2%. Có 84% người bệnh có tần suất quan hệ tình dục thấp, 34,5% giảm ham muốn tình dục, 53,1% khó khăn đạt hưng phấn tình dục, 55,6% gặp các vấn đề về cương dương. Tần suất đạt cực khoái thấp gặp ở 49,4% đối tượng, trong khi đó 55,6% ít cảm thấy hài lòng về cực khoái. Đánh giá chung có 54% người bệnh không hài lòng về đời sống tình dục của bản thân. **Kết luận:** Rối loạn chức năng tình dục thường gặp ở nam giới

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính:

Email: ttđajgja26@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

nghiện rượu, trong đó có sự suy giảm ở tất cả các giai đoạn hoạt động tình dục: ham muốn, hưng phấn, cực khoái, thoái trào. Các rối loạn này gây nhiều bận tâm, đau khổ và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh nghiện rượu.

Từ khóa: Nghiện rượu, tình dục, hoạt động tình dục ở nam giới nghiện rượu.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SEXUAL ACTIVITIES IN ALCOHOL-DEPENDENT MEN

Objective: Describe the situational characteristics of sexual activities in alcoholic men. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 81 inpatients with alcohol dependence at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital from September 2022 to May 2023. **Results:** The average age of the study subjects was 47.1 ± 7.8 . The average duration of alcoholism was 12.33 ± 5.76 years, severe alcohol use was 23.5%, and moderate and mild were 54.3 and 22.2%, respectively. There was 84% of patients with low frequency of sexual intercourse, 34.5% decreased in sexual desire, 53.1% had difficulty in achieving sexual arousal, 55.6% had problems with erection. The frequency of orgasm was low in 49.4% of the subjects, while 55.6% felt less satisfied with the orgasm. Overall assessment, 54% of patients was not satisfied with their education and love life. **Conclusion:** Sexual dysfunction is common in alcoholic men, in which there is a decline in all stages of educational sexual activity: desire, excitement, orgasm, and regression. This disorder causes a lot of distress, suffering and affects the quality of life of alcoholics.

Keywords: Alcohol dependence, sex, sexual activities in alcohol-dependent men.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là một trong những hội chứng bệnh lý mạn tính phổ biến, do nhu cầu uống rượu không được thỏa mãn một cách thường xuyên, gây thèm rượu bắt buộc làm ảnh hưởng đến hiệu suất công việc, đến sức khỏe tâm thần và thể chất, làm tổn thương đến các mối quan hệ gia đình và đời sống xã hội. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2016, ước tính có khoảng 283 triệu người từ 15 tuổi trở lên mắc rối loạn sử dụng rượu (chiếm 5,1% người trưởng thành), trong đó nghiện rượu (dạng nghiêm trọng nhất của rối loạn sử dụng rượu) chiếm 2,6%¹. Đây là thực trạng đáng báo động và là thách thức lớn cho các ban ngành, đoàn thể trong công tác chăm sóc sức khỏe, an sinh xã hội.

Hoạt động tình dục là nhu cầu sinh lý cơ bản của con người, không chỉ nhằm mục đích duy trì nòi giống, mà còn để đạt sự thỏa mãn cảm xúc, hài lòng về thể chất và tình cảm. Chức năng tình dục cũng thường gặp rối loạn, nhất là trong thời đại xã hội công nghiệp hóa phát triển mạnh như hiện nay. Hoạt động tình dục và các rối loạn

chức năng tình dục ở nam giới là vấn đề được quan tâm từ lâu nay trên thế giới và ở cả Việt Nam. Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu chứng minh rằng tình trạng nghiện rượu có thể gây ra các rối loạn chức năng tình dục, ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Việt Nam, các đã có nhiều nghiên cứu, tham luận về tác động của tình trạng nghiện rượu bia đến sức khỏe người sử dụng, tuy nhiên về ảnh hưởng của rượu bia đến khía cạnh tình dục của còn là vấn đề mới mẻ, chưa được tìm hiểu và quan tâm đầy đủ. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đặc điểm hoạt động tình dục ở nam giới nghiện rượu", nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hoạt động tình dục ở người bệnh nam nghiện rượu điều trị nội trú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 81 người bệnh nam nghiện rượu điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh nam điều trị nội trú tại các khoa tâm thần, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu, theo tiêu chuẩn trong Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), mã F10.2.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** người không hoạt động tình dục, có tiền sử bệnh lý thực thể về hệ sinh dục, mắc hoặc có tiền sử mắc các rối loạn tâm thần nguyên phát không liên quan đến rượu, mắc các bệnh cơ thể cấp và mạn tính nặng, bệnh lý cấp cứu, ác tính và có tổn thương thực thể ở não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý thông qua phần mềm SPSS 25.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng không can thiệp, nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Người bệnh và thân nhân tự nguyện tham gia, có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào không cần nêu lý do. Nghiên cứu được sự đồng ý của Viện Sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

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

Đặc điểm chung		N	%
Nhóm tuổi	Dưới 40	13	16
	40- 49	38	46,9

	50- 59	26	32,1
	Từ 60 trở lên	4	5
Tuổi trung bình (năm)	47,1 ± 7,8		
Mức độ nghiện rượu (SADQ)	Nhẹ	18	22,2
	Trung bình	44	54,3
	Nặng	19	23,5
Thời gian nghiện rượu	Dưới 10 năm	22	27,2
	Từ 10 đến dưới 20 năm	46	69,1
	Trên 20 năm	3	3,7
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	12,33 ± 5,76		

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,1 ± 7,8, nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%). Phần lớn bệnh nhân nghiện rượu mức độ trung bình theo phân loại của Bảng câu hỏi nghiện rượu mức độ nghiện rượu (SADQ-C), với thời gian nghiện rượu trung bình là 12,33 ± 5,76 năm, thời gian nghiện rượu chủ yếu trong khoảng từ 10 đến dưới 20 năm (69,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng hoạt động tình dục ở người bệnh nam nghiện rượu

Bảng 2. Tần suất quan hệ tình dục của nhóm nghiên cứu

Tần suất QHTD	N	%
<1 lần/tháng	34	42
<1 lần/tháng - <1 lần/tuần	34	42
2-4 lần/tuần	13	16

Nhận xét: Có tới 84% người bệnh quan hệ tình dục với tần suất dưới 1 lần/tuần, trong khi đó chỉ có 16% quan hệ tình dục từ 2-4 lần/tuần. Không người bệnh nào có hoạt động tình dục hàng ngày.

Bảng 3. Đặc điểm ham muốn tình dục của nhóm nghiên cứu

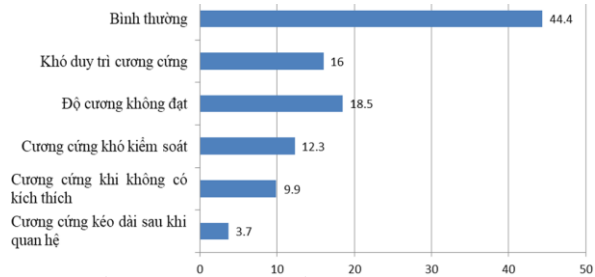
Mức độ ham muốn	N	%
Cao	11	13,6
Trung bình	42	51,9
Thấp	28	34,5

Nhận xét: Có 34,5% người bệnh có ham muốn tình dục ở mức thấp, nhóm có ham muốn tình dục ở mức trung bình chiếm đa số (51,9%), nhóm có ham muốn tình dục cao chỉ chiếm 13,6%.

Bảng 4. Khả năng đạt hưng phấn tình dục của nhóm nghiên cứu

Khả năng đạt hưng phấn	N	%
Dễ dàng	14	17,3
Bình thường	24	29,6
Khó khăn	43	53,1

Nhận xét: 53,1% người bệnh gặp khó khăn để đạt hưng phấn tình dục, nhóm dễ dàng đạt hưng phấn tình dục chỉ chiếm tỷ lệ 17,3%.



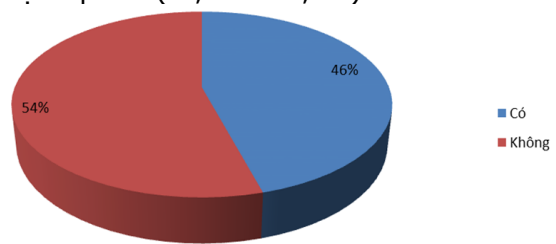
Biểu đồ 1: Đặc điểm khả năng cương dương của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: 55,6% đối tượng nghiên cứu gặp các vấn đề về cương dương. Các rối loạn bao gồm khó duy trì cương cứng 16%, độ cương không đạt 18,5%, cương cứng khó kiểm soát 12,3%, cương cứng khi không có kích thích 9,9%, cương cứng kéo dài sau khi quan hệ 3,7%.

Bảng 5. Đặc điểm cực khoái của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm về cực khoái		N	%
Tần suất đạt cực khoái	Không	4	4,9
	Thỉnh thoảng	36	44,5
	Thường xuyên	38	46,9
	Luôn luôn	3	3,7
Hài lòng về cực khoái	Không	6	7,4
	Thỉnh thoảng	39	48,2
	Thường xuyên	32	39,5
	Luôn luôn	4	4,9

Nhận xét: 49,4% đối tượng không thường xuyên đạt được cực khoái, trong khi tỷ lệ người bệnh thường xuyên và luôn luôn đạt được cực khoái khi quan hệ chiếm 46,9% và 3,7%. Cùng với đó tỷ lệ đối tượng ít hài lòng với cực khoái chiếm đa số (55,6%), trong khi nhóm thường xuyên và luôn luôn hài lòng về cực khoái chiếm tỷ lệ thấp hơn (39,5% và 4,9%).



Biểu đồ 2: Thỏa mãn về đời sống tình dục

Nhận xét: Trong 81 đối tượng nghiên cứu, có 44 người cảm thấy không thỏa mãn về đời sống tình dục của bản thân, chiếm tỷ lệ 54%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 81 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 47,1 ± 7,8 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị

Phương Mai năm 2021 về độ tuổi trung bình $47,2 \pm 8,4$ tuổi của nhóm 53 người bệnh nghiện rượu điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai². Đây là độ tuổi trung niên, khi người bệnh đã sử dụng rượu đủ lâu và lệ thuộc vào rượu về cả thể chất và tâm thần để gây ra tình trạng các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng rượu. Mức độ nghiện rượu của nhóm nghiên cứu đánh giá theo thang SADQ-C, có tới hơn một nửa là nghiện rượu mức độ trung bình (54,3%), với thời gian nghiện rượu trung bình 12,33 năm. Thời gian nghiện rượu thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn năm 2014 ở các bệnh nhân nghiện rượu điều trị nội trú, khi thời gian nghiện rượu trung bình là 14,6 năm³. Bệnh nhân lệ thuộc vào rượu với mức độ và thời gian như vậy có các biến đổi về thể chất và tâm thần đủ để gây ra tình trạng rối loạn tâm thần bệnh lý, mà không ảnh hưởng nhiều về cơ thể và chức năng sinh lý như nhóm bệnh nhân nghiện rượu nặng.

Tần suất quan hệ tình dục của nhóm nghiên cứu, có đến 84% đối tượng không quan hệ tình dục hàng tuần. Không có một tiêu chuẩn cụ thể về tần suất quan hệ tình dục của nam giới, tuy nhiên trung bình nam giới ở độ tuổi 30 sẽ quan hệ 3-4 lần/tuần, độ tuổi 40 là 2 lần/tuần và độ tuổi 50 là 1 lần/tuần. Ở đây ta nhận thấy có sự suy giảm về tần suất quan hệ tình dục của nhóm đối tượng nghiên cứu về tần suất quan hệ tình dục theo quan niệm xã hội.

Về đặc điểm ham muốn tình dục của nhóm nghiên cứu, chỉ có 13,6% đối tượng đánh giá ham muốn tình dục ở mức cao, trong khi có 51,9% và 34,5% bệnh nhân đánh giá rằng ham muốn tình dục của bản thân ở mức độ trung bình và thấp. Nghiên cứu của Arackal ở 100 bệnh nhân nam nghiện rượu tại Ấn Độ cho thấy có 36% người nghiện rượu than phiền về ham muốn tình dục thấp, và có sự suy giảm về tần suất quan hệ tình dục rõ rệt trong vòng 5 năm ở nhóm đối tượng này⁴.

Ở giai đoạn hưng phấn tình dục, chỉ có 17,3% đối tượng nhận định mình dễ dàng đạt hưng phấn tình dục, trong khi đó có tới 53,1% đối tượng khó khăn để đạt trạng thái này. Điều này cho thấy sự suy giảm về khả năng hưng phấn tình dục ở các đối tượng này. Một đánh giá năm 2020 trên một mẫu nhỏ cũng cho thấy có tới 62,8% bệnh nhân nghiện rượu gặp các vấn đề về hưng phấn tình dục. Đánh giá về khả năng cương cứng, có tới 55,6% đối tượng có ít nhất một rối loạn. Điều này cho thấy một tỉ lệ lớn

bệnh nhân gặp các vấn đề về cương dương. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Rohilla lên tới 70%⁵.

Về giai đoạn cực khoái của nhóm nghiên cứu, có tới 49,4% người bệnh nghiện rượu không thường xuyên đạt được cực khoái và tỷ lệ hài lòng về cực khoái cũng lên đến 55,6%. Rượu làm ảnh hưởng đến nhiều hormone, đặc biệt là testosterone nên sẽ ảnh hưởng và làm suy giảm khả năng cực khoái của nam giới. Nghiên cứu của Rohilla cũng chỉ ra rằng tỷ lệ rối loạn tương ứng về khả năng đạt cực khoái và hài lòng về cực khoái ở bệnh nhân nghiện rượu cũng ở mức cao (50 và 54,8%)⁵.

Đánh giá về sự thỏa mãn trong đời sống tình dục của nhóm người bệnh này, hơn một nửa (54%) trong số đó cảm thấy không thỏa mãn, kết quả này phù hợp với tỷ lệ các rối loạn chức năng tình dục gặp phải ở người bệnh nam nghiện rượu đã trình bày ở trên.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tình dục là thường gặp ở người bệnh nam nghiện rượu mạn tính, với tần suất cao, gây nên các bận tâm, đau khổ cho người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Do vậy cần thiết có sự quan tâm của hệ thống y tế đến khía cạnh này nhằm điều trị và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện, giúp đưa người bệnh nghiện rượu sớm quay trở lại cuộc sống bình thường và tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Regional Office for Europe. The RUS-AUDIT Validation Study Protocol: Adapting and Validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2021. Accessed July 24, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342073>
2. **Nguyễn Thị Phương Mai.** Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến tái nghiện rượu ở những bệnh nhân đã được điều trị tại Viện Sức khỏe tâm thần. In: Luận An Tiến Sĩ y học. 2021
3. **Nguyễn Văn Tuấn.** Nghiên cứu lâm sàng và hiệu quả điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân loạn thần do rượu. In: Luận An Tiến Sĩ y học. 2014
4. **Arackal BS, Benegal V.** Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry.* 2007;49(2):109-112. doi:10.4103/0019-5545.33257
5. **Rohilla J, Dhanda G, Meena PS, Jilowa CS, Tak P, Jain M.** Sexual dysfunction in alcohol-dependent men and its correlation with marital satisfaction in spouses: A hospital-based cross-sectional study. *Ind Psychiatry J.* 2020;29(1):82-87. doi:10.4103/ipj.ipj_5_20

MÔ TẢ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA KÍCH THÍCH TỪ XUYỀN SỌ Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Thị Hà An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tác dụng không mong muốn của kích thích từ xuyên sọ trong điều trị người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú. **Đối tượng:** 104 người bệnh chẩn đoán tâm thần phân liệt theo ICD 10. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng trên 104 người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid trong đó 33 người bệnh được can thiệp bằng thuốc kết hợp đủ kích thích từ xuyên sọ, 32 người bệnh được can thiệp bằng thuốc kết hợp không đủ liệu trình kích thích từ xuyên sọ tại vị trí vỏ não thái dương đỉnh trái (90% MT, 1 Hz, chuỗi xung 1200s, thời gian nghỉ giữa 2 chuỗi xung 0s, 19'59 phút một buổi điều trị, 12 buổi, 2 lần trong ngày cách nhau 5 giờ và 39 người bệnh dùng thuốc đơn thuần. **Kết quả:** Có 33.3% có các tác dụng không mong muốn trong đó hay gặp nhất là giật cơ đầu mặt cổ (23.5 %), tiếp sau đó là đau răng (20.6%), đau đầu thoáng qua (18.2%), giật cơ ngón tay (12.2%), đau tại nơi tiếp xúc (12.1%). Có 1 người bệnh gặp tác dụng không mong muốn nghe kém (3%), 1 người bệnh bị đau cổ (3%), 1 người bệnh chóng mặt (3%). Không có người bệnh nào bị co giật, bỏng da, khó tập trung và khó thở, ngất, ngứa ran, hưng phấn thoáng qua và các tác dụng không mong muốn khác. Đối tượng nghiên cứu gặp tác dụng không mong muốn giật cơ đầu mặt cổ ở 4 buổi điều trị đầu tiên tỷ lệ cao nhất buổi 1 (7.6%), giật cơ ngón tay cao nhất buổi 1 (3%), đau răng cao nhất buổi 4 (9.3%), đau đầu thoáng qua cao nhất buổi 2 (7.8%). Các tác dụng không mong muốn phân bố chủ yếu nhóm tuổi 20-44 tuổi cao nhất nhóm này là tác dụng không mong muốn đau răng và đau đầu thoáng qua đều 57.1%, tuy nhiên có sự khác biệt giữa triệu chứng khác nhau, thấp nhất ở nhóm nhỏ hơn 20 tuổi và một số ít ở nhóm trên 45 tuổi. **Kết luận:** Tác dụng không mong muốn khá thường gặp nhưng ở mức độ nhẹ xảy ra trong khi làm kích thích từ xuyên sọ, trong đó hay gặp nhất là giật cơ đầu mặt cổ, tiếp sau đó là đau răng, đau đầu thoáng qua, giật cơ ngón tay, đau tại nơi tiếp xúc. Có 1 người bệnh gặp tác dụng không mong muốn nghe kém, 1 người bệnh bị đau cổ, 1 người bệnh chóng mặt. Không có người bệnh nào bị co giật, bỏng da, khó tập trung và khó thở, ngất, ngứa ran, hưng phấn thoáng qua và các tác dụng không mong muốn khác. Các tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất ở các buổi đầu, sau đó giảm dần các

buổi sau, phân bố tương đối đồng đều ở hai giới, tuy nhiên các triệu chứng giật cơ đầu mặt cổ, giật cơ ngón tay, đau răng, đau đầu thoáng qua, đau cổ nhiều hơn nam giới, các triệu chứng nghe kém, chóng mặt gặp ở nữ giới, có xu hướng tập trung chủ yếu nhóm tuổi 20-44 tuổi và không gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào.

Từ khóa: tâm thần phân liệt thể paranoid, kích thích từ xuyên sọ, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

ADVERSE EFFECTS OF RTMS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Research objective: To describe of undesirable effects of transcranial magnetic stimulation in inpatient paranoid schizophrenia. **Subjects:** 104 patients diagnosed with schizophrenia according to ICD 10. **Methods:** Clinical intervention on 104 patients with paranoid schizophrenia, in which 33 patients received drug intervention with sufficient transcranial magnetic stimulation, 32 patients received drug intervention with insufficient transcranial magnetic stimulation. at the position of the left parietal temporal cortex (90% MT, 1 Hz, pulse sequence 1200s, rest time between 2 pulses 0s, 19'59 minutes a treatment session, 12 sessions, 2 times a day 5 hours apart, 5 hours apart) and 39 patients taking the drug alone. **Results:** There were 33.3% had undesirable effects in which the most common was head and neck muscle twitching (23.5%), followed by toothache (20.6%), transient headache (18.2%), finger twitching. (12.2%), pain at the site of contact (12.1%). There was 1 patient had an undesirable effect of hearing loss (3%), 1 patient had neck pain (3%), 1 patient had dizziness (3%). No patient experienced convulsions, skin burns, difficulty concentrating and breathing, syncope, tingling, transient euphoria and other undesirable effects. Study subjects experienced the most unwanted effects of head and neck muscle twitching in the first 4 treatment sessions, the highest rate in session 1 (7.6%), the highest rate in session 1 (3%), the highest rate of toothache session 4 (9.3%), highest transient headache session 2 (7.8%). The adverse effects mainly distributed in the age group 20-44 years old, the highest in this group were the undesirable effects of toothache and transient headache, both 57.1%, but there was a difference between different symptoms, low most in the group under 20 years old and a few in the group over 45 years old. **Conclusion:** Adverse effects are quite common but mild occurs during transcranial magnetic stimulation, of which the most common is head and neck muscle twitching, followed by toothache, transient headache, and muscle twitching. finger, pain at the place of contact. There was 1 patient had an undesirable effect

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: hangheo07191997@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

of hearing loss, 1 patient had neck pain, 1 patient had dizziness. No patient experienced convulsions, skin burns, difficulty concentrating and breathing, syncope, tingling, transient euphoria and other undesirable effects. The undesirable effects were most common in the first sessions, then gradually decreased in the following sessions, distributed relatively evenly in both sexes, however, the symptoms were head and neck muscle twitching, finger twitching, toothache, transient headache, neck pain more than men, symptoms of hearing loss, dizziness are common in women, tend to focus mainly on the age group 20-44 years old and do not experience any serious unwanted effects. **Keywords:** paranoid schizophrenia, transcranial magnetic stimulation, adverse effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh rối loạn tâm thần nghiêm trọng, có tính chất tiến triển thành mạn tính, làm cho người bệnh không thể liên kết suy nghĩ, cảm xúc và hành vi, dẫn đến người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Thể paranoid của bệnh tâm thần phân liệt là thể bệnh hay gặp nhất. Thể bệnh này được đặc trưng bởi các hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng. Kích thích từ xuyên sọ (TMS) là một kỹ thuật kích thích và điều biến thần kinh dựa trên nguyên tắc cảm ứng điện từ của một điện trường trong não ¹. Kích thích từ xuyên sọ lặp đi lặp lại (rTMS) là một kỹ thuật kích thích vô não mới được phát hiện trong những năm gần đây và là một phương pháp điều trị không xâm lấn đầy hứa hẹn cho một loạt bệnh lý tâm thần kinh ². Dựa trên đánh giá tài liệu, nghiên cứu trong 15 năm qua trên thế giới ủng hộ việc sử dụng TMS như một phương tiện an toàn và hiệu quả để điều trị các triệu chứng dương tính và âm tính của bệnh tâm thần phân liệt³. Ở Việt Nam hiện tại đã có nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể về tác dụng không mong muốn của kích thích từ xuyên sọ ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid nên chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả tác dụng không mong muốn của kích từ xuyên sọ ở nhóm người bệnh trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 104 người bệnh được chẩn đoán Tâm thần phân liệt thể paranoid theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD – 10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chọn

vào nghiên cứu phải đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán Tâm thần phân liệt thể paranoid (mục F20.0) của Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10) năm 1992. Được điều trị bằng thuốc hoặc thuốc kết hợp TMS. Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiêu chuẩn loại trừ cho cả ba nhóm nghiên cứu. Những bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng kèm theo. Những bệnh nhân sa sút trí tuệ nặng hoặc bệnh lý thực thể. Những bệnh nhân đang trong trạng thái nhiễm độc rượu, ma túy hoặc các chất gây nghiện khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng, có đối chứng, không ngẫu nhiên với mẫu thuận tiện.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm STATA.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Việc điều trị bằng thuốc hoặc rTMS do bác sĩ chỉ định. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các tác động không mong muốn của rTMS

Bảng 1. Tỷ lệ các tác động không mong muốn của rTMS của nhóm kết hợp

Tác dụng không mong muốn	Cả quá trình	
	n	%
Co giật	0	0
Giật cơ đầu, mặt, cổ	8	23,5
Giật cơ ngón tay	4	12,2
Đau răng	7	20,6
Đau đầu thoáng qua	6	18,2
Đau tại nơi tiếp xúc	4	12,1
Bỏng da	0	0
Khó tập trung, khó nhớ	0	0
Nghe kém	1	3,0
Đau cổ	1	3,0
Ngất	0	0
Ngứa ran	0	0
Chóng mặt	1	3,0
Hưng phấn thoáng qua	0	0
Khác	0	0
Tổng	11	33,3

Tác dụng phụ phổ biến nhất là giật cơ đầu mặt cổ, theo sau là triệu chứng đau răng, đau đầu thoáng qua, giật cơ ngón tay, đau tại nơi tiếp xúc. Chỉ có một nhóm rất ít đối tượng có triệu chứng nghe kém, đau cổ, và chóng mặt, không có đối tượng ào có triệu chứng co giật, bỏng da, khó tập trung, khó nhớ, ngứa ran,

ngất, hưng phấn thoáng qua hay ghi nhận triệu chứng khác. Nhìn chung, tổng số các đối tượng có tác dụng phụ ở nhóm làm rTMS chiếm tỷ lệ tương đối thấp.

Bảng 2. Tác động giật cơ đầu mặt cổ theo buổi điều trị

Buổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	5	7,6
2	1	1,6
3	0	0
4	4	7,4
5	0	0
6	0	0
7	2	4,4
8	0	0
9	1	2,4
10	1	2,5
11	0	0
12	0	0

Hầu hết đối tượng gặp các triệu chứng giật cơ đầu mặt cổ ở 4 buổi điều trị đầu tiên, chỉ có 1 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 9 và 1 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 10.

Bảng 3. Tác động giật cơ ngón tay theo buổi điều trị

Buổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	2	3,0
2	0	0
3	1	1,8
4	1	1,9
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	1	2,2
9	1	2,4
10	0	0
11	0	0
12	0	0

Hầu hết đối tượng gặp các triệu chứng giật cơ ngón tay ở các buổi điều trị đầu tiên, chỉ có 1 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 8 và 1 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 9.

Bảng 4. Tác động đau răng theo buổi điều trị

Buổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	3	4,6
2	0	0
3	0	0
4	5	9,3
5	0	0
6	0	0
7	1	2,2
8	0	0
9	0	0
10	0	0

11	0	0
12	0	0

Hầu hết đối tượng gặp các triệu chứng đau răng ở buổi điều trị thứ 4, số ít gặp ở buổi điều trị đầu tiên và chỉ có 1 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 7.

Bảng 5. Tác động đau đầu thoáng qua theo buổi điều trị

Buổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	3	4,6
2	5	7,8
3	0	0
4	1	1,9
5	2	4,1
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	2	4,9
10	0	0
11	0	0
12	0	0

Hầu hết đối tượng gặp các triệu chứng đau đầu thoáng qua ở 5 buổi điều trị đầu tiên, chỉ có 2 trường hợp gặp triệu chứng này vào buổi 9.

3.2. Phân nhóm các tác động không mong muốn của rTMS

Bảng 6. Phân nhóm các tác động không mong muốn của rTMS theo giới

Tác dụng không mong muốn	Nam		Nữ	
	n=45	%	n=45	%
Giật cơ đầu, mặt, cổ	5	62.5	3	37.5
Giật cơ ngón tay	3	60	2	40
Đau răng	5	71.4	2	28.6
Đau đầu thoáng qua	4	57.1	3	42.8
Đau tại nơi tiếp xúc	1	33.3	2	66.7
Nghe kém	0	0	1	100
Đau cổ	1	100	0	0
Chóng mặt	0	0	1	100

Các tác dụng phụ ghi nhận phân bố tương đối đều ở hai giới, tuy nhiên các triệu chứng giật cơ đầu, mặt, cổ, giật cơ ngón tay, đau răng, đau đầu thoáng qua và đau cổ nhiều hơn ở nam giới, các triệu chứng còn lại nhiều hơn ở nữ giới.

Bảng 7. Phân nhóm các tác động không mong muốn của rTMS theo nhóm tuổi

Tác dụng không mong muốn	<20		20-44		≥45	
	n=45	%	n=45	%	n=45	%
Giật cơ đầu, mặt, cổ	1	12.5	4	50.0	3	37.5
Giật cơ ngón tay	0	0	2	40	3	60
Đau răng	1	14.3	4	57.1	2	28.6
Đau đầu thoáng qua	1	14.3	4	57.1	2	28.6
Đau tại nơi tiếp xúc	1	33.3	1	33.3	1	33.3
Nghe kém	0	0	1	100	0	0

Đau cổ	0	0	0	0	1	100
Chóng mặt	0	0	0	0	1	100

Các tác dụng phụ phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi từ 20-44 tuổi, tuy nhiên có sự khác biệt giữa các triệu chứng khác nhau, thấp nhất ở nhóm nhỏ hơn 20 tuổi và một số ít ở nhóm trên 45 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Có 33.3% có các tác dụng không mong muốn trong đó hay gặp nhất là giật cơ đầu mặt cổ (23.5%), tiếp sau đó là đau răng (20.6%), đau đầu thoáng qua (18.2%), giật cơ ngón tay (12.2%), đau tại nơi tiếp xúc (12.1%). Có 1 người bệnh gặp tác dụng không mong muốn nghe kém (3%), 1 người bệnh bị đau cổ (3%), 1 người bệnh chóng mặt (3%). Không có người bệnh nào bị co giật, bông da, khó tập trung và khó thở, ngất, ngứa ran, hưng phấn thoáng qua và các tác dụng không mong muốn khác. Đối tượng nghiên cứu gặp tác dụng không mong muốn giật cơ đầu mặt cổ ở 4 buổi điều trị đầu tiên tỷ lệ cao nhất buổi 1 (7.6%), giật cơ ngón tay cao nhất buổi 1 (3%), đau răng cao nhất buổi 4 (9.3%), đau đầu thoáng qua cao nhất buổi 2 (7.8%). Các tác dụng không mong muốn phân bố chủ yếu nhóm tuổi 20-44 tuổi cao nhất nhóm này là tác dụng không mong muốn đau răng và đau đầu thoáng qua đều 57.1%, tuy nhiên có sự khác biệt giữa triệu chứng khác nhau, thấp nhất ở nhóm nhỏ hơn 20 tuổi và một số ít ở nhóm trên 45 tuổi.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Phi và CS có 56% người bệnh có tác dụng không mong muốn nhưng ở mức độ nhẹ trong đó hay gặp nhất là đau đầu khó chịu (40%), đau nơi tiếp xúc hoặc các tác dụng không mong muốn khác (đều chiếm 28%). Có 4 bệnh nhân bị ù tai (16%), 8% bệnh nhân bị co giật tay và 8% bệnh nhân bị khó tập trung, khó nhớ. Các tác dụng phụ gặp chủ yếu ở tuần 1 (52%), ít gặp hơn ở tuần 2 (20%). So sánh trong 10 buổi, tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất ở buổi đầu tiên sau đó giảm dần các buổi sau. Có tác dụng không mong muốn khác như khó chịu, mệt mỏi thì gặp ở các buổi với tần suất khác nhau. Các tác dụng không mong muốn có xu hướng cao hơn ở nhóm người cao tuổi, nhóm có bệnh cơ thể và nhóm không được dùng thuốc bình thường⁴. Có sự khác biệt về tỷ lệ các tác dụng không mong muốn có thể do đối tượng nghiên cứu và vị trí tác dụng của rTMS. Nghiên cứu của chúng tôi người bệnh nhóm tuổi trẻ hơn, ít bệnh lý cơ thể hơn, cường độ điều trị thấp hơn (90%MT so với 120%MT) do đó tỷ lệ xuất hiện các tác dụng

không mong muốn là ít hơn. Sự xuất hiện nhiều hơn các tác dụng không mong muốn trong những ngày đầu tiên yêu cầu sự chuẩn bị kỹ càng về mọi mặt cho bệnh nhân trước khi bắt tay vào điều trị cũng như đặt ra lưu ý hơn về vị trí tác động của rTMS tránh phát sinh thêm các tác dụng không mong muốn khác. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là giật cơ đầu mặt cổ chiếm 23.5%, đau đầu thoáng qua 18.2%, giật cơ ngón tay 12.2% sở dĩ hay gặp tác dụng không mong muốn này do vị trí tác động của rTMS là vùng vỏ não thái dương đỉnh trái gần với vùng vỏ não vận động cụ thể hơn vùng vỏ não vận động cơ dạng ngón cái (cách 5cm).

Nhiều nghiên cứu cho thấy rTMS là an toàn, các tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ rất thấp: Geke M Overvliet và CS năm 2020 báo cáo có 12,4% người bệnh có tác dụng không mong muốn rTMS, tác dụng không mong muốn nghiêm trọng ở 1,5%, đau đầu thoáng qua (6,9%) và đau tại nơi tiếp xúc (2,7%)⁵, Slotema và CS năm 2010 tiến hành nghiên cứu 331 người lớn tuổi, họ nhận thấy tỷ lệ phần trăm người bệnh gặp tác dụng không mong muốn thấp hơn: 6,9% bị đau đầu, 2,7% khó chịu tại chỗ hoặc da đầu, 0,3% mệt mỏi hoặc buồn ngủ và 3,9% gặp phải tác dụng không mong muốn khác hoặc nghiêm trọng⁶.

V. KẾT LUẬN

Tác dụng không mong muốn khá thường gặp nhưng ở mức độ nhẹ xảy ra trong khi làm kích thích từ xuyên sọ, trong đó hay gặp nhất là giật cơ đầu mặt cổ, tiếp sau đó là đau răng, đau đầu thoáng qua, giật cơ ngón tay, đau tại nơi tiếp xúc. Có 1 người bệnh gặp tác dụng không mong muốn nghe kém, 1 người bệnh bị đau cổ, 1 người bệnh chóng mặt. Không có người bệnh nào bị co giật, bông da, khó tập trung và khó thở, ngất, ngứa ran, hưng phấn thoáng qua và các tác dụng không mong muốn khác. Các tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất ở các buổi đầu, sau đó giảm dần các buổi sau, phân bố tương đối đồng đều ở hai giới, tuy nhiên các triệu chứng giật cơ đầu mặt cổ, giật cơ ngón tay, đau răng, đau đầu thoáng qua, đau cổ nhiều hơn nam giới, các triệu chứng nghe kém, chóng mặt gặp ở nữ giới, có xu hướng tập trung chủ yếu nhóm tuổi 20-44 tuổi và không gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eldaief MC, Press DZ, Pascual-Leone A. Transcranial magnetic stimulation in neurology. *Neurol Clin Pract.* 2013;3(6):519-526.

- doi:10.1212/01.CPJ.0000436213.11132.8e
2. **Klomjai W, Katz R, Lackmy-Vallée A.** Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). *Ann Phys Rehabil Med.* 2015;58(4):208-213. doi:10.1016/j.rehab.2015.05.005
 3. **Cole JC, Green Bernacki C, Helmer A, Pinninti N, O'reardon JP.** Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) in the Treatment of Schizophrenia: A Review of the Literature to Date. *Innov Clin Neurosci.* 2015;12(7-8):12-19.
 4. **Nguyễn VP, Nguyễn VT.** hiệu quả điều trị trầm cảm bằng kích thích từ xuyên sọ tại bệnh viện lão khoa trung ương. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;506(2). doi:10.51298/vmj.v506i2.1242
 5. **Overvliet GM, Jansen RAC, van Balkom AJLM, et al.** Adverse events of repetitive transcranial magnetic stimulation in older adults with depression, a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2021;36(3):383-392. doi:10.1002/gps.5440
 6. **Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, Sommer IEC.** Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):873-884. doi:10.4088/JCP.08m04872gre

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI THÍNH LỰC Ở TRẺ ĐIẾC BẨM SINH SAU PHẪU THUẬT CẤY ĐIỆN CỰC ỐC TAI

Hoàng Thị Phương¹, Võ Thị Bích Thủy², Bùi Thùy Linh²,
Hoàng Anh Tuấn¹, Hoàng Anh Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sự phục hồi thính giác ở trẻ điếc bẩm sinh sau cấy điện cực ốc tai. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả từng ca. **Phương pháp:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khả năng phục hồi thính giác của trẻ qua đánh giá trường tự do và 6 âm ling. **Kết quả:** Chúng tôi nghiên cứu 30 trẻ điếc bẩm sinh đã phẫu thuật cấy điện cực ốc tai tại bệnh viện TWQĐ 108 và một số bệnh viện ở thành phố Hà Nội từ 11/2018 đến 11/2022 gồm 16 trẻ nam và 14 trẻ nữ. Độ tuổi được chẩn đoán nghe kém đều dưới 36 tháng tuổi. Độ tuổi phẫu thuật từ 12 tháng tới 58 tháng tuổi, trong đó đa số trẻ cấy điện cực ốc tai từ 12 đến 36 tháng (76,67%). Có 15 trường hợp (50%) sinh sống ở Hà Nội, còn lại ở các tỉnh giáp Hà Nội. Số trẻ được cấy một tai là 28/30 trẻ (93,33%). Số trẻ được cấy hai tai là 2/30 trẻ (6,67%). Đánh giá thính lực sau phẫu thuật bằng test đo trường tự do (FF) có 20/30 trường hợp (66,67%) có kết quả ngưỡng nghe đạt được về vùng ngôn ngữ với kết quả tốt nhất là 15 dB, kém nhất là 30 dB. **Kết luận:** Sau một năm cấy điện cực ốc tai, nhận thấy có sự cải thiện đáng kể về khả năng phân biệt 6 âm ling và thính lực đo ở trường tự do khi đeo máy ở tất cả trẻ có xu hướng tăng về gần bình thường. **Từ khóa:** Nghe kém, điếc bẩm sinh, điện cực ốc tai, phục hồi thính lực.

SUMMARY

DETERMINE THE CLINICAL, PARA CLINICAL FEATURES AND EFFECTS OF AUDITORY REHABILITATION IN CHILDREN AFTER OF COCHLEAR IMPLANTATION

Purpose: This study aimed to determine the clinical, paraclinical features and effects of auditory rehabilitation in the children after of cochlear implantation (CI). **Study design:** descriptive cases. **Method:** Determine the clinical, paraclinical features and effects of auditory rehabilitation in children according to free field measurement (FF) and the 6 sounds ling. **Result:** Thirty children with congenital hearing loss (16 boys and 14 girls) who received cochlear implants at the hospitals in Hanoi (November 2018-November 2022) were included in this study. Age at CI ranged from 12 to 58 months, most underwent CI at the age of 12 to 36 months (76,67%). There are 15 cases (50%) living in Hanoi, the rest are in provinces bordering Hanoi. The number of children implanted in one ear is 28/30 children (93,33%). The number of children receiving bilateral ear implants is 2/30 children (6,67%). Assessing hearing after surgery using free field (FF) testing, 20/30 cases (66,67%) had achieved hearing threshold results in the language area with the best result being 15 dB, the worst result being 30 dB. After turning on the device for 12 months, 30/30 children in both age groups (22 children in the age group younger than 3 years old and 8 children in the age group older than 3 years old) were able to detect 6 ling sounds at a distance from 2m to 5m. **Conclusion:** After one year of CI, the ability to discriminate 6 sounds lings was significantly improved, and hearing ability measured in free field measurement while wearing the device in all children tended to increase to near normal levels.

¹Bệnh viện TWQĐ 108 – TP Hà Nội

²Viện Nghiên cứu hệ gen – Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Phương

Email: bsphuongtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Keywords: Hearing loss, congenital deafness, cochlear implantation (CI), auditory rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc bẩm sinh là tình trạng khiếm khuyết về khả năng nghe ngay từ khi mới được sinh ra. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO - World Health Organization), trên thế giới có hơn 1,5 tỷ người (khoảng 20% dân số toàn cầu) sống chung với tình trạng mất thính lực, 430 triệu người trong số họ bị khiếm thính. Trong đó, có 34 triệu trẻ em mắc phải vấn đề này [1]. Tổng cục dân số đã thông kê trung bình mỗi năm Việt Nam có khoảng 1,4-1,5 triệu trẻ ra đời, trong đó tỷ lệ trẻ khiếm thính vĩnh viễn là 0,3-0,5. Trẻ em bị điếc nặng và sâu sẽ không tiếp nhận được âm thanh do đó thường bị câm. Tình trạng nghe kém này nếu không được chẩn đoán và can thiệp sớm nhằm phục hồi chức năng nghe nói thì sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng tới sự phát triển ngôn ngữ, tư duy, khả năng học tập thậm chí dẫn đến những rối loạn về tâm lý, nhân cách của trẻ từ đó gây ra gánh nặng lớn cho gia đình và toàn xã hội. Tổ chức WHO ước tính rằng tình trạng mất thính lực nếu không được giải quyết sẽ gây thiệt hại cho nền kinh tế toàn cầu ước tính 980 tỷ đô la Mỹ hàng năm cho chi phí y tế (không bao gồm chi phí cho máy trợ thính), chi phí hỗ trợ giáo dục và chi phí trợ cấp xã hội [2]. Phẫu thuật cấy điện cực ốc tai (ĐCOT) là bước ngoặt lớn trong lịch sử y học hiện đại, đây là giải pháp can thiệp cuối cùng và hiệu quả nhất hiện nay đối với trẻ điếc bẩm sinh, giúp phục hồi thính giác gần như bình thường. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khả năng phục hồi thính lực ở trẻ điếc bẩm sinh sau khi cấy điện cực ốc tai. Mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ điếc bẩm sinh.

2. Đánh giá mức độ phục hồi thính giác sau cấy điện cực ốc tai 1 năm qua kết quả đo trường tần do (FF), khả năng phát hiện và phân biệt 6 âm ling.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ điếc bẩm sinh đã được phẫu thuật cấy điện cực ốc tai từ tháng 11/2018 đến tháng 11/2022 tại bệnh viện TWQĐ 108 và một số bệnh viện thuộc Hà Nội.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ điếc trước ngôn ngữ, bản thân không bị mắc các bệnh gây giảm thính lực trước đây.
- Trẻ đã được chẩn đoán nghe kém nặng

sâu trên lâm sàng.

• Trẻ có đầy đủ các yếu tố cận lâm sàng: Trên phim chụp cắt lớp vi tính tai xương đá và phim chụp cộng hưởng từ sọ não phải có tồn tại dây thần kinh số VIII và ốc tai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng ca.

- Các bước tiến hành:

• Bước 1: Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ.

• Bước 2: Thu thập các thông số về sức nghe với máy điện cực trong trường tự do, test phát hiện 6 âm ling (bao gồm các âm: /m/, /a/, /i/, /u/, /sh/, /s/ trải dài trên dãy tần số từ 250Hz đến 8000Hz). Sau các khoảng thời gian từ 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

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

Chúng tôi thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi xác định nghe kém (≤ 36 tháng)	30	100
Tuổi cấy điện cực ốc tai		
12 – 36 tháng	23	76,67
> 36 tháng	7	23,33
Giới tính		
Nam	16	53,33
Nữ	14	46,67
Sinh non	9	33,33
Trọng lượng sinh (<1,5kg)	1	3,33
Đã được chẩn đoán có vấn đề về tâm lý	6	20
Mẹ bị bệnh khi mang thai	12	40
Vàng da tăng bilirubin	4	13,33
Tiền sử bệnh viêm tai giữa	2	6,67
Bệnh lý phối hợp khác	7	23,33
Tiền sử gia đình có người nghe kém	4	13,33

Trong 30 trẻ nghiên cứu có 14/30 là nữ (46,67%), 16/30 là nam (53,33%). Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Thời gian xác định nghe kém của 30 trẻ đều dưới 3 tuổi (≤ 36 tháng). Độ tuổi cấy điện cực ốc tai của các bệnh nhân phần lớn đều nằm ở độ tuổi từ 12 tháng đến 36 tháng tuổi với 23/30 bệnh nhân chiếm 76,67% và 7/30 bệnh nhân có độ tuổi trên 36 tháng chiếm 23,33%.

3.2. Đặc điểm sức nghe

• Cả 30 /30 trường hợp đều: không có PXCBD và OAE không có đáp ứng, nhĩ đồ ở dạng type A hoặc As.

• Đo điện thính giác thân não (ABR): Có 29 trường hợp không xuất hiện sóng V ở cường độ >90 dB và 1 trường hợp xuất hiện sóng V ở cường độ 80-90 dB.

• Đo điện thính giác thân não ổn định (ASSR): PTA là ngưỡng nghe trung bình đường khí

Bảng 2. PTA dựa vào ASSR

PTA \ Tai	Phải	Trái	Số lượng tai (n)	Tỷ lệ (%)
71 – 90 dB	1	1	2	3,33
91 – 100 dB	2	1	3	
101 – 110 dB	12	10	22	96,77
> 110 dB	15	18	33	
Tổng (N)	30	30	60	100

PTA của các đối tượng nghiên cứu dựa vào kết quả ASSR của 30 bệnh nhân đánh giá theo 2 tai độc lập. Sức nghe ở tai phải của 30 bệnh nhân có 3 trường hợp có PTA nhỏ hơn 90 dB còn lại 27 trường hợp có PTA > 90 dB. Sức nghe ở tai trái của 30 bệnh nhân chỉ có 2 trường hợp có PTA nhỏ hơn 90 dB còn lại 28 trường hợp có PTA > 90 dB.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh

- **Hình ảnh cắt lớp vi tính (CT) cấu trúc tai trong**

Bảng 3. Hình ảnh CT cấu trúc tai trong

Hình ảnh CT tai trong	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	24	80,02
Dị dạng		
Rộng cống tiền đình	1	3,33
Dị dạng Mondini (cả tiền đình và ốc tai)	1	3,33
Dị dạng ốc tai	4	13,32
Tổng (N)	30	100

Cấu trúc tai trong bình thường có 24/30 trường hợp, cấu trúc tai trong bất thường có 6/30 trường hợp, trong đó 1 trường hợp rộng cống tiền đình, 1 trường hợp dị dạng mondini và 4 trường hợp dị dạng ốc tai.

- **Hình ảnh dây thần kinh VIII trên cộng hưởng từ (MRI)**

Bảng 4. Hình ảnh dây thần kinh số VIII trên MRI

Dây thần kinh VIII	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Dây VIII bình thường	29	96,67
Dây VIII dạng vết (mảnh)	1	3,33
Không có dây VIII	0	0
Tổng (N)	30	100

Dây thần kinh VIII bình thường có 29/30 trường hợp chiếm 96,67%, dây thần kinh VIII dạng mảnh có 1/30 chiếm tỷ lệ 3,33%.

3.4. Đánh giá phục hồi thính lực sau phẫu thuật

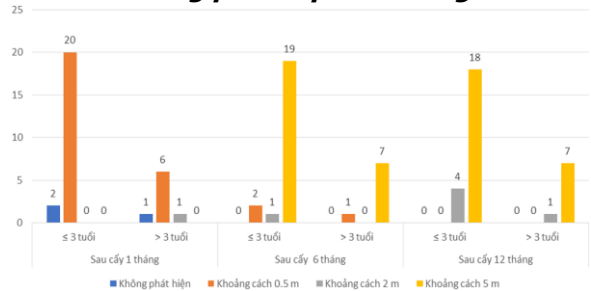
- **Kết quả đo trường tự do với máy sau cấy**

Bảng 5. Thính lực sau phẫu thuật cấy điện cực ốc tai

Ngưỡng nghe trung bình	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ %
≤ 20 dB	19	63,33
20-30 dB	1	3,33
30-40 dB	0	0
>40 dB	0	0
Không hợp tác	10	33,33
Tổng (N)	30	100

Trong tổng số 30 trẻ có 20 trẻ hợp tác đo trường tự do có ngưỡng nghe đạt được về vùng ngôn ngữ với kết quả tốt nhất là 15 dB, kém nhất là 30 dB. Còn lại 10 trẻ không hợp tác đo trường tự do có 4 trẻ có vấn đề về phát triển tâm lý và trí tuệ, 6 trẻ ở lứa tuổi <3 tuổi chưa hợp tác tốt, có 4 trẻ có bất thường về giải phẫu tai trong nằm trong nhóm tuổi này.

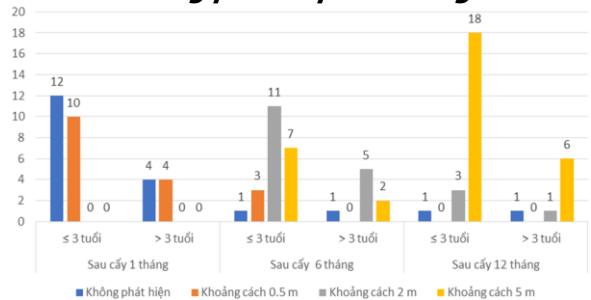
- **Khả năng phát hiện 6 âm ling**



Biểu đồ 1. Khả năng phát hiện 6 âm Ling

Sau mỗi 12 tháng: ở nhóm tuổi nhỏ hơn 3 tuổi có 18/22 trẻ phát hiện được ở khoảng cách 5m, có 4/22 trẻ phát hiện được ở khoảng cách 2m. Ở nhóm tuổi lớn hơn 3 tuổi, có 7/8 trẻ phát hiện được ở khoảng cách 5m, có 1/8 trẻ phát hiện được ở khoảng cách 2m.

- **Khả năng phân biệt 6 âm ling**



Biểu đồ 2. Khả năng phân biệt 6 âm Ling

Sau mỗi 12 tháng: ở nhóm tuổi nhỏ hơn 3 tuổi có 18/22 trẻ phân biệt được ở khoảng cách 5m và 3/22 trẻ phân biệt được ở khoảng cách 2m và 1/22 trẻ không phân biệt được. Ở nhóm tuổi lớn hơn 3 tuổi, có 6/8 trẻ phân biệt được ở khoảng cách 5m, có 1/8 trẻ phân biệt được ở khoảng cách 2m và 1/8 trẻ chưa phân biệt được.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Tuổi nhỏ nhất là 24 tháng tuổi, lớn nhất là 6 tuổi. Thời gian chẩn đoán xác định nghe kém của 30 trẻ đều dưới ≤ 36 tháng, có 1 trường hợp được phát hiện ngay sau sinh nhờ sàng lọc âm ốc tai (OAE). Các chương trình Phát hiện và Can thiệp Thính giác sớm (EHDI) của Hiệp hội Nghe – Nói – Ngôn ngữ Hoa Kỳ (ASHA) khuyến cáo nên tiếp cận và thúc đẩy các dịch vụ chẩn đoán và can thiệp sớm đối với trẻ điếc bẩm sinh: sàng lọc nghe kém trước 1 tháng tuổi, chẩn đoán xác định trước 3 tháng tuổi và can thiệp trước 6 tháng tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Grosse S.D với 10,2 tháng là độ tuổi trung bình chẩn đoán xác định điếc bẩm sinh và sớm nhất là ngay sau sinh [3].

Độ tuổi cấy điện cực ốc tai của các bệnh nhân phần lớn đều nằm ở độ tuổi từ 12 tháng đến 36 tháng tuổi với 23/30 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76,67% và 7/30 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,33% có độ tuổi trên 36 tháng. Đáng chú ý là độ tuổi 12 tháng đến 36 tháng tuổi là độ tuổi vàng tốt nhất cấy điện cực ốc tai giúp trẻ có được khả năng phát triển ngôn ngữ và tư duy như các trẻ cùng trang lứa. Tác giả Miyamoto RT (2008) cũng thống nhất với quan điểm này trong nghiên cứu của mình [4].

Về giới tỷ lệ nam/nữ là 16/14, như vậy ở trẻ điếc bẩm sinh không có sự khác biệt về giới. Kết quả này của chúng tôi cũng giống với kết quả của các nghiên cứu trong nước và quốc tế.

Ngoài ra, các trẻ cũng có các đặc điểm về tình trạng mang thai của mẹ và tình trạng khi sinh có thể có một bệnh sử đi kèm như: Sinh non, nhẹ cân, mẹ bị bệnh thai kì, bệnh lí phổi hợp khác... Đây có thể là nguyên nhân liên quan đến của mất thính lực bẩm sinh ở trẻ.

4.2. Đặc điểm sức nghe: Cả 30/30 trẻ đều có: Đo âm ốc tai (OAE) không đáp ứng, nhĩ đồ ở dạng type A hoặc As, không xuất hiện phản xạ cơ bàn đạp, đo điện thính giác thân não (ABR) không có sóng V, đo điện thính giác thân não ổn định (ASSR) > 80 dB. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Boerrigter (2023) trên 40 trẻ cho thấy ngưỡng nghe trung bình PTA trên 85dB chiếm 100% [5]. Đây là mức nghe kém có chỉ định cấy điện cực ốc tai khi máy trợ thính không đủ đáp ứng.

4.3. Chẩn đoán hình ảnh. Giá trị của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán nghe kém trước mổ để xác định tồn tại của ốc tai và dây thần kinh thính giác hay có dị dạng, giúp chỉ định thiết bị cấy và tiên lượng phục hồi thính lực sau cấy.

Trong nghiên cứu này, ốc tai bình thường có 24/30 trường hợp, dị dạng cả ốc tai và tiền đình (dị dạng Mondini) có 1/30 trường hợp, dị dạng tiền đình còn ốc tai bình thường là 1/30 trường hợp, dị dạng ốc tai là 4/30 trường hợp (có 1 trường hợp dây thần kinh VIII ở dạng mảnh kèm theo).

4.4. Phục hồi thính lực sau cấy điện cực ốc tai. Khoảng thời gian chúng tôi lựa chọn theo dõi là sau 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng để đảm bảo các bệnh nhân có đủ thời gian làm quen với âm thanh và đủ 6 lần mapping với máy. Tiêu chí đánh giá khả năng phục hồi thính lực ở trẻ là khả năng nhận biết âm thanh đơn âm trong trường tự do (FF), khả năng nhận biết và phân biệt 6 âm ling ở các mốc thời gian trên. Đây là đánh giá ban đầu quan trọng giúp tiên lượng khả năng phục hồi và sớm tái hòa nhập cộng đồng của trẻ.

Ở test đo trường tự do (FF) hầu hết các trường hợp (20/30) có kết quả ngưỡng nghe đạt được về vùng ngôn ngữ với kết quả tốt nhất là 15 dB, kém nhất là 30 dB. Trong số 10/30 trường hợp không hợp tác khi đo trường tự do có 4 trẻ có vấn đề về phát triển tâm lý và trí tuệ, 6 trẻ < 3 tuổi nên chưa hợp tác tốt. Trường hợp dị dạng ốc tai và dây thần kinh VIII dạng mảnh nằm trong nhóm tuổi nhỏ < 3 tuổi nên chưa hợp tác đo FF, do đó cần đánh giá hiệu quả phục hồi thính lực bằng phát hiện và phân biệt 6 âm ling.

Trong nghiên cứu này, sau khi bật máy 12 tháng cả 30/30 trẻ ở hai nhóm tuổi (22 trẻ ở nhóm tuổi ≤ 3 tuổi và 8 trẻ ở nhóm tuổi > 3 tuổi) đều phát hiện được 6 âm ling ở khoảng cách từ 2m đến 5m. Đánh giá phân biệt 6 âm ling, ở nhóm tuổi ≤ 3 tuổi phần lớn 81,81% trẻ (18/22) phân biệt được ở khoảng cách 5m, chỉ có 4,54% trẻ (1/22) chưa phát hiện được; ở nhóm tuổi > 3 tuổi có phần lớn 75% trẻ (6/8) phân biệt được ở khoảng cách 5m và 12,5% trẻ (1/8) không phân biệt được. Cả 2 trường hợp chưa phân biệt được 6 âm ling ở 2 nhóm tuổi đều là trẻ có vấn đề về tâm lý và trí tuệ trước phẫu thuật. Khả năng phân biệt được 6 âm ling khoảng cách 5m ở nhóm trẻ dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm trẻ trên 3 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi cấy ≤ 3 tuổi có khả năng phục hồi thính lực phù hợp với lứa tuổi tốt hơn so với nhóm tuổi lớn hơn 3 tuổi. Kết quả của này cũng tương đồng với kết quả của một số tác giả trên thế giới: Nghiên cứu của Dettman (2016) trên 403 trẻ cũng cho thấy trẻ được cấy ở độ tuổi nhỏ hơn 2 tuổi hiệu quả phục hồi thính lực tốt hơn [6], theo Quianquaian (2020) cấy sớm sẽ hiệu quả hơn trong việc phát triển ngôn ngữ của trẻ [7]. Nhận thấy các nghiên cứu đều chỉ ra rằng

cấy điện cực ốc tai sớm sẽ góp phần phát triển ngôn ngữ tốt hơn cho trẻ điếc bẩm sinh.

Đáng lưu ý là 1 trường hợp trẻ có bất thường giải phẫu ốc tai và dây thần kinh mảnh sau 12 tháng phát hiện được 6 âm ling ở khoảng cách 2m và phân biệt được ở khoảng cách 0,5m. Đối với bệnh nhân đặc biệt này đã được tư vấn tiên lượng phục hồi thính lực sau phẫu thuật thấp, khó ổn định. Do đó, cần được theo dõi và đánh giá cụ thể khả năng phục hồi chức năng thính giác vì theo một số nghiên cứu như nghiên cứu của Jane Bradley (2008) trên 4 trẻ có dây thần kinh VIII dạng mảnh sau khi bật máy đều có ngưỡng nghe trong phạm vi bình thường. Tuy nhiên, sự tiến bộ của tất cả trẻ này sau 2 đến 6 năm sử dụng thiết bị lại không được như kì vọng [8].

V. KẾT LUẬN

Sau một năm cấy điện cực ốc tai, nhận thấy có sự cải thiện đáng kể về khả năng phân biệt 6 âm ling và thính lực đo ở trường tự do khi đeo máy ở tất cả trẻ có xu hướng tăng về gần bình thường. Cấy điện cực ốc tai là phương pháp điều trị hiệu quả cho trẻ điếc bẩm sinh. Mức độ phục hồi thính lực có thể bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố như độ tuổi được cấy, tình trạng tâm lý, trí tuệ của trẻ trước phẫu thuật, cấu trúc giải phẫu tai trong và dây thần kinh thính giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mehra S., Eavey R.D., Keamy D.G., The

- epidemiology of hearing impairment in the United States: Newborns, children, and adolescents, *Otolaryngol Neck Surg*, 2009, 140(4):461-472.
2. WHO, M., , Global estimates on prevalence of hearing loss, WHO Geneva, 2012, pp.11-12.
3. Grosse S.D., Mason C.A., Gaffney M., Thomson V., White K.R., What contribution did economic evidence make to the adoption of universal newborn hearing screening policies in the United States, *International Journal of Neonatal Screening*. 2018. 4(3).
4. Mivamoto RT, Hav-McCutcheon MJ, Kirk KI, Houston DM, Bergeson-Dana T, Lanquade skills of profoundly deaf children who received cochlear implants under 12 months of age: a preliminary study. *Acta Otolaryngol*. 2008, Apr;128(4):373-7.
5. Boerriater M.S., et al., Cochlear Implants or Hearing Aids: Speech Perception, Lanquade, and Executive Function Outcomes, *Ear Hear*, 2023, 44(2): 411-422.
6. S. J. Dettman, R. C. Dowell, D. Choo, W. Arnott, Y. Abrahams, A. Davis, D. Dorman, J. Leigh, G.Constantinescu, R. Cowan& R. J. Briggs, "Long-term Communication Outcomes for Children Receiving Cochlear Implants Younger Than 12 Months: A Multicenter Study", *Otol Neurotol*, 2016, 37(2):e82-95
7. Q. Guo, J. Lyu, Y. Kong, T. Xu, R. Dong, B. Qi, S. Wang& X. Chen, "The development of auditory performance and speech perception in CI children after long-period follow up", *Am J Otolaryngol*. 2020. 41(4):102466.
8. Bradley J, Beale T, Graham J, Bell M, Variable long-term outcomes from cochlear implantation in children with hypoplastic auditory nerves, *Cochlear Implants Int*, 2008 Mar;9(1):34-60.

ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ HORMON TUYẾN CẬN GIÁP VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Phạm Văn Mỹ¹, Hoàng Huy Trường¹, Ngô Đồng Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cường chức năng tuyến cận giáp là một biến chứng quan trọng ở bệnh nhân bệnh thận mạn và tồn tại sau ghép thận gây bệnh xương sau ghép, có ảnh hưởng đến chức năng thận ghép và là nguy cơ bệnh tim mạch sau ghép. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với một số yếu tố ở bệnh nhân ghép thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt

ngang 234 bệnh nhân ghép thận, theo dõi định kỳ tại Bệnh Viện Nhân Dân 115. Thu thập số liệu về nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh và một số đặc điểm của bệnh nhân sau ghép từ tháng 08/2020 đến 08/2021. **Kết quả:** Tổng số 234 bệnh nhân, tuổi trung bình: 49,51±11,68 tuổi, bệnh nhân nam là 172 (73,5%), độ lọc cầu thận trung bình: 70,05±16,29 ml/phút/1,73 m². Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 1T là 24 (10,3%), giai đoạn 2T là 157 (67,1%), giai đoạn 3T là 50 (21,4%), giai đoạn 4T là 3 (1,3%) và không có bệnh nhân nào giai đoạn 5T. Thời gian lọc máu trước ghép trung bình là 28,2 ± 26,4 tháng (03 - 150), thời gian ghép thận trung bình: 54,6 ± 42,8 (3 - 216). 17,9% BN có nồng độ PTH huyết thanh bình thường, 82,1% bệnh nhân tăng hormon tuyến cận giáp và không bệnh nhân nào có nồng độ hormon tuyến cận giáp thấp hơn bình thường. Trong nhóm BN tăng PTH có 63% tăng PTH mức độ nhẹ, 27,6% tăng PTH mức độ trung bình, 9,4% tăng PTH mức độ nặng. Nồng độ hormon tuyến cận giáp không có liên quan có

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

²Bệnh viện Nhân Dân 115, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Trường

Email: truonghh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

ý nghĩa thống kê với thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận. **Kết luận:** 82,1 % bệnh nhân tăng hormon tuyến cận giáp huyết thanh. Không có mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận.

Từ khóa: Ghép thận, nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PLASMA PARATHYROID HORMONE CONCENTRATION AND ITS ASSOCIATION WITH KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT FACTORS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Background: Secondary hyperparathyroidism is a common complication observed in chronic kidney disease (CKD) patients that persists even after kidney transplantation. This condition can lead to mineral bone disease, impact kidney graft function, and is linked to cardiovascular risks post-transplantation. **Objectives:** This study aimed to investigate plasma parathyroid hormone (PTH) concentrations in kidney transplant recipients and examine their relationship with recipient factors. **Subjects and Methods:** This cross-sectional study involved kidney transplant recipients observed at the People's Hospital 115 from August 2020 to August 2021. Data on plasma parathyroid hormone levels and patient characteristics were gathered during this period. **Results:** Among the 234 studied patients, mean age were 49.51 ± 11.68 years, 172 (73.5%) were male. The mean estimated glomerular filtration rate (eGFR) was 70.05 ± 16.29 ml/min/1.73 m². CKD staging showed 10.3% at stage 1T, 67.1% at stage 2T, 21.4% at stage 3T, and 3.1% at stage 4T; no patients were at stage 5T. The mean dialysis duration before transplantation was 28.2 ± 26.4 months (range: 3 to 150 months). The mean time since transplantation was 54.6 ± 42.8 months (range: 3 - 216 months). The mean PTH level was 129.72 ± 84.52 pg/ml, with 82.1% of patients having hyperparathyroidism, 17.9% with normal PTH levels, and none having hypo-concentration of PTH. Within the group of patients with elevated PTH, 63% had mild elevation, 27.6% had moderate elevation, and 9.4% had severe elevation. No significant correlations were observed between plasma PTH concentration and age, sex, time since transplant, dialysis duration, or eGFR. **Conclusion:** 82.1% of post-transplant patients had elevated plasma PTH levels, with no correlations found between PTH concentration and age, gender, transplant or dialysis duration, or eGFR.

Keywords: Kidney transplant, parathyroid hormone concentration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối gây nhiều hậu quả nghiêm trọng đòi hỏi bệnh nhân (BN) phải được điều trị bằng các biện pháp điều trị thay thế thận. Ghép thận là biện pháp điều trị tối ưu để phục hồi chức năng thận và cải thiện chất lượng cuộc sống của BN. Cường chức năng tuyến

cận giáp thường gặp ở BN bệnh thận mạn, là hậu quả của sự phối hợp các rối loạn do bệnh thận mạn gây ra: tăng nồng độ phosphat máu, giảm nồng độ canxi máu, giảm tổng hợp calcitriol và một số rối loạn khác [3]. Sau ghép thận mức độ hồi phục chức năng của tuyến cận giáp phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ suy thận trước ghép, thời gian lọc máu trước ghép, mức độ cường tuyến cận giáp trước ghép... Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

- *Khảo sát nồng độ hormon tuyến cận giáp ở BN sau ghép thận tại Bệnh Viện Nhân Dân 115.*

- *Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp với một số yếu tố ở BN ghép thận.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 234 BN được ghép thận, điều trị và theo dõi sau ghép tại Bệnh Viện Nhân Dân 115. Thời gian nghiên cứu từ 08/2020 đến 08/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân ghép thận từ 3 tháng trở lên, điều trị và theo dõi định kỳ tại Khoa Nội Thận - Miễn Dịch Ghép Bệnh Viện Nhân Dân 115, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN mất chức năng thận ghép, đang điều trị bằng các phương pháp khác; đang sốt hoặc nhiễm trùng tiến triển; không theo dõi đầy đủ theo kế hoạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Các bước nghiên cứu:

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Hẹn BN lịch tái khám. Khi BN đến khám: khám lâm sàng, đánh giá tiêu chuẩn lựa chọn theo yêu cầu, lấy máu xét nghiệm.

- Tổng hợp và phân tích theo thuật toán thống kê.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Dữ liệu lâm sàng: tuổi, giới, thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận.

- Dữ liệu cận lâm sàng: ure, creatinin, PTH bằng máy xét nghiệm tự động AU 400/640 và ARCHITECT.

- Định lượng nồng độ hormon tuyến cận giáp:

+ Lấy khoảng 2 ml huyết tương (buổi sáng, nhịn đói) hòa với heparin/EDTA, sodium citrate (bảo quản > 25°C trong 24 giờ; 2 - 8°C trong 3 ngày). Xét nghiệm thực hiện trên máy DXI 800.

+ Nguyên lý: đo dựa vào nguyên lý miễn dịch điện hóa phát quang theo nguyên tắc Sandwich mẫu.

+ Giới hạn đo: 1,2 - 5.000 pg/ml; giá trị bình

thường: 15 - 65 pg/ml.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Mức độ lọc cầu thận tính theo công thức MDRD (Bảng 1). Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hormon tuyến cận giáp huyết thanh: giảm: < 15 pg/ml; bình thường 15 - 65 pg/ml; tăng: > 65 pg/ml.

Bảng 1: Phân độ các giai đoạn bệnh thận mạn sau ghép (theo hướng dẫn thực hành lâm sàng KDIGO 2017 cho chăm sóc bệnh nhân ghép thận)

Giai đoạn 1T	Tổn thương thận với năng thận bình thường hay tăng, độ lọc cầu thận ≥ 90 ml/phút/1,73 m ²
Giai đoạn 2T	Tổn thương thận với năng thận giảm nhẹ, độ lọc cầu thận 60 - 89 ml/phút/1,73 m ²
Giai đoạn 3T	Tổn thương thận với năng thận giảm trung bình, độ lọc cầu thận 30 - 59 ml/phút/1,73 m ²
Giai đoạn 4T	Tổn thương thận với năng thận giảm nặng, độ lọc cầu thận 15 - 29 ml/phút/1,73 m ²
Giai đoạn 5T	Suy thận, độ lọc cầu thận <15 ml/phút/1,73 m ² hay lọc máu.

2.3. Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày theo tần suất và tỉ lệ phần trăm. Xét mối liên quan giữa nồng độ huyết thanh PTH và các yếu tố bằng phương pháp phân tích hồi quy tuyến tính. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày ở Bảng 2. Tuổi trung bình là $49,51 \pm 11,68$, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) trung bình: $22,99 \pm 2,89$ kg/m², thấp nhất là 15,22, cao nhất là 31,11. Độ lọc cầu thận trung bình: $70,5 \pm 16,29$ ml/phút/1,73 m². Đa số BN đều có độ lọc cầu thận trên 60 ml/phút/1,73 m², chiếm tỉ lệ 77,4 %. Thời gian lọc máu trước ghép trung bình: $28,2 \pm 26,4$ tháng (thấp nhất 3 tháng, cao nhất 150 tháng). Đa số BN có thời gian lọc máu trên 1 năm chiếm 67,6%, trong đó chủ yếu là 12-36 tháng (48,6%). Thời gian ghép thận trung bình: $54,6 \pm 42,8$ tháng (thấp nhất 3 tháng, cao nhất 216 tháng). Đa số BN có thời gian ghép thận từ 1 năm trở lên, với 220 BN, chiếm tỉ lệ 94%, trong đó tỉ lệ ghép thận >36 tháng là chủ yếu (56,4%).

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ %
Giới tính		
• Nam	172	73,5
• Nữ	62	26,5
Nhóm tuổi		
• < 30	9	3,8
• 30-49	107	45,7
• 50-69	113	48,3
• >70	5	2,1
BMI (kg/m²)		
• <23	103	44,0
• ≥ 23	131	56,0
Thời gian lọc máu trước ghép (tháng)		
• < 12 tháng	72	32,4
• 12 - 36 tháng	108	48,6
• > 36 tháng	54	19,0
Thời gian ghép thận (tháng)		
• < 12	14	6,0
• 12 - 36	88	37,6
• > 36	132	56,4
Độ lọc cầu thận (ml/phút/1,73 m²)		
• 1T	24	10,3
• 2T	157	67,1
• 3T	50	21,4
• 4T	3	1,3
• 5T	0	0

Tỉ lệ rối loạn PTH là 82,1%, trong đó 100 % tăng PTH, không có trường hợp nào giảm PTH (Bảng 3). Trong phân nhóm có PTH tăng, tăng PTH mức độ nhẹ (65-150 pg/ml) là chủ yếu, chiếm tỉ lệ 63% (Bảng 4).

Bảng 3. Phân bố BN theo nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh

PTH máu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	42	17,9
Tăng	192	82,1
Giảm	0	0
Nồng độ trung bình	$129,72 \pm 84,52$	

Bảng 4. Phân loại mức độ tăng PTH

Phân độ tăng PTH (pg/ml)	Tần suất	Tỉ lệ %
Nhẹ (65-150 pg/ml)	121	63,0
Trung bình (150-300 pg/ml)	53	27,6
Nặng (> 300 pg/ml)	18	9,4

Khi phân tích mối tương quan giữa giới tính và PTH cho thấy, không có mối tương quan giữa nam và nữ với tình trạng tăng PTH huyết thanh ($p = 0,061$) (Bảng 5).

Bảng 5. Tương quan giữa PTH và giới tính

Giới tính	Bình thường	Tăng PTH	p
Nam	27 (62,8%)	145 (75,9%)	0,061
Nữ	16 (37,2%)	46 (24,1%)	

Kết quả phân tích tương quan đơn biến và đa biến cho thấy, không có mối tương quan giữa nồng độ PTH huyết thanh với tuổi, thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận (Bảng 6,7).

Bảng 6. Mối tương quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố trên BN ghép thận - phân tích đơn biến

Các yếu tố	Pearson correlation	p
Tuổi	- 0,074	0,258
Thời gian lọc máu trước ghép	0,051	0,436
Thời gian ghép thận	- 0,034	0,601
Độ lọc cầu thận	0,016	0,808

Bảng 7. Mối tương quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố trên BN ghép thận - phân tích đa biến

Các yếu tố	Hệ số β	p
Tuổi	- 0,64	0,35
Giới tính	0,07	0,32
Thời gian lọc máu trước ghép	0,05	0,48
Thời gian ghép thận	- 0,02	0,80
Độ lọc cầu thận	0,001	0,99

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 234 BN ghép thận, nồng độ PTH huyết thanh trung bình là $129,72 \pm 84,52$ pg/ml, 17,9% BN có nồng độ PTH huyết thanh bình thường, 82,1% BN có tăng nồng độ PTH, không có BN nào giảm PTH. Độ lọc cầu thận ước đoán trung bình là $70,5 \pm 16,29$ ml/phút/1,73 m², có 77,4 % BN ở giai đoạn 1T và 2T nghĩa là chức năng thận sau ghép hồi phục rất tốt trên 60 ml/phút/1,73 m², tuy nhiên cường tuyến cận giáp sau ghép vẫn xuất hiện và kéo dài với thời gian điều trị sau ghép trung bình là $54,6 \pm 42,8$ tháng. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện bởi Madhumati và cộng sự có 106 BN ghép thận từ 6 tháng trở lên có 55% BN thuộc giai đoạn 1T, 2T và tỉ lệ tăng PTH là 66% với thời gian điều trị sau ghép trung bình là 12,8 tháng. Nghiên cứu của Lê Văn Toàn và cộng sự [1] trên 92 BN ghép thận tại Học Viện Quân Y có độ lọc cầu thận trên 60 ml/phút/1,73m² chiếm tỉ lệ 52,17% và tỉ lệ tăng PTH là 66,3%. Như vậy, trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ tăng PTH cao hơn 2 nghiên cứu trên gần 20%, điều này có thể là do thời gian lọc máu của chúng tôi lâu hơn nghiên cứu của Lê Văn Toàn, đa số BN có thời gian lọc máu trên 1 năm (67,6%), trong khi đó Lê Văn Toàn chủ yếu là lọc máu dưới 1 năm (55,4%). Mặc dù độ lọc cầu thận của chúng tôi cao hơn 2 nghiên cứu trên nhưng tỉ lệ tăng PTH vẫn chiếm tỉ lệ cao hơn,

điều này cũng không mâu thuẫn vì khi chúng tôi tìm mối tương quan giữa nồng độ PTH với độ lọc cầu thận thì không thấy có sự tương quan có ý nghĩa thống kê. Nồng độ PTH không tương quan với độ lọc cầu thận trong nghiên cứu chúng tôi cũng giống như kết quả của nghiên cứu của Madhumati và Lê Văn Toàn.

Nguyễn Thị Kim Thủy và cộng sự nghiên cứu nhóm BN lọc máu chu kỳ thấy nồng độ hormon tuyến cận giáp trung bình cao hơn rất nhiều ($324,64 \pm 287,32$ pg/ml) ($p < 0,001$) [2], tương đương với kết quả của Botha và cộng sự (1997) [6]. Theo Ohood Abass Ibrahim (2016), nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh nhóm BN sau ghép thận không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [8]. Như vậy sau ghép thận thành công, chức năng thận hồi phục, nồng độ PTH của nghiên cứu chúng tôi trung bình là $129,72 \pm 84,52$ pg/ml giảm hơn nhiều so với nồng độ PTH ở nhóm BN lọc máu chu kỳ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê vì chúng tôi không có khảo sát được nồng độ PTH của BN trước ghép và khi tìm mối tương quan của PTH với thời gian lọc máu trước ghép thì cũng không thấy tương quan ($p=0,436$).

Tony Amin và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 679 BN sau ghép thận ít nhất 3 tháng, kết quả cho thấy 10% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh trong giới hạn bình thường, 90% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh cao hơn giá trị bình thường [5]. Nghiên cứu của Douthat và cộng sự ở Argentina (2012) cho thấy cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỉ lệ lớn. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận, 58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp cao > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết [7].

Như vậy, tỉ lệ tăng PTH huyết thanh trong nghiên cứu chúng tôi là 82,1% tương đối cao hơn so với các nghiên cứu khác. Khi phân loại mức độ tăng PTH thì chúng tôi nhận thấy chủ yếu là nhóm tăng PTH mức độ nhẹ (65 - 150 pg/ml) chiếm 63%, mức độ tăng PTH trung bình chiếm 27,6% và tăng PTH nặng (>300 pg/ml) chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ 9,4%. Nghiên cứu của Douthat và cộng sự ở Argentina (2012) cho thấy cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỉ lệ lớn. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận, 58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp cao > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết [7]. Nghiên cứu cắt ngang của Marcen và cộng sự trên 509 BN ghép thận cho thấy tỉ lệ tăng PTH sau ghép là 77,6%, trong đó có 22,4% tăng PTH nhẹ, 23,38% tăng PTH trung bình và 6,88% tăng PTH

nặng[10]. Kết quả này cũng tương đồng với chúng tôi.

Khi tìm mối tương quan giữa một số yếu tố trước ghép và sau ghép với nồng độ PTH huyết thanh bằng phân tích hồi quy đơn biến, rồi phân tích đa biến, chúng tôi ghi nhận không có mối tương quan nào giữa các biến phụ thuộc: tuổi, giới tính, thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận, độ lọc cầu thận với biến độc lập là nồng độ PTH huyết thanh. Trong nghiên cứu của Lê Văn Toàn thì PTH có liên quan với thời gian lọc máu trước ghép, tương quan thuận mức độ vừa có ý nghĩa thống kê ($r = 0,36$ và $p = 0,001$) nghĩa là thời gian lọc máu càng dài thì PTH càng tăng; không thấy tương quan với tuổi, giới, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận [1]. Một nghiên cứu khác của Kalokola và cộng sự trên 85 BN ghép thận thì cũng không ghi nhận tăng PTH có tương quan với thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận [9].

Giai đoạn đầu bệnh thận, khi nồng độ canxi máu giảm, nồng độ hormon tuyến cận giáp tăng, bệnh thận mạn càng kéo dài làm cho tình trạng cường tuyến cận giáp kéo dài, đến giai đoạn nhất định làm biến đổi cấu trúc tuyến cận giáp. Vì vậy, sau khi ghép thận, nồng độ canxi không giảm, nhưng nồng độ hormon tuyến cận giáp vẫn tăng kéo dài. Trên thế giới, nhiều trung tâm đề nghị cắt tuyến cận giáp để điều trị tình trạng cường tuyến cận giáp kéo dài sau ghép thận. Tuy nhiên, chúng tôi chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa PTH và thời gian sau ghép. Một số nghiên cứu cho thấy, cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỉ lệ cao, mức độ tăng hormon tuyến cận giáp chủ yếu liên quan với thời gian điều trị suy thận trước ghép và mức độ hormon tuyến cận giáp tăng trong giai đoạn trước ghép [7], [9]. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận thấy 58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết[7]. Theo Fredrick (2013) [9], nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở thời điểm 6 tháng sau ghép thận giảm thấp hơn so với vừa ghép, giảm từ 19 - 71%. Nhiều nghiên cứu đề cập đến mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với chức năng thận ghép cho thấy nồng độ hormon tuyến cận giáp và mức lọc cầu thận trước và sau ghép biến đổi rất rõ theo xu hướng ngược nhau: khi mức lọc cầu thận cải thiện, nồng độ hormon tuyến cận giáp giảm dần [4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, mối quan hệ đó chưa thể hiện.

Nghiên cứu chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác đều cho thấy có sự tăng nồng độ PTH

kéo dài sau ghép. Cường tuyến cận giáp trước ghép có mối liên quan với cường tuyến cận giáp sau ghép [12], có thể PTH tăng nhưng mức độ tăng không trầm trọng bằng nhóm BN lọc máu chu kỳ. Thời gian lọc máu trước ghép ngắn hay ghép thận đón đầu khi bệnh nhân chưa đến giai đoạn lọc máu có thể làm giảm nguy cơ cường tuyến cận giáp sau ghép.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 234 bệnh nhân ghép thận tại Bệnh Viện Nhân Dân 115 cho thấy rằng 82,1% bệnh nhân có nồng độ PTH huyết thanh tăng. Tỉ lệ tăng PTH mức độ nhẹ, trung bình, và nặng lần lượt là 63%, 27,6%, và 9,4%. Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ PTH và giới tính, tuổi, thời gian lọc máu trước ghép, thời gian ghép thận, và độ lọc cầu thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Toàn, Bùi Văn Mạnh**, (2013), "Nồng độ hormon TCG ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh Viện Quân Y 103", Tạp chí Y Dược Học Quân Sự số chuyên đề ghép tạng, pp. 77-82.
2. **Nguyễn Thị Kim Thủy**, (2011), "Nồng độ Ca, P, hormon tuyến cận giáp huyết thanh và tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ", Tạp chí Y học Thực hành, 771 (6) pp. 25-35.
3. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân**, (2015), Nghiên cứu nồng độ beta-crosslaps, hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế, pp. 30-35.
4. **Amin T, Coates P T, Barbara J, Hakendorf P, et al**, (2016), "Prevalence of Hypercalcaemia in a Renal Transplant Population: A Single Centre Study", Int J Nephrol, 2016 pp. 7126290.
5. **Amin T, Coates P T, Barbara J, Hakendorf P, et al**, (2016), "Prevalence of hypercalcaemia in a renal transplant population: a single centre study", International journal of nephrology, 2016 pp.
6. **Botha J, Botha J**, (1997), "Parathyroid function after successful renal transplantation", South African Journal of surgery Suid-afrikaanse Tydskrif vir Chirurgie, 35 (3), pp. 113-116.
7. **Douthat W G, Chiurciu C R, Massari P U**, (2012), "New options for the management of hyperparathyroidism after renal transplantation", World Journal of Transplantation, 2 (3), pp. 41.
8. **Ibrahim O A, Modawe G A, AbdElkarim A**, (2016), "Assessment of calcium phosphorus and parathyroid hormone in sudanese patient with renal transplantation", J Med Biol Sci Res, 2 pp. 1-4.
9. **Kalokola F M**. Serum calcium, phosphate and parathyroid hormone levels in kidney transplant recipients: University of Nairobi, 2014.
10. **Marcén R, Ponte B, Rodríguez-Mendiola N, Rodriguez A F, et al**. Secondary hyperparathyroidism after kidney transplantation: a cross-sectional study. Transplantation proceedings 2009;2391-2393.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮM NIỆU QUẢN BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Trần Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả về ngoại khoa kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang ở những bệnh nhân ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, nghiên cứu cắt ngang trên 82 bệnh nhân ghép thận lấy từ người chết não. Các chỉ tiêu nghiên cứu: thời gian lọc máu trước ghép, thời gian lọc màng bụng, dung tích bàng quang trước ghép nhỏ < 100ml, lớn > 100ml, đặc điểm thành bàng quang người nhận, đặc điểm phẫu thuật ghép thận (thời gian thiếu máu nóng, lạnh, thời gian cắm niệu quản vào bàng quang, thời gian phẫu thuật), biến chứng tiết niệu sớm: đái máu, hẹp niệu quản, rò niệu quản. **Kết quả:** BN lọc máu lâu nhất 18 năm (1BN). 12,2% các BN được ghép thận trước khi phải lọc máu. Thời gian lọc máu trước ghép thận: $21,71 \pm 36,55$ (0 – 216) tháng. Dung tích bàng quang nhỏ gấp khoảng $\frac{1}{4}$ các trường hợp, thường gặp ở những bệnh nhân vô niệu nhiều năm. Dung tích bàng quang trung bình là: $217,3 \pm 101,4$ ml nhỏ nhất 40ml, lớn nhất 350ml. Thời gian cắm NQ-BQ trong 82 TH của chúng tôi trung bình là $27,5 \pm 12,0$ phút, nhanh nhất 13 phút và lâu nhất 70 phút. 2 trong 3 trường hợp hẹp niệu quản cần tạo hình lại miệng nối; trường hợp còn lại được nong niệu quản. 1 TH Lymphocele và 1 TH nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị nội khoa. **Kết luận:** Kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang đối với thận lấy từ người cho chết não cũng thuận lợi như với người cho sống, biến chứng thấp, dung tích bàng quang không ảnh hưởng đến chức năng thận ghép. **Từ khóa:** ghép thận chết não, Kỹ thuật Lich - Gregoir

SUMMARY

EVALUATION THE OUTCOMES OF THE LICH GREGOIR TECHNIQUE OF DECEASED DONORS KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To assess the outcomes of the Lich Gregoir technique of deceased donors kidney transplantation at Viet Duc Hospital. **Patients and Method:** This study employed a clinical descriptive approach and included 82 deceased donor kidney transplant recipients. The research parameters included pre-transplant hemodialysis duration, peritoneal dialysis duration, pre-transplant bladder capacity (small < 100ml, large > 100ml), characteristics of the recipient's bladder, and surgical

details of the kidney transplant procedure (warm ischemia time, cold ischemia time, ureteral stenting duration, surgical time). Early urinary complications were also recorded, such as hematuria, ureteral stricture, and urinary leakage. **Results:** The longest pre-transplant hemodialysis duration was 18 years (1 case). Approximately 12.2% of patients received a kidney transplant before requiring hemodialysis. The average pre-transplant hemodialysis duration was 21.71 ± 36.55 (ranging from 0 to 216) months. Small bladder capacities were found in about 25% of cases, predominantly in patients with long-standing urinary obstruction. The average bladder capacity was 217.3 ± 101.4 ml, with the smallest being 40ml and the largest 350ml. The average duration of ureteral stenting among the 82 cases in our study was 27.5 ± 12.0 minutes, with the quickest being 13 minutes and the longest 70 minutes. Among the three cases of ureteral stricture, two required reconstruction of the anastomosis, while one underwent ureteral dilation. One case of lymphocele and one case of surgical site infection were managed conservatively. **Conclusion:** The extracorporeal ureteral stenting technique in deceased donor kidney transplantation is as effective as in living donor cases, with low complication rates. Bladder capacity does not affect graft kidney function.

Keywords: deceased donor kidney transplantation, Lich-Gregoir technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận ở người cho chết não có những điểm khác biệt với ghép thận ở người cho sống: niệu quản được nuôi dưỡng kém hơn, đi kèm với lượng lớn mô sau phúc mạc, động mạch thận thường có vạt cục áo tử động mạch chủ, tĩnh mạch có vạt cục hoặc kèm cả đoạn tĩnh mạch chủ dưới¹. Số lượng các trường hợp hiến tạng chết não tại Việt Nam còn hạn chế dẫn đến chưa có nhiều những nghiên cứu đánh giá về ghép thận từ người cho chết não. Hiện nay ở Việt Nam, các cơ sở ghép thận đều áp dụng phương pháp cắm niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ) theo Lich - gregoir có đặt stent JJ NQ.7-11. Các cơ sở triển khai sớm ghép thận ở nước ta (BV quân Y 103, BV Chợ Rẫy...), giai đoạn đầu chọn phương pháp nối trong BQ theo Politano - lead better, nhưng về sau đều chuyển sang sử dụng phương pháp nối ngoài BQ theo Lich - Gregoir^{2,3}. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá "Kết quả phẫu thuật cắm niệu quản - bàng quang trong phẫu thuật ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 bệnh nhân ghép thận từ NCCN được áp dụng phương pháp cầm NQ-BQ theo phương pháp Lich-Gregoir tại BV Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định ghép thận, thận ghép từ người cho chết não và cầm lại niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich-Gregoir tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thận ghép lấy từ người cho sống, thận ghép bị cắt bỏ do thải ghép.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện,

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 06 năm 2021

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu: thời gian lọc máu trước ghép, thời gian lọc màng bụng, dung tích bàng quang trước ghép nhỏ < 100ml, lớn > 100ml, đặc điểm thành bàng quang người nhận, đặc điểm phẫu thuật ghép thận (thời gian thiếu máu nóng, lạnh, thời gian cầm niệu quản vào bàng quang, thời gian phẫu thuật), biến chứng tiết niệu sớm: đái máu, hẹp niệu quản, rò niệu quản.

Kỹ thuật: Sửa chiều dài NQ phù hợp khoảng 10cm và chuẩn bị đầu tận NQ: 1cm cuối cùng

NQ được tách ra khỏi mạc treo và được xẻ dọc theo mặt dưới từ 8-10mm. Buộc đầu mạch máu NQ vị trí đầu xa tránh chảy máu sau khi cầm lại NQ-BQ. Giải phóng BQ khỏi lớp mỡ dưới phúc mạc mặt trước bên. Bơm NaCl 0,9% vào BQ (số lượng bằng dung tích BQ đã đo). Xác định vị trí cầm NQ vào BQ: mặt trước bên phải BQ. Dùng dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực đốt lớp mỡ mặt trước bên phải BQ để lộ lớp cơ BQ nơi sẽ cầm NQ vào BQ. Kỹ thuật thực hiện cầm niệu quản – bàng quang: Rạch lớp cơ 3cm cho tới lớp niêm mạc, tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ BQ. Khâu 2 mũi chỉ tiêu 5.0 vào hai góc trên và dưới của lỗ niêm mạc BQ với mép trên và dưới của đường xẻ NQ. Mở niêm mạc BQ ở phần thấp nhất của đường rạch, lỗ mở có kích thước tương đương với chiều dài đoạn xẻ đầu xa NQ. Luồn JJ vào trong lòng NQ: 1 đầu lên bề thận 1 đầu xuống BQ qua lỗ mở niêm mạc. Khâu vết mép trong miệng nối NQ-BQ. Mũi cuối cùng miệng nối được khâu toàn thể lớp cơ BQ. Đóng lại lớp cơ BQ, vùi NQ ở phía dưới. Để tránh NQ bị ép chặt trong đường hầm cơ BQ, chúng tôi luồn 1 panh có đường kính tương đương NQ đặt trong lòng đường hầm khi buộc. Đặt 02 dẫn lưu ổ mổ: một dẫn lưu hút liên tục dưới các miệng nối mạch máu và một dẫn lưu ở miệng nối NQ.



- Đặt thận ghép vào ổ mổ.
1: Động mạch thận ghép dài, có vạt khuy áo; 2: Tĩnh mạch thận ghép dài, có một phần tĩnh mạch chủ dưới;
3: TMCN đã bộc lộ; 4: ĐMCN đã bộc lộ, được kéo sang một bên



- Niệu quản dài lấy từ NCCN
1: Thận ghép tái tưới máu hồng; 2: Niệu quản dài; 3: Đầu niệu quản có nước tiểu sớm



Sau khi nối NQ- BQ

Hình 1: Ghép thận từ nguồn người cho chết não (NCCN)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời gian lọc máu trước khi ghép của bệnh nhân

Thời gian lọc máu (CTNT)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Chưa CTNT	10	12,2
Lọc màng bụng	7	8,5
CTNT < 1 năm	29	35,4
CTNT 1 đến dưới 2 năm	13	15,9
CTNT 2 đến dưới 3 năm	7	8,5

CTNT ≥ 3 năm	16	19,5
Tổng	82	100

Nhận xét: Đa số các BN có lọc máu chu kỳ kéo dài, có các bệnh lý nội khoa kèm theo. BN lọc máu lâu nhất 18 năm (1BN). 12,2% các BN được ghép thận trước khi phải lọc máu Thời gian lọc máu trước ghép thận: 21,71±36,55 (0 – 216) tháng.

Bảng 2. Phân loại dung tích BQ của BN

Dung tích BQ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 100 ml	23	28%

> 100 ml	59	72%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Dung tích bàng quang nhỏ gặp khoảng ¼ các trường hợp, thường gặp ở những bệnh nhân vô niệu nhiều năm. Dung tích bàng quang trung bình là: $217,3 \pm 101,4$ ml nhỏ nhất 40ml, lớn nhất 350ml.

Bảng 3. Đặc điểm thành bàng quang người nhận thận

Đánh giá BQ trong mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành BQ dày	28	34,1%
Thành BQ bình thường	54	65,9%

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật ghép thận

Đặc điểm	Trung bình	SD	Min	Max
Thời gian thiếu máu lạnh	57,20	28,20	15	130
Thời gian khâu nối TM	16,57	5,58	5	34
Thời gian khâu nối ĐM	15,13	6,09	5	40
Cầm NQ vào BQ	27,49	12,0	13	70
Thời gian phẫu thuật chung	139,91	25,58	90	187

Bảng 5. Biến chứng đường niệu sau ghép thận 3 tháng

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hẹp niệu quản thận ghép	3	3,66%
Lymphocele ổ mổ	1	1,22%
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	1,22%
Nhiễm khuẩn niệu	0	0%
Tổng số	5	6,1%

Nhận xét: 2 trong 3 trường hợp hẹp niệu quản cần tạo hình lại miệng nối; trường hợp còn lại được nong niệu quản. 1 TH Lymphocele và 1 TH nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật cầm niệu quản thận ghép vào bàng quang đi ngoài bàng quang (Lich - Grégoir) có ưu điểm là lỗ mổ bàng quang nhỏ hơn nên làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, rò nước tiểu và rút ngắn thời gian phẫu thuật so với kỹ thuật Politano - Leadbetter. Hơn nữa trong kỹ thuật của Lich - Grégoir chiều dài niệu quản cần thiết ngắn hơn nên cũng hạn chế được biến chứng thiếu máu nuôi niệu quản, ít có biến chứng hẹp niệu quản và không đòi hỏi bàng quang phải có dung tích lớn như kỹ thuật Politano - Leadbetter. Tuy nhiên kỹ thuật cầm niệu quản thận ghép vào bàng quang theo Lich - Grégoir nguyên bản có tỷ lệ biến chứng tiết niệu còn khá cao tới 13,3% theo Pleases và 10,3% theo Benoit.⁴ Do vậy, kỹ thuật cầm niệu quản thận ghép vào bàng quang theo Lich - Grégoir với 1 ống thông JJ làm nòng trong niệu quản đã được thực hiện nhằm giảm

thiểu các biến chứng tiết niệu sau ghép như rò nước tiểu, hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang.

Dung tích BQ của người nhận thận:

Dung tích BQ trung bình của người nhận: $217,3 \pm 101,4$ ml (n=82), lớn nhất là 350 ml, nhỏ nhất là 40 ml. Trong đó, dung tích BQ ≤ 100 ml có 23/82 TH (28%), dung tích > 100 ml có 59/82 TH (72%). 23/82 TH có dung tích BQ ≤ 100 ml đều có thời gian chạy TNTCK ≥ 2 năm. Ushigome và cộng sự thấy tỷ lệ BQ nhỏ chiếm 60% ở các trường hợp chạy TNTCK trên 10 năm.⁵ Volynchik sinh thiết thành BQ trước ghép thận ghi nhận 27% các TH có tình trạng xơ teo lớp cơ và viêm mạn tính lớp niêm mạc BQ, là yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn niệu và biến chứng tại chỗ cầm NQ-BQ sau ghép: rò nước tiểu, hẹp NQ.⁶ Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 bệnh nhân hẹp NQ sau mổ đều có dung tích BQ bình thường (300ml - 350ml). Trong 23 trường hợp có dung tích BQ nhỏ chúng tôi không ghi nhận thấy có biến chứng đường tiết niệu sau mổ. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng các biến đổi tại thành BQ như viêm mạn tính, xơ teo niêm mạc... chủ yếu gây các biến chứng rò, hẹp niệu quản gián tiếp qua việc gây chèn ép miệng nối và nhiễm khuẩn tại chỗ miệng nối. Tuy nhiên các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn tốt, đồng thời miệng nối niệu quản được cắt bớt vừa đủ đảm bảo miệng nối có thể liền tốt nên đã hạn chế được ảnh hưởng từ các biến đổi của bàng quang như trên. Thời gian cầm NQ-BQ trong 82 TH của chúng tôi trung bình là $27,5 \pm 12,0$ phút, nhanh nhất 13 phút và lâu nhất 70 phút. Slagt và cộng sự (2013) với nhóm 100 TH cầm ngoài BQ theo L-G có thời gian trung bình là 15 (12-17) phút và nhóm 100 TH cầm trong BQ có thời gian trung bình 21 (18-25) phút, (p < 0,001).⁷ Trương Hoàng Minh (2018) với 71 TH có thời gian cầm trung bình $24,9 \pm 5,6$ (17 - 45) phút⁸ Trong nghiên cứu của Hoàng Khắc Chuẩn và cộng sự, nhóm 104 TH cầm NQ-BQ theo phương pháp L-G không có hỗ trợ nội soi có thời gian cầm trung bình $31,1 \pm 0,7$ phút, (17 - 60 phút).⁹ Nghiên cứu của Trịnh Minh Thanh (2019) thời gian cầm trung bình là $18,9 \pm 3,8$ (10 - 31).¹⁰

Biến chứng hẹp niệu quản và cách xử lý:

Nhóm BN của chúng tôi có tình trạng niệu quản lý tưởng. Chiều dài NQ thu được khi lấy thận trung bình là $16,8 \pm 1,3$ cm ngắn nhất là 14cm dài nhất là 19 cm. 82/82 TH (100%) niệu quản đều được cắt sửa để chiều dài NQ khi ghép khoảng 10 cm. Đối với vấn đề ghép NQ-BQ, hiện nay các tác giả đều sử dụng kỹ thuật cầm NQ

ngoài BQ theo L-G. Phương pháp này dễ thực hiện, niệu quản lại được nằm trong lớp cơ bàng quang nên được nuôi dưỡng tốt, dễ liền sẹo, ít gây biến chứng rò nước tiểu hay hẹp niệu quản sau mổ. Hẹp niệu quản có thể xảy ra những ngày sau mổ 1 tháng thời điểm sau rút JJ là hay gặp nhất hoặc sau một thời gian dài do BK virus hoặc do thuốc thải ghép. Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,66%. 1 TH được nong niệu quản dưới màn tăng sáng, sau điều trị hết giãn niệu quản. 2 TH điều trị đặt JJ nhiều lần không hết giãn niệu quản, phải mổ tạo hình niệu quản. Theo tác giả Prudhomme nghiên cứu về mạch máu niệu quản thì đoạn bề thận niệu quản chỉ có thể nuôi dưỡng niệu quản trong đoạn 10cm tính từ bề thận. Do vậy nếu để niệu quản quá dài sẽ dẫn đến hẹp niệu quản trong ghép. Các tác giả Singapor trong hội nghị thận tiết niệu 2019 đề xuất nếu hẹp NQ ngắn 2-3 cm, hẹp sớm ngay sau rút JJ bị hẹp thì có thể điều trị bằng nong niệu quản dưới màn tăng sáng. Trường hợp nong niệu quản không có kết quả thì nên mổ nối niệu quản thận ghép với niệu quản cũ. Các trường hợp này hẹp niệu quản đoạn xa phải mổ trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân gây hẹp do đoạn niệu quản thiếu máu nuôi gây xơ hẹp. Vì can thiệp ngay nên chức năng

thận không bị rối loạn. Trần Ngọc Sinh (2012) với 240 lần mổ / 238 TH, báo cáo tỷ lệ chảy máu phải mổ lại là 2/240 TH (0,83%), tụ dịch bạch huyết 4/240 TH (1,67%).³ Nghiên cứu của Đỗ Tất Cường và cộng sự (2012) có tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu sau ghép: 14/98 TH (14,28%), rò nước tiểu do hoại tử NQ: 4/98 TH (4,08%), chảy máu miệng nối NQ-BQ 2/98 TH (2,04%), hẹp miệng nối NQ-BQ: 1/98 TH (1,02%). Lempinam và cộng sự (2015) nghiên cứu biến chứng ngoại khoa từ 1670 TH ghép thận người lớn được cầm NQ-BQ theo phương pháp P-L thấy biến chứng ngoại khoa: 259 TH (15,5%), hẹp NQ: 53 TH (3,1%), tụ dịch bạch huyết: 39 TH (1,5%), chảy máu sau mổ: 36 TH (2,1%), tỷ lệ hẹp NQ ở nam giới cao gấp đôi nữ giới (2,4% so sánh với 1,2%, $p < 0.05$), và ngược lại, tỷ lệ rò nước tiểu ở nữ cao hơn nam (1,8% so sánh với 4%, $p < 0,025$) Moreno-Alarcón và cộng sự (2014) áp dụng kỹ thuật cầm L-G cải tiến có đặt JJ stent cho cả loạt 311 TH thấy nhóm 311 TH này có tỷ lệ biến chứng rò nước tiểu sau ghép thận thấp hơn hẳn nhóm 700 TH chỉ đặt JJ stent chọn lọc: 2% so với 7% ($p = 0,0001$). Nhóm nghiên cứu của Moreno-Alarcón kết luận: phương pháp cầm NQ-BQ L-G có đặt JJ stent là biện pháp tốt nhất để phòng tránh biến chứng tiết niệu sau mổ ghép thận.

Bảng 6. Tổng kết biến chứng tiết niệu phẫu thuật cầm NQ-BQ theo phương pháp L-G

Biến chứng	Trần Ngọc Sinh 2012	Đỗ Tất Cường 2012	Hoàng Khắc Chuẩn 2010	Trịnh Minh Thanh 2019	Nhóm nghiên cứu
Chảy máu nhiều phải mổ lại	2/240(0,83%)			1/85(1,2%)	0/82(0%)
Máu tụ ổ mổ				2/85(2,4%)	1/82(1,22%)
Rò nước tiểu	6/240(2,5%)	4/98(4,08%)	4/123(3,3%)	0/85(0%)	0/82(0%)
Hẹp NQ	0/240(0%)	1/98(1,02%)	0/123(0%)	1/85(1,2%)	3/82(3,66%)
Lymphocele ổ mổ	4/240(1,67%)			2/85(2,4%)	1/82(1,22%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	0/238(0%)		0/123(0%)	0/85(0%)	1/82(1,22%)
Nhiễm khuẩn niệu		14/98(14,28%)	7/123(5,7%)	0/85(0%)	0/82(0%)
Số lượng (n)	12/240 TH	19/98 TH	11/123 TH	6/85 TH	6/82 TH
Tỷ lệ (%)	5%	19,4%	8,9%	7,1%	7,3%

Tỷ lệ biến chứng tiết niệu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng các tác giả khác ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cầm niệu quản vào bàng quang đôi với thận lấy từ người cho chết não cũng thuận lợi như với người cho sống, biến chứng thấp, dung tích bàng quang không ảnh hưởng đến chức năng thận ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nguyên Vũ** (2014). Đánh giá kết quả lấy, rửa và ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức, Luận án tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Lê Anh Tuấn** (2011). Biến chứng của Kỹ thuật trồng

lại niệu quản thận ghép vào bàng quang người nhận trong ghép thận tại bệnh viện 103. Y học thực hành, số 769, 770, VUNA Huế 6-2011, 32-34

3. **Trần Ngọc Sinh, Chu Văn Nhuận, Dương Quang Vũ và cộng sự** (2012). Kết quả phẫu thuật 238 trường hợp ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2012. Chuyên đề Thận Niệu, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (3), 358-368.
4. **Benoit G. et al**: Insertion of a double pigtail ureteral stent for the prevention of urological complications in renal transplantation: a prospective randomized study. J Urol, 1996, 156, pp.881-884
5. **Ushigome H., Sakai K., Suzuki T., et al.** (2008). Kidney transplantation for patients on long-term hemodialysis. Transplant Proc, 40(7), pp. 2297-8
6. **Volynchik E. P., Alyaev Y. G., Enikeev M. E., et al** (2002). Morphological examinations of

- donor's bladder wall and the ureter in kidney transplantation. *Transplant Proc*, 34(7), pp. 2774
7. **Slagt I.K.B, Klop K.W.J, Ijzermans J.N.M. et al** (2012). Intravesical Versus Extravesical Ureteroneocystostomy in Kidney Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation* 2012, 94: 1179-1184.
 8. **Trương Hoàng Minh** (2018). Nghiên cứu kết quả của phương pháp trồng niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir cải biên trên bệnh nhân ghép thận từ người cho sống, Luận án tiến sĩ y học, HVQY.
 9. **Hoàng Khắc Chuẩn, Trần Trọng Trí, Nguyễn Thị Thái Hà và cs** (2010). Nội soi hỗ trợ kỹ thuật Lich – Grégoir cải biên trên thận ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 375, tháng 11, số 2/2010, 520-527
 10. **Trịnh Minh Thanh**, 2019. Kết quả áp dụng kỹ thuật nối niệu quản – bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir cải tiến trong ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai. Luận án chuyên khoa cấp 2, ĐHY Hà Nội

CUNG NÁCH: ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU VÀ Ý NGHĨA TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

"Cung nách" hay còn được biết đến là "Cung Langer", được mô tả lần đầu tiên vào năm 1783 nhưng cho đến năm 1846 mới được Langer làm rõ ràng. Cung nách được tìm thấy ở khoảng 7% các trường hợp, thậm chí có nghiên cứu, tỷ lệ gặp lên tới 27%. Nó thường bắt nguồn từ cơ lưng rộng, chạy qua vùng nách dưới dạng bó cơ hoặc gân. Nó không có chức năng chính thức nên có nhiều biến thể về nguyên ủy, bám tận và đường đi. Điều quan trọng là các bác sĩ phẫu thuật phải biết về biến thể giải phẫu này. Khi cung nách xuất hiện trong cuộc phẫu thuật, nó phải được chia tách hợp lý nhằm bộc lộ hết các tổ chức bên dưới tránh phẫu thuật sót hạch hoặc u và bảo tồn được cấu trúc mạch, bạch huyết và thần kinh có liên quan. **Từ khóa:** Cung nách, Cung Langer.

SUMMARY

AXILLARY ARCH: ANATOMY AND SIGNIFICANCE IN CLINICAL PRACTICE

"Axillary arch" (AA), also known as "Langer arch", originally described in 1783 and confirmed by Langer in 1846. The presence of the arch in approximately 7% of individuals, even a prevalence of up to 27%. It commonly arises from the latissimus dorsi and extends variably across the axilla as muscular or tendinous bundles, but since it has no functional significance, many variations in origin, insertion, course and size may occur. It is important that surgeons operating in the axilla are aware of this not uncommon anatomical variant. When present, axillary arch should always be accurately identified and formally divided to allow adequate exposure of axillary contents in order to achieve a complete lymphatic dissection and preserve vascular, lymphatic and nervous structures.

Keywords: Axillary arch, Langer arch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung nách là một dị thường giải phẫu khá phổ biến, thường xuất phát từ cơ lưng rộng và kéo dài đến cơ ngực lớn. Khi di chuyển qua nách, nó có thể che khuất các hạch bạch huyết ở nách dẫn đến việc bỏ sót hạch khi cắt bỏ và có thể gây tái phát khối u. Sự hiện diện của nó có thể làm phức tạp các ca phẫu thuật như vét hạch nách, tái tạo vú bằng vật cơ lưng rộng. Hiểu biết về giải phẫu và các biến thể của cung nách có vai trò quan trọng trong thực hành y tế, giúp mang lại phương pháp điều trị an toàn và chất lượng tốt cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi thực hiện bài viết này từ việc tổng hợp các kiến thức từ những nghiên cứu quốc tế, giúp cung cấp cho các bác sĩ thực hành lâm sàng thêm những thông tin về "cung nách".

II. GIỚI THIỆU

"Cung nách" (Axillary arch -AA) còn được biết đến với các tên gọi như "Cung cơ nách" (Muscular axillary arch), "Cung Langer" (Langer arch) hay "Cơ Langer" (Langer's muscle)... Đây là một cơ hoặc một dây gân cơ có nguồn gốc từ cơ lưng rộng bám vào các cơ, gân, màng gân hoặc các cấu trúc giải phẫu khác ở nách.¹ Cung nách lần đầu tiên được mô tả lần đầu tiên vào năm 1783, nhưng phải đến năm 1846, Langer mới mô tả chi tiết và làm rõ ràng về chi tiết giải phẫu dị thường này¹. Trên lâm sàng, AA nên được nghĩ đến khi khám thấy một phần nhô ra không xác định ở nách (khi bệnh nhân nâng và dạng vai). Đôi khi các bác sĩ có thể nhầm lẫn nó với hạch hoặc khối u vùng nách². Trong phẫu thuật, khi không nhận biết được AA, các bác sĩ phẫu thuật có thể bóc tách rộng rãi dẫn đến tổn thương đám rối cánh tay hoặc động mạch nách. Do đó các nhà lâm sàng luôn phải lưu ý đến khả năng

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

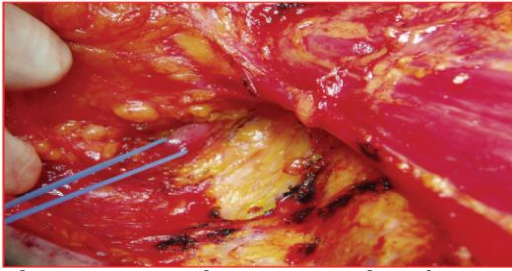
Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

hiện diện của AA.

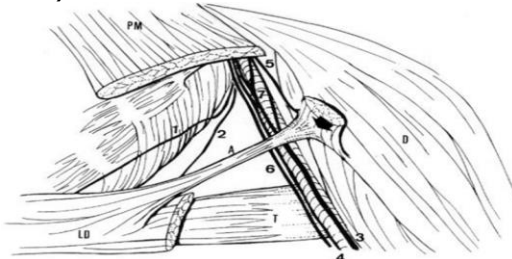


Hình 1. Cung nách được phát hiện trong quá trình phẫu thuật²

Đa số các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gặp AA khoảng 7% các trường hợp, nhưng có những nghiên cứu tỷ lệ này lên tới 27%^{3,4}. Cung nách phổ biến ở người da vàng (10.8%) hơn là người da trắng (3.5%), gặp nhiều ở phụ nữ hơn nam giới^{3,5,6}. Thông thường, AA có ở cả 2 bên nách nhưng cũng có những trường hợp chỉ gặp ở 1 bên⁴. Nguồn gốc phôi thai học của AA chưa được xác định rõ ràng, đa số chấp nhận rằng nó được hình thành từ lớp cơ mỏng dưới da (panniculus carnosus)². Ở động vật có vú bậc thấp, đặc biệt là loài gặm nhấm, cấu trúc này rất phát triển và tạo thành nhóm cơ ngực. Tuy nhiên ở loài linh trưởng bậc cao và con người, cấu trúc này thoái triển nhằm tạo điều kiện cho chi trên chuyển động linh hoạt hơn².

III. GIẢI PHẪU CUNG NÁCH

Về mặt giải phẫu, AA chạy gần các mạch, thần kinh vùng nách. Vì vậy, có thể gây chèn ép thần kinh, mạch máu vùng này gây đau mạn tính, thiếu máu chi hoặc huyết khối tắc mạch⁷. Cung nách thường bắt nguồn từ cơ lưng rộng với khoảng gần 90%, ở dạng bó cơ hoặc gân. Ngoài ra nó có thể có nguyên ủy từ cơ tam đầu (3,6%) hay cơ răng trước (4.5%)⁶. Cung nách có thể bám tận ở nhiều vị trí khác nhau trong đai vai, thường gặp nhất là cơ ngực lớn (35.2%), tiếp đến là mỏm quạ (19.8%), cơ quạ - cánh tay (15.9%)...⁶.



Hình 2. Hình vẽ mô tả cung nách⁴ có nguyên ủy từ cơ lưng rộng (LD) và bám tận tại điểm bám vào xương cánh tay (mũi tên) của cơ ngực lớn (PM)

T – Cơ tròn lớn; D – Cơ delta; A – Cung nách; 1 – Thần kinh ngực dài; 2 – Thần kinh ngực lưng; 3 – Thần kinh giữa; 4 – Thần kinh trụ; 5 – Thần kinh cơ bì; 6 – Thần kinh bì căng tay trong; 7 – Động mạch nách

Nguồn cấp máu cho AA là các động mạch ngực ngoài trong khi thần kinh chi phối xuất phát từ thần kinh ngực lưng, thần kinh ngực trong hoặc các nhánh xuyên của thần kinh liên sườn thứ 2 và thứ 3^{3,4,8}.

Do có nhiều nguyên ủy và bám tận khác nhau nên AA có rất nhiều biến thể trên lâm sàng khiến các bác sĩ bối rối nếu chưa hiểu về nó. Có nhiều hệ thống phân loại khác nhau được sử dụng để mô tả giải phẫu của AA. Vào năm 1884, Testut đề xuất chia AA thành hai loại: Loại hoàn chỉnh gồm các AA bắt đầu từ cơ lưng rộng và kết thúc ở cơ ngực lớn; Loại không hoàn chỉnh gồm các AA cũng bắt nguồn từ cơ lưng rộng nhưng kết thúc ở các cấu trúc giải phẫu khác như mỏ quạ, cơ ngực nhỏ, cơ nhị đầu cánh tay...⁹ Tuy nhiên phân loại này sẽ bỏ qua các trường hợp AA không xuất phát từ cơ lưng rộng hay kết thúc ở nhiều điểm bám. Do đó, Jeleu và cộng sự đã gợi ý một phân loại mới, chia AA thành “nhóm nông” và “nhóm sâu” dựa vào mối liên hệ của nó với các bó mạch thần kinh¹. Nhóm nông gồm các AA có cấu trúc cổ điển (kéo dài từ cơ lưng rộng tới các cấu trúc xung quanh phần trên xương cánh tay) và bắt chéo trước bó mạch thần kinh có thể bị ảnh hưởng. Nhóm sâu gồm các AA nằm sâu tại thành nách ngoài và sau, bắt chéo qua cách bó mạch thần kinh và thần kinh nách, thần kinh quay¹. Một nghiên cứu ở Nhật Bản, các tác giả lại chia AA thành 2 nhóm dựa trên bản chất của thành phần của nó: Nhóm 1 - Cấu trúc cơ; Nhóm 2 - Cấu trúc gân¹⁰.

IV. Ý NGHĨA LÂM SÀNG CỦA CUNG NÁCH

Cung nách là một dị thường về giải phẫu nên có thể gây ra nhầm lẫn lúc thăm khám lâm sàng hoặc trong quá trình phẫu thuật tại vùng nách. Sự xuất hiện của cơ hoặc gân của AA có thể cản trở việc bộc lộ vùng phẫu thuật gây ra khó khăn để tiếp cận các nhóm hạch bạch huyết bên dưới từ đó khiến cho các nhà phẫu thuật không vét được hạch một cách triệt để. Hơn nữa, không nhận định được AA cũng như các nguồn mạch cấp máu hay thần kinh chi phối của nó có thể khiến cho các nhà phẫu thuật không thực hiện cầm máu tốt hay gây tổn thương các dây thần kinh khi thực hiện phẫu thuật⁸. Ngoài ra, khả năng tiếp cận phẫu thuật bắc cầu sử dụng mạch nách cũng bị ảnh hưởng nếu không xác định được

AA. Trong tái tạo vú bằng cơ lưng rộng, sau khi nâng vật cơ lên, nó sẽ được xoay lại để đặt đúng vị trí. Một số trường hợp có sự hiện diện của AA gây chèn ép các cấu trúc mạch máu và thần kinh cung cấp cho vật cơ dẫn đến hội chứng kẹt hoặc hoại tử mô do thiếu máu cục bộ⁸.

Cung nách cũng có thể là mối liên hệ trực tiếp của nhiều cấu trúc ở nách, chẳng hạn như bó mạch thần kinh vùng ngực, đám rối cánh tay, các thần bạch huyết bên hoặc tĩnh mạch nách. Những cấu trúc này có thể gặp nguy hiểm nếu sự hiện diện của AA không được xem xét đến, gây ra huyết khối hoặc tổn thương thần kinh hay phù bạch huyết⁸. Một số các tổn thương gây ra bởi AA chèn ép dây thần kinh như: hội chứng giàng quá mức (hyperabduction syndrome) do chèn ép các bó của đám rối cánh tay ở vị trí mỏm quạ; hội chứng lối thoát ngực (thoracic outlet syndrome) do chèn ép đám rối cánh tay khi đi qua "lối ra của lồng ngực". Huyết khối tĩnh mạch sâu chi trên gây ra bởi AA thường được chẩn đoán là huyết khối không rõ nguyên nhân do những hạn chế can thiệp hình ảnh tại vùng này, từ đó bệnh nhân không được xử trí triệt để căn nguyên.

V. KẾT LUẬN

Cung nách là một biến thể giải phẫu phức tạp với nhiều nguyên ủy và bám tận cũng như mạch cấp máu và thần kinh chi phối. Do đó, các nhà lâm sàng, đặc biệt là các bác sĩ phẫu thuật cần nắm rõ được giải phẫu của nó để có những xử lý chính xác trong các cuộc mổ như vét hạch nách hay tái tạo vú bằng vật cơ lưng rộng để tránh việc bỏ sót tổn thương cũng như gây ra các biến chứng không đáng có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeleu L, Georgiev GP, Surchev L. Axillary arch in human: Common morphology and variety. Definition of "clinical" axillary arch and its classification. *Ann Anat - Anat Anz.* 2007;189(5): 473-481. doi:10.1016/j.aanat. 2006.11.011
2. Besana-Ciani I, Greenall MJ. Langer's axillary arch: Anatomy, embryological features and surgical implications. *The Surgeon.* 2005;3(5): 325-327. doi: 10.1016/S1479-666X(05) 80111-8
3. Bonastre V, Rodríguez-Niedenführ M, Choi D, Sañudo JR. Coexistence of a pectoralis quartus muscle and an unusual axillary arch: case report and review. *Clin Anat N Y N.* 2002;15(5):366-370. doi:10.1002/ca.10053
4. Mérida-Velasco JR, Rodríguez Vázquez JF, Mérida Velasco JA, Sobrado Pérez J, Jiménez Collado J. Axillary arch: potential cause of neurovascular compression syndrome. *Clin Anat N Y N.* 2003;16(6): 514-519. doi:10.1002/ca.10143
5. Bergman RA. Doubled pectoralis quartus, axillary arch, chondroepitrochlearis, and the twist of the tendon of pectoralis major. *Anat Anz.* 1991;173(1):23-26.
6. Couceiro TC de M, Valença MM, Raposo MCF, Orange FA de, Amorim MMR. Prevalence of post-mastectomy pain syndrome and associated risk factors: a cross-sectional cohort study. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* 2014;15(4): 731-737. doi: 10.1016/j.pmn.2013.07.011
7. Le Bouedec G, Dauplat J, Guillot M, Vanneville G. [The axillopectoral muscle]. *J Chir (Paris).* 1993;130(2):66-69.
8. Daniels IR, Rovere GQD. The axillary arch of Langer – The most common muscular variation in the axilla. *Breast Cancer Res Treat.* 2000;59(1):77-80. doi:10.1023/A:1006367904056
9. Testut Léo. Les Anomalies Musculaires Chez l'homme: Expliquées Par l'anatomie Comparée Leur Importance En Anthropologie. Masson; 1884.
10. Takafuji T, Igarashi J, Kanbayashi T, et al. [The muscular arch of the axilla and its nerve supply in Japanese adults]. *Kaibogaku Zasshi.* 1991;66(6):511-523.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Vân Anh¹, Đỗ Trung Quân²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: bsvananhbvbmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh u tuyến yên và kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 56 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u tuyến yên theo tiêu chuẩn lựa chọn, được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 56 BN u tuyến yên được khám lâm sàng, xét nghiệm hormon tuyến yên trước

và sau phẫu thuật, chụp (MRI) tuyến yên, phẫu thuật u. Kết quả trong 56 BN có 51,8% u không tiết, 39,3% u gây suy tuyến yên, 5,4% u tiết GH và 3,6% u tiết ACTH. U tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất, kích thước u lớn nhất gặp ở BN u có suy tuyến yên, tỷ lệ macroadenom/microadenom là 27/1. 100% u có tiết (u tiết GH và u tiết ACTH) không xâm lấn. Xâm lấn lên trên và đè đẩy não thất gặp ở BN u gây suy tuyến yên và u không tiết. Sau phẫu thuật, một số chỉ số xét nghiệm có thay đổi nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). GH và ACTH của 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH thay đổi trở về giới hạn bình thường ($p < 0,05$), đường huyết ở các bệnh nhân u tiết GH dễ kiểm soát hơn, đường máu và liều insulin thay đổi có ý nghĩa ($p < 0,05$). Các triệu chứng thần kinh do khối u như đau đầu giảm hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$), tuy nhiên triệu chứng về mắt giảm nhưng chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$). 12,5% BN u tuyến yên sau phẫu thuật gặp biến chứng tăng thêm, đáng kể đến là biến chứng đái tháo nhạt (10,71%) và suy thùy trước tuyến yên (3,57%). Kết quả chụp MRI tuyến yên sau phẫu thuật ra viện 1 tháng, 46,42% BN không còn tổn thương, còn 26,79% còn tổn thương. **Từ khóa:** Người bệnh u tuyến yên, u tiết GH, u tiết ACTH, u tuyến yên gây suy tuyến yên, u tuyến yên không tiết, suy tuyến yên, trước phẫu thuật, sau phẫu thuật.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTIC OF PITUITARY TUMOR PATIENTS TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with pituitary adenomas and the results of pituitary adenoma treatment before and after surgery at Bach Mai Hospital. **Methods:** Analytical cross-sectional descriptive study conducted on 56 patients diagnosed with pituitary adenoma at Bach Mai Hospital from January 2022 to July 2023. Research data were processed and analyzed using SPSS 20.0 software. **Results:** The study was conducted on 56 pituitary adenoma patients undergoing tumor resection surgery. Patients were examined clinically, tested for pituitary hormones before and after surgery, and had magnetic resonance imaging of the pituitary gland. The results of 56 patients were that 51.8% of the tumors did not secrete, 39.3% of the tumors caused hypopituitarism, 5.4% of the tumors secreted GH and 3.6% of the tumors secreted ACTH. ACTH-secreting tumors have the smallest tumor size, the largest tumor size is found in patients with hypopituitarism, the macroadenom/microadenom ratio is 27/1. 100% of secretory tumors (GH-secreting tumors and ACTH-secreting tumors) are non-invasive. Invading upwards and pressing on the ventricles is seen in patients with tumors that cause hypopituitarism and non-secreting tumors. After surgery, test indexes changed but were not statistically significant ($p > 0.05$). Some types of two types of GH-secreting tumors and ACTH-secreting tumors change GH and ACTH to normal limits ($p < 0.05$), Blood sugar in patients with GH-secreting tumors is easier to control, blood sugar and insulin dose change significantly. Neurological symptoms due

to the tumor such as headaches were reduced ($p < 0.05$) however eye symptoms are reduced but not significantly ($p > 0.05$). 39.3% of pituitary adenoma patients had experienced additional complications after surgery, notably diabetes insipidus (23.22%) and hypopituitarism (3.57%). Results of magnetic resonance imaging of the pituitary gland 1 month after surgery, 46.42% of patients no longer had damage, while 26.79% still had damage.

Keywords: Patients with pituitary adenoma, GH-secreting tumor, ACTH-secreting tumor, pituitary adenoma causing hypopituitarism, non-secreting pituitary adenoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên hầu hết là các khối u xuất phát từ tế bào thùy trước tuyến yên chiếm 5 - 15% các khối u nội sọ, trên 90% u tuyến yên là lành tính, thường phát triển chậm. Khối u tuyến yên chia làm 2 nhóm chính: u có hoạt tính nội tiết tố và u không có hoạt tính nội tiết tố [3], [8].

Điều trị u tuyến yên có: nội khoa, phẫu thuật và xạ trị, có thể đơn độc hoặc phối hợp tùy thuộc vào loại khối u tiết hay không tiết, kích thước và tính chất xâm lấn. Với khối u tuyến yên tiết hormon, u có suy tuyến yên hoặc gây hiệu ứng khối, việc kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa là rất quan trọng [6]. Điều trị nội khoa giúp kiểm soát các rối loạn nội tiết như suy giáp, suy thượng thận, suy sinh dục, đái tháo nhạt nếu không phát hiện và điều trị sớm, người bệnh thậm chí có thể tử vong đặc biệt trong trường hợp suy thượng thận cấp, tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo nhạt...[1]. Sau phẫu thuật, bệnh nhân thiếu hụt nội tiết tố và tổn thương cấu trúc cạnh hố yên rất cần điều trị nội khoa. Điều trị phẫu thuật lấy khối u là phương pháp điều trị hiệu quả mang lại tiên lượng tốt cho người bệnh.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá triệu chứng, sự thay đổi hormon và điều trị hormon thay thế ở các bệnh nhân u tuyến yên có rối loạn nội tiết và hiệu ứng khối. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật*" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên.
2. Nhận xét kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến yên tại Bệnh viện Bạch Mai, được lựa chọn theo tiêu chuẩn xác định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, chọn cỡ mẫu

thuận tiện tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2023.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u tuyến yên

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới và chỉ số khối của đối tượng nghiên cứu (n = 56)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Giới tính	Nam	36	64,3
	Nữ	20	35,7
Tuổi	< 20	0	0
	20 - 60	42	75,0
	> 60	14	25,0
	Trung bình (Min, Max)	48,5+13,7 (21-72)	

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là: 1,8/1. Tuổi trung bình của BN u tuyến yên 48,5 + 13,7.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên

Bảng 2: Đặc điểm phân loại khối u tuyến yên theo hormon (n = 56)

Khối u		n	%
U tuyến yên không gây ra rối loạn tiết		29	51,8
U tuyến yên gây suy tuyến yên		22	39,3
Có tiết	U tiết GH	3	5,3
	U tiết ACTH	2	3,6
	U tiết PRL	0	0
	U tiết TSH	0	0
	U tiết FSH, LH	0	0

Nhận xét: 51,8% BN có u tuyến yên, không

Bảng 5: Mức độ xâm lấn khối u theo phân loại khối u

Triệu chứng U	Mức độ xâm lấn (n (%))			
	Không xâm lấn	Xâm lấn lên trên	Xâm lấn xoang hang	Xâm lấn lên trên, 2 bên, đè đẩy não thất
U tiết GH (n = 3)	3 (100)	0	0	0
U tiết ACTH (n = 2)	2 (100)	0	0	0
U gây suy (n = 22)	17 (77,23)	3 (13,05)	1 (4,86)	1 (4,86)
U không tiết (n = 29)	22 (75,86)	4 (13,79)	2 (6,89)	1 (3,4)
Tổng (n = 56)	44 (78,57)	7 (12,5)	3 (5,36)	2 (3,57)

Nhận xét: 78,57% khối u không xâm lấn. 100% u có tiết GH và ACTH không xâm lấn. Xâm lấn lên trên và đè đẩy não thất gặp ở 2 BN u gây suy và u không tiết.

3.3. Kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật

Bảng 6: Đặc điểm triệu chứng thần kinh sau phẫu thuật

Loại u	Đau đầu		p	Triệu chứng mắt		p
	Đỡ	Không đỡ		Đỡ	Không đỡ	
U tiết ACTH	2 (100%)	0	< 0,05	0	2 (100%)	< 0,05
U tiết GH	3 (100%)	0	< 0,05	2 (66,67%)	1 (33,33%)	< 0,05
U có suy	15 (68,18%)	7 (31,82%)	< 0,05	5 (22,73%)	7 (31,81%)	> 0,05
U không tiết	24 (82,8%)	5 (17,2%)	< 0,05	2 (6,89%)	5 (17,24%)	> 0,05

gây rối loạn nội tiết, 39,3% u gây suy tuyến yên. Còn lại rất ít (8,9%) BN u tuyến yên tiết GH và u tiết ACTH.

Bảng 3: Kích thước khối u trước phẫu thuật theo loại khối u tuyến yên

Loại u	Trung bình (mm)
U tiết GH (n = 3)	27,33 + 6,43
U tiết ACTH (n = 2)	3,9 + 1,27
U tuyến yên gây suy tuyến yên (n = 22)	28,61 + 11,19
U tuyến yên không gây ra rối loạn tiết (n = 29)	27,07 + 9,00

Nhận xét: BN được chẩn đoán u tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất. Khối u ở BN u tuyến yên gây suy tuyến yên có kích thước lớn nhất (28,61 + 11,19mm).

Bảng 4: Đặc điểm khối u theo mức độ xâm lấn

Mức độ xâm lấn	n	Tỷ lệ (%)
Không xâm lấn, có đè đẩy giao thoa thị giác	44	78,57
U xâm lấn lên trên (trên hố yên, cuống tuyến yên, giao thoa thị giác)	7	12,50
Xâm lấn xoang hang	3	5,35
U xâm lấn lên trên, hai bên, đè đẩy và gây giãn não thất	2	3,58
Tổng	56	100

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất (78,57%) là u không xâm lấn. 7 BN có u xâm lấn lên trên, chiếm 12,5%; có 3 BN có xâm lấn xoang hang chiếm 5,35%; có 2 BN chiếm 3,58% u kích thước lớn xâm lấn lên trên, sang hai bên, đè đẩy, giãn não thất.

Nhận xét: hầu hết các BN có triệu chứng đau đầu được cải thiện nhiều nhất.

Bảng 7. Thay đổi một số xét nghiệm sau phẫu thuật (n = 56)

Chỉ số xét nghiệm	Giá trị trung bình + Độ lệch chuẩn		p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Glucose	6,1 + 3,2	5,6 + 1,1	>0,05
Na+	139 + 4	139 + 5	>0,05
K+	3,7 + 0,3	3,8 + 0,3	>0,05
Hemoglobin	134 + 15	128 + 12	>0,05
Bạch cầu	8,0 + 2,4	9,3 + 3,6	>0,05
Bạch cầu trung tính	58,0+14,5	68,6+14,5	>0,05

Nhận xét: Chỉ số XN ở BN sau phẫu thuật có thay đổi không khác biệt với p > 0,05.

Bảng 8. Thay đổi nồng độ một số hormon u tiết GH và ACTH sau phẫu thuật

Chỉ số hormon	Giá trị trung bình + Độ lệch chuẩn		p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
GH	40+27,25	1,7+0,3	<0,05
ACTH	76,38+20,67	5,825+6,37	<0,05
Cortisol máu 8h	823,13 +100,93	195,05 +191,41	<0,05

Nhận xét: Sau phẫu thuật, hormon đặc trưng với 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH thay đổi nhiều nhất về giới hạn bình thường và có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 9. Đặc điểm sinh hóa bệnh nhân u tuyến yên tiết GH sau phẫu thuật

Xét nghiệm	Giá trị trung bình (trước phẫu thuật)	Giá trị trung bình (sau phẫu thuật)	p
Glucose máu (mmol/l)	14,7 ± 8,92	5,83 ± 1,342	<0,05
Liều insulin (đơn vị/ ngày)	68 ± 5,65	41 ± 4,24	<0,05

Nhận xét: Sau phẫu thuật, đường máu và liều insulin ở BN u tiết GH đều giảm có ý nghĩa.

Bảng 10. Biến chứng sau phẫu thuật tuyến yên

Biến chứng sau mổ		n	%
Loại biến chứng	Chảy máu	1	8,3
	Chảy dịch não tủy	2	16,7
	Đái tháo nhạt	6	50
	Suy thượng thận	3	25
Tổng		12	100

Nhận xét: Có 12/56 BN có biến chứng sau mổ chiếm 21,43%, đáng kể đến là biến chứng đái tháo nhạt (50,0%), biến chứng và suy tuyến thượng thận (25%). Một BN có thể có nhiều biến chứng.

Kết quả chụp MRI tuyến yên sau ra viện 1 tháng ở 41 BN: 46,42% BN không còn tổn thương, còn 26,79% còn tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u tuyến yên. Nghiên cứu có tỷ lệ nam/nữ là: 1,8/1, cao hơn một số nghiên cứu [2], [8]. Tuổi trung bình của BN u tuyến yên 48,5 + 13,7. Có thể thời điểm hiện nay thông tin bùng nổ, người dân có ý thức quan tâm, lo lắng sức khỏe nhiều hơn trước đó nên chỉ cần có biểu hiện bất thường, bệnh nhân sẵn sàng đi khám sớm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên. Chẩn đoán u tuyến yên dựa vào đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm hormon và sinh hóa, chụp MRI tuyến yên [1], [6]. Có 51,8% BN u tuyến yên không gây ra rối loạn tiết và 22 BN u gây suy tuyến yên chiếm 39,3%. Còn lại rất ít (8,9%) BN u tuyến yên có hoạt tính nội tiết gồm 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH. BN u tuyến yên không tiết hormon nhưng gây hiệu ứng khối làm người bệnh đau đầu và giảm thị lực; BN suy tuyến yên do có thiếu hụt hormon tuyến yên nên ngoài triệu chứng thần kinh còn có các biểu hiện mệt mỏi, buồn nôn, chậm chạp hoặc thậm chí sốt không rõ nguyên nhân khiến người bệnh đi khám [3], [4], [5].

BN được chẩn đoán u tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất < 5mm. Đây cũng là một trong bốn loại khối u có kích thước trung bình nhỏ nhất (3,9 ± 1,27mm). BN u tuyến yên gây suy tuyến yên có kích thước lớn nhất (28,62 ± 11,19mm). Điều này cũng phù hợp với đặc điểm khối u to gây chèn ép làm suy giảm hormon của tuyến yên.

4.3. Kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật. Sau điều trị, hầu hết các BN có giảm tác động của hiệu ứng khối, do vậy cải thiện triệu chứng thần kinh, nhiều nhất là giảm đau đầu. Hormon đặc trưng với 2 loại u tiết GH và ACTH thay đổi nhiều, đã giảm và trở về giới hạn bình thường có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), giúp hạn chế ảnh hưởng của hormon đến các cơ quan trong cơ thể, giảm tỷ lệ tử vong [5], [7]. Chỉ số XN sinh hóa và huyết học của BN trước và sau phẫu thuật có thay đổi, nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05). Điều này cho thấy khi BN được chuẩn bị tốt trước phẫu thuật sẽ giảm nguy cơ nhiễm trùng, hạ đường huyết, rối loạn điện giải [1]. Có 12/ 56 BN sau phẫu thuật gặp biến chứng, đáng kể là biến chứng đái tháo nhạt 10,7%, suy tuyến thượng thận 5,35%. Một BN có thể có nhiều biến chứng [8].

V. KẾT LUẬN

U tuyến yên gặp ở cả nam và nữ, tuổi từ trẻ đến người già. U tuyến yên có 3 nhóm chính: u tiết hormon, u gây suy tuyến yên, u không tiết hormon. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm phụ thuộc loại u, kích thước và mức độ xâm lấn. Điều trị nội khoa và ngoại khoa mang lại nhiều lợi ích cho BN, cải thiện triệu chứng và giảm các tác động do khối u gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Quân.** Hội chứng Cushing, suy thượng thận mạn tính - Chương 7 nội tiết - Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản Y học. 2020; 386 - 387, 399 - 405.
2. **Lê Thanh Huyền.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên trước và sau phẫu thuật. Luận văn Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2015.
3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nội tiết học trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học 2021; 8.
4. **Lacroix A, Felders RA, Stratakis CA, Nieman LK.** Cushing's syndrome. Lancet. 2015; 386: 913 - 927.
5. **Newell - Price JDC.** Cushing disease. In: Melmed S, ed. The Pituitary. 4th ed. Academic Press. 2017; 525 - 571.
6. **Molitch ME.** Diagnosis and treatment of pituitary adenomas: a review. JAMA 2017; 31 (5): 516 - 524.
7. **Katznelson I, Laws E, Sholomo M et al.** Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014; 99 (11): 3933 - 3951.
8. **Viera LN, Boguszewski CL, Araujo LA, et al.** A review on the diagnosis and treatment of patients with clinically nonfunctioning pituitary adenomas by the Neuroendocrinology Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Arch Endocrinol Metab. 2016. 60 (4): 374 - 390.

TỶ LỆ RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN MINH NĂM 2023

Nguyễn Trường Đông¹, Lê Xuân Hiếu², Trần Thị Tú Trinh²,
Trần Thái Ngọc³, Nguyễn Hữu Chương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp trên lâm sàng và làm gia tăng đáng kể các biến cố tim mạch. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 150 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh. **Kết quả:** Bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Nội có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao 69,0%. Có mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nghề nghiệp, tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu và mức độ uống rượu với $p < 0,001$. Những bệnh nhân có sử dụng rượu mức độ quá mức có tỷ lệ rối loạn lipid máu nhiều hơn so với nhóm sử dụng rượu mức độ vừa phải. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Khoa Nội chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là ở bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc rối loạn lipid máu, sử dụng rượu quá mức. **Từ khóa:** rối loạn lipid máu, trung tâm y tế huyện An Minh, điều trị nội trú

SUMMARY

PREVALENCE OF BLOOD LIPID DISORDERS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH INPATIENT TREATMENT AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE OF AN MINH DISTRICT MEDICAL CENTER IN 2023

Background: Dyslipidemia is a common cardiovascular risk factor in clinical practice and significantly increases cardiovascular events. **Objective:** Determine the rate of dyslipidemia and related factors in inpatients at the Department of Internal Medicine, An Minh District Medical Center. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on a total of 150 inpatients at the Department of Internal Medicine, An Minh District Medical Center. **Results:** Patients being treated at the Department of Internal Medicine had a high rate of dyslipidemia of 69.0%. There was an association between dyslipidemia and occupation, family history of dyslipidemia and level of alcohol consumption ($p < 0.001$). Patients with excessive alcohol use had a higher rate of dyslipidemia than the group with moderate alcohol use. **Conclusion:** Dyslipidemia in patients undergoing inpatient treatment at the Department of Internal Medicine accounted for a high rate, especially in patients with a family history of dyslipidemia and excessive alcohol use.

Keywords: lipid disorders, An Minh district medical center, inpatient treatment

¹Trung tâm Y tế huyện An Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Đại học Sư phạm Thể dục thể thao TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam tuy đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn lipid máu nhưng do người dân có lối sống và sinh hoạt khác nhau ở từng vùng, địa phương và riêng tại địa bàn huyện An Minh tỉnh Kiên Giang chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chung về tình trạng rối loạn lipid máu cũng như những yếu tố liên quan trên đối tượng này.

Nhằm mục đích khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu tại Khoa nội Trung Tâm y tế huyện An Minh để có phương pháp điều trị hiệu quả, đồng thời tìm hiểu các yếu tố liên quan để thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe. Vì thế, chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu về rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội thuộc Trung tâm Y tế huyện An Minh năm 2023*" nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm y tế huyện An Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 09/2023 có thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng lipid máu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không đồng ý tham gia nghiên cứu; phụ nữ đang mang thai; người đã làm phẫu thuật vùng bụng, hông; người quá già yếu, không còn minh mẫn; người không giao tiếp được; người bệnh diễn tiến nặng trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tính theo công thức:

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

Với $Z = 1,96$, $d = 0,1$, $p = 0,66$ là tỷ lệ rối loạn lipid máu của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên. Từ đó tính được $n = 134$ bệnh nhân. Thực tế có 150 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu bao gồm: giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu, thói quen sử dụng rượu, thói quen hút thuốc lá và hoạt động thể lực, chỉ số BMI và huyết áp.

Tỷ lệ rối loạn lipid máu bao gồm: tỷ lệ rối loạn lipid máu chung, phân loại rối loạn lipid máu và mức độ rối loạn lipid máu.

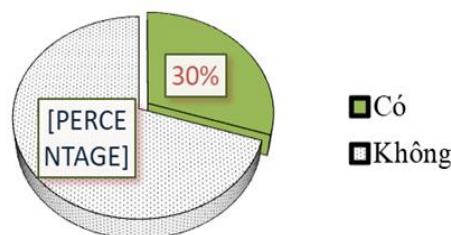
Mối liên quan giữa tỷ lệ rối loạn lipid máu và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Giới nữ chiếm tỷ lệ 65,3% và giới nam chiếm tỷ lệ 34,7%, tỷ lệ giới nữ nhiều gấp 2,3 lần so với giới nam. Tuổi trung bình là $61,18 \pm 12,47$, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 64%, thấp nhất là nhóm 18 – 39 tuổi với 6,0%. Nghề nghiệp nhiều nhất là nhóm hết tuổi lao động chiếm 59,3% kể đến là lao động chân tay chiếm 34,7%, thấp nhất là lao động trí óc chiếm 6,0%. Nhóm người thuộc nông thôn chiếm tỷ lệ 83,3% cao hơn so với nhóm người thành thị chiếm 16,7%.



Biểu đồ 1. Tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu

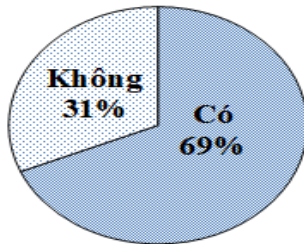
Nhận xét: Trong 150 bệnh nhân có 30% đối tượng có tiền sử gia đình mắc rối loạn lipid máu.

Về thói quen: nhóm người có sử dụng rượu chiếm tỷ lệ 54,7%, nhóm người không sử dụng rượu chiếm tỷ lệ 45,3%. Nhóm người uống rượu từ 1 - 3 ngày/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 35,4%, kể đến là người bệnh uống rượu từ 1 - 4 ngày/tuần chiếm 30,5%, người uống < 1 ngày/tháng chiếm 26,8% và thấp nhất là người bệnh uống ≥ 5 ngày/tuần chiếm 7,3%. Người bệnh rối loạn lipid máu sử dụng rượu quá mức chiếm 61,5% cao hơn so với người sử dụng rượu vừa phải chiếm 38,5%. Nhóm người có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 23,3%. Người bệnh rối loạn lipid máu không có hoạt động thể lực chiếm 54,4%, cao hơn so với người bệnh có hoạt động thể lực chiếm 45,6%. Nhóm người có chỉ số BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 46,6%; kể đến là người thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ 45,6% và thấp nhất là người thiếu cân chiếm 7,8%. Nhóm người tiền tăng huyết áp có tỷ lệ cao nhất chiếm 43,7% và thấp nhất là người bệnh có chỉ số

huyết áp bình thường chiếm 22,3%.

3.2. Tỷ lệ rối loạn lipid máu

3.2.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung



Biểu đồ 2. Phân bố rối loạn lipid máu chung

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 103 bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 68,67%, có 47 bệnh nhân không có rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 31,33%.

3.2.2. Mức độ rối loạn lipid máu. Mức độ tăng triglycerid: Bệnh nhân có nồng độ triglycerid bình thường chiếm tỷ lệ 45,6%, tiếp đến là tăng giới hạn với 32,0%, tăng cao 21,4% và 1% bệnh nhân có nồng độ triglycerid tăng rất cao

Mức độ tăng cholesterol: Nhóm bệnh nhân có cholesterol mức mong muốn chiếm 74,8%, kể

đến tăng cao giới hạn chiếm 13,6% và mức độ cholesterol tăng cao chiếm 11,7%.

Mức độ tăng LDL-c: Có 51,5% bệnh nhân có nồng độ LDL-c ở mức tối ưu, gần mức bình thường chiếm 24,3%, tăng cao giới hạn chiếm 12,6%, tăng cao chiếm 8,7% và tăng rất cao chiếm 1,9%.

Mức độ tăng HDL-c: Nồng độ HDL-c ở mức độ bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 51,5%, mức độ thấp có 23,3% và 25,2% bệnh nhân có nồng độ HDL-c mức độ cao.

3.2.3. Phân loại các dạng rối loạn lipid máu

Bảng 1. Phân loại các dạng rối loạn lipid máu đơn thuần

Dạng rối loạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm HDL-c	24	23,3
Tăng LDL-c	50	48,5
Tăng cholesterol	26	25,2
Tăng triglycerid	56	54,4

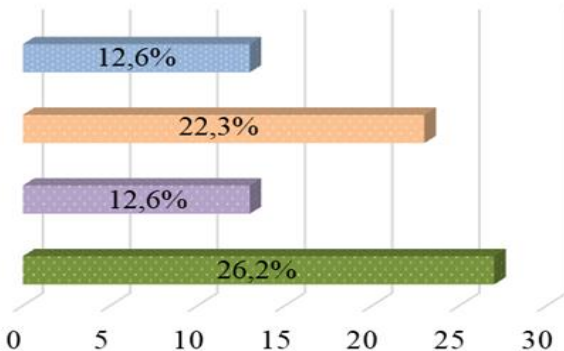
Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, nhóm bệnh nhân có tăng lipid máu hỗn hợp chiếm tỉ lệ 9%, nhóm tăng triglycerid chiếm tỉ lệ 19,8% và nhóm tăng cholesterol chiếm tỉ lệ thấp nhất với 4,7%.

Tăng LDL-c, tăng triglycerid và giảm HDL-c

Tăng triglycerid và giảm HDL-c

Tăng LDL-c và giảm HDL-c

Tăng LDL-c và tăng triglycerid



Biểu đồ 3. Phân loại các dạng rối loạn lipid máu hỗn hợp

Nhận xét: Tăng LDL-c và tăng triglycerid chiếm tỷ lệ 26,2%; tăng LDL-c, tăng triglycerid và giảm HDL-c chiếm 12,6%.

3.3. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nhóm tuổi			
18 - 39	4	3,9	0,223
40 - 59	30	29,2	
≥ 60	69	66,9	
Giới tính			
Nam	31	30,1	0,08
Nữ	72	69,9	
Nghề nghiệp			

Lao động chân tay	26	25,2	< 0,001
Lao động trí óc	2	1,9	
Hết tuổi lao động	75	72,8	
Nơi cư trú			
Thành thị	19	18,4	0,386
Nông thôn	84	81,6	
Tiền sử gia đình có RLLPM			
Có	21	20,4	< 0,001
Không	82	79,6	
Mức độ uống rượu			
Quá mức	32	61,5	< 0,001
Vừa phải	20	38,5	
Hút thuốc lá			
Có	21	20,4	0,206

Không	82	79,6	
Hoạt động thể lực			
Có	47	45,6	0,893
Không	56	54,4	
BMI			
Thiếu cân	8	7,8	0,817
Bình thường	48	46,6	
Thừa cân, béo phì	47	45,6	
Huyết áp			
Bình thường	23	22,3	0,567
Tiền tăng huyết áp	45	43,7	
Tăng huyết áp	35	34	

Nhận xét: Chỉ có nghề nghiệp, tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu, tỷ lệ sử dụng rượu quá mức có liên quan mang ý nghĩa thống kê với tỷ lệ rối loạn lipid máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Trong 150 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $61,18 \pm 12,47$. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diễm (2011) ($31,66 \pm 4,78$) [2] và tác giả Nguyễn Thị Huỳnh Ý (2016) ($38,42 \pm 11,161$) [4]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi có phần lớn các đối tượng nghiên cứu là những người hết độ tuổi lao động nên độ tuổi trung bình sẽ cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Diễm chỉ chọn đối tượng là người rối loạn lipid máu trong độ tuổi từ 18-39 để nghiên cứu và tác giả Nguyễn Thị Huỳnh Ý nghiên cứu trên đối tượng đến khám sức khỏe đa số là công nhân viên (44,5%) và công nhân (31,7%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ giới chiếm 65,3% nhiều hơn so với nam giới chiếm 34,7%, nhiều hơn gần gấp 2,3 lần. Kết quả này tương tự như nhiều nghiên cứu của các tác giả khác mặc dù tỷ lệ có khác nhau nhưng nữ vẫn cao hơn nam, như kết quả của tác giả Đào Thị Dừa (2010) nam/nữ = 68/111 và Đặng Văn Lắm (2013) (nam/nữ = 25/75).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nhóm hết tuổi lao động 59,3%, kế đến là nhóm lao động chân tay với tỷ lệ 34,7%, và thấp nhất là nhóm lao động trí óc chiếm 6%. Có sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp như trên là do chúng tôi nghiên cứu trên đối tượng điều trị nội trú tại khoa Nội, Trung tâm y tế huyện An Minh, thông thường người bệnh điều trị tại đây là mắc các bệnh mạn tính, thoái hóa cơ xương khớp nên thuộc nhóm tuổi cao, vì vậy chúng tôi thu thập được tỷ lệ các đối tượng này nhiều hơn các nhóm nghề khác.

4.2. Tỷ lệ rối loạn lipid máu. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong 150 bệnh nhân nghiên cứu có 103 bệnh nhân có rối loạn lipid máu chiếm 68,67%, có 47 bệnh nhân không có rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 31,33%.

So với kết quả nghiên cứu của Ninh Thị Nhung, tỷ lệ tăng CT là 16,0%. Tỷ lệ tăng Triglyceride là 5,8% và giảm HDL-C là 11,6% - tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ rối loạn ở nam cao hơn nữ điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Qua kết quả cho thấy có sự khác biệt về rối loạn lipid về các tỉ lệ giữa các nghiên cứu có thể là do: thời điểm nghiên cứu khác nhau dẫn đến lối sống thay đổi, con người ngày càng tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ làm cho các chỉ số lipid máu hầu hết đều tăng đồng thời địa điểm nghiên cứu cũng khác nhau. Riêng tỉ lệ giảm HDL ở Anh là 19,2%, ở Trung Quốc là 18,6%, ở Iran là 28,2%, ở Ấn Độ - tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [1].

4.3. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu ở nhóm tuổi ≥ 60 là 66,9%. Trong khi đó, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm tuổi 40 – 59 và nhóm tuổi 18 - 39 lần lượt là 29,2% và 3,9%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So với nghiên cứu của Đỗ Hải Anh (2022) về một số yếu tố liên quan đến rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi nông thôn Thái Bình, Tỷ lệ người cao tuổi tăng cholesterol cũng như tăng triglycerid ở nhóm tuổi 70 - 74 lần lượt là 58,8% và 60,6%. Trong khi đó, tỷ lệ tăng cholesterol, triglycerid ở nhóm tuổi 65 - 69 là 32,9% và 32,5% và nhóm tuổi 60-64 lần lượt là 25,2% và 13,8%. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ có rối loạn chuyển hóa lipid máu tăng dần theo tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi hỏi về tiền sử gia đình thì ở những người trong gia đình (trực hệ) có người rối loạn lipid máu thì người bệnh không có tiền sử gia đình mắc rối loạn lipid máu chiếm 79,6%, cao hơn 3,9 lần so với người bệnh có tiền sử gia đình về rối loạn lipid máu (RLLPM) chiếm 20,4%. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Diễm (2011), chỉ có 10,9% người biết trong gia đình có người bị RLLPM, còn lại 89,1% không biết hoặc không có tiền sử gia đình bị RLLPM [2]. Sự khác biệt có thể do ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diễm, trong 89,1% đã có hơn 1/2 là không biết trong gia đình có ai bị RLLPM hay không vì người thân chưa bao giờ khám sức khỏe định kỳ hay đi

khám bệnh tại cơ sở y tế, và như vậy có thể đã bỏ sót một lượng người RLLPM có liên quan đến tiền sử gia đình nên tỷ lệ của tác giả Nguyễn Thị Diễm thấp hơn.

Chúng tôi cũng ghi nhận được những người uống rượu, bia quá mức chiếm 61,5% cao hơn so với người sử dụng rượu vừa phải chiếm 38,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huỳnh Ý (2016), người RLLPM uống rượu, bia quá mức chiếm 53,8%, còn người uống vừa phải là 46,2% [4]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huỳnh Ý trên những người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ đa phần là công nhân viên nên có ý thức bảo vệ sức khỏe cao.

Nghiên cứu của tác giả D. Vodnala và cộng sự (2012), trên bệnh án điện tử của 824 người bệnh cho thấy trong số 363 yếu tố riêng biệt gây RLLPM thứ phát thì sử dụng rượu quá mức là yếu tố phổ biến nhất chiếm 10% [5]. Jinhee Kim và cộng sự (2011) cho biết có mối liên quan giữa việc sử dụng rượu và hội chứng chuyển hóa, sử dụng rượu > 25g/ngày thì có ảnh hưởng đến sức khỏe, tăng tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ($p = 0,001$), sử dụng rượu hằng ngày gây giảm HDL-c [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được người bệnh rối loạn lipid máu không hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 79,6%, cao hơn so với người bệnh có rối loạn lipid máu có hút thuốc lá có tỷ lệ chiếm 20,4%. Kết quả này gần như tương đồng với kết quả của tác giả Trương Thị Ngọc Diệp (2014), người rối loạn lipid máu có hút thuốc lá chiếm 16,1%, thấp hơn so với người không hút 83,9%. Mặc dù chưa có đủ bằng chứng để chỉ ra rằng hút thuốc lá làm tăng nguy cơ RLLPM. Nhưng trong báo cáo về tình trạng toàn cầu các bệnh không lây của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2011 đã nhấn mạnh hầu hết các bệnh không lây đều có liên quan chặt chẽ về nguyên nhân hay hậu quả với bốn hành vi là sử dụng thuốc lá, ít hoạt động thể lực, chế độ ăn không có lợi và lạm dụng rượu [5]. Vì vậy cần có nhiều nghiên cứu hơn để tăng sức thuyết phục và làm rõ vấn đề có sự liên quan giữa hút thuốc lá và RLLPM, việc bỏ thuốc lá làm thay đổi tình trạng lipid máu, giảm lipid máu có hại, tăng lipid máu có lợi.

Kết quả cho thấy trong 103 đối tượng có 46,6% người có BMI bình thường, 45,6% thừa cân, béo phì và 7,8% người thiếu cân. Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người trưởng thành chung 5,6% (báo cáo tổng điều tra dinh

dưỡng cả nước năm 2012 của Viện dinh dưỡng). Sự khác biệt này là do chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn phân loại BMI dành cho người Châu Á để phân nhóm các đối tượng, mức BMI phân loại thừa cân, béo phì ≥ 23 trong khi viện dinh dưỡng sử dụng mức BMI ≥ 25 .

Nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh rối loạn lipid máu tiền tăng huyết áp có tỷ lệ cao nhất chiếm 43,7%, kể đến là người bệnh rối loạn lipid máu có chỉ số huyết áp cao chiếm tỷ lệ 34% và thấp nhất là người bệnh có chỉ số huyết áp bình thường chiếm 22,3%. Huyết áp tâm thu trung bình là $128,35 \pm 17,026$ mmHg, huyết áp tâm trương trung bình là $75,73 \pm 10,535$ mmHg. Kết quả này cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Diễm (2011), huyết áp tâm thu trung bình là $111,69 \pm 9,6$ mmHg và huyết áp tâm trương trung bình là $69,78 \pm 7,4$ mmHg. Sự khác nhau là do tác giả chọn mẫu nghiên cứu đã loại bỏ người bệnh tăng huyết áp [3]. Còn đối tượng của chúng tôi khi thực hiện nghiên cứu đa phần là người lớn tuổi có tiền sử tăng huyết áp

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đang điều trị có tỷ lệ rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao 69,0%. Có mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nghề nghiệp, tiền sử gia đình có RLLPM và mức độ uống rượu với $p < 0,001$. Những bệnh nhân có sử dụng rượu mức độ quá mức có tỷ lệ rối loạn lipid máu nhiều hơn so với nhóm sử dụng rượu mức độ vừa phải

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2017)**, Thực trạng đáng báo động về bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam.
2. **Nguyễn Thị Diễm (2011)**, Khảo sát rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở người trẻ tuổi từ 18 - 39 tuổi, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. **Đặng Văn Lâm (2013)**, Khảo sát nồng độ lipid máu và các yếu tố liên quan tới rối loạn lipid máu trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Nguyễn Thị Huỳnh Ý (2016)**, Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn bác sĩ Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Margaret McDonald (2009)**, "Prevalence, Awareness, and Management of Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes Among United States Adults Aged 65 and Older", J Gerontol A Biol Sci Medsci, 64A(2), pp 256 - 263.
6. **Yousef S. Khader (2010)**, "Prevalence of Dyslipidemia and its associated factors among Jordanian adults", Journal of Clinical Lipidology, 4(1), pp 53.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN BỤI PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Lê Văn Hợp¹, Nguyễn Ngọc Hồng¹, Chu Thị Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi tại bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu tiền cứu trên 52 bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi được chẩn đoán và theo dõi tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF thì nghiệm pháp đi bộ 6 phút và triệu chứng đau ngực là 2 yếu tố độc lập với phương trình hồi quy là $y = 43,56 - 7,5 \times (\text{Đau ngực}) + 0,041 \times (\text{nghiệm pháp đi bộ 6 phút})$. **Kết luận:** Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF thì nghiệm pháp đi bộ 6 phút và triệu chứng đau ngực là 2 yếu tố độc lập ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê trong đó triệu chứng đau ngực tỷ lệ nghịch còn kết quả nghiệm pháp đi bộ tỷ lệ thuận.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, bụi phổi, phân tích đa biến

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PNEUMOCONIOSIS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objectives: Analyze factors affecting the quality of life of pneumoconiosis patients at the National Lung Hospital from October 2021 to September 2022. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, collecting prospective data on 52 patients with pneumoconiosis diagnosed and monitored at the National Lung Hospital from October 2021 to September 2022. **Results:** Through multivariate linear regression analysis, the Factors affecting the total quality of life score according to the WHOQOL-BREF scale, the 6-minute walk test and chest pain symptoms are two independent factors with a regression equation of $y = 43,56 - 7,5 \times (\text{Chest pain}) + 0,041 \times (\text{6-minute walk test})$. **Conclusions:** Through multivariate linear regression analysis of factors affecting the total quality of life score according to the WHOQOL-BREF scale, the 6-minute walk test and chest pain symptoms are two independent factors affecting had statistical

significance in which chest pain symptoms were inversely proportional and walking test results were positively proportional. **Keywords:** quality of life, pneumoconiosis, multi-variable analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi là bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất trong các bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm hiện nay ở nước ta. Bệnh bụi phổi Silic nghề nghiệp là bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm hiện nay ở nước ta, tính đến cuối năm 2011 tổng số bệnh nghề nghiệp mắc của Việt Nam là hơn 27 nghìn người trong đó bệnh bụi phổi - silic chiếm tới hơn 74%¹. Bệnh bụi phổi xảy ra khi hít phải các bụi vô cơ, hữu cơ hay hóa chất kích thích trong một khoảng thời gian do vậy các ngành nghề tiếp xúc với các vật chất có tính chất phân tán thành từng hạt nhỏ như khai thác đá, than, khoáng sản, sản xuất vật liệu xây dựng,... đều có khả năng mắc bệnh bụi phổi.

Ngày nay, khi xã hội phát triển máy móc đã được hiện đại hóa, bảo hộ của người lao động đã đầy đủ hơn nhưng vẫn chưa thể khắc phục hoàn toàn được bệnh bụi phổi. Do vậy, việc bảo hộ lao động, cung cấp các trang thiết bị bảo hộ các nhân, cách ly người lao động với tác nhân gây ô nhiễm và áp dụng các công nghệ tiên tiến, thực hiện khám sức khỏe định kỳ thường xuyên để phát hiện sớm các bệnh nghề nghiệp nói chung và bệnh bụi phổi nghề nghiệp nói riêng là một việc làm cần thiết. Đề tài nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi tập trung vào việc đánh giá những khía cạnh quan trọng của cuộc sống mà bệnh nhân phải đối mặt. Các yếu tố như khả năng tham gia vào các hoạt động hàng ngày, tình trạng tinh thần, mức độ đau đớn và sự phụ thuộc vào người khác đều ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống của họ. Xuất phát từ thực tế, để xây dựng các biện pháp thích hợp dự phòng và can thiệp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh bụi phổi thì nghiên cứu về: "*Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe của bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi.*" được tiến hành là cần thiết nhằm mục tiêu sau: "*Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân bụi phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hợp

Email: levanhop92@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán bụi phổi quản lý tại bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân bụi phổi đang mắc các bệnh cấp tính khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Phương pháp thu thập số liệu: tiền cứu
- Công cụ nghiên cứu: Thang điểm WHOQOL-BREF.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Sau đó được chuyển sang phân tích trên phần mềm SPSS 20 để phân tích. Thống kê mô tả được sử dụng để cho ra các bảng tần số và tỷ lệ về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu đồng thời có sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính đa biến để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được bảo vệ bởi hội đồng thực sĩ Trường Đại học Y Hà Nội và nghiên cứu được thực hiện dưới sự cho phép của Ban lãnh đạo bệnh viện Phổi Trung ương. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập số liệu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu và mọi thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đặc điểm cá nhân của các đối tượng (n=52)

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 30 tuổi	2	3,8

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng (n=52)

Triệu chứng	Chung		Khai thác/chế tác đá		Khai thác than		Khác		p
	52	%	22	%	15	%	15	%	
Ho	41	78,8	17	77,3	11	73	13	86,7	0,65
Khạc đờm	33	63,5	15	68,2	7	46,7	11	73	0,65
Đau ngực	37	71,2	14	64	14	93	9	60	0,78
Khó thở	42	81	19	86,4	12	80	11	73	0,61

Bệnh nhân có triệu chứng ho là 41 bệnh nhân chiếm 78,8%, trong nhóm bệnh nhân làm nghề khai thác/chế tác đá triệu chứng ho chiếm 77,3%, nhóm bệnh nhân làm nghề khai thác

	30 - 50 tuổi	36	69,2
	≥ 50 tuổi	14	27
Giới	Nam	51	98,1
	Nữ	1	1,9
Nơi ở	Thành thị	16	30,8
	Nông thôn	36	69,2
Bảo hiểm y tế	Có bảo hiểm	50	96,2
	Tự chi trả	2	3,8
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	30	57,7
	Trung học phổ thông	13	25
	Trung cấp, cao đẳng	9	17,3
Nghề	Khai thác than	15	28,8
	Khai thác đá, chế biến đá	22	42,4
	Khác	15	28,8

Chủ yếu bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 31- 49 tuổi (69,2%), nhóm bệnh nhân dưới 31 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,8%. Có 14 bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên chiếm 27%. Tuổi trung bình là $43,8 \pm 7,9$ (tuổi), bệnh nhân lớn tuổi nhất là 58 tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi. Nam giới chiếm chủ yếu trong nghiên cứu với 98%. Nông thôn chiếm 69% đối tượng. Hầu hết các bệnh nhân đều có bảo hiểm y tế với 96,2%. Trình độ học vấn của các đối tượng không đồng đều với đa số chỉ học Tiểu học và trung học cơ sở chiếm 57,7% là cao nhất. Khai thác đá, chế biến đá chiếm 42,4% các đối tượng nghiên cứu, còn lại là khai thác than và các nghề khác chiếm tỷ lệ cùng là 28,8 %.

3.1.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tính chất công việc (n=52)

Công việc	Số lượng	%
Khai thác đá/chế tác đá	22	42,4
Khai thác than	15	28,8
Ngành khác	15	28,8
Tổng số	52	100

Bệnh nhân khai thác chế tác đá chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,3%, tiếp theo là nhóm bệnh nhân khai thác than 28,8; bệnh nhân thuộc 1 số ngành nghề khác chiếm tỷ lệ thấp nhất (28,8%).

3.1.3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân khai thác chế tác đá chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,3%, tiếp theo là nhóm bệnh nhân khai thác than 28,8; bệnh nhân thuộc 1 số ngành nghề khác chiếm tỷ lệ thấp nhất (28,8%).

3.1.4. Đặc điểm chức năng hô hấp của

* Test χ^2

bệnh nhân bụi phổi**Bảng 3.4. Đặc điểm chức năng hô hấp của bệnh nhân bụi phổi (n=52):**

CNHH	Chung		Khai thác/chế tác đá		Khai thác than		Khác		p
	52	%	22	%	15	%	15	%	
RLTK tắc nghẽn	14	27	6	27,2	3	20	5	33,3	0,05
RLTK hạn chế	15	28,8	8	36,5	2	13,3	5	33,3	
RLTK hỗn hợp	5	9,6	2	9,1	0	0	3	20	
Bình thường	18	34,6	6	27,2	10	66,7	2	13,4	

* Test χ^2

Tỷ lệ bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường là 34,6%, có 65,4% có bất thường về chức năng hô hấp trong đó RLTK tắc nghẽn là 27%, RLTK hạn chế là 28,8% còn RLTK hỗn hợp chiếm 9,6%. Trong nhóm bệnh nhân làm nghề khai thác chế tác đá RLTK hạn chế chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%, RLTK tắc nghẽn chiếm 27,2%, RLTK hỗn hợp chỉ chiếm 9,1%. Trong nhóm bệnh nhân làm nghề khai thác than tỷ lệ không có RLTK chiếm 60%, trong các bệnh nhân RLTK

thì RLTK hạn chế chiếm tỷ lệ 13,3%, RLTK tắc nghẽn chiếm 20%, không có bệnh nhân nào RLTK hỗn hợp. Trong nhóm bệnh nhân làm nghề các ngành nghề khác thông khí bình thường chỉ chiếm 13,4%, có tới 86,6 % bất thường chức năng hô hấp. Rối loạn chức năng hô hấp sự khác biệt giữa các nhóm ngành nghề có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.5. Nghiệm pháp đi bộ 6 phút của bệnh nhân**Bảng 3.5. Kết quả nghiệm pháp đi bộ 6 phút (n=52):**

Nghiệm pháp	Chung	Khai thác/chế tác đá	Khai thác than	Khác	p
	52	22	15	15	
Kết quả nghiệm pháp đi bộ 6 phút	537,7±109,9 (130;690)	537,95 ± 115,252 (155; 661)	534,47± 134,685 (130; 690)	540,40±77,277 (360; 630)	0,033

* Test Anova

Kết quả đo lường nghiệm pháp đi bộ 6 phút cho 52 bệnh nhân cho thấy quãng đường trung bình đạt được là 537,7 ± 109,9 m, kết quả nghiệm pháp đi bộ thấp nhất là 130 m kết quả cao nhất là 690 m. Nhóm khai thác đá và chế tác đá có quãng đường trung bình là 537,95 ± 115,252, nhóm khai thác than là 534,47 ± 134,685. cao nhất là nhóm nghề khác có quãng đường trung bình là 540,40± 77,277. Có sự khác

biệt về quãng đường trung bình của nghiệm pháp đi bộ 6 phút giữa các nhóm ngành nghề với $p < 0,05$.

3.2. Nhận xét chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân bụi phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương**3.2.1. Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi trên các lĩnh vực****Bảng 3.6. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi (n=52)**

Mức độ	Thể chất	Tinh thần	Xã hội	Môi trường	Tổng chung
Kém	9 (17,3%)	4 (7,7%)	3 (5,8%)	1 (1,9%)	3 (5,8%)
Trung bình	37 (71,2%)	36(69,2%)	37 (71,2%)	46 (88,4%)	46 (88,4%)
Tốt	6 (11,5%)	12 (23,1%)	12 (23%)	5 (9,7%)	3 (5,8%)

Kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống thông qua bộ câu hỏi WHOQOL-BREF cho thấy hầu hết bệnh nhân bệnh bụi phổi (46 bệnh nhân – 88,4%) có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình ở 4 khía cạnh (thể chất, tinh thần, xã hội và môi trường) và 5,8% bệnh nhân đánh giá chất lượng cuộc sống ở mức tốt chỉ có 3 bệnh nhân (5,8%) bệnh nhân bệnh bụi phổi có chất lượng cuộc sống kém.

Tính riêng điểm thể chất điểm mức kém chiếm 17,3%, điểm mức trung bình chiếm 71,2%, điểm mức tốt là 11,5%. Điểm tinh thần

mức điểm trung bình cũng chiếm mức cao nhất là 69,2% tiếp đó là mức tốt với 23,1%, điểm mức kém chỉ là 7,7%. Điểm xã hội mức điểm kém, trung bình và tốt lần lượt là 5,8%, 71,2% và 23%. Điểm đánh giá về môi trường xung quanh ghi nhận điểm mức kém rất thấp là 1,9% cao nhất vẫn là mức điểm trung bình với 88,4%.

3.2.2. Phân tích đa biến các yếu tố với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi**Bảng 3.7 Phân tích đa biến các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với chất lượng cuộc sống (n=52)**

Biến số độc lập	B	beta	t	p
Hằng số	43,56		5,05	0,001
Nghiệm pháp đi bộ 6 phút	0,041	0,39	3,09	<0,05
Đau ngực	-7,5	-0,29	-2,34	<0,05

Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy mức độ đau ngực càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng giảm và kết quả nghiệm pháp đi bộ 6 phút càng tốt thì chất lượng cuộc sống càng tăng. Phương trình hồi quy đa biến: $y = 43,56 - 7,5 \times (\text{Đau ngực}) + 0,041 \times (\text{nghiệm pháp đi bộ 6 phút})$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hồi quy tuyến tính đa biến để phân tích mối liên quan của chất lượng cuộc sống đến sức khỏe của bệnh nhân bụi phổi. Kết quả cho thấy khi chất lượng cuộc sống tăng thì sức khỏe của người bệnh cũng tăng, điều đó thể hiện ở quãng đường khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút tăng và mức độ đau ngực của bệnh nhân sẽ giảm. Điều này khá phù hợp về mặt cơ sở lý thuyết vì chất lượng cuộc sống chính là yếu tố tích cực của quá trình tiến triển và kết quả điều trị bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Malik Shanawaz Ahmed và cộng sự năm 2016 tại Ấn Độ khi đánh giá mối liên quan chất lượng cuộc sống và sức khỏe trên các bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng bộ câu hỏi SGRQ-C. Trong nghiên cứu của Malik Shanawaz Ahmed kết quả ghi nhận triệu chứng khó thở và thời gian bị bệnh có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống, trong khi đó chức năng phổi có mối tương quan nghịch với điểm chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tình trạng kinh tế xã hội thấp, tuổi tăng, số lượng hút thuốc tăng có tương quan đến chất lượng cuộc sống kém hơn². Tại Hồng Kông, Wai Kwong Tang và cộng sự năm 2006 cũng đã tiến hành một nghiên cứu trên 297 bệnh nhân bụi phổi để đánh giá liên quan của chất lượng cuộc sống đến sức khỏe. Nghiên cứu này sử dụng bộ câu hỏi SGRQ qua phân tích hồi quy đơn biến cho thấy chỉ số FEV%, FVC%, tình trạng giáo dục, tuổi, kinh tế có liên quan đến chất lượng cuộc sống, nhưng khi phân tích đa biến chỉ phát hiện FVC% và điều kiện kinh tế và tình trạng sức khỏe tâm thần là liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi.³ Ở một nghiên cứu khác tại Trung Quốc do Wai Kwong Tang và cộng sự nghiên cứu trên 300 bệnh nhân bụi phổi cũng bằng bộ câu hỏi SGRQ ghi nhận 72,3% uống

rượu và trong nhóm bệnh nhân uống rượu này thì người càng trẻ tuổi thì ít mắc các bệnh nội khoa hơn, ít triệu chứng lâm sàng hơn và có tổng điểm của thang đo chất lượng cuộc sống SGRQ thấp hơn đối tượng khác, trong đó cấu phần về hoạt động cũng ghi nhận sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm uống rượu và không uống rượu.⁴ Tại bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Pierre và cộng sự cũng đã khảo sát sự liên quan giữa chất lượng cuộc sống đến sức khỏe và kết quả cho thấy tổng điểm là 44,2 điểm, khi phân hồi quy tích đơn biến phát hiện sự liên quan giữa điểm chất lượng cuộc sống với tình trạng khó thở, số lượng đợt cấp, FEV%. Tổng điểm chất lượng cuộc sống tăng ở phụ nữ và những người có BMI thấp, người đang bị các vấn đề về tâm lý như trầm cảm, lo lắng nhưng không có sự liên quan giữa các nhóm đối tượng có bệnh tim mạch hoặc tiểu đường. Khi phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố khó thở, số đợt cấp, BMI thấp, bệnh mạch vành và FEV% có liên quan đến tổng điểm chất lượng cuộc sống.⁵ Nhìn chung, các nghiên cứu này phát hiện được khá nhiều yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bụi phổi, điều mà chúng tôi chưa làm được nhiều. Kế hoạch sắp tới chúng tôi sẽ kết hợp với các đơn vị nghiên cứu để mở rộng phạm vi và khảo sát nhiều yếu tố hơn. Nghiên cứu của chúng tôi đã phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, kết quả nghiên cứu chưa chỉ ra được mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi với các tình trạng có các triệu chứng lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể với một số yếu tố khác như: tiền sử hút thuốc lá/ thuốc lào, tiền sử mắc các bệnh hô hấp, tổn thương trên nội soi phế quản, tổn thương trên cắt lớp vi tính, tình trạng rối loạn chức năng hô hấp, trình độ học cũng như thâm niên công tác trong nghề tiếp xúc với bụi ($p > 0,05$). Điều này có thể được lý giải bởi nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu còn nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương có đặc điểm: 98,1% là nam giới, bệnh nhân nữ chiếm 1,9 %. Sống tại nông thôn chiếm 69,2% bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân có bảo hiểm y tế chiếm 96,2%; chỉ có 2 bệnh nhân không có bảo hiểm y tế chiếm 3,8%. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu: triệu ho chiếm 78,8%; triệu chứng khạc đờm là 63,5%, triệu chứng đau ngực là 71,2%, triệu chứng khó thở là 81%. Tỷ lệ bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường là

34,6%, có 65,4% có bất thường về chức năng hô hấp trong đó RLTK tắc nghẽn là 27%, RLTK hạn chế là 28,8%; RLTK hỗn hợp chiếm 9,6%. Trong các nhóm ngành nghề thì RLTK hạn chế chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả đo lường nghiệm pháp đi bộ 6 phút cho 52 bệnh nhân cho thấy quãng đường trung bình đạt được là $537,7 \pm 109,9$ m. Nhóm khai thác đá và chế tác đá có quãng đường trung bình là $537,95 \pm 115,252$, nhóm khai thác than là $534,47 \pm 134,685$. Cao nhất là nhóm nghề khác có quãng đường trung bình là $540,40 \pm 77,277$ có sự khác biệt về quãng đường giữa các nhóm nghề $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 94,2% bệnh nhân đánh giá chất lượng cuộc sống bản thân từ mức trung bình đến tốt, chỉ 5,8% đạt mức kém. Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bụi phổi cao nhất ở khía cạnh xã hội và thấp nhất ở khía cạnh thể chất. Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF thì nghiệm pháp đi bộ 6 phút và triệu chứng đau ngực là 2 yếu tố độc lập ảnh hưởng kết quả cho thấy khi chất lượng cuộc

sống tăng thì sức khỏe của người bệnh cũng tăng, điều đó thể hiện ở quãng đường khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút tăng và mức độ đau ngực của bệnh nhân sẽ giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khúc Xuyên.** Bệnh bụi phổi - Silic nghề nghiệp là gì? Tạp Chí Bảo Hộ Lao Động
2. **Ahmed MS, Neyaz A, Aslami AN.** Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. Lung India. Mar-Apr 2016; 33(2):148-53. doi:10.4103/0970-2113.177438
3. **Tang WK, Lum CM, Ungvari GS, et al.** Health-related quality of life in community-dwelling men with pneumoconiosis. Respiration; international review of thoracic diseases. 2006;73(2):203-8. doi:10.1159/000088681
4. **Tang WK, Lum CM, Ungvari GS, et al.** Alcohol consumption, lung function, and quality of life in pneumoconiosis. Alcoholism, clinical and experimental research. Jul 2005;29(7):1230-6. doi:10.1097/01.alc.0000171939.49477.6b
5. **Burgel PR, Escamilla R, Perez T, et al.** Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. Respiratory medicine. Feb 2013;107(2):233-41. doi:10.1016/j.rmed.2012.10.002

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Cao Trần Thanh Phong¹, Trần Đỗ Thanh Phong¹, Nguyễn Tấn Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: (1) mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2022, và (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2022. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 243 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn trong năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ điều trị theo phân loại MMAS-8 là 65%. Có mối liên quan giữa giới tính, học vấn, người hỗ trợ, và nguồn thông tin với sự tuân thủ điều

trị của bệnh nhân. Cụ thể nữ giới có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 3,45 lần so với nam giới, học vấn THPT có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 2,5 lần so với tiểu học, những người được vợ/chồng, con cháu hỗ trợ nhắc nhở điều trị có số chênh lần lượt là 4,66 lần và 8,3 lần, những người được truyền thông, tiếp xúc cán bộ y tế có số chênh tuân thủ cao hơn 6,8 lần ($P < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú chưa cao, các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ của bệnh nhân là giới tính, học vấn, tiếp xúc cán bộ y tế và sự hỗ trợ từ người thân.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, các yếu tố liên quan, bệnh nhân.

SUMMARY

THE TREATMENT ADHERENCE STATUS AND ASSOCIATED FACTORS OF OUTPATIENT HYPERTENSIVE PATIENTS AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: The study has two objectives: (1) to describe the treatment adherence status of outpatient hypertensive patients at Vo Truong Toan University Hospital in 2022, and (2) to analyze various factors related to the treatment adherence of outpatient

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: 7156566879@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

hypertensive patients at Vo Truong Toan University Hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional analytical study design was conducted on 243 patients aged 18 and above, diagnosed with hypertension and receiving outpatient treatment at Vo Truong Toan University Hospital in the year 2022. **Result:** The adherence rate to the treatment regimen according to the MMAS-8 classification is 65%. There is an association between gender, education level, support from family members, and sources of information with patient treatment adherence. Specifically, females have 3.45 times higher odds of non-adherence compared to males, individuals with a high school education have 2.5 times higher odds of non-adherence compared to those with primary education, patients receiving support and reminders from spouses or children have odds ratios of 4.66 and 8.3, respectively, and individuals who receive information and interact with healthcare personnel have 6.8 times higher odds of non-adherence ($P < 0.05$). **Conclusion:** The treatment adherence rate of outpatient hypertensive patients is not high, and the factors related to patient adherence are gender, education level, interaction with healthcare personnel, and support from family members.

Keywords: Hypertension, treatment adherence, related factors, patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp là liên tục, suốt đời và quan trọng nhất là phải tuân theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ, vì thế sự tuân thủ của bệnh nhân là yếu tố quan trọng quyết định sự thành công trong điều trị. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy kết quả của việc tuân thủ điều trị còn khá thấp. Theo một báo cáo quy mô lớn của CDC Hoa Kỳ năm 2013, tỷ lệ tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp trên thế giới đạt tỷ lệ thấp chỉ từ 20%-30% [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Ngô Vương Hoàng Giang trên bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Thoại Sơn, tỉnh An Giang năm 2020 cho kết quả tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân là chỉ 15,2% [2]. Nghiên cứu của Trần Nguyễn Phương Thảo (2018) tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân ngoại trú chỉ đạt 29,5% [5]. Để góp phần đánh giá đúng thực trạng tuân thủ điều trị và những yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú, từ đó có cơ sở cho các kế hoạch can thiệp cải thiện tình trạng tuân thủ ở các bệnh nhân ngoại trú trong tương lai chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

(1) *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại học Võ Trường Toản năm 2022.*

(2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại học Võ Trường Toản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp và đang điều trị tại ngoại trú.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp nguyên phát trong suốt ít nhất 12 tháng theo JNC VII, có áp huyết tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc áp huyết tâm trương (HATT_r) ≥ 90 mmHg; Đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tăng huyết áp thứ phát; Suy giảm khả năng nghe và không thể trả lời chính xác các câu hỏi; Trạng thái tâm thần bất thường không thể tiếp cận.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang phân tích

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p}{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2} \cdot 200$$

Trong đó: - $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn tương ứng với độ tin cậy áp dụng cho nghiên cứu này là 95%.

- $p = 0,152$ là tỷ lệ tuân thủ điều trị theo Ngô Vương Hoàng Giang 2020 [4].

- $d = 5\%$ là sai số cho phép

Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 200, trên thực tế nghiên cứu được tiến hành trên 243 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp lựa chọn mẫu thuận tiện bằng cách chọn những bệnh nhân tăng huyết áp trên 18 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Võ Trường Toản, những người đáp ứng điều kiện chọn mẫu để tham gia vào nghiên cứu.

Quy trình thực hiện: Các bệnh nhân bị tăng huyết áp và đang trong quá trình điều trị ngoại trú sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu. Sau đó, họ sẽ tham gia cuộc phỏng vấn và thực hiện đo huyết áp và ghi nhận kết quả vào phiếu phỏng vấn.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm về bệnh nhân: nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, có/không có người chăm sóc

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân: Sử

dụng thang đo Morisky-8 (MMAS-8) bao gồm 8 câu hỏi [7] Mức độ tuân thủ được phân loại dựa vào tổng số điểm đạt được, 0 điểm: Tuân thủ tốt, 1-2 điểm: Tuân thủ trung bình, ≥ 3 điểm: Tuân thủ kém/ không tuân thủ.

Một số yếu tố liên quan đến kết quả tuân thủ điều trị: nhóm tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, sự hỗ trợ của người thân, sự hỗ trợ của cán bộ y tế.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi Morisky-8. Nhập liệu và xử lý bằng SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỉ lệ phần trăm để mô tả và phương pháp hồi quy logistic để tìm mối tương quan và có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

2.3. Ý thức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuân thủ điều trị

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	101	41,6
	≥ 60	142	58,4
Giới tính	Nam	59	24,3
	Nữ	184	75,7
Học vấn	Tiểu học	118	48,6
	THCS	71	29,2
	THPT	44	18,1
	Trên THPT	10	4,1
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	63	25,9
	Lao động trí óc	180	74,1
	Không ai hỗ trợ	129	53,1
Người hỗ trợ	Vợ/chồng	85	35
	Con cháu	26	10,7
	Khác	3	1,2

Nhận xét: Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 58,4%, nữ giới chiếm đa số với 75,7%, trình độ học vấn chủ yếu là tiểu học với 48,5%, và có 53,1% bệnh nhân không có người hỗ trợ.

Bảng 2. Lối sống của bệnh nhân

Lối sống không hợp lý	Tần số	Tỷ lệ (%)
-----------------------	--------	-----------

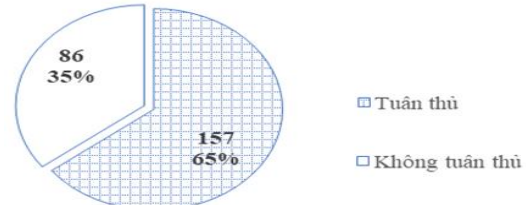
Thuốc lá	30	12,3
Rượu bia	24	9,9
Lối sống tĩnh tại	119	49
Chế độ ăn nhiều muối, chất béo bão hòa, ít chất xơ	30	21,8

Nhận xét: Có 12,3% bệnh nhân còn thói quen hút thuốc lá, sử dụng rượu bia là 9,9%, lối sống tĩnh tại 49% và chế độ ăn không hợp lý là 21,8%.

Bảng 2. Tuân thủ điều trị THA ở bệnh nhân theo thang đo MMAS-8

Tuân thủ điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thỉnh thoảng có quên sử dụng thuốc hạ HA	96	39,5
Trong suốt 2 tuần qua, có ngày nào quên sử dụng thuốc	72	29,6
Giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc hạ áp mà không báo với bác sĩ bởi vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc hạ áp	42	17,3
Khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, thỉnh thoảng quên mang theo thuốc hạ áp	67	27,6
Hôm qua có sử dụng thuốc hạ áp	207	85,2
Khi thấy HA dưới mức kiểm soát, thỉnh thoảng ngừng sử dụng thuốc	47	19,3
Cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị HA	61	25,1
Thường thấy khó khăn trong việc nhớ sử dụng tất cả các loại thuốc hạ áp	60	24,7

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc, một số trường hợp cảm thấy phiền phức và khó khăn trong quá trình điều trị.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ điều trị theo phân loại MMAS-8 là 65%

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả tuân thủ điều trị

Bảng 6. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung		Tuân thủ điều trị		OR (KTC 95%)	p
		Có	Không		
Giới tính	Nam	25 (42,4)	34 (57,6)	1	<0,001
	Nữ	132 (71,7)	52 (28,3)	3,45 (1,88 – 6,34)	
Tuổi	< 60 tuổi	62 (61,4)	39 (38,6)	1	0,376
	> 60 tuổi	95 (66,9)	47 (33,1)	1,27 (0,75 – 2,16)	
Học vấn	Tiểu học	72 (61,0)	46 (39,0)	1	0,094
	THCS	40 (56,3)	31 (43,7)	0,824 (0,45 – 1,5)	

	THPT	35 (79,5)	9 (20,5)	2,5 (1,1 – 5,6)	0,03
	Trên THPT	10 (100)	0 (0,0)	-	0,999
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	42 (66,7)	21 (33,3)	1	1
	Lao động trí óc	115 (63,9)	65 (36,1)	0,885 (0,48 – 1,62)	0,692
Người hỗ trợ	Không ai hỗ trợ	62 (48,1)	67 (51,9)	1	1
	Vợ/ chồng	69 (81,2)	16 (18,8)	4,66 (2,45 – 8,87)	<0,001
	Con cháu	23 (88,5)	3 (11,5)	8,3 (2,37 – 28,97)	0,001
	Khác	3 (100,0)	0 (0)	-	0,999
Nguồn thông tin	Người thân, bạn bè	4 (23,5)	13 (76,5)	1	1
	Cán bộ y tế	153 (67,3)	73 (32,3)	6,8 (2,1 – 21,6)	0,001

Nhận xét: Có mối liên quan giữa giới tính, học vấn, người hỗ trợ, và nguồn thông tin với sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Cụ thể nữ giới có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 3,45 lần so với nam giới, học vấn THPT có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 2,5 lần so với tiểu học, những người được Vợ/chồng, con cháu hỗ trợ nhắc nhở điều trị có số chênh lần lượt là 4,66 lần và 8,3 lần, những người được truyền thông, tiếp xúc cán bộ y tế có số chênh tuân thủ cao hơn 6,8 lần ($P<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc theo thang đo Morisky-8. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc là 65%, thấp hơn so với các tác giả khác như Trần Song Hậu (2022) với tỷ lệ là 74% [3], Lê Trung Hiếu (2021) cũng là 74% [4], và Vũ Thị Đào (2021) với tỷ lệ 74,5% [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Nguyễn Trần Phương Thảo (2018) với tỷ lệ chỉ 29,5% [5] và Ngô Vương Hoàng Giang (2020) với tỷ lệ tuân thủ chỉ là 15,2% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ điều trị giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bằng sự biến đổi về mức độ nặng nhẹ của bệnh và đặc điểm dân số trong mỗi nghiên cứu.

Tổng quan, có thể thấy rằng vẫn còn tồn tại một tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác. Đây là một vấn đề quan trọng về sức khỏe cộng đồng, bởi việc không tuân thủ có thể dẫn đến huyết áp không được kiểm soát, gây ra các biến chứng nguy hiểm như đột quỵ, đau tim, và trong thời gian dài, huyết áp cao liên tục có thể gây tổn thương mạn tính cho các cơ quan như tim và thận. Vì vậy, việc nghiên cứu các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị là cực kỳ cần thiết để tạo cơ sở cho việc cải thiện tỷ lệ tuân thủ này cho sức khỏe cộng đồng.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân. Sau khi tiến hành phân tích về mối liên quan giữa sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, chúng tôi đã nhận thấy có mối liên quan giữa giới tính và kết quả tuân thủ

điều trị. Những bệnh nhân là nữ giới có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 3,45 so với nam giới. Kết quả này tương tự với những nghiên cứu khác như của Trần Song Hậu (2022), trong đó nam giới có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nữ giới ($P<0,001$), và nghiên cứu của Lê Trung Hiếu (2021) chỉ cho thấy tỷ số chênh tuân thủ của nam giới so với nữ giới là 0,4 [4]. Về mặt giới tính, nam giới thường có xu hướng chủ quan hơn về sức khỏe và thường có những thói quen sống không tốt như việc tiêu thụ rượu bia, thuốc lá, cũng như phải đối mặt với áp lực công việc, điều này dẫn đến tình trạng kém tuân thủ điều trị ở đối tượng nam giới.

Trình độ học vấn cũng có tác động đáng kể đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Kết quả của nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có trình độ học vấn THPT có tỷ lệ tuân thủ cao hơn 2,5 lần so với người có trình độ học vấn tiểu học ($P=0,003$). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Yến (2023), trong đó những bệnh nhân có trình độ học vấn THPT có tỷ lệ tuân thủ tốt hơn 1,39 lần so với nhóm học vấn dưới THPT ($P<0,001$) [6], và nghiên cứu của Trần Song Hậu (2022), những bệnh nhân có trình độ học vấn THCS trở lên có tỷ số chênh tuân thủ cao hơn 1,99 lần so với trình độ tiểu học ($P=0,023$) [3]. Trình độ học vấn giúp bệnh nhân dễ dàng tiếp cận các nguồn thông tin về sức khỏe, tương tác một cách hiệu quả hơn với nhân viên y tế, và hiểu biết sâu hơn về bệnh lý, từ đó dẫn đến sự tuân thủ điều trị tốt hơn. Kết quả cũng cho thấy những bệnh nhân thường xuyên tiếp xúc với nhân viên y tế và nhận thông tin về sức khỏe từ các nguồn thông tin này có tỷ số chênh tuân thủ điều trị cao hơn 6,8 lần so với các nguồn thông tin truyền thông khác ($P<0,001$).

Việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng bởi một hoặc một số yếu tố quyết định, bên cạnh sự theo dõi và tư vấn từ bác sĩ, cũng như thái độ tích cực của bệnh nhân. Sự tham gia và hỗ trợ từ người thân của bệnh nhân cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi cho thấy những bệnh nhân nhận sự hỗ trợ và nhắc nhở từ vợ/chồng hoặc con cháu có tỷ số chênh lệch là 4,66 và 8,3 ($P < 0,001$). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trần Phương Thảo (2018), trong đó những bệnh nhân sống cùng người thân có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với những người sống một mình ($P < 0,05$) [5].

Từ những kết quả này, có thể thấy rằng để cải thiện tuân thủ điều trị của bệnh nhân ngoại trú và đạt được hiệu quả mong muốn, cần sự phối hợp giữa bác sĩ, bệnh nhân và gia đình.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú là 65%, và các yếu tố có liên quan đến sự tuân thủ của bệnh nhân bao gồm giới tính, trình độ học vấn, tương tác với cán bộ y tế và sự hỗ trợ từ người thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Đào, Nguyễn Thị Ngọc Ngoan, Thạch Thị Mỹ Chi** (2023) Kiến thức và thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm tiền giang năm 2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 45 (tháng 6 2023), 141-149.
2. **Ngô Vương Hoàng Giang và cộng sự** (2020), Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh,

Trung tâm y tế huyện Thoại Sơn, tỉnh An Giang năm 2020, Tạp chí Y học dự phòng, (6), tr 35.

3. **Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da, Thạch Ngọc Nữ Thu, Nguyễn Viễn Thông, Nguyễn Thị Kiều Lan, Nguyễn Tân Đạt**, (2022) Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận bình thủy, cần thơ năm 2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 53 (tháng 11 2022), 197-205.
4. **Lê Trung Hiếu** (2021), Nghiên cứu tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2020-2021, Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Khoa Y Tế Công Cộng
5. **Nguyễn Trần Phương Thảo** (2019), Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại phòng khám Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. **Đặng Thị Ngọc Yến, Phạm Thành Suôi, Trần Yến Hào** (2023) Nghiên cứu sự tuân thủ trong sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2020, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 37 (tháng 6 2023), 158-165.
7. **Morisky D.E, et al** (2008), Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting, J Clin Hypertens (Greenwich), Vol 10 (7), 348-354
8. **World Health Organization** (2013), A global brief on Hypertension - Silent killer, global public health crisis.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC ĐOÁN THEO CÔNG THỨC CKD-EPI NĂM 2021, KHÔNG HIỆU CHỈNH CHUNG TỘC VỚI CÔNG THỨC CKD-EPI NĂM 2009

Trần Thị Bích Hương^{1,2}, Trần Thành Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Khảo sát sự khác biệt của eGFRcr khi dùng công thức CKD-EPI 2021 so với công thức CKD-EPI 2009, (2) Khảo sát sự thay đổi trong phân nhóm bệnh thận mạn của 2 công thức. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** Chúng tôi có 537 người tham gia nghiên cứu (100 sinh viên Y khoa khỏe mạnh, 437 bệnh nhân bệnh thận mạn; tuổi trung vị 30, 243 (45,3%) nam. Kết quả eGFRcr theo công thức CKD-EPI 2021 tăng

hơn 0,22 (khoảng tứ phân vị 0,016-13,9) ml/ph/1,73m² so với CKD-EPI 2009. Trung vị của hiệu số 2 eGFRcr là 1,2% (khoảng tứ phân vị 0,02-39,4)%. Có 52,6% các trường hợp eGFRcr (CKD-EPI 2021) cao hơn (CKD-EPI 2009), 38,3% không đổi và 9,1% giảm hơn. Có 127 (23,6%) TH thay đổi nhóm phân nhóm bệnh thận mạn khi dùng CKD-EPI 2021, trong đó chủ yếu 69 TH (12,8%) G2 tăng lên G1. Không TH nào của nhóm eGFR 2021 bị chuyển nhóm cao hơn so với eGFR 2009. Nếu tính số lượng người có eGFR < 60ml/ph/1,73m², với CKD-EPI 2009, chúng tôi có 236/537 (43,9%) người. Trong khi với CKD-EPI 2021, chỉ còn 210/537 (39,1%) người, nghĩa là giảm 4,8%.

Kết luận: Công thức CKD-EPI 2021 cho kết quả eGFRcr cao hơn công thức CKD-EPI 2009, làm tăng số lượng BN từ G2 lên G1 và giảm BN có eGFR < 60ml/ph/1,73m². **Từ khóa:** độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR), creatinine huyết thanh, chủng tộc, CKD-EPI, bệnh thận mạn

¹Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy,

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Hương

Email: huongtrandr@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

SUMMARY**COMPARISON OF THE 2021 (WITHOUT RACE ADJUSTMENT) AND 2009 CKD-EPI FOR ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION**

Our goals were (1) To compare the 2021 and 2009 CKD-EPI equations, (2) To inspect the new equation on the stage of chronic kidney disease (CKD).

Methods: a cross – sectional retrospective study.

Results We had 537 participants (100 healthy medical students, 437 CKD patients. Median age of 30, 243 (45,3%) male. The median of 2021 CKD-EPI eGFRcr increased 0,22 (IQR 0,016-13,9) ml/min/1,73 m² compared to the 2009 CKD-EPI one. The median of difference between 2 eGFRcr was 1,2% (IQR 0,02-39,4)%. In which, 52,6% cases had the 2021 CKD-EPI eGFRcr higher, 38,3% no change and 9,1% lower than the 2009 CKD-EPI eGFRcr. There was 127 (23,6%) cases change the CKD stage by using the new equation, in which, mainly 69 cases (12,8%) from G2 to G1. No case of the 2021 CKD-EPI eGFRcr changes to the more severe stage. The number of patients with eGFRcr <60ml/min/1.73 decreased 4.8% from 236/538 (43.9%) in the 2009 CKD-EPI equation to 210/537 (39,1%) patients in the new equation.

Conclusions: The new equation of 2021 CKD-EPI, removed adjustment for race, increased the value of eGFRcr compared to the previous 2009 CKD-EPI, and influenced to the stage of CKD by increasing the number of G2 to G1 and decreased the number of patients with eGFR < 60ml/min/1.73

Keywords: estimated glomerular filtration rate (eGFR), serum creatinine, race, CKD-EPI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ lọc cầu thận (Glomerular filtration rate, GFR) được định nghĩa là lưu lượng máu lọc qua cầu thận trong 1 đơn vị thời gian và được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá chức năng lọc cầu thận. GFR giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh thận mạn (chronic kidney disease, CKD) và được xem là 1 chỉ dấu về chức năng thận. Trên thực tế, việc đo đạt giá trị thực của GFR vừa phức tạp và tốn kém và ít dùng trong thực tế lâm sàng. Trong hơn 30 năm qua, eGFR dựa trên Scr (eGFRcr) đã được dùng rộng rãi trong thực hành lâm sàng và hỗ trợ đắc lực cho BS lâm sàng trong việc phát hiện sớm nhóm BN suy thận cần can thiệp tích cực⁽¹⁾. Công thức eGFRcr được khởi đầu từ nghiên cứu MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) khi so sánh với GFR chuẩn đo bằng clearance được chất phóng xạ Iod ¹²⁵ Iothamylate và tiến hành ở BN suy thận với GFR < 60ml/ph/1,73m². Nhóm nghiên cứu này sau đó đã mở rộng nghiên cứu ra những người không suy thận và năm 2009, công thức Chronic kidney disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) ước đoán eGFRcr ra đời áp dụng cho mọi Scr. Dân số nghiên cứu của

CKD-EPI bao gồm BN CKD, người bình thường khỏe mạnh, BN ghép thận với nhiều chủng tộc và nhiều độ tuổi khác nhau⁽²⁾. Năm 2012, công thức CKD-EPI được xây dựng cho cystatin C (eGFRcyc) hoặc cho phối hợp cả Scr và Cystatin C (eGFRcr-cyc). Các công thức ước đoán này chứa hệ số hiệu chỉnh theo tuổi, giới, và chủng tộc (da đen) với những chủng tộc khác sẽ bỏ hiệu chỉnh này⁽³⁾. Những năm gần đây, chủng tộc được xem như 1 yếu tố xã hội nhiều hơn là 1 cấu trúc sinh học, và việc hiệu chỉnh thêm chủng tộc tạo ra sự khác biệt giữa các nhóm chủng tộc khác nhau. Do vậy, việc loại bỏ hệ số hiệu chỉnh chủng tộc trở nên cần thiết. Năm 2021, tạp chí New England Journal of Medicine đã công bố nghiên cứu của nhóm tác giả trên về công thức tính eGFR CKD-EPI cập nhật sau khi đã loại bỏ hệ số chủng tộc^(3,4). Năm 2022, tất cả các phòng xét nghiệm tại Mỹ đều khuyến cáo dùng công thức CKD-EPI 2021 để ước đoán GFR⁽⁵⁾. Tại Việt Nam, dựa trên số liệu chúng tôi nghiên cứu ở người bình thường và bệnh thận mạn và công bố⁽⁶⁾, bệnh viện Chợ Rẫy đã tiến hành dùng công thức MDRD và sau đó cập nhật thành công thức CKD-EPI 2009 từ năm 2012 trong thực hành trả kết quả không chỉ Scr mà còn eGFR. Do vậy, mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là (1) khảo sát sự khác biệt của eGFR khi dùng công thức CKD-EPI năm 2021 so với khi dùng theo công thức CKD-EPI năm 2009, (2) Liệu khác biệt này có làm thay đổi phân nhóm của BN CKD không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu mô tả và phân tích. Chúng tôi dùng số liệu trong nghiên cứu đo độ lọc cầu thận và độ thanh lọc creatinine 24h và kết hợp với số liệu của nghiên cứu suy thận tiến triển nhanh trên các BN đã hồi phục chức năng thận ổn định sau 3 tháng theo dõi. Creatinine huyết thanh bằng kỹ thuật Jaffé tại khoa Sinh hóa, bệnh viện Chợ Rẫy. Sinh viên Y khoa được đo Scr 1 lần. Còn các BN có bệnh thận, chúng tôi chỉ lấy kết quả Scr khi ổn định trong 3 tháng. Những BN được đo trên 1 lần, chúng tôi chỉ chọn những lần có Scr khác biệt quá 10%, và tính trung bình cộng của các lần đo để ra Scr. Sau đó dùng Scr trung bình này để tính eGFR theo các công thức. Tiêu chuẩn loại trừ: BN đang điều trị thay thế thận, ghép thận, thai kỳ, hậu phẫu, đang hồi sức, tổn thương thận cấp.

Để so sánh kết quả 2 eGFR, chúng tôi tính tỷ lệ phần trăm thay đổi (D%)=(hiệu số của 2 eGFR) x100/eGFR (CKD-EPI 2009). Dựa vào tỷ lệ này, chúng tôi chia kết quả thành 3 nhóm: (1) không

đổi nếu D trong giới hạn từ (-1% đến +1%); (2) giảm nếu D < -1%, (3) tăng nếu D > 1%

1- Công thức ước đoán độ lọc cầu thận của CKD-EPI-2009 (2)

$eGFR_{cr}$ (CKD-EPI 2009) (ml/ph/1,73m²) = $141 \times \min(Scr/k, 1)^{\alpha} \times \max(Scr/k, 1)^{-1,209} \times 0,993^{\text{tuổi}}$ $\times 1,012$ [nếu là nữ] $\times 1,159$ (nếu da đen)

Với Scr: creatinine huyết thanh (mg/dL), K=0,7 nếu nữ, K=0,9 nếu nam; $\alpha = -0,329$ nếu nữ, $\alpha = -0,411$ nếu nam; min = giá trị thấp nhất giữa Scr/k hoặc 1; max = giá trị cao nhất giữa Scr/K hoặc 1

Hoặc có thể tách ra thành 4 tình huống sau:

- Nữ: nếu Scr $\leq 0,7$ mg/dL: $eGFR = 144 \times (Scr)^{-0,329} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

nếu Scr > 0,7mg/dL: $eGFR = 144 \times (Scr)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

- Nam: nếu Scr $\leq 0,9$ mg/dL: $eGFR = 141 \times (Scr)^{-0,411} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

nếu Scr > 0,7mg/dL: $eGFR = 141 \times (Scr)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

2- Công thức ước đoán độ lọc cầu thận của CKD-EPI 2021 (4)

$eGFR_{cr}$ (CKD-EPI 2021) (ml/ph/1,73m²) = $142 \times \min(Scr/k, 1)^{\alpha} \times \max(Scr/k, 1)^{-1,200} \times 0,9938^{\text{tuổi}}$ $\times 1,012$ [nếu là nữ]

Với Scr: creatinine huyết thanh (mg/dL), K=0,7 nếu nữ, K=0,9 nếu nam; $\alpha = -0,241$ nếu nữ, $\alpha = -0,302$ nếu nam; min = giá trị thấp nhất giữa Scr/k hoặc 1; max = giá trị cao nhất giữa Scr/K hoặc 1

Hoặc có thể tách ra thành 4 tình huống sau

- Nữ: nếu Scr $\leq 0,7$ mg/dL: $eGFR = 144 \times (Scr)^{-0,329} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

nếu Scr > 0,7mg/dL: $eGFR = 144 \times (Scr)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

- Nam: nếu Scr $\leq 0,9$ mg/dL: $eGFR = 141 \times (Scr)^{-0,411} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

	Chung (n=537)	Sinh viên Y khoa (n=100)	Người bệnh (n=437)	P
Tuổi *	30 (22-42)	22 (21-23)	34 (26-46)	<0,001**
Nam (n,%)	237 (47)	51 (51)	186 (46)	0,218
Cân nặng (Kg) *	51 (45-58)	49,5 (44-55)	51 (45-59)	0,068
Chiều cao (m) *	1,58 (1,53-1,64)	1,6 (1,54-1,66)	1,58 (1,53-1,63)	0,024**
BMI (kg/m²) *	20 (18-22)	19,3 (18-20,7)	20 (18-23)	0,002**
Scrc (mg/dL) *	1,07 (0,8-2,2)	0,8 (0,7-0,9)	1,2 (0,85-2,52)	<0,001**

Ghi chú: (*) Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Tất cả 537 người được đo 759 lần Scr trong đó có 189 (46,8%) người đo 1 lần, 122 (30,2%) đo 2 lần, 58 (14,4%) đo 3 lần, 28 (6,9%) đo 4 lần, 7% còn lại đo nhiều hơn 4 lần

Bảng 2: Kết quả của eGFR và phân bố theo giai đoạn CKD dựa vào eGFR (CKD-EPI 2009)

	Chung	eGFR theo CKD-EPI 2009 (ml/ph/1,73)				
		G1	G2	G3a	G3b	G4

nếu Scr > 0,7mg/dL: $eGFR = 141 \times (Scr)^{-1,209} \times (0,993)^{\text{tuổi}}$

Bệnh thận mạn (chronic kidney disease, CKD) được định nghĩa theo KDIGO 2012 (7) khi có 1 trong 2 tiêu chuẩn sau (1) bằng chứng của tổn thương thận biểu hiện bằng protein niệu hoặc albumin niệu kéo dài trên 3 tháng; (2) giảm độ lọc cầu thận ước đoán < 60ml/ph/1,73m² kéo dài trên 3 tháng

Phân loại giai đoạn của CKD dựa trên độ lọc cầu thận (eGFR) theo KDIGO 2012 (7), bao gồm:

- Giai đoạn 1 (G1): eGFR >90ml/ph/1,73 m²

- Giai đoạn 2 (G2): eGFR 60-89ml/ph/1,73 m²

- Giai đoạn 3a (G3a): eGFR 45-59ml/ph/1,73 m²

- Giai đoạn 3b (G3b): eGFR 30-44 ml/ph/1,73m²

- Giai đoạn 4 (G4): eGFR 15-29 ml/ph/1,73 m²

- Giai đoạn 5 (G5): eGFR < 15 ml/ph/1,73 m²

Biến số liên tục được khảo sát tính chuẩn, Phép kiểm Mann Whitney dùng để so sánh 2 biến liên tục không phân phối chuẩn, phép kiểm χ^2 dùng để so sánh 2 biến phân tầng. p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có 537 người tham gia gồm 2 nhóm: 100 sinh viên Y khoa tình nguyện khỏe mạnh và 437 người bệnh thận, 243 nam (45,3%), 294 nữ (54,7%). Dùng phép kiểm Kolmogorov Smirnov để khảo sát tính chuẩn cho thấy các biến số đều không có phân phối chuẩn, chúng tôi trình bày các biến số liên tục dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Trong 437 BN bệnh nhân, chủ yếu là bệnh cầu thận (308,70,5%), bệnh thận mạn (105,24%), đái tháo đường (11,2,5%), các nguyên nhân khác (13, 2,9%). Nhóm sinh viên Y khoa khỏe mạnh, có tuổi trẻ hơn và Scr thấp hơn nhóm bệnh (Bảng 1)

		≥ 90	60-89	45-59	30-44	15-29	<15
n	537	171	126	47	46	58	73
Tuổi	29(22-40)	23(21-31)	26(22-35)	33(22-52)	44(32-60)	41(28-51)	40(32-53)
Nam (n,%)	239 (45,5)	41 (24)	80 (61,5)	23 (49)	20 (43,5)	31 (53,4)	44 (60,3)
Scr (mg/dL)	1,07 (0,8-2,2)	0,7 (0,6-0,8)	1 (0,9-1,08)	1,26 (1,2-1,4)	1,7 (1,5-1,8)	2,5 (2,3-2,8)	9,7 (5,2-17,3)
eGFR CKD-EPI 2009 (ml/ph/1,73)	68,5 (27,2-103,9)	115 (104-127)	77 (68,3-85,3)	23,7 (49,8-57)	37 (33,3-39,3)	22,6 (18,9-25,4)	4,3 (2,2-8,8)
eGFR CKD-EPI 2021 (ml/ph/1,73)	81,4 (32,7-116,3)	123 (107-127)	97 (79-109)	69,6 (52,2-79,7)	43,8 (36,9-52,6)	26,5 (22,8-32,6)	5,7 (2,8-11)

Bảng 3: Phân nhóm thay đổi khi so eGFR CKD EPI 2021 với eGFR CKD EPI 2009

So sánh 2 nhóm eGFR 2021 với eGFR 2009	Chung	eGFR theo CKD-EPI 2009 (ml/ph/1,73)					
		G1 (≥ 90)	G2 (60-89)	G3a (45-59)	G3b (30-44)	G4 (15-29)	G5 (<15)
Nhóm không đổi	201 (38,3)	82 (48)	50 (38,5)	25 (53,2)	27 (58,7)	17 (29,3)	0
Nhóm có eGFR 2021 thấp hơn eGFR 2009	48 (9,1)	48 (28,1)	0	0	0	0	0
Nhóm có eGFR 2021 cao hơn eGFR 2009	278 (52,6)	41 (24)	80 (61,5)	22 (46,8)	19 (41,3)	41 (70,7)	73 (100)

Ghi chú: CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration;

eGFRcr: estimated glomerular filtration rate dựa trên creatinine huyết thanh. Tỷ lệ phần trăm theo cột

Chúng tôi ghi nhận chủ yếu kết quả eGFR (CKD-EPI 2021) cao hơn kết quả eGFR (CKD-EPI 2009) trong 52,6% các TH, 38,3% không đổi và 9,1% giảm hơn. Nhưng nhóm có giảm eGFR là nhóm G1, nên kể khi không thay đổi nhóm phân loại.

Khác biệt giữa 2 eGFR có trung vị là 0,22 (khoảng tứ phân vị 0,016-13,9) ml/ph/1,73m². Nếu tính về trị số tuyệt đối của khác biệt thì trung vị là 1,1 (0,187-13,9)ml/ph/1,73m². Tỷ lệ phần trăm của khác biệt giữa 2 eGFR so với eGFR (CKD-EPI 2009) có trung vị là 1,2% (khoảng tứ phân vị 0,02-39,4)%. Nếu phân theo giai đoạn của CKD, Số TH eGFR 2021 cao hơn phân bố đều ở các nhóm, đặc biệt 100% BN giai đoạn 5 có eGFR 2021 cao hơn eGFR 2009.

Bảng 4: Tương quan giữa các giai đoạn CKD giữa 2 eGFR dựa vào CKD-EPI 2009 và 2021

		eGFR theo CKD-EPI 2021 (ml/ph/1,73m ²)						Chung
		G1 (≥ 90)	G2 (60-89)	G3a (45-59)	G3b (30-44)	G4 (15-29)	G5 (<15)	
eGFR theo CKD-EPI 2009	G1 (≥ 90)	171	0	0	0	0	0	171
	G2 (60-89)	69 (12,8)	61	0	0	0	0	131
	G3a (45-59)	0	22 (4,09)	25	0	0	0	47
	G3b (30-44)	0	4 (0,7)	15 (2,8)	27	0	0	46
	G4 (15-29)	0	0	0	17 (3,2)	53	0	73
	G5 (<15)	0	0	0	0	4 (0,7)	69	73

Ghi chú: Tỷ lệ phần trăm của số TH trên tổng 537 TH

Dựa vào bảng, có 127 (23,6%) TH thay đổi nhóm phân loại khi dùng CKD-EPI 2021. Không TH nào của nhóm eGFR 2021 bị giảm độ so với eGFR 2009. Nếu tính số lượng người có eGFR < 60ml/ph/1,73m², với CKD-EPI 2009, chúng tôi có 236/537 (43,9%) người. Trong khi với CKD-EPI 2021, chỉ còn 210/537 (39,1%) người, nghĩa là giảm 4,8%.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá chức năng lọc cầu thận là một trong những vấn đề mấu chốt quyết định thái độ xử trí của nhà lâm sàng⁽⁷⁾. Năm 2009, nhóm nghiên cứu Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration viết tắt là CKD-EPI, công bố công thức CKD-EPI ước đoán GFR ở mọi đối tượng có chức năng thận, không giới hạn như công thức MDRD (chỉ ứng dụng ở BN GFR < 60ml/ph/1,73m²)⁽²⁾. Năm 2021, nhóm nghiên

cứu CKD-EPI phát triển 1 công thức mới dựa vào dữ liệu của 10 nghiên cứu (8254 người, 31,5% da đen) với Scr và 13 nghiên cứu (5.352 người, 39,7% da đen) để xây dựng công thức eGFR dựa trên cả Scr và cystatin C. Sau đó, công thức được xác nhận khi thử ứng dụng trên 1 hệ thống số liệu của 12 nghiên cứu (4.050 người, 14,3% da đen). Nhóm nghiên cứu so sánh tính chính xác của công thức mới gọi là CKD-EPI 2021 với GFR đo lường trực tiếp bằng clearance Iod¹²⁵ Iothalamate⁽⁴⁾. Kết quả nghiên cứu ghi nhận, công thức CKD-EPI 2009 dựa vào tuổi, giới và chủng tộc, đã ước lượng nhiều hơn so với GFR chuẩn ở người da đen (trung vị 3,7ml/ph/1,73m², 95% CI 1,8-5,4) và ước lượng thiếu ở những chủng tộc khác (thiếu trung vị 0,5ml/ph/1,73m², 95% CI 0-0,9). Do vậy, khi loại bỏ hiệu chỉnh chủng tộc, và tiếp tục dùng công thức CKD-EPI 2009, eGFR vẫn ước lượng nhiều hơn GFR đo trực tiếp (trung vị 7,1ml/ph/1,73m², 95% CI 5,9-8,8). Nếu dùng công thức mới CKD-EPI 2021, dựa trên tuổi, giới và không dùng chủng tộc, kết quả ước đoán hơn GFR đo trực tiếp (trung vị 3,6ml/ph/1,73m²) ở người da đen và ước đoán kém hơn ở chủng tộc khác (trung vị 3,9ml/ph/1,73m²). Nếu dùng eGFR dựa trên đồng thời Scr và cystatin C mà không hiệu chỉnh theo chủng tộc, kết quả còn chính xác hơn và ít khác biệt giữa các chủng tộc⁽⁴⁾. Do vậy, với công thức CKD-EPI 2021 làm tăng xuất mắc toàn bộ CKD ở BN da đen và giảm xuất mắc toàn bộ ở BN không da đen.

Nghiên cứu của Campillo CR và cộng sự (CS) tại Tây Ban Nha⁽⁸⁾, trên 14.539 BN, tác giả ghi nhận có sự gia tăng kết quả eGFR khi áp dụng công thức CKD-EPI 2021, không hiệu chỉnh chủng tộc. Mức tăng eGFR khoảng +1,82%. Thay đổi về phân nhóm CKD xảy ra ở 10,3%. Trong đó 17,4% BN G3a được phân thành G2, 12,4% BN G4 được xếp lên G3b. Khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi thì mức tăng eGFR của chúng tôi là 1,2%, thay đổi phân nhóm CKD xảy ra nhiều hơn, ở 23,6% người.

Nghiên cứu của Sen Y và CS tại Trung Quốc, trên 1.051.827 người bệnh và người bình thường. Tác giả ghi nhận có sự tăng eGFR khi dùng công thức 2021, và mức tăng là 4,46%. Khác biệt giữa 2 kết quả CKD-EPI 2009 và 2021 là 4ml/ph/1,73. Trong đó 903.443 người (85,89%) người có eGFR cao hơn khi dùng CKD-EPI 2021, nhưng không thay đổi phân nhóm CKD. Có 11,57% người (121.666 người) chuyển lên giai đoạn nhẹ hơn khi áp dụng CKD-EPI 2021. Cụ thể là 1,79% không đổi với cả 2 công

thức, 0,75% có kết quả eGFR thấp hơn khi dùng CKD-EPI 2021 nhưng không thay đổi phân nhóm CKD. Trong nghiên cứu chúng tôi, có số người không đổi với cả 2 công thức (38,3%) cao hơn Sen và CS, 9,1% có kết quả thấp hơn, và 52,6% kết quả cao hơn. Tuy nhiên Sen không ghi rõ định nghĩa của không đổi. Còn chúng tôi, định nghĩa không đổi nghĩa là thay đổi của eGFR trong khoảng từ -1 đến + 1ml/ph/1,73

Việc dùng eGFR có nhiều thuận lợi như 1) thông báo con số trực tiếp về chức năng thận cho bác sĩ và BN, mà BS không cần tính toán, hiệu này, chúng tôi hy vọng các phòng xét nghiệm nên sử dụng công thức mới CKD-EPI 2021 chỉnh theo diện tích da; 2) hỗ trợ cho BN và thầy thuốc trong theo dõi sát chức năng lọc cầu thận; 3) thống nhất chỉ số eGFR để áp dụng các biện pháp điều trị thay thế thận trong y giới; 4) gia tăng độ nhạy trong phát hiện suy giảm chức năng thận tiềm ẩn khi Scr không thay đổi, như người lớn tuổi, suy dinh dưỡng, ăn chay..., tại bệnh viện. Theo Adam WR, eGFR tuy tiện lợi vì không cần tính toán, song kết quả eGFR nếu không tốt, dễ gây lo lắng và hoang mang cho người nhận kết quả. Tác giả đề nghị nên bổ sung các ghi chú, giải thích thêm trên kết quả trong những trường hợp ngoại lệ. Tổ chức Thận Hoa Kỳ (National Kidney Foundation) và hội thận học Mỹ (American Society of Nephrology), khuyến cáo các phòng xét nghiệm tại Mỹ, xem việc chuyển sang dùng công thức mới tính eGFRcr không hiệu chỉnh chủng tộc là 1 nhiệm vụ ưu tiên hàng đầu của năm 2022.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu so sánh kết quả eGFR từ 2 công thức CKD-EPI 2009 và CKD-EPI 2021 khi loại bỏ chủng tộc trong công thức, chúng tôi ghi nhận có sự gia tăng giá trị tuyệt đối của eGFR và giúp thay đổi phân loại CKD theo hướng nhẹ hơn. Với so sánh thay thế cho CKD-EPI 2009 để trả lời tự động kết quả ước đoán độ lọc cầu thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stevens L, Levey AS (2009)**, Measured GFR as a confirmatory test for estimated GFR. J Am. Soc. Nephrol., 20, pp2304-2013
2. **Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang Y, Castro III AF, Feldman HI, Kusek JW, Eggers P, Lente FV, Greene T, Coresh J. for the CKD-EPI (2009)** A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med., 150, pp 604-612.
3. **Inker LA, Titan S.** Measurement and Estimation of GFR for Use in Clinical Practice: Core Curriculum 2021 (2021) Am J Kidney Dis. ; 78(5):736-749.

4. **Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sano Y, Crews DC, Doria A, Estrella MM, Froissart M, Grams ME, Greene T, Grubb A, Gudnason V, Gutiérrez OM, Kalil R, Karger AB, Mauer M, Navis G, Nelson RG, Poqiao ED, Rodby R, Rossini P, Rule AD, Selvin E, Seemiller JC, Shlipak MG, Torres VE, Yanq W, Ballew SH, Couteur SJ, Powe NR, Levey AS: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race (2021). *N Engl J Med*;385(19):1737-1749.**
5. **Delgado C, Baweja M, Crews DC, Eneanya ND, Gadebeku CA, Inker LA, Mendu ML, Miller WG, Moxey-Mims MM, Roberts GV, St Peter WL, Warfield C, Powe NR. A Unifying Approach for GFR Estimation: Recommendations of the NKF-ASN Task Force on Reassessing the**
- Inclusion of Race in Diagnosing Kidney Disease (2022). *Am J Kidney Dis*;79(2):268-288.
6. **Trần thị Bích Hương (2010),** Ứng dụng eGFR trong thực hành lâm sàng đánh giá chức năng lọc cầu thận, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, phụ bản 14 (2), tr 613-620
7. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease (2013).** *Kidney Int Suppl*; 3: 1-150.
8. **Campillo CR, Sanz de Pedro MP, Barcelo SA, Baio Rubio MA, Soto AB, Rioja RG. Differences in glomerular filtration rate estimated with the new eGFRcr CKD EPI age and sex 2021 vs. the eGFRcr CKD EPI 2009 formula (2022) .** *Adv Lab Med*;3(3):313-316

NGUY CƠ TIM MẠCH THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN MÀNG: MỘT NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Ngô Minh Vinh¹, Ngô Xuân Hoàng¹,
Lý Thiên Phúc¹, Nguyễn Quách Châu Nguyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ tim mạch theo thang điểm Framingham trên bệnh nhân vảy nến mềng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng thực hiện trên 40 bệnh nhân vảy nến mềng và 40 người khỏe mạnh bắt cặp theo tuổi và giới. Chẩn đoán vảy nến mềng dựa vào lâm sàng và đánh giá mức độ nặng theo thang điểm PASI. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tim mạch được ghi nhận bằng phiếu thu thập thông tin. Điểm nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Framingham Risk Score (FRS) được tính toán dựa vào Medscape (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>). Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Bệnh nhân vảy nến có nguy cơ tim mạch cao theo thang điểm Framingham cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (25% so với 7,5%, $p = 0,042$). Một số yếu tố liên quan đến vảy nến bao gồm hút thuốc lá ($p = 0,021$), thừa cân – béo phì ($p = 0,043$), béo bụng trung tâm ($p < 0,001$), giảm nồng độ HDL-c ($p = 0,028$). Tình trạng uống rượu bia không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,390$). Nguy cơ tim mạch trung bình – cao ở bệnh nhân vảy nến có liên quan đến hội chứng chuyển hóa ($p = 0,028$; OR = 4,40; KTC 95%: 1,13 - 17,07), nguy cơ tim mạch thấp có liên quan đến khởi phát vảy nến sớm (dưới 40 tuổi) ($p = 0,012$; OR = 5,49; KTC 95%:

1,39 - 21,59). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có các yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng và điểm nguy cơ tim mạch 10 năm Framingham cao hơn so với nhóm đối chứng. Bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát vảy nến sớm có liên quan đến nguy cơ tim mạch. Những bằng chứng này sẽ giúp xây dựng chiến lược tầm soát bệnh đồng mắc cho người bệnh một cách hiệu quả. **Từ khóa:** vảy nến mềng, điểm nguy cơ tim mạch theo Framingham.

SUMMARY

FRAMINGHAM RISK SCORE OF CARDIOVASCULAR RISK IN PSORIASIS PATIENTS: A CASE-CONTROL STUDY IN HCMC HOSPITAL OF DERMATO- VENEREOLGY

Objectives: Assessment of cardiovascular risk in psoriasis patients using the Framingham Risk Score (FRS). **Subjects and methods:** A paired case-control study involving 40 psoriasis patients and 40 non-psoriasis controls. Plaque psoriasis was confirmed by clinical symptoms and the severity was evaluated using the PASI score. Factors related to cardiovascular risk were assessed using a questionnaire. We calculated cardiovascular risk based on Framingham Risk Score (FRS) by using Medscape (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>). We used SPSS software to perform data analysis. **Results:** Psoriasis patients had a significant increase in high cardiovascular risk based on Framingham risk Score (FRS) compared to the controls (25% versus 7,5%, $p = 0,042$). There were some factors related to psoriasis, including smoking

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Vinh

Email: vinhnm@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

status ($p = 0,021$), overweight ($p = 0,043$), central obesity ($p < 0,001$), and low HDL-c level ($p = 0,028$). Alcohol consumption showed no significant difference ($p = 0,39$). Moderate-to-high cardiovascular risk in psoriasis patients was associated with metabolic syndrome ($p = 0,028$; OR = 4,40; 95% CI: 1,13 - 17,07) and low cardiovascular risk in psoriasis patients was associated with early onset (before the age of 40) ($p = 0,012$; OR = 5,49; 95% CI: 1,39 - 21,59). **Conclusion:** Our results indicated some important cardiovascular risks in psoriasis patients, as well as a higher Framingham risk score compared to the controls. Psoriasis patients with metabolic syndrome and early onset are associated with cardiovascular risk. These pieces of evidence will support an effective strategy of screening for comorbidities in psoriasis patients. **Keywords:** plaque psoriasis, Framingham cardiovascular risk score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh lý da liễu phổ biến, chiếm tỉ lệ 0,51%- 11,43% ở người lớn ¹. Ngày nay, vảy nến được xem là một bệnh lý hệ thống do có liên quan đến các hội chứng chuyển hóa và bệnh lý tim mạch ²⁻⁵. Theo đó, bệnh nhân vảy nến có khuynh hướng gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, thừa cân - béo phì... Ngoài ra, các thói quen xấu như hút thuốc lá, uống rượu bia, stress, thiếu hoạt động thể lực...⁶ cũng được ghi nhận cao hơn dân số chung. Đây đều là những yếu tố có thể thay đổi được, đóng vai trò quan trọng trong chiến lược phòng ngừa và điều trị bệnh lý tim mạch.

Trong chuyên ngành tim mạch, thang điểm nguy cơ Framingham (Framingham Risk Score, FRS) là thang điểm được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng, giúp ước lượng nguy cơ tim mạch 10 năm cho những người trên 30 tuổi ⁷. Nhiều tổ chức quốc tế như Hội Da Liễu Hoa Kỳ (AAD), Quỹ bệnh vảy nến Quốc gia (NPF), Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (EULAR), Hội tim mạch Châu Âu (ESC) cũng áp dụng những thang điểm nguy cơ như là bước đầu tiên để xác định phương pháp điều trị. Tuy nhiên do có sự khác biệt về kinh tế-xã hội và đặc điểm di truyền chủng tộc nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên bệnh nhân vảy nến tại Việt Nam nhằm đánh giá các chỉ số chuyển hóa, nguy cơ tim mạch hiện tại và ước lượng nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm FRS so với các bệnh nhân không vảy nến. Từ đó định hướng cho người bác sĩ lâm sàng tầm soát phát hiện sớm, điều trị thích hợp và tiên lượng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhóm bệnh gồm 40 bệnh nhân vảy nến mảng bắt cặp về tuổi,

giới với 40 người không bị vảy nến (nhóm chứng).

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân độ tuổi từ 30-70 tuổi (theo phạm vi áp dụng của thang điểm FRS) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu não, bệnh lý chuyển hóa, bệnh lý viêm hệ thống được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án và/hoặc đơn thuốc gần nhất. Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng

2.2.2. Cỡ mẫu: nghiên cứu lựa chọn 40 bệnh nhân vảy nến và 40 bệnh nhân không vảy nến.

Nhóm bệnh: chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng dự kiến.

Nhóm chứng: chọn mẫu có mục đích bắt cặp về tuổi, giới với từng bệnh nhân trong nhóm bệnh.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân được tư vấn giải thích kỹ về nghiên cứu và ký vào bản đồng thuận nếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Ghi nhận các thông tin dựa vào bảng thu thập số liệu: đặc điểm dân số- xã hội học, và lâm sàng. Xét nghiệm các chỉ số sinh hóa tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Da liễu: thực hiện xét nghiệm trên mẫu máu sau nhịn đói 8 tiếng bằng máy phân tích tự động Tokyo Biolis 50i SUPERIOR và kit của hãng Greiner (Đức). Các xét nghiệm bao gồm: glucose máu, cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL-c và HDL-c.

Các chỉ số chuyển hóa: Hội chứng chuyển hóa theo NCEP 2004 hiệu chỉnh cho người Châu Á ⁸, tỷ số Triglyceride/ HDL, tỷ số LDL/HDL và chỉ số triglyceride-glucose (tính bằng công thức $\ln(0.5 \times \text{Glucose (mg/dl)} \times \text{Triglyceride (mg/dl)})$).

Tính điểm nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Framingham (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>), theo các yếu tố: tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, trị số huyết áp tâm thu (mmHg), dùng thuốc tăng huyết áp, nồng độ Cholesterol TP và HDL-C (mmol/L), tiền căn bệnh đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu ⁷

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%). Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn). Phép kiểm mối liên quan giữa 2 biến định tính là Chi bình phương hoặc Fisher. Phép kiểm mối liên

quan giữa 1 biến định lượng và 1 biến định tính là Student's t-test (nếu phân phối chuẩn) hoặc Mann Whitney (nếu phân phối không chuẩn). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Y sinh học của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (Số: 756/TĐHYKPNT - HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số-xã hội của mẫu nghiên cứu

	Nhóm vảy nến (n = 40)	Nhóm chứng (n = 40)	Tổng (n = 80)	P
Tuổi (năm)	49 (40 – 57)	49 (40 – 56)	49 (39,25 – 56,75)	0,988**
Nam giới	26 (65%)	26 (65%)	52 (65%)	1 ^a
Hút thuốc lá	20 (50%)	10 (25%)	30 (37,5%)	0,021^a
Uống rượu bia	6 (15%)	9 (22,5%)	15 (18,8%)	0,39 ^a
BMI (kg/cm ²)	23,02 ± 2,33	22,71 ± 2,73	22,86 ± 2,52	0,584*
Thừa cân-béo phì	22 (55%)	13 (32,5%)	35 (43,8%)	0,043^a

^a Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

* Kiểm định Student t [mô tả biến số dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn]

** Kiểm định Mann-Whitney U [mô tả biến số dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị)]

Nhận xét: Tỷ lệ hút thuốc ở bệnh nhân vảy nến cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($p = 0,021$). Tỷ lệ bệnh nhân vảy nến thừa cân béo phì cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Các thông số chuyển hóa của mẫu nghiên cứu

	Nhóm vảy nến (n = 40)	Nhóm chứng (n = 40)	Tổng (n = 80)	P
Vòng eo (cm)	90,03 ± 9,65	79,73 ± 8,32	84,88 ± 10,35	<0,001*
Huyết áp trung bình (mmHg)	101,58 ± 12,40	97,58 ± 7,43	99,58 ± 10,35	0,085*
Glucose máu (mg/dl)	101,79 (91,89 – 118,8)	104,76 (94,32–112,77)	103,41 (92,84 – 113,58)	0,981**
Triglyceride máu (mg/dl)	139,5 (108,5 – 279,89)	144,82 (92,12 – 246,68)	139,95 (96,1 – 259,3)	0,402**
Cholesterol toàn phần (mg/dl)	192,98 ± 43,26	189,48 ± 34,25	191,23 ± 38,81	0,689*
LDL-c (mg/dl)	109,28 ± 37,72	103,14 ± 26,70	106,21 ± 32,62	0,404*
HDL-c (mg/dl)	45,44(39,25–52,78)	50,85(46,21–62,65)	48,34(41,47–55,88)	0,028**
Béo bụng trung tâm	26 (65%)	7 (17,5%)	33 (41,3%)	<0,001^a
Tăng huyết áp	29 (72,5%)	22 (55%)	51 (63,7%)	0,104 ^a
Tăng đường huyết	21 (52,5%)	24 (60%)	45 (56,3%)	0,499 ^a
Tăng triglyceride	18 (45%)	20 (50%)	38 (47,5%)	0,654 ^a
Giảm HDL-c	18 (45%)	12 (30%)	30 (37,5%)	0,166 ^a
Hội chứng chuyển hoá	24 (60%)	17 (42,5%)	41 (51,2%)	0,117 ^a
Chỉ số triglyceride-glucose	9,11 ± 0,75	8,93 ± 0,70	9,02 ± 0,73	0,269*
Tỷ số Triglyceride/HDL	3,16(2,27 – 5,73)	2,86(1,55 – 4,97)	3,16(1,83 – 5,21)	0,132**
Tỷ số LDL/HDL	2,36(1,97 – 2,78)	2,07(1,53 – 2,55)	2,29(1,62 – 2,67)	0,074**

^a Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

* Kiểm định Student t [mô tả biến số dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn]

** Kiểm định Mann-Whitney U [mô tả biến số dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị)]

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân vảy nến có béo bụng trung tâm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Nồng độ HDL-c thấp hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân vảy nến ($p = 0,028$). Các yếu tố còn lại không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. So sánh nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm chứng

Nguy cơ tim mạch	Nhóm vảy nến (n=40)	Nhóm đối chứng (n=40)	Giá trị p
+ Thấp	19 (47,5%)	29 (72,5%)	0,042^a
+ Trung bình	11 (27,5%)	8 (20%)	
+ Cao	10 (25%)	3 (7,5%)	

^a Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

Nhận xét: tỷ lệ nguy cơ tim mạch ở mức độ trung bình và cao ở nhóm vảy nến đều cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là 27,5% so với 20% và 25% so với 7,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và các đặc điểm ở bệnh nhân vảy nến

Yếu tố		Nguy cơ tim mạch		Giá trị p OR (KTC 95%)	
		Thấp (n=19)	Trung bình-cao (n=21)		
Uống rượu bia; n (%)		1 (5,3%)	5 (23,8%)	0,186 ^b	5,63 (0,59-53,38)
Thừa cân-béo phì; n (%)		13 (68,4%)	9 (42,9%)	0,105 ^a	0,35 (0,1-1,27)
Hội chứng chuyển hoá; n (%)		8 (42,1%)	16 (76,2%)	0,028 ^a	4,4 (1,13-17,07)
Phân loại PASI	Nhẹ; n (%)	7 (36,8%)	5 (23,8%)	0,599 ^b	
	Trung bình; n (%)	9 (47,4%)	10 (47,6%)		
	Nặng; n (%)	3 (15,8%)	6 (28,6%)		
Tổn thương móng; n (%)		9 (47,4%)	12 (57,1%)	0,536 ^a	1,48 (0,43-5,16)
Khởi phát bệnh sớm; n (%)		12 (63,2%)	5 (23,8%)	0,012 ^a	5,49 (1,39-21,59)
Người thân bị vảy nến; n (%)		6 (31,6%)	2 (9,5%)	0,120 ^a	0,23 (0,04-1,32)

^a Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

^b Kiểm định chính xác Fisher [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

Nhận xét: Hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm nguy cơ tim mạch trung bình- cao so với nhóm nguy cơ thấp (76,2% so với 42,1%; $p = 0,028$). Khởi phát vảy nến sớm (<40 tuổi) chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nguy cơ tim mạch thấp so với nguy cơ trung bình- cao (63,2% so với 23,8%; $p = 0,012$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm đối chứng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân vảy nến và 40 bệnh nhân nhóm đối chứng không bị vảy nến hoặc bệnh lý có viêm hệ thống (được chẩn đoán là bệnh da thông thường như VDTX, mề đay, trứng cá, nấm da...) có độ tuổi từ 30 – 70 bắt cặp về tuổi, giới với nhóm bệnh. (bảng 3.1).

Hút thuốc lá với nhiều cơ chế phức tạp, dù chỉ một vài điều mỗi ngày hoặc thỉnh thoảng mới hút, dù là thuốc lá cổ điển hoặc thuốc lá điện tử, cũng đều có hại cho sức khỏe và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý phổi, bệnh tự miễn, bệnh lý có hiện tượng viêm, ung thư, các bệnh tim mạch do xơ vữa. Khi so sánh các yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn nhóm đối chứng (50% so với 33,3%; $p = 0,021$; bảng 3.1). Hầu hết những nghiên cứu trước đây đều cho kết quả tương tự, tiêu biểu là tổng quan hệ thống của tác giả Vincent Richer và cs. (2016): hút thuốc lá, bất kể số lượng hay thời gian, đều liên quan đến độ nặng của bệnh vảy nến, và thúc đẩy nguy cơ xơ vữa ⁶.

Thừa cân – béo phì xảy ra khi mỡ được tích lũy nhiều trong cơ thể một cách quá mức gây

ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Bên cạnh đó, lượng mỡ này sẽ tích ở một số vị trí đặc biệt như bụng, hông, đùi... Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ thừa cân - béo phì và béo bụng trung tâm cao hơn nhóm đối chứng (56% so với 32,5%, $p = 0,043$; 65% so với 17,5%, $p < 0,001$). Giữa thừa cân, béo phì, béo bụng và vảy nến có mối liên quan hai chiều ⁵: Thừa cân- béo phì, béo bụng là yếu tố nguy cơ độc lập của vảy nến và độ nặng của vảy nến. Và ngược lại, ở bệnh nhân vảy nến có sự mắc cảm bệnh da làm họ hạn chế tham gia hoạt động thể lực và có thể làm tăng tỷ lệ béo phì. Bên cạnh đó, dù tình trạng uống rượu bia không khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng rất cần thiết khuyến khích bệnh nhân vảy nến hạn chế uống rượu bia, ngưng thuốc lá, giảm cân và tăng cường hoạt động thể lực để bảo vệ sức khỏe tổng quát, giảm nguy cơ tim mạch, và giảm độ nặng của bệnh vảy nến ⁹.

Các bệnh mạn tính không lây (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu) được xem là "kẻ giết người thầm lặng" bởi diễn biến âm thầm gây tổn thương các cơ quan đích thông qua nhiều cơ chế. Trong đó có việc thúc đẩy hình thành và phát triển mảng xơ vữa dẫn đến tử vong tim mạch hàng đầu. Chính vì vậy mà nghiên cứu về mối liên quan giữa vảy nến và các bệnh chuyển hóa đã là một chủ đề nóng trong da liễu và nội khoa những năm gần đây. Khi khảo sát các tình trạng trên (bảng 3.2), chúng tôi ghi nhận nhóm vảy nến có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nhóm đối chứng dù không có ý nghĩa thống kê (72,5% so với 55%, $p = 0,104$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng đường huyết giữa 2 nhóm (52,5% so với 60%; $p = 0,499$). Kết quả này tương đối khác với kết quả từ Hiệp hội Da Liễu Hoa Kỳ ⁵. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt

về gen, điều kiện kinh tế, chế độ dinh dưỡng và vận động khác nhau dẫn tới sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu. Hầu như các chỉ số lipid "xấu" ở nhóm vảy nến đều cao hơn nhóm chứng, và ngược lại với chỉ số lipid "tốt" là HDL-c. Nhận định này tương tự với tổng quan hệ thống của M. Ramezani và cs. (2019)⁴ và Hiệp hội Da Liễu Hoa Kỳ⁵. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, chỉ có nồng độ HDL-c cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$). Vai trò quan trọng của rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ tim mạch đã được chứng minh bởi các nghiên cứu di truyền, bệnh lý, quan sát và can thiệp từ nhiều năm nay với cơ chế chủ yếu là hình thành mảng xơ vữa¹⁰.

4.2. Nguy cơ tim mạch dự đoán theo thang điểm Framingham. Đa số nghiên cứu trước đây đều cho thấy có mối liên quan giữa bệnh vảy nến và tăng nguy cơ tim mạch. Có nhất nhiều thang điểm để đánh giá nguy cơ tim mạch, trong đó Framingham là thang đo tương đối tốt, đã được kiểm chứng ở nhiều vùng và sắc tộc khác nhau. Tác giả E. Myasoedova và cs. (2013) đã thực hiện nghiên cứu đầu tiên chứng minh rằng thang điểm Framingham ước tính chính xác nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến với kết quả theo dõi 10 năm, theo đó tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tim mạch thực tế và kết quả từ thang điểm Framingham không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tim mạch 10 năm của nhóm vảy nến cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm đối chứng (25% so với 7,5%, $p = 0,042$, bảng 3.3). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm trên bệnh vảy nến bằng các thang điểm khác như SCORE, DORICA và REGICOR³.

Chúng tôi phát hiện mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng khởi phát vảy nến sớm (< 40 tuổi) và nguy cơ tim mạch ($p = 0,012$, bảng 3.4). Tình trạng khởi phát vảy nến sớm thường được phát hiện và điều trị kịp thời, làm giảm nguy cơ tim mạch của bệnh nhân. Điều này đưa đến một nhận định rằng: Phát hiện và điều trị vảy nến kịp thời sẽ làm giảm nguy cơ tim mạch 10 năm. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy độ nặng vảy nến không liên quan yếu tố nguy cơ tim mạch 10 năm; kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Nehal. Do đó, chúng tôi cho rằng hội chứng chuyển hóa có thể là nguyên nhân chủ yếu làm gia tăng nguy cơ tim mạch. Mối liên quan giữa vảy nến và nguy cơ tim mạch có thể do các nguyên nhân sau: Thứ nhất đó là quá trình viêm hệ thống mạn tính trong bệnh vảy nến này gây rối loạn lipoprotein, đề kháng insulin dẫn

đến rối loạn chức năng tế bào nội mạc, tạo đại thực bào, tăng sinh tế bào cơ trơn và từ đó gây xơ vữa động mạch¹⁰. Cần chú ý, các cytokine trung gian của bệnh vảy nến cũng hiện diện trong quá trình kiến tạo mảng xơ vữa mạch máu. Nguyên nhân thứ hai đã được đề cập ở trên khi nói về tỷ lệ cao xuất hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân vảy nến so với nhóm chứng. Ngoài ra, một số thuốc điều trị vảy nến như methotrexate, acitretin, cyclosporin cũng ảnh hưởng đến tình trạng tim mạch của bệnh nhân.

Nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của tầm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch và đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến trong thực hành lâm sàng. Từ đó xây dựng các chiến lược quản lý và dự phòng thích hợp cho nhóm đối tượng nguy cơ này. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế về cỡ mẫu cũng như mối liên quan nhân quả giữa vảy nến và các yếu tố nguy cơ tim mạch. Các nghiên cứu với quy mô lớn hơn có thể khắc phục các hạn chế này và đưa ra những bằng chứng giúp sáng tỏ hơn những mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân vảy nến có liên quan đến yếu tố nguy cơ tim mạch 10 năm Framingham cao hơn so với người khỏe. Bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát vảy nến sớm có liên quan đến nguy cơ tim mạch. Do đó, vẫn đề tầm soát nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát bệnh sớm sẽ giúp phát hiện các bệnh lý tim mạch đồng mắc, cải thiện tiên lượng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Feb 2017;31(2):205-212. doi:10.1111/jdv.13854
2. Myasoedova E, Akkara Veetil BM, Matteson EL, Kremers HM, McEvoy MT, Crowson CS. Cardiovascular risk in psoriasis: a population-based analysis with assessment of the framingham risk score. *Scientifica (Cairo)*. 2013;2013:371569. doi:10.1155/2013/371569
3. Fernandez-Torres R, Pita-Fernandez S, Fonseca E. Psoriasis and cardiovascular risk. Assessment by different cardiovascular risk scores. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Dec 2013;27(12):1566-70. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04618.x
4. Ramezani M, Zavattaro E, Sadeghi M. Evaluation of serum lipid, lipoprotein, and apolipoprotein levels in psoriatic patients: a systematic review and meta-analysis of case-

- control studies. *Postepy Dermatol Alergol.* Dec 2019;36(6):692-702. doi:10.5114/ada.2019.91420
5. **Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al.** Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *J Am Acad Dermatol.* Mar 2017;76(3):377-390. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.064
 6. **Richer V, Roubille C, Fleming P, et al.** Psoriasis and Smoking: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis With Qualitative Analysis of Effect of Smoking on Psoriasis Severity. *J Cutan Med Surg.* May 2016;20(3):221-7. doi:10.1177/1203475415616073
 7. **D'Agostino RB, Sr., Vasan RS, Pencina MJ, et al.** General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* Feb 12 2008;117(6):743-53. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579
 8. **Moon JY, Park S, Rhee JH, et al.** The applicability of the Asian modified criteria of the metabolic syndrome in the Korean population. *Int J Cardiol.* Jan 2 2007;114(1):83-9. doi:10.1016/j.ijcard.2005.12.008
 9. **Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY.** Lifestyle changes for treating psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* Jul 16 2019;7(7):CD011972. doi:10.1002/14651858.CD011972.pub2
 10. **Siddiqi HK, Ridker PM.** Psoriasis and Atherosclerosis. *Circ Res.* Nov 9 2018;123(11):1183-1184. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.314073

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VÀ QUAN ĐIỂM ĐỐI VỚI VIỆC NGĂN NGỪA CÁC SẢN PHẨM THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ, THUỐC LÁ NUNG NÓNG

Nguyễn Thị Thu Hương¹

¹Quỹ Phòng chống tác hại của thuốc lá

Những năm gần đây, trên thị trường đã xuất hiện các sản phẩm mới, phổ biến nhất là thuốc lá điện tử (Electronic Nicotine Delivery - ENDS) và thuốc lá nung nóng (Heated Tobacco Product - HTPs). Bằng chứng khoa học về độc tính và ảnh hưởng sức khỏe lâu dài của các sản phẩm này vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu. Tuy nhiên, rất nhiều các nghiên cứu bước đầu đã chỉ ra hậu quả đối với sức khỏe của việc sử dụng và tiếp xúc thụ động với "sol khí"/khói của các sản phẩm này.

Thuốc lá điện tử có chứa nicotin là một chất gây nghiện, gây tăng nhịp tim, co thắt mạch máu ở tim, tăng mạch và huyết áp. Nicotin còn ảnh hưởng đến sự phát triển và di căn của khối u và có khả năng thúc đẩy, hình thành các khối u. Theo Tổ chức Y tế thế giới, phơi nhiễm nicotine tác động bất lợi cho sức khỏe bà mẹ và bào thai trong thời kỳ thai nghén, gây ra đẻ non, thai chết lưu, tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, gây hậu quả nghiêm trọng kéo dài đối với sự phát triển não bộ bào thai, trẻ em và vị thành niên. Nicotine có thể đi qua nhau thai và tác động lên sự phát triển của thai nhi và trẻ nhỏ. Do đó, phơi nhiễm với nicotin ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến nhiều hậu quả, bao gồm hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh hay những dị tật thính giác và béo phì Nicotin ảnh hưởng xấu đến sự phát triển của thanh thiếu niên như: làm suy yếu sự trưởng thành não bộ của thanh thiếu niên với những hậu quả ngắn hạn và hậu quả lâu dài nghiêm trọng đó là nghiện, rối loạn nhận thức và cảm xúc, giảm khả năng học tập và rối loạn tâm thần. Những thay đổi do

nicotine gây ra trong hệ thần kinh khiến người dùng ở nhóm tuổi này dễ bị nghiện nicotine hơn và vì thế ảnh hưởng đến sức khỏe sẽ đến sớm và trầm trọng hơn trong tương lai.

Thành phần của dung dịch thuốc lá điện tử còn có glycerin, propylene glycol. Propylene glycol có thể tạo thành propylene oxide, một chất gây ung thư khi được đun nóng và hóa hơi. Glycerin khi được đun nóng và hóa hơi tạo thành acrolein, gây gây khô miệng và viêm đường hô hấp trên. Các chất độc hại được tìm thấy trong sol khí của thuốc lá điện tử như Ethylene Glycol, Diethylene Glycol, nitrosamines, formaldehyde,... một số kim loại như chì, bạc, crom, nikel, formaldehyde có hàm lượng tương đương hoặc cao hơn so với thuốc lá thông thường.

Thuốc lá điện tử đang được quảng cáo là sản phẩm thay thế "an toàn hơn", và người dùng cũng cho rằng chúng "ít gây hại" hơn các sản phẩm thuốc lá điều. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã khẳng định rằng thuốc lá điện tử tạo ra các hóa chất độc hại giống như thuốc lá, kèm theo các phụ gia hương liệu và kim loại nặng. Những chất này có thể gây hại cho sức khỏe ngoài các tác hại sẵn có của nicotin trong sản phẩm. Ngoài ra, việc thuốc lá điện tử không có mùi thuốc lá đặc trưng có thể làm người tiếp xúc thụ động chủ quan, giảm nhận thức về tác hại khi tiếp xúc với sol khí này.

Thuốc lá nung nóng: là sản phẩm sử dụng thiết bị điện tử để nung nóng điều thuốc (hoặc viên nén thuốc lá) đến nhiệt độ đủ để tạo ra "sol

khí" (khói) có thể hít vào. Hiện nay các sản phẩm thuốc lá nung nóng rất đa dạng, trong đó có nhiều sản phẩm kết hợp (lai) giữa thuốc lá nung nóng với thuốc lá điện tử, pha trộn, tẩm ướp dung dịch điện tử khiến cho việc kiểm tra và nhận biết khó khăn như sản phẩm thuốc lá mới sử dụng công nghệ hybrid, không đốt nóng trực tiếp sản phẩm thuốc lá mà kết hợp giữa dung dịch thuốc lá điện tử và nguyên liệu thuốc lá.

Bên cạnh các tác hại giống như thuốc lá điều thông thường, thuốc lá điện tử, còn nguy cơ tiềm ẩn và phát sinh các tệ nạn xã hội, nhất là sử dụng ma túy và các chất gây nghiện khác. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trên thế giới cũng chưa có bằng chứng về việc thuốc lá điện tử giúp cai nghiện thuốc lá thông thường. WHO cũng không xác nhận thuốc lá điện tử là một biện pháp hỗ trợ cai nghiện". Thuốc lá điện tử không những không giúp cai thuốc lá mà còn khiến người chưa hút thuốc trở thành nghiện nicotin. Những người trẻ chưa từng hút thuốc lá điều thông thường nhưng sử dụng thuốc lá điện tử có nguy cơ nghiện thuốc lá điều thông thường cao gấp 2-3 lần so với những người chưa từng sử dụng thuốc lá điện tử.

Tại Việt Nam, thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng là sản phẩm chưa được phép nhập khẩu, kinh doanh và lưu hành, tuy nhiên việc mua bán, quảng cáo đang diễn ra phổ biến, đặc biệt trên mạng internet. Các sản phẩm này được thiết kế đa dạng với nhiều kiểu dáng và nhiều hương vị. Thuốc lá điện tử đang xâm nhập vào các trường học và trong cộng đồng gây ảnh hưởng xấu tới hành vi, lối sống, sức khỏe của thanh thiếu niên. Bên cạnh tác hại sẵn có của thuốc lá điện tử, các sản phẩm này còn đang bị các đối tượng tội phạm về ma túy lợi dụng để che dấu hành vi mua bán, sử dụng trái phép ma túy và các chất gây nghiện, gây ra các hậu quả trước mắt và lâu dài về sức khỏe, kinh tế, xã hội, đặc biệt cho giới trẻ. Trong khi tỷ lệ hút thuốc lá điều thông thường trong giới trẻ giảm thì tỷ lệ sử dụng thuốc lá điện tử lại tăng nhanh. Theo điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại 34 tỉnh năm 2020: tỷ lệ hút thuốc lá điện tử ở người trưởng thành tăng 18 lần (từ 0,2% năm 2015 lên 3,6% năm 2020), đặc biệt tập trung cao ở nhóm tuổi 15 - 24 tuổi với tỉ lệ là 7,3% so với các nhóm tuổi 25 - 44 tuổi (3,2%), 45 - 64 tuổi (1,4%). Theo Điều tra năm 2019 của Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ sử dụng thuốc lá điện tử trong học sinh 15-17 tuổi tại Việt Nam là 2,6%.

Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá trong học sinh năm 2022 cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc lá điện tử học sinh độ tuổi 13 -15 là 3,5%. Có thể thấy chỉ sau 3 năm tỷ lệ sử dụng thuốc lá điện tử trong học sinh đã gia tăng một cách đáng kể. Nếu chúng ta không quyết liệt ngăn chặn các sản phẩm thuốc lá mới này. Chúng ta sẽ phải nỗ lực hơn, tốn kém nhân lực và tài chính hơn nữa trong việc giảm tỷ lệ hút thuốc lá, giải quyết những gánh nặng bệnh tật và tử vong do thuốc lá cũng như các hệ lụy về xã hội, kinh tế, môi trường, đặc biệt là các hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe của thế hệ trẻ.

Tại Việt Nam, Ngày 24/5/2023, Phó Thủ tướng Chính phủ Trần Hồng Hà đã ký Quyết định số 568/QĐ-TTg ban hành Chiến lược Quốc gia về phòng, chống tác hại của thuốc lá đến năm 2030, với các mục tiêu và giải pháp mạnh mẽ, đồng bộ để tăng cường hiệu quả của công tác phòng, chống tác hại của thuốc lá. Trong đó, Chiến lược cũng nhấn mạnh việc tiếp tục "ngăn ngừa việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng, shisha và các sản phẩm thuốc lá mới khác trong cộng đồng".

Nhằm đẩy mạnh hiệu quả của công tác PCTH thuốc lá để thực hiện Luật PCTH thuốc lá, theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, dựa trên kinh nghiệm các nước và trên quan điểm bảo vệ sức khỏe người dân, Bộ Y tế đã có những đề xuất, kiến nghị Chính phủ và Quốc hội xem xét và ban hành Nghị quyết của Quốc hội về cấm sử dụng các sản phẩm thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng và các sản phẩm thuốc lá mới khác trong cộng đồng, đặc biệt ở thanh thiếu niên để bảo vệ sức khỏe của giới trẻ

