

của Nhóm chứng là 5,47 giờ, nhóm can thiệp là 3,44 giờ. Do người bệnh được chọn ngẫu nhiên cho nên tỉ lệ giữa 2 nhóm có sự khác biệt. Thời gian chờ trước phẫu thuật của nhóm chứng kéo dài hơn nhóm can thiệp có thể làm ảnh hưởng tới kết quả của các phép đo.

4.2. Đánh giá mức độ lo lắng của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp liệu pháp âm nhạc. Ở nhóm can thiệp sau khi nghe nhạc mức độ lo lắng STAI giảm 24.66 điểm (Từ 50.98 xuống 26.32), chỉ số sinh tồn đều giảm về giới hạn cho phép phẫu thuật (giá trị $p < 0.05$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này phù hợp với báo cáo nghiên cứu trên nhóm người bệnh đục thủy tinh thể [10]. Tác giả Abouzar Mohammadi nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật tổng quát [8], tác giả Trần Anh Vũ can thiệp trên 82 người bệnh phẫu thuật ổ bụng [2]. Sở dĩ âm nhạc có tác dụng như vậy là do nó giúp hạ thấp nồng độ của hormone căng thẳng cortisol. Đặc biệt cortisol sẽ hạ thấp khi nghe thể loại âm nhạc nhẹ nhàng, thư giãn [8]. Âm nhạc còn giúp người bệnh ít đau và lo lắng, thậm chí ít cần đến thuốc giảm đau hơn những người không nghe nhạc. Tác giả Kühlmann và các cộng sự còn cho rằng tác động này còn mạnh hơn khi họ được nghe thể loại nhạc yêu thích [9].

Ở nhóm chứng mức độ lo lắng trạng thái và chỉ số sinh tồn khi đo lần 2 STAI giảm không đáng kể, giảm 8.66 điểm (Từ 41.56 xuống 32.9), giá trị $p < 0.05$ (có ý nghĩa thống kê). Nhịp tim giảm ít, $p = 0.132 > 0.05$ (không có ý nghĩa thống kê). Huyết áp tâm thu đo lần 2 giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sự khác biệt về mức độ lo lắng trung bình sau 2 lần đo của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng thể hiện rõ nhất ở kết quả so sánh trong Biểu đồ 1. Kết quả lần đo thứ 2, nhóm can thiệp chỉ số mức độ lo lắng giảm 24,66 điểm so với lần 1, nhóm chứng giảm 8.66 điểm so với lần 1 [10].

V. KẾT LUẬN

Với người bệnh phẫu thuật khi cho họ nghe nhạc 20 - 30 phút trong thời gian chờ đợi trước phẫu thuật mức độ lo lắng của người bệnh giảm nhiều hơn (từ 50.98 xuống 26.32) ở nhóm can thiệp so với nhóm người bệnh không được nghe nhạc ($p < 0.01$). Sau khi nghe nhạc chỉ số huyết áp, mạch giảm về giới hạn cho phép có ý nghĩa thống kê hơn ở nhóm người bệnh không được nghe nhạc ($p < 0.05$).

Việc hỗ trợ cho người bệnh ổn định tâm lý trước phẫu thuật giúp họ phối hợp tốt với kỹ thuật phẫu thuật để đảm bảo thành công là điều hết sức quan trọng. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả mức độ lo lắng của người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện mắt Ninh Bình. Đề xuất các giải pháp giúp giảm lo lắng trong đó giải pháp cho người bệnh nghe nhạc trong thời gian chờ đợi trước phẫu thuật là một biện pháp hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Holmer, et, al** (2019), "Evaluating the collection, comparability and findings of six global surgery indicators", *Br J Surg.* 106(2), tr. e138-e150.
2. **Trần Anh Vũ và Nguyễn Thị Sơn** (2019), "Ảnh hưởng của lo âu trước mổ đến sự hồi phục của bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên.* 194(1), tr. 115-120.
3. **Cuong Cao Do, Duangpaeng S và Hengudomsu P** (2013), "Factors related to Preoperative Anxiety among Patients undergoing Abdominal Surgery in Phu Tho Province General Hospital, Vietnam", *Thai Pharm Health Science Journal.* 8(4), tr. 155-162.
4. **Quang Minh Phạm** (2020), "Khảo sát tình trạng lo âu, stress trước phẫu thuật ở bệnh nhân mổ phôi thai tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình và Y học Thể thao Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"
5. **Trần Anh Vũ và Nguyễn Thị Sơn** (2020), "Hiệu quả của liệu pháp âm nhạc đối với lo lắng trước phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *TNU Journal of Science and Technology.* 225(01), tr. 66-71
6. **C. H. Ni, et, al.** (2012), "Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients - a randomised clinical trial", *J Clin Nurs.* 21(5-6), tr. 620-5.
7. **Abouzar Mohammadi, et, al.** (2014), "Effects of music listening on preoperative state anxiety and physiological parameters in patients undergoing general surgery: a randomized quasi-experimental trial", *Cent Eur J Nurs Midw.* 5(4), tr. 156-160.
8. **M. M. Tse, M. F. Chan và I. F. Benzie** (2005), "The effect of music therapy on postoperative pain, heart rate, systolic blood pressures and analgesic use following nasal surgery", *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 19(3), tr. 21-9.
9. **D. Dahshan, J. Kuzbel và V. Verma** (2021), "A role for music in cataract surgery: a systematic review", *Int Ophthalmol.* 41(12), tr. 4209-4215.
10. **D. Wiwatwongwana, et, al.** (2016), "The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial", *Eye (Lond).* 30(11), tr. 1407-1414.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VÀ PHÂN TÍCH ẢNH HƯỞNG CỦA ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC ĐẾN Ý ĐỊNH MUA THỰC PHẨM BẢO VỆ SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI TIÊU DÙNG TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH VINH LONG NĂM 2022-2023

Lê Mỹ Phụng¹, Nguyễn Phục Hưng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thực phẩm bảo vệ sức khỏe (TPBVSK) hiện nay đã rất phổ biến và quen thuộc đối với người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long nói riêng và Việt Nam nói chung. Sản phẩm này không phải là thuốc tuy nhiên vẫn có nhiều đối tượng vẫn có ý định sử dụng với mục đích điều trị bệnh. **Mục tiêu:** đánh giá thực trạng và yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Người dân từ đủ 18 tuổi trở lên, đã mua TPBVSK tại các nhà thuốc, quầy thuốc trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long; thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 70,9% người khỏe mạnh tìm đến TPBVSK. 24,4% người tiêu dùng TPBVSK với mục đích tăng cường miễn dịch, 79% khách hàng đến để tìm mua TPBVSK tại Quầy thuốc và nhà thuốc. Nữ giới và mục đích chống lão hóa là yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua TPBVSK, người có kiến thức càng cao về TPBVSK sẽ càng ít có ý định mua lại sản phẩm này. **Kết luận:** Đa số người tiêu dùng TPBVSK là người khỏe mạnh. Sự tư vấn, giới thiệu của các chuyên gia y tế là nguồn thông tin về TPBVSK cho người tiêu dùng. TPBVSK được sử dụng nhằm tăng cường hệ miễn dịch và trợ điều trị bệnh và làm đẹp (chiếm tỷ lệ hơn 20%). Quầy thuốc và nhà thuốc là nơi được khách hàng đến để tìm mua TPBVSK nhiều nhất. Giới tính và mục đích sử dụng TPBVSK là hai yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua TPBVSK. Người có kiến thức càng cao về TPBVSK sẽ càng ít có ý định mua lại sản phẩm này.

Từ khóa: thực phẩm bảo vệ sức khỏe, Vĩnh Long, ý định mua.

SUMMARY

EVALUATION OF CONSUMPTION TRENDS AND ANALYSIS THE INFLUENCE OF SOME DEMOGRAPHIC FACTORS ON CONSUMERS' INTENTION TO PURCHASE HEALTH SUPPLEMENTS IN VINH LONG PROVINCE IN 2022-2023

Introduction: Health supplements are now very popular and familiar to consumers in Vinh Long province in particular and Vietnam in general. This

product is not a medicine, but many people still intend to use it for treatment purposes. **Objective:** evaluate the current situation and some demographic factors affecting consumers' intention to buy health care products in Vinh Long province in 2022-2023. **Subjects and research methods:** people aged 18 years or older who have purchased health supplements at pharmacies and drugstores in Vinh Long province; Cross-sectional descriptive study design. **Results:** 70.9% of healthy people sought health supplements. 24.4% of consumers consume health supplements for the purpose of enhancing immunity, 79% of customers come to buy health supplements at pharmacies and drugstores. Female gender and anti-aging purposes are factors that influence the intention to buy health supplements. The more knowledge people have about health supplements, the less they intend to buy this product again. **Conclusion:** The majority of consumers of health supplements are healthy people. Consulting and referrals from medical experts are a source of information about health supplements for consumers. Health supplements is used to strengthen the immune system and aid in disease treatment and beauty (accounting for more than 20%). Pharmacies and drugstores are the places most customers come to buy health supplements. Gender and purpose of using health supplements are two factors that affect the intention to buy this products. The more knowledge people have about health supplements, the less they intend to buy this product again. **Keywords:** health supplements, Vinh Long, purchase intention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Thực phẩm bảo vệ sức khỏe là sản phẩm được chế biến dưới dạng viên nang, viên hoàn, viên nén, cao, cốm, bột, lỏng và các dạng chế biến khác có chứa một hoặc hỗn hợp của các chất sau đây: vitamin, khoáng chất, axit amin, axit béo, enzym, probiotic và chất có hoạt tính sinh học khác; hoạt chất sinh học có nguồn gốc tự nhiên từ động vật, chất khoáng và nguồn gốc thực vật ở các dạng như chiết xuất, phân lập, cô đặc và chuyển hóa” [1]. Tại Việt Nam hiện nay, sau sự bùng nổ của đại dịch Covid 19, nhiều người dân cũng đã quan tâm về sức khỏe của bản thân và quan tâm nhiều hơn đối với những thực phẩm hỗ trợ sức khỏe như “Thực phẩm bảo vệ sức khỏe”. Theo nghiên cứu của Akhter ali vào năm 2019 tại Pakistan có chỉ khoảng 20% số người được hỏi biết về thực phẩm bảo vệ sức

¹Sở Y tế Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phục Hưng

Email: nphung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

khỏe trong khi 32% không biết về thực phẩm bảo vệ sức khỏe [7]. Trên thị trường hiện nay có nhiều sản phẩm TPBVSK không cung cấp đầy đủ thông tin thành phần hoạt chất, trong những thành phần chưa được cung cấp hay giấu đi có thể có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe người dùng nhưng không được biết đến. Trong khi đây là những sản phẩm người dân có thể tự mua và sử dụng mà không cần tư vấn của bác sĩ do không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh. Thêm vào đó, nhiều doanh nghiệp vì lợi nhuận đã đưa ra thị trường nhiều loại sản phẩm kém chất lượng và không có tác dụng đối với sức khỏe người sử dụng [3]. Tỉnh Vĩnh Long cũng đang là một trong số tỉnh đang phát triển, do đó vấn đề chăm sóc sức khỏe của người dân tại thành phố này đã và đang được chú trọng rất nhiều. Việc đánh giá thực trạng mua TPBVSK và phân tích các yếu tố liên quan đến người tiêu dùng thực phẩm bảo vệ sức khỏe sẽ rất hữu ích cho nhà quản lý tại tỉnh Vĩnh Long đưa ra các biện pháp quản lý và biện pháp tuyên truyền hiệu quả hơn về TPBVSK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng. Người dân từ đủ 18 tuổi trở lên, có ý định mua hoặc đã mua TPBVSK tại các nhà thuốc/quầy thuốc trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người dân đã từng dùng hoặc đang dùng TPBVSK tại các nhà thuốc/quầy thuốc trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long từ đủ 18 tuổi trở lên và tự nguyện, đồng ý tham gia khảo sát.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người không hoàn thành đủ nội dung phiếu khảo sát, người không có đủ khả năng nhận thức đối với bộ câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng (mô tả cắt ngang).

2.2.2. Cỡ mẫu: được ước tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ của quần thể:

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

Trong đó: n: kích cỡ mẫu nghiên cứu

α : xác suất sai lầm loại 1 (chọn $\alpha = 0,05$)

Z: trị số từ phân phối chuẩn (với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$)

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,05$

p: tỷ lệ người tiêu dùng đã từng dùng hoặc đang dùng TPBVSK và có ý định mua TPBVSK trong tương lai. Chọn $p = 0,5$ do chưa có nghiên

cứu nào tại Việt Nam thực hiện về vấn đề này.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2}$$

Vậy, cỡ mẫu ước tính là 384,2 người tiêu dùng. Làm tròn thành 385. Chia tỉ lệ mẫu cho 8 huyện/ thị xã/ thành phố trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long. Nghĩa là, mỗi huyện/ thị xã/ thành phố sẽ chọn 48-49 người tiêu dùng.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Do nghiên cứu được thực hiện trên nhóm người tiêu dùng đến mua thuốc tại các nhà thuốc/ quầy thuốc nên quy mô tổng thể là không xác định. Vì vấn đề đó, khung mẫu khó có thể thiết lập. Chính vì thế, nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu cả khối bằng cách chia tổng thể thành nhiều khối khác nhau, với mỗi khối là một nhà thuốc/ quầy thuốc thuộc địa bàn tỉnh Vĩnh Long.

Bước 1: Trích lọc danh sách các nhà thuốc/ quầy thuốc đang trong trạng thái hoạt động thuộc địa bàn tỉnh Vĩnh Long.

Bước 2: Chọn ngẫu nhiên các nhà thuốc/ quầy thuốc trong danh sách nhà thuốc/ quầy thuốc đang hoạt động trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long bằng sự hỗ trợ của phần mềm EXCEL 2016. Nếu chủ nhà thuốc/ quầy thuốc cho phép, nghiên cứu sẽ được tiến hành tại các địa điểm đó.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu. Về thực trạng sử dụng TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023

- Thực trạng sử dụng TPBVSK được nghiên cứu thông qua các nội dung:

+ Thông tin về việc bệnh lý của người mua TPBVSK.

+ Nguồn thông tin để biết đến TPBVSK.

+ Mục đích sử dụng TPBVSK.

+ Địa điểm mua TPBVSK.

Về phân tích một số yếu tố nhân khẩu học liên quan đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023

- Đánh giá các yếu tố liên quan đến của người tiêu dùng đối với TPBVSK, bao gồm các yếu tố:

+ Nhóm tuổi.

+ Giới tính.

+ Trình độ học vấn.

+ Nghề nghiệp.

+ Tình hình sức khỏe hiện tại.

+ Mục đích mua TPBVSK.

+ Địa điểm mua TPBVSK

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập bằng Excel 2016 và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- Phân tích xác định các nội dung nghiên cứu

về đánh giá kiến thức của người tiêu dùng đối với TPBVSK dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%); các yếu tố liên quan đến kiến thức được xác định với tỷ số chênh (OR), khoảng tin cậy 95% của OR và kiểm định χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được lấy để xem xét sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sử dụng TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023

Bảng 3.1. Thông tin về việc bệnh lý của người mua TPBVSK

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Có	112	29,1
Không	273	70,9

Nhận xét: Bảng 3.1 đã cho ta thấy rằng hầu hết mọi người không có bệnh lý chiếm tỷ lệ cao hơn (70,9%) so với người không có bệnh lý chiếm (1,3%).

Bảng 3.2. Nguồn thông tin để biết đến TPBVSK

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Từ người thân, bạn bè, đồng nghiệp hoặc hàng xóm	127	19,6
Từ người bán thuốc tại các nhà thuốc/ quầy thuốc	118	18,3
Từ chuyên gia y tế (bác sĩ/dược sĩ)	168	26,0
Từ internet	109	16,9
Sách, báo, tạp chí	66	10,2
Truyền hình, phát thanh	56	8,7
Khác	2	0,3

Nhận xét: Bảng 3.2 đã cho ta thấy mọi người biết đến TPBVSK từ chuyên gia y tế (bác

sĩ/dược sĩ) chiếm tỷ lệ cao nhất (26%) so với nhóm còn lại.

Bảng 3.3. Mục đích sử dụng TPBVSK

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Hỗ trợ điều trị bệnh	91	23,6
Giảm cân	6	1,6
Làm đẹp	83	21,6
Tăng cường miễn dịch	94	24,4
Phòng bệnh	24	6,2
Hỗ trợ tiêu hóa	8	2,1
Chống lão hóa	26	6,8
Tăng cường sinh lực	9	2,3
Giảm cholesterol	3	0,8
Hạ huyết áp	0	0,0
Dưỡng não, bổ não	32	8,3
Khác	9	2,3

Nhận xét: Bảng 3.3 đã cho ta thấy người mua TPBVSK với mục đích tăng cường miễn dịch và hỗ trợ điều trị bệnh chiếm tỷ lệ cao lần lượt là (24,4% và 23,6%). Còn lại mục đích khác chiếm tỷ lệ ít hơn.

Bảng 3.4. Địa điểm mua TPBVSK

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhà thuốc/ quầy thuốc	304	79,0
Đặt mua trên mạng	42	10,9
Siêu thị, cửa hàng bán lẻ	19	4,9
Khác	20	5,2

Nhận xét: bảng 3.4 đã cho ta thấy người mua TPBVSK ở nhà thuốc/ quầy thuốc chiếm tỷ lệ cao (79%). Tiếp đến là đặt trên mạng: siêu thị, cửa hàng bán lẻ, khác chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,9%; 4,9% và 5,2%.

3.2. Kết quả phân tích một số yếu tố nhân khẩu học liên quan đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023

Bảng 3.5. Các yếu tố liên quan đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng

Yếu tố	Phân nhóm	Ý định mua		P value
		Không (1-3 điểm)	Có (trên 3 điểm)	
Nhóm tuổi	Nhỏ hơn hoặc bằng 30 tuổi	42 (28,0)	108 (72,0)	0,075
	Từ 31 đến 40 tuổi	28 (22,6)	96 (77,4)	
	Từ 41 đến 50 tuổi	33 (39,3)	51 (60,7)	
	Trên 50 tuổi	8 (29,6)	19 (70,4)	
Giới tính	Nam	37 (42,5)	50 (57,5)	0,001
	Nữ	74 (24,8)	224 (75,2)	
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	84 (29,0)	206 (71,0)	0,078
	Trung học	25 (26,9)	68 (73,1)	
	Thấp hơn trung học	2 (100)	0 (0)	
Thu nhập	Dưới 3 triệu /tháng	17 (31,5)	37 (68,5)	0,645
	Từ 3 triệu-10 triệu/tháng	82 (27,7)	214 (72,3)	
	Trên 10 triệu /tháng	12 (34,3)	23 (65,7)	
Nghề nghiệp	Sinh viên	4 (23,5)	13 (76,5)	0,146
	Công nhân	1 (12,5)	7 (87,5)	

	Nông dân	0 (0)	1 (100)	
	Làm việc tự do (freelance)	8 (24,2)	25 (75,8)	
	Kinh doanh	16 (30,2)	37 (69,8)	
	Nhân viên văn phòng	13 (17,8)	60 (82,2)	
	Khác	69 (34,5)	131 (65,5)	
Sức khỏe hiện tại	Có bệnh	36 (32,1)	76 (67,9)	0,358
	Không bệnh	75 (27,5)	198 (72,5)	
	Không	2 (40)	3 (60)	
Mục đích sử dụng TPBVSK	Hỗ trợ điều trị bệnh	36 (39,6)	55 (60,4)	0,008
	Giảm cân	4 (66,7)	2 (33,3)	
	Làm đẹp	18 (21,7)	65 (78,3)	
	Tăng cường miễn dịch	23 (24,5)	71 (75,5)	
	Phòng bệnh	7 (29,2)	17 (70,8)	
	Hỗ trợ tiêu hóa	4 (50)	4 (50)	
	Chống lão hóa	5 (19,2)	21 (80,8)	
	Tăng cường sinh lực	2 (22,2)	7 (77,8)	
	Giảm cholesterol	3 (100)	0 (0)	
	Hạ huyết áp	0 (0)	0 (0)	
	Dưỡng não, bổ não	7 (21,9)	25 (78,1)	
	Khác	2 (22,2)	7 (77,8)	
Địa điểm mua TPBVSK	Nhà thuốc/ quầy thuốc	89 (29,3)	215 (70,7)	0,577
	Đặt mua trên mạng	12 (28,6)	30 (71,4)	
	Siêu thị, cửa hàng bán lẻ	3 (15,8)	16 (84,2)	
	Khác	7 (35,0)	13 (65,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới có ý định mua TPBVSK (75,2%) cao hơn so với nam giới (57,5%) ($p=0,001$). Người sử dụng TPBVSK với mục đích chống lão hóa có ý định mua lại sản phẩm chiếm 80,8% cao hơn so với các nhóm còn lại ($p=0,008$), nhưng với mục đích tăng cường miễn dịch và làm đẹp lại có số lượng cao nhất lần lượt là 71 và 65.

Bảng 3.6. Sự tương quan giữa điểm kiến thức và ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng

Spearman'rho	Số lượng (N)	Y định mua
Điểm kiến thức thực tế qua khảo sát	R	-0,335
	Sig.	0,000
	N	385

Nhận xét: Có sự tương quan nghịch và yếu giữa điểm kiến thức và ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng ($R= -0,335$, $p<0,001$). Có nghĩa là những người có kiến thức càng cao về TPBVSK sẽ càng ít có ý định mua lại sản phẩm này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng sử dụng TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023. Thông tin về việc bệnh lý của người mua TPBVSK sau nghiên cứu đã chỉ ra rằng, phần lớn những người tìm đến TPBVSK là người khỏe mạnh (chiếm hơn 70%). Với phương châm phòng bệnh hơn chữa bệnh, người

tiêu dùng ngày nay rất quan tâm đến các sản phẩm giúp gia tăng sức đề kháng cho bản thân và gia đình, vì vậy kết quả thu được là phù hợp. Nguồn thông tin để người tiêu dùng biết đến TPBVSK đến nhiều nhất để từ sự tư vấn, giới thiệu của các chuyên gia y tế (26%), trong khi một số khác được gợi ý từ những người thân cận như bạn bè hoặc đồng nghiệp (19,6%). Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà lại chỉ ra rằng, truyền thông xã hội có tác động tích cực đến người tiêu dùng với mức trung bình >4.0 [2]. Giữa thời đại thông tin nhanh như hiện nay, sự hiểu biết của khách hàng ngày càng cao, họ luôn tìm đến những nguồn thông tin uy tín, những KOL có chuyên môn và tầm ảnh hưởng nhất định trên truyền thông. Rất nhiều những bác sĩ, dược sĩ đã được nhiều người biết đến và tin tưởng vào kiến thức của họ. Các nhà thuốc, chuỗi cửa hàng cũng tham gia và làm truyền thông để công chúng biết đến rộng rãi hơn. Đây vừa là cơ hội vừa là thách thức cho các sản phẩm TPBVSK chiếm được niềm tin của khách hàng. Người tiêu dùng sử dụng các TPBVSK nhằm tăng cường hệ miễn dịch (24,4%) chiếm tỷ lệ cao nhất sau khảo sát, kể đến là mục đích hỗ trợ điều trị bệnh và làm đẹp (chiếm tỷ lệ lần lượt 23,6% và 21,6%). Đa số người tham gia khảo sát chọn đến quầy thuốc và nhà thuốc để tìm mua TPBVSK (79%), chỉ một số ít người đặt mua qua mạng (10,9%) hoặc đến siêu thị và cửa

hàng bán lẻ (4,9%). Kết quả này khác với một nghiên cứu về tính tin cậy chất lượng thương hiệu, nhân tố được đồng thuận cao nhất là "sự tin tưởng vào nhà bán lẻ trực tuyến khi mua MPCSD", tiếp đến là nhân tố "Tôi tin tưởng vào chất lượng của MPCSD tại các quầy thuốc, nhà thuốc" và "Tôi tin tưởng khi mua MPCSD tại các cửa hàng mỹ phẩm uy tín" cũng được nhiều khách hàng tham gia khảo sát bình chọn [4]. Trên thực tế, đối với các sản phẩm TPBVSK hiện nay, người tiêu dùng luôn có xu hướng tìm đến các cửa hàng uy tín, họ đặt niềm tin khá lớn vào các quầy thuốc, nhà thuốc do tin rằng các cơ sở này đã được thẩm định nghiêm ngặt trong quá trình hoạt động, và do đó các sản phẩm sẽ có nguồn gốc rõ ràng, chất lượng đảm bảo.

4.2. Về phân tích các yếu tố nhân khẩu học liên quan đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023. Tất cả các nhóm tuổi được khảo sát đều có tỷ lệ cao khách hàng quyết định mua TPBVSK (hơn 60%), trong đó tỷ lệ mua TPBVSK ở nhóm tuổi từ 31 đến 40 có kết quả cao nhất (77,4%). Khi nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua sản phẩm trị nám của phụ nữ tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021, tác giả Huỳnh Thanh Tú đã xác định được 05 yếu tố quan trọng ảnh hưởng mạnh nhất đến ý định của khách hàng, trong đó cũng xuất hiện yếu tố độ tuổi của khách hàng. [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nữ giới chiếm đa số hơn nam giới về số lượng và quyết định mua lại TPBVSK (hơn 75%) đây cũng là yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng ($P < 0,05$). Trong đa số các đề tài nghiên cứu về mua hàng, nữ giới luôn chiếm số lượng lớn hơn nam giới. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà về yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua thực phẩm chức năng (nay là TPBVSK) tại Đà Nẵng, nữ chiếm 63,4% [2], và nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy nữ cũng chiếm 55,3% [4]. Do từ lâu nữ giới luôn là người mua sắm trong gia đình, đồng thời đây cũng là đối tượng chăm lo sức khỏe cho các thành viên khác, nên việc chiếm đa số trong việc mua sắm thực TPBVSK là điều dễ hiểu.

Mục đích sử dụng TPBVSK là một yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua loại sản phẩm này. Đa số người tiêu dùng tham gia khảo sát trong đề tài mua lại TPBVSK với mục đích tăng cường sức khỏe hiện tại, hay vì ngoại hình. Điển hình các mục đích được sử dụng nhiều nhất là tăng cường miễn dịch (71), làm đẹp (65), chống lão hóa (chiếm 80%), ít có người tiêu dùng mua vì mục

đích điều trị bệnh hay vì bệnh lý. Do TPBVSK không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh, đồng thời kiến thức của người dân về TPBVSK ngày một cao nên việc dùng sản phẩm này cho bệnh lý hay điều trị bệnh đã được giảm đáng kể. Người tiêu dùng chỉ có ý định mua khi cần tăng cường sức khỏe hay mục đích thẩm mỹ.

Theo một nghiên cứu của Asgarnezhad Nouri Bagher khi phân tích nhân tố thích hợp với dữ liệu nghiên cứu, Farideh Salati và Mohammad Ghaffar năm 2018 cho rằng kiến thức người tiêu dùng có ảnh hưởng đến ý định mua sản phẩm thực phẩm bảo vệ sức khỏe [8]. Ngày nay người tiêu dùng đang dần trở nên quen thuộc với TPBVSK và hiểu biết về các sản phẩm cũng được nâng cao đáng kể. Đồng thời kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6 cũng cho thấy sự tương quan về ý định mua và kiến thức người tiêu dùng có sự tương quan nghịch, tức là người tiêu dùng càng có nhiều kiến thức về loại sản phẩm này, lại càng ít có ý định mua.

Trong tương lai, TPBVSK vẫn có thể tiếp tục chiếm lĩnh phần lớn thị trường y tế. Các nhà sản xuất cần trú trọng hơn nữa về phát triển quy mô và cải thiện chất lượng sản phẩm, đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của khách hàng. Bên cạnh đó, việc nghiên cứu tiếp cận thị trường để khám phá các yếu tố có sức ảnh hưởng khác để nắm bắt thị hiếu và nhu cầu khách hàng nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm lẫn khả năng cạnh tranh là hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Có đến hơn 70% những người tiêu dùng tìm đến TPBVSK là người khỏe mạnh. Sự tư vấn, giới thiệu của các chuyên gia y tế chiếm 26% trong các nguồn thông tin về TPBVSK cho người tiêu dùng, một số khác được gợi ý từ những người thân cận như bạn bè hoặc đồng nghiệp (19,6%). Người tiêu dùng sử dụng các TPBVSK nhằm tăng cường hệ miễn dịch và trợ điều trị bệnh và làm đẹp (chiếm tỷ lệ hơn 20%). Quầy thuốc và nhà thuốc là nơi được đông đảo khách hàng đến để tìm mua TPBVSK (79%), chỉ một số ít người đặt mua qua mạng (10,9%).

Giới tính và mục đích sử dụng TPBVSK là hai yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua TPBVSK của người tiêu dùng trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long. Đặc biệt người có kiến thức càng cao về TPBVSK sẽ càng ít có ý định mua lại sản phẩm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2014), "Thông tư quy định về quản lý thực phẩm chức năng", Thông tư số: 43/2014/TT-

- BYT, ban hành ngày 24/11/2014.
- Nguyễn Thị Thu Hà** (2015), Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua thực phẩm chức năng của người tiêu dùng tại Đà Nẵng, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Đà Nẵng.
 - Hiệp hội Thực phẩm chức năng Việt Nam** (2022), Rà soát công tác quản lý thị trường thực phẩm chức năng, [Internet], 24/01/2017, [truy cập ngày 10/6/2022]
 - Nguyễn Phục Hưng** (2023), Đánh giá tác động của một số nhân tố đến ý định mua lặp lại mỹ phẩm chăm sóc da bằng phân tích hồi quy tuyến tính đa biến của người tiêu dùng trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2022-2023, Tạp chí Y Dược Cần Thơ, pp...
 - Nguyễn Thu Thủy** (2022), Các nhân tố ảnh hưởng tới ý định mua thực phẩm chức năng ngoại nhập, Tạp chí Quản lý và Kinh tế quốc tế, 146(1), tr. 102-120.
 - Huỳnh Thanh Tú, Trần Văn Tuấn** (2021), Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định mua lặp lại sản phẩm trị nám của phụ nữ tại thành phố Hồ Chí Minh, HCMCOUJS-Kinh tế và quản trị kinh doanh, 16(2), 17-29. DOI: 10.46223/ HCMCOUJS.econ.vi.16.2.1323.2021
 - Akhter Ali, Dil Bahadur Rahut** (2019), Research Article Healthy Foods as Proxy for Functional Foods: Consumers' Awareness, Perception, and Demand for Natural Functional Foods in Pakistan.
 - Asgarnezhad Nouri Bagher, Farideh Salati and Mohammad Ghaffari** (2018). Factors Affecting Intention to Purchase Organic Food Products Among Iranian Consumers. Academy of Marketing Studies Journal, 22(3).

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SẮP XẾP DÂY MÔ TRONG NGHIÊN CỨU CÁC DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH Ở U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA

Tạ Hồng Hải Đăng¹, Ngô Thúy Hòa², Lê Thị Uyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả của một số dấu ấn khi nhuộm hóa mô miễn dịch bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô với kỹ thuật truyền thống tại Khoa giải phẫu bệnh – tế bào, Bệnh viện K cơ sở Quán Sứ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân ULTBLLT đã được chẩn đoán tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô và kỹ thuật truyền thống lần lượt có tỷ lệ bộc lộ với các dấu ấn là tương đương nhau, sự khác biệt rất ít ở dấu ấn CD20 và MUM-1; trong 30 trường hợp u lympho tế bào B lớn lan tỏa, tỉ lệ dưới tip không tâm mầm chiếm tỉ lệ 76,7%. **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ bộc lộ dấu ấn CD20, CD79a, CD10, BCL6 và Ki67 giữa kỹ thuật sắp xếp dây mô với kỹ thuật truyền thống ($p > 0,05$). DLBCL – nGCB chiếm tỷ lệ cao tới 76,7% và DLBCL – GCB chiếm 23,3%. Kỹ thuật sắp xếp dây mô có thể xem xét ứng dụng trong các labo Giải phẫu bệnh để thực hiện trong những nghiên cứu mà vẫn đảm bảo tính chính xác của kết quả. **Từ khóa:** sắp xếp dây mô, u lympho tế bào B lớn lan tỏa.

SUMMARY

APPLICATION OF TISSUE MICROARRAY TECHNIQUE FOR RESEARCH IMMUNOHISTOCHEMICAL IN LARGE B-CELL LYMPHASIS

Objective: Comparing the results of some markers when immunohistochemical staining using the tissue microarray technique with traditional techniques at the Department of Pathology, Hospital K Quan Su. **Subject and method:** A descriptive, cross-sectional study has been conducted on 30 patients with DLBCL who were surgically treated and pathologically diagnosed at the K hospital. **Result:** IHC staining using tissue microarray and traditional techniques had similar rates of revealing markers, with very little difference in markers CD20 and MUM-1; in 30 cases of lymphoma. diffuse large B cells, the proportion under the germinal center type is 76.7%. **Conclusion:** There was no statistically significant difference between the rate of expression of CD20, CD79a, CD10, BCL6 and Ki67 markers between the tissue micorarray technique and the traditional technique ($p > 0.05$). DLBCL – nGCB accounts for as high as 76.7% and DLBCL – GCB accounts for 23.3%. Tissue sequencing techniques can be considered for application in pathology laboratories to perform research while still ensuring the accuracy of results.

Keywords: tissue microarray, Diffuse Large B Cell Lymphoma – DLBCL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) 2008, u lymphô tế bào B lớn lan tỏa là thực thể thường gặp nhất của ULATKH, chiếm tỷ lệ 30-40% toàn bộ bệnh lý này. Tuy nhiên, thực thể này có nhiều biến thể và phân nhóm, trong đó chủ yếu là u lymphô tế bào B lớn lan tỏa (ULBLLT) chiếm 80-85% trường hợp; còn lại 15-20% trường hợp là các u lymphô tế bào B lớn khác¹. ULBLLT là một chẩn đoán loại trừ, áp dụng cho các u lympho không Hodgkin tế bào

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Hồng Hải Đăng

Email: tahaidang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

lớn lan tỏa mà không xếp được và bất kì một dưới nhóm đặc hiệu nào khác bệnh có thể nguyên phát hoặc chuyển dạng từ các u lympho tế bào độ thấp, biểu hiện tại hạch hoặc ngoài hạch. Sự công nhận và phân loại các phân típ u lympho đã và vẫn còn là vấn đề khó khăn². Việc nhuộm HMMD để định típ chính xác ULTBLLT là vô cùng quan trọng. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch được sử dụng phổ biến là: CD20, CD79a (các dấu ấn dòng tế bào B bộc lộ đi kèm sự tăng sinh quần thể lympho bào nhân lớn không có khía và lympho bào chuyển dạng dạng có kích thước bằng hoặc lớn hơn đại thực bào); CD10, BCL-6 và MUM-1 (Sự bộc lộ của 3 kháng nguyên này thay thế cho đặc điểm phân tử đã được sử dụng để phân loại ULTBLLT thành 3 nhóm: nhóm tâm mầm (CD10+ hoặc CD10-, BCL-6+, MUM-1 -) và nhóm không tâm mầm hay nhóm tế bào B hoạt động hay nhóm sau tâm mầm (CD10 -, BCL-6 +/-, MUM-1+); Ki67 (là một kháng nguyên nhân được bộc lộ trong chu kỳ tế bào. Phần trăm các tế bào bộc lộ Ki67 phản ánh tỉ lệ tế bào u có hoạt động phân bào. Ý nghĩ tiên lượng của sự bộc lộ Ki67 được xác định trong nhiều loại u khác nhau)^{3,4}.

Kỹ thuật sắp xếp dãy mô đã được một số nước trên thế giới như Mỹ, Australia,... sử dụng từ nhiều năm trước trong nghiên cứu. Ở Việt Nam, một số cơ sở giải phẫu bệnh tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh đã sử dụng kỹ thuật này trong nghiên cứu HMMD nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về các yếu tố liên quan và chất lượng của xét nghiệm khi sử dụng kỹ thuật sắp xếp dãy mô trong xét nghiệm đánh giá tình trạng bộc lộ các dấu ấn trong ULTBLLT so với xét nghiệm HMMD truyền thống.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về các yếu tố liên quan và chất lượng của xét nghiệm khi sử dụng kỹ thuật sắp xếp dãy mô trong xét nghiệm đánh giá các dấu ấn HMMD phân loại ULTBLLT so với xét nghiệm HMMD truyền thống. Để giải đáp những câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ mô đệm/u trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng và nhận xét một số mối liên quan giữa tỷ lệ mô đệm/u với một số đặc điểm mô bệnh học.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 30 trường hợp ULTBLLT đã được chẩn đoán tại Bệnh viện K, thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ giai đoạn từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023..

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, có chủ đích.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn miễn dịch (CD20, CD79a, CD10, BCL-6, MUM-1, Ki-67) trên các tiêu bản sử dụng kỹ thuật sắp xếp dãy mô và trên các tiêu bản nhuộm mẫu mô nguyên vẹn

Quy trình nghiên cứu:

- Thu thập tất cả các mẫu block và tiêu bản HE, HMMD của các bệnh nhân có trong danh sách mẫu đạt tiêu chuẩn lựa chọn.

- Tiến hành kỹ thuật sắp xếp dãy mô với các mẫu bệnh phẩm đã chọn để nghiên cứu. Các mẫu bệnh phẩm được đặt vào các lỗ trên khối nền trắng theo sơ đồ các vị trí đã mã hóa.

- Tiến hành cắt và nhuộm tiêu bản theo quy trình đã được cài đặt sẵn của hãng Ventana:

- Cách tính điểm nhuộm HMMD CD20, CD79a, CD10, BCL-6, MUM-1 từ 0 đến 3(+) dựa vào đậm độ bắt màu trên 10% tế bào ung thư theo tiêu chuẩn sau:

0 : Hoàn toàn không bắt màu

1(+): không có hoặc màng bào tương dương tính dưới 10% tế bào u.

2(+): Toàn bộ màng tế bào bắt màu trung bình từ 10-30 % tế bào u.

3(+): Toàn bộ màng tế bào bắt màu đậm được quan sát thấy trên 30% TB u

Đọc KQ: 0: âm tính; 1(+), 2(+), 3(+): Dương tính

- Tỷ lệ Ki-67 dương tính được tính bằng số tế bào u dương tính với Ki67 trên tổng số tế bào u.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm IPSS 22.0

- Áp dụng test χ^2 để so sánh hai hoặc nhiều tỷ lệ, tính giá trị p. Áp dụng Fisher's Exact test cho các trường hợp có tần số mong đợi < 5. Các phép so sánh có p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khi phân tích bệnh phẩm từ 30 bệnh nhân, thu được kết quả sau:

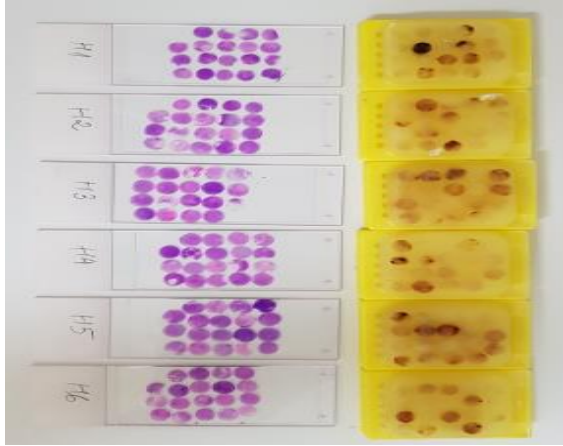
3.1. So sánh kết quả nhuộm HMMD bằng sắp xếp dãy mô và kỹ thuật truyền thống

Bảng 1. So sánh tỷ lệ bộc lộ dấu ấn qua phương pháp nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dãy mô với kỹ thuật truyền thống

STT	Marker (-)	Kỹ thuật truyền thống	Kỹ thuật sắp xếp dãy mô	p
-----	------------	-----------------------	-------------------------	---

		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	CD20	30	100	29	96,7	>0.05
2	CD79a	29	96,7	29	96,7	1
3	CD10	6	20	6	20	1
4	BCL-6	14	50	14	50	1
5	MUM-1	22	73	21	70	>0.05

Nhận xét: Nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô và kỹ thuật truyền thống lần lượt có tỷ lệ bộc lộ với các dấu ấn là tương đương nhau, sự khác biệt rất ít ở dấu ấn CD20 và MUM-1, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$



Hình 1. Tiêu bản nhuộm H&E đôi sánh với tiêu bản HMMD



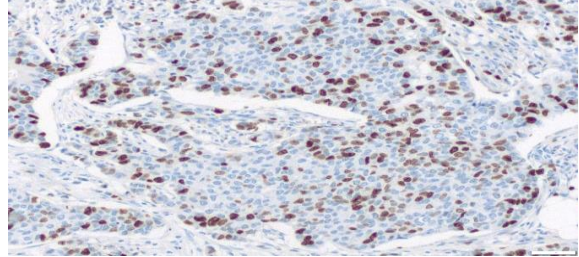
Hình 2. Các mẫu thực hiện bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô

Bảng 2. So sánh mức độ bộc lộ Ki67 qua phương pháp nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô miễn với kỹ thuật truyền thống

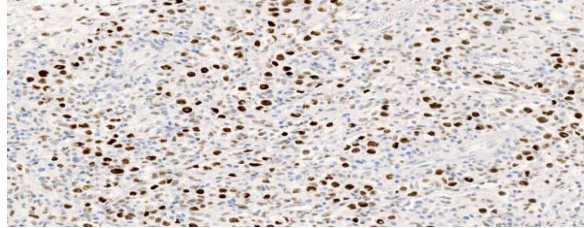
ST T	Ki67	Kỹ thuật truyền thống		Kỹ thuật sắp xếp dây mô		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	Ki67 < 70%	7	23,3	7	23,3	1
2	Ki67 ≥ 70%	23	76,7	23	76,7	
Tổng		30	100	30	100	

1	Ki67 < 70%	7	23,3	7	23,3	1
2	Ki67 ≥ 70%	23	76,7	23	76,7	
Tổng		30	100	30	100	

Nhận xét: Ở dấu ấn Ki67, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ bộc lộ khi nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô và kỹ thuật truyền thống.



Hình 3. Hình ảnh Ki67 độ phóng đại x100



Hình 4. Hình ảnh BCL6 độ phóng đại x100

3.2. Phân bố dưới typ theo HMMD

Bảng 3. Phân bố dưới typ theo HMMD

Dưới typ	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
DLBCL-GCB	7	23,3
DLBCL-nGCB	23	76,7

Nhận xét: trong 30 trường hợp u lympho tế bào B lớn lan tỏa, tỉ lệ dưới típ không tâm mầm chiếm tỉ lệ 76,7%

Bảng 4. Sự bộc lộ của các dấu ấn HMMD dưới typ DLBCL – GCB

Marker		N (dương tính)	Tỷ lệ (%)
CD20		7	100
CD79a		7	100
CD10		5	71,4
BCL6		7	100
Mum1		2	42
Ki67	Ki67 < 70%	2	28,5
	Ki67 ≥ 70%	5	71,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi. CD20 và CD79a dương tính ở tất cả trường hợp DLBCL – GCB. CD10 dương tính trong 71,45% trường hợp giúp khẳng định chẩn đoán, âm tính trong 28,6% trường hợp được chẩn đoán DLBCL – GCB. Bcl-6 dương tính trong 100% trong đó MUM-1 âm tính 58% có giá trị chẩn đoán DLBCL

– GCB. 71,5% trường hợp DLBCL – GCB có Ki-67 dương tính > 70%.

Bảng 5. Sự bộc lộ của các dấu ấn HMMD dưới typ DLBCL – nGCB

Marker	N (dương tính)	Tỷ lệ (%)
CD20	22	95,6
CD79a	23	100
CD10	1	5
BCL6	7	30
Mum1	19	82,6
Ki67	Ki67<70%	5
	Ki67≥70%	18

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi. CD20 và CD79a dương tính ở tất cả trường hợp DLBCL – nGCB. CD10 dương tính trong 5. Bcl-6 âm tính trong 70% trường hợp giúp khẳng định chẩn đoán, dương tính trong 30% trường hợp được chẩn đoán DLBCL – nGCB. MUM-1 dương tính 82,6% và Bcl-6 dương tính 30% có giá trị chẩn đoán DLBCL – nGCB. 78,5% trường hợp DLBCL – GCB có Ki-67 dương tính > 70%.

IV. BÀN LUẬN

Có thể thấy rằng, các quy trình kỹ thuật để thực hiện được phương pháp nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô cũng như kỹ thuật thông thường trong nghiên cứu này đã được thực hiện bài bản, đảm bảo các yêu cầu, tiêu chuẩn kỹ thuật để có thể đáp ứng được mục đích cuối cùng là đưa ra được nhận định kết quả chính xác nhất cho người bệnh.

Thực tế trong quy trình thực hiện kỹ thuật sắp xếp dây mô hiện nay, việc chiết các lõi mô hình trụ từ các khối bệnh phẩm hiện đang được kỹ thuật viên thực hiện bằng tay do chưa trang bị được trang thiết bị đảm bảo yêu cầu. Điều này là một nét khác nhất so với kỹ thuật sắp xếp dây mô đang được thực hiện trên thế giới. Trên thế giới, để tiến hành thực hiện kỹ thuật sắp xếp dây mô chính xác nhất thiết cần các trang thiết bị để lấy mẫu mô, tập trung trên một khối nền. Thiết bị thường được sử dụng là máy lấy mẫu mô (Tissue arrayer). Thiết bị này cho phép lấy lõi mẫu mô với nhiều kích thước khác nhau: 0,6mm, 1mm, 1,5mm, 2mm, 3mm, 4mm. Tùy thuộc vào kích thước lõi mẫu mô cần lấy mà ta sử dụng đầu lấy mẫu mô cho phù hợp. Do vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi mới đang tiến hành lấy được đầu sinh thiết da có đường kính 0,5cm và trên một tiêu bản hiện chỉ đặt được 20 mẫu. Trong khi, một nghiên cứu khác trên thế giới đã chỉ ra, họ đã thường xuyên sử dụng sinh thiết lõi đường kính chỉ có 0,6mm và khoảng cách giữa

các lõi trong tiêu bản chỉ là 0,8mm. Với sự sắp xếp như vậy, trong một khu vực tiêu bản có kích thước 45x25mm, có thể sắp đặt được tối đa lên tới 1000 lõi, nhưng các tác giả hiện chỉ thường đặt từ 400-800 lõi. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, việc sử dụng đầu chiết lớn hơn có thể gây ảnh hưởng xấu đến các khối mô ban đầu và đồng thời, làm giảm đáng kể số lượng mẫu vật có thể sắp xếp: chỉ có khoảng 100-150 lõi có đường kính 2mm có thể đặt được trong một khối TMA. Ngược lại, việc giảm kích thước xuống khoảng 0,4mm có thể cho phép sắp xếp được lên tới khoảng 2500 mẫu trong một khối TMA³. Đây cũng là một hạn chế mà bản thân nghiên cứu mắc phải trong quá trình thực hiện, tuy nhiên, hạn chế này khó khắc phục được do chưa có máy lấy mẫu phù hợp.

Ngoài ra, trong quá trình thực hiện, nhận thấy phương pháp HMMD có tồn tại song song cả ưu điểm và nhược điểm. Ưu điểm của phương pháp này là, có thể làm nhiều mẫu bệnh phẩm cùng 1 lúc, cùng 1 điều kiện làm xét nghiệm nên sẽ đánh giá được chính xác kết quả khi so sánh các mẫu với nhau. Ngoài ra, nó còn có thể giúp tiết kiệm hóa chất, vật tư tiêu hao khi làm xét nghiệm (lam kính,, lamén,...): trong đề tài: sử dụng lõi 5mm, 19 mẫu xét nghiệm trong 1 block sắp xếp dây mô nên sẽ tiết kiệm được hóa chất nhuộm là 1/19 lần so với làm bình thường. Từ đây có thể giúp giảm bớt một phần, tuy là rất nhỏ về gánh nặng tổng chi phí điều trị của bệnh nhân ung thư. Do thực tế, chúng ta đều biết, để điều trị các loại bệnh tật nói chung và đặc biệt ung thư nói riêng, người bệnh phải tốn chi phí rất lớn bởi vì đây là bệnh cần có thời gian điều trị dài và phí dành cho hóa chất, các phương pháp điều trị lại khá đắt đỏ. Một con số chỉ ra, chỉ sau khoảng 12 tháng điều trị, có đến 34% bệnh nhân không đủ tiền mua thuốc điều trị sau 12 tháng phát hiện bệnh, 22% không thể thanh toán chi phí đi lại, 24% không đủ khả năng chi trả chi phí thường xuyên trong gia đình. 41% người bệnh sống sót sau một năm điều trị phải đối mặt với hệ lụy tài chính nặng nề. Bởi vậy, ưu điểm của phương pháp nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dây mô có thể đem lại ý nghĩa nhân văn rất lớn với người bệnh. Ngoài ra, một số nghiên cứu tại nước ngoài khác cũng đã chỉ ra, TMA có ưu điểm có thể khảo sát nhiều mẫu cùng một thời điểm, tiết kiệm thời gian và chi phí, do đó, kỹ thuật này có tiềm năng lớn trong xác định, phát hiện các gen và protein, là công cụ sàng lọc đối với một số bệnh hoặc để định type cụ thể trong bệnh. Nishizuka và cộng sự đã

sàng lọc các dòng tế bào sử dụng TMA để xác định gen Villin và Moesin có thể sử dụng để phân biệt đại tràng với Adenocarcinoma ở buồng trứng. Việc xác định các dấu ấn sinh học bằng kỹ thuật TMA còn có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh, như tác giả Khanna và cộng sự đã chứng minh được sự biểu hiện Ezrin cao có liên quan đến di căn sớm và tiên lượng kém. Cũng như vậy, Fong và cộng sự đã sử dụng TMA trong nghiên cứu sự biểu hiện của TROP2 trong ung thư biểu mô tế bào vảy của khoang miệng cho thấy sự biểu hiện quá mức của TROP2 có ý nghĩa đáng kể với thời gian sống thêm của bệnh nhân⁶

Nhược điểm thực tế của kỹ thuật này đó là sự không đáng tin cậy của nhuộm hóa mô miễn dịch. Thực chất, HMMD là xét nghiệm có độ nhạy, độ đặc hiệu cao, tuy vậy phụ thuộc rất nhiều các yếu tố xung quanh. Từ hóa chất, sinh phẩm, cho tới kỹ thuật viên đều đòi hỏi sự trọn vẹn. Trong quá trình nhuộm, kỹ thuật viên phải nắm vững kiến thức về nhuộm HMMD để kiểm soát được tất cả yếu tố ảnh hưởng đến quá trình kỹ thuật để đảm bảo chất lượng của tiêu bản nhuộm. Trong quá trình thực hiện, có một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến phương pháp nhuộm HMMD bằng kỹ thuật sắp xếp dãy mô, đó là: lấy bệnh phẩm không đạt yêu cầu; cố định bệnh phẩm chưa đúng kỹ thuật (bệnh phẩm không được cố định ngay sau khi lấy, chất cố định không thích hợp, bệnh phẩm pha quá dày, làm giập nát bệnh phẩm, thời gian cố định chưa đảm bảo); Bộc lộ kháng nguyên chưa đúng kỹ thuật (dung dịch bộc lộ không đảm bảo do không đúng tỷ lệ, hết hạn sử dụng, thời gian bộc lộ quá ngắn gây dương tính yếu hay âm tính giả hoặc quá dài gây tiêu bản bị nền, nhiệt độ bộc lộ không phù hợp); Nhuộm nhân quá nhạt không có sự tương phản màu hoặc quá đậm làm che lấp mất một số kháng nguyên dương tính yếu,...⁶

U lympho tế bào lớn lan tỏa là mộtтип u lympho tế bào tiến triển nhanh đặc trưng mô học bởi sự tăng sinh các tế bào u có nguồn gốc từ tế bào, kích thước nhân lớn hoặc bằng mô bào, phát triển lan tỏa, làтип mô học thường gặp nhất trong u lympho, chiếm khoảng 30-40% u lympho không Hodgkin ở người lớn trên toàn thế giới¹, Nghiên cứu của Sharon và cộng sự trên 160 trường hợp cho thấy tỉ lệ dướiтип tâm mầm chiếm 45%, dướiтип không tâm mầm chiếm 55%. Nghiên cứu của Hans và cộng sự trên 152 bệnh nhân cho thấy tỉ lệ dưới nhóm không tâm mầm là 58% cao hơn so với dưới nhóm tâm mầm là 42%⁸ các nghiên cứu này đều có kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Trước

một trường hợp tổn thương nghi ngờ u lympho tế bào lớn, việc định dòng tế bào hết sức quan trọng để xác định tế bào thuộc dòng B chúng tôi sử dụng 2 dấu ấn miễn dịch là CD20 và CD79a, Hầu hết các trường hợp ULTBLLT đều bộc lộ dấu ấn CD20 tuy nhiên có một tỉ lệ nhỏ âm tính, các trường hợp này đều bộc lộ dấu ấn CD79a; bộ 3 dấu ấn dùng để định dướiтип tâm mầm và không tâm mầm của ULTBLLT theo sơ đồ Hans là CD10 và BCL6 là các dấu ấn dòng tâm mầm, bộc lộ đồng thời trong u lympho Burkitt và dương tính với một số trường hợp ULTBLLT(CD10 dương tính khoảng 20-30%; BCL6 dương tính khoảng 50-70% khi sử dụng cut-off là 30% tế bào u dương tính. MUM1 là một yếu tố phiên mã biểu hiện trong bước cuối cùng của quá trình biệt hóa tế bào trong tâm mầm và trong tế bào hậu tâm mầm, bộc lộ ở tương bào và nhóm nhỏ tập con tế bào tâm mầm. Ki67 là một kháng nguyên nhân được bộc lộ trong chu kỳ tế bào. Phần trăm các tế bào bộc lộ Ki67 phản ánh tỉ lệ tế bào u có hoạt động phân bào. Ý nghĩa tiên lượng của sự bộc lộ Ki67 được xác định trong nhiều loại u khác nhau, tuy nhiên trong ULTBLLT thì còn đang được tranh luận. Một số nghiên cứu cho thấy bộc lộ Ki-67 cao là yếu tố tiên lượng xấu trong khi đó một số khác thấy mối liên quan giữa chỉ số Ki-67 thấp và hiệu quả điều trị xấu hơn; một số khác không tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số Ki-67 và tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ bộc lộ dấu ấn CD20, CD79a, CD10, BCL6 và Ki67 giữa kỹ thuật sắp xếp dãy mô với kỹ thuật truyền thống ($p > 0,05$);

- Sử dụng công thức của Hans, DLBCL – nGCB chiếm tỉ lệ cao tới 76,7% và DLBCL – GCB chiếm 23,3%

- Kỹ thuật sắp xếp dãy mô có thể xem xét ứng dụng trong các labo Giải phẫu bệnh để thực hiện trong những nghiên cứu mà vẫn đảm bảo tính chính xác của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library.
2. **Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., et al.** (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer, 136 (5), E359-E386.
3. **Phạm Văn Tuyển, Đoàn Minh Khuy, Nguyễn Văn Hưng, Lê Đình Roanh,** Nghiên cứu đặc điểm hóa mô miễn dịch trong u lympho không

hodgkin lan tỏa tế bào lớn Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 12-2017 ập 461, số đặc biệt: 160-166.

- Phạm Văn Tuyên**, Nghiên cứu phân loại u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B theo WHO 2008, luận án tiến sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2021.
- Fisher SG, Fisher RI**. The epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma Oncogene. 2004;23 (38):6524-6534. doi:10.1038/sj.onc.1207843.
- Nguyễn Thị Thu Hương**, Ứng dụng kỹ thuật sắp xếp dây mô trong nghiên cứu các dấu ấn ER, PR, Her2, Ki67 ở bệnh nhân ung thư vú, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội. Published online 2019.

THIẾT LẬP QUY TRÌNH ASO-PCR PHÁT HIỆN ĐỘT BIẾN TRÊN VÙNG KHỞI ĐỘNG GEN TERT Ở BỆNH NHÂN U THẦN KINH ĐỆM

Lương Bắc An¹, Dương Bích Trâm¹, Hoàng Anh Vũ¹

TÓM TẮT

Mở đầu: U thần kinh đệm là nhóm bệnh lí thường gặp trong u não ác tính nguyên phát tại hệ thần kinh trung tâm, chiếm khoảng 75% tổng số trường hợp u não ác tính nguyên phát. Những biến đổi di truyền trên vùng khởi động gen TERT xảy ra ở 70% - 80% bệnh nhân u thần kinh đệm, cho thấy vai trò then chốt của gen TERT trong quá trình phát sinh ung thư. Xác định đột biến trên gen TERT rất cần thiết và đang được tích hợp vào trong qui trình chẩn đoán phân loại u thần kinh đệm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu quy trình ASO-PCR SYBR Green phát hiện đột biến c.-146C>T từ mẫu DNA của bệnh nhân u thần kinh đệm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thiết kế cặp mồi và thiết lập điều kiện phản ứng ASO-PCR SYBR Green phát hiện đột biến c.-146C>T. Giá trị của phương pháp được so sánh với phương pháp giải trình tự Sanger. **Kết quả:** Thiết kế cặp mồi và thiết lập được điều kiện tối ưu cho phản ứng ASO-PCR SYBR Green phát hiện đột biến c.-146C>T. Kết quả đột biến được kiểm chứng lại bằng phương pháp giải trình tự Sanger có sự tương đồng là 100%. **Kết luận:** Nghiên cứu thiết lập thành công qui trình ASO-PCR SYBR Green xác định đột biến c.-146C>T. **Từ khóa:** U thần kinh đệm, TERT, c.-146C>T, ASO-PCR.

SUMMARY

ESTABLISHMENT OF THE DETECTION OF TERT PROMOTER MUTATIONS IN GLIOMAS BY USING ASO-PCR

Introduction: Gliomas is one of the most frequent types of primary malignant tumors in the central nervous system (CNS), accounting for 75% of all primary malignant brain tumors. The alterations in the TERT promoter have been reported in 70% to 80% of gliomas, suggesting a pivotal role in oncogenesis. The identification of TERT mutations is essential and is currently integrated into gliomas diagnostic procedures. **Objective:** To study the ASO-SYBR Green PCR procedure for detecting the c.-

146C>T mutation in DNA obtained from patients with gliomas. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. Designing specific primers and optimizing the ASO-PCR conditions to detect c.-146C>T mutation. The procedure were validated by the Sanger sequencing. **Results:** Successfully designed primers and optimized the ASO- SYBR Green PCR procedure to detect c.-146C>T mutation. The c.-146C>T mutation results showed 100% concordance with Sanger sequencing results. **Conclusion:** The successful optimization of the c.-146C>T mutation detection approach by ASO- SYBR Green PCR. **Keywords:** Glioblastoma, TERT, c.-146C>T, ASO-PCR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh đệm (gliomas) đứng thứ 3 trong các nguyên nhân ung thư gây tử vong ở lứa tuổi trung niên và là nguyên nhân gây tử vong thứ 2 ở trẻ em. Khối u não ác tính nguyên phát chiếm khoảng 2% ung thư các cơ quan khác nhưng để lại hậu quả rất lớn như di chứng nặng, tử vong cao. Tỷ lệ mắc u thần kinh đệm trong các khối u não là 2 – 3/100.000 người trưởng thành, và chiếm khoảng 52% tất cả các khối u não nguyên phát [1]. U thần kinh đệm có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên 75% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh dưới 20 tuổi (một số nghiên cứu có ngưỡng là 16 tuổi), tỷ lệ mắc bệnh cao nhất nằm ở độ tuổi từ 5 đến 9 tuổi. Thời gian sống thêm của bệnh nhân nếu không điều trị thường chỉ vài tháng kể từ khi chẩn đoán. Nếu được điều trị thích hợp thì 37% bệnh nhân sống sót sau 1 năm, 20% sống sót sau 2 năm và 13% sau 3 năm [2].

Những đột biến vùng khởi động gen TERT xảy ra chủ yếu ở vị trí -124 bp và -146 bp từ ATG tại vùng đầu của vùng khởi động gen TERT, tạo các liên kết với các yếu tố phiên mã gồm EST1/2, GABP, P52 (Nfkb2), dẫn đến tăng biểu hiện telomerase, có thể do sự sao chép các yếu tố di truyền [3]. Đột biến vùng khởi động gen TERT chiếm tỷ lệ cao trong u thần kinh đệm và trên nhiều loại ung thư, cho thấy vai trò quan trọng của telomerase trong sự phát triển của khối u và

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Bắc An

Email: luongbacan1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024

duy trì khối u. Tình trạng đột biến vùng khởi động gen TERT trong u thần kinh đệm trở thành một yếu tố tiên lượng quan trọng [4]. Trong khối u, nếu có sự hiện diện đột biến vùng khởi động gen TERT, tăng hoạt động quá trình phiên mã, làm thuốc temozolomide không có tác dụng điều trị u. Đột biến vùng khởi động gen TERT đồng thời với đột biến gen IDH1 xác định một kiểu hình u thần kinh ít nhánh, tiên lượng tốt nhất cho bệnh nhân có các khối u [5].

Đột biến gen TERT có thể phát hiện bằng các phương pháp giải trình tự. Tuy nhiên, những phương pháp này đòi hỏi qui trình kĩ thuật phức tạp, tốn nhiều thời gian và chi phí cao. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi bước đầu thiết lập qui trình ASO-PCR. Sử dụng đoạn mã bắt đặc hiệu với vị trí đột biến, nghiên cứu còn bổ sung trình tự khoá là đoạn oligonucleotide chỉnh sửa đầu 3' được thiết kế khoá các đoạn trình tự không chứa đột biến. Khi phản ứng PCR xảy ra, các đoạn trình tự này khoá sẽ lai lên các phân tử DNA không chứa đột biến (wild type), từ đó phản ứng PCR sẽ tập trung khuếch đại các phân

tử DNA có mang đột biến và giảm được khả năng các cặp mồi bám không đặc hiệu vào các phân tử DNA không mang đột biến, giúp tăng khả năng phát hiện các đột biến có tần suất thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu này được thực hiện trên 30 mẫu DNA của bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh đệm. Kết quả đột biến vùng khởi động gen TERT các mẫu DNA được phát hiện bằng kỹ thuật giải trình tự Sanger, là tiêu chuẩn vàng được sử dụng xác định đột biến gen.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế mồi: Mồi được thiết kế nhận diện vị trí xác định đột biến c.-146C>T trên vùng khởi động của gen TERT (NG_009265). Gen chứng nội được chúng tôi sử dụng là gen G6PD (NG_009015). Đoạn oligo blocker được thiết kế nhằm khoá các phân tử trình tự DNA không chứa đột biến biến c.-146C>T. Tên và trình tự các cặp mồi được liệt kê chi tiết trong (bảng 1).

Bảng 1. Trình tự mồi phát hiện đột biến c.-146C>T

TT	Tên mồi	Trình tự (5'-3')	Tm (oC)	Kích thước PCR (bp)
1	ANTERT-B	CTCCCGGGTCCCCGGC-PO4	71,4	100
2	ANTERT-F	GGACTGGGGACCCGGGCA	66,1	
3	ANTERT-R	CGCGCCGCGAGGAGAGGG	66,7	
4	ANTERT-146T	GCCCCGTCCCCGACCCCGT	64,3	
5	AN-G6PD-F	CATCTTCCACCAGCAGTGCAAGC	65,3	178
6	AN-G6PD-R	CCCACTGCTCCTTCTCTGTAGG	65,8	

Giải trình tự Sanger: Vùng khởi động gen TERT được chúng tôi khuếch đại bằng cặp mồi ANTERT-F và ANTERT-R với bộ kit Takara Taq™ HotStart Polymerase (TakaraBio, Nhật Bản). Vùng gen được khuếch đại thông qua chu trình nhiệt gồm biến tính ở 98°C trong 3 phút, 40 chu kì khuếch đại gồm: 98°C trong 10 giây, 62°C trong 30 giây và 72°C trong 40 giây, cuối cùng là 1 chu kì kéo dài tại 72°C trong 2 phút. Kiểm tra sản phẩm PCR bằng điện di trên thạch agarose 2% có thuốc nhuộm GelRed và quan sát với hệ thống chụp ảnh điện di GelDoc-It™ (UVP, Mỹ). Sản phẩm PCR được tinh sạch bằng bộ kit ExoSAP-IT™ PCR Product Cleanup Reagent (Thermo Scientific, Mỹ) để loại bỏ các đoạn mồi còn dư sau phản ứng. Sản phẩm sau tinh sạch được tiến hành giải trình tự theo 2 chiều sử dụng bộ kit BigDye Terminator V3.1 và điện di mao quản trên hệ thống ABI 3500 Genetic Analyzer (ABI, Mỹ). Kết quả giải trình tự được phân tích bằng phần mềm CLC Mainwork Bench (QIA, Đức) với trình tự gen tham chiếu TERT (NG_009265).

Quy trình multiplex ASO-PCR SYBR Green:

Quy trình ASO-PCR được thực hiện bằng bộ kit TB Green Premix Ex Taq II (TakaraBio, Nhật Bản).

Bảng 2. Thành phần phản ứng multiplex ASO-PCR SYBR Green

Thành phần	Thể tích (µl)	Nồng độ phản ứng
SYBR Green 2X	10	1 X
Primer ANTERT-R (10µM)	0,6	300 nM
Primer ANTERT-146T (10µM)	0,6	300 nM
Primer AN-G6PD-F (10µM)	0,4	200 nM
Primer AN-G6PD-R (10µM)	0,4	200 nM
Blocker ANTERT-B	1	500 nM
DNA	2	50-100 ng
H ₂ O	3,4	Vừa đủ 20ul

Chu trình luân nhiệt và đọc tín hiệu huỳnh quang được thực hiện trong hệ thống máy QuantStudio 5 Realtime PCR system (Applied Biosystem, Mỹ). Chu kì nhiệt: khởi đầu tại 95°C trong 1 phút; tiếp theo với 40 chu kì lặp lại các bước: 95°C trong 15 giây, 62°C trong 50 giây, ghi

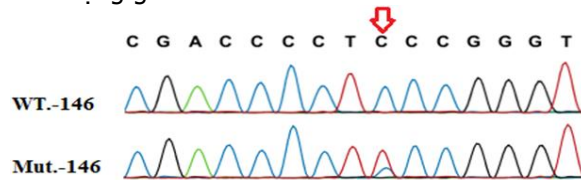
nhận tín hiệu huỳnh quang ngay sau bước này. Nhiệt độ melting curve: 98°C trong 15 giây, nhiệt độ từ 65°C trong 15 giây sau tăng dần lên 98°C trong vòng 20 phút. Cuối cùng là bước 98°C trong 15 giây.

2.4. Ý đức của nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận của hội đồng ý đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (316/HĐĐĐ-ĐHYD Ngày 14 tháng 3 năm 2022).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thiết kế mồi. Cặp mồi được chúng tôi thiết kế bằng phần mềm CLC Main Workbench 5.5. Mỗi ANTERT-146T được thiết kế và chỉnh sửa đầu 3' thành nucleotide T nhằm bắt đặc hiệu cho đột biến c.-146C>T, ngoài ra để giảm khả năng bắt không đặc hiệu tại vị trí khác, chúng tôi cũng thay đổi nucleotide ở vị trí c.-147C thành nucleotide G. Kích thước khuếch đại là 100bp. Do có sự khác biệt về nucleotide tại đầu 3' của mỗi mồi nên khi mẫu DNA không có đột biến c.-146C>T sẽ không xuất hiện sản phẩm PCR. Ngoài ra, để tăng độ nhạy của phản ứng, chúng tôi cũng thiết kế thêm trình tự oligo blocker giúp khoá các trình tự DNA không mang đột biến tại vị trí c.-146C>T. Trình tự blocker ANTERT-B có đặc điểm tại đầu 3' được xử lí gắn gốc PO₄, khiến enzyme Polymerase không kéo dài được. Ngoài ra, chúng tôi thiết kế thêm cặp mồi AN-G6PD-F/R làm chứng nội chạy trong cùng 1 phản ứng; kích thước khuếch đại là 178bp.

3.2. Kết quả giải trình tự Sanger. Trong 30 mẫu DNA của bệnh nhân u thần kinh đệm được tiến hành giải trình tự Sanger, chúng tôi ghi nhận được 9 mẫu có mang đột biến c.-146C>T. Mẫu có xuất hiện sóng T tại vị trí c.-146 là các mẫu mang đột biến (hình 1). Ngoài ra, chúng tôi có ghi nhận 3 trường hợp mang đột biến c.-124C>T (không trình bày số liệu). Các mẫu DNA còn lại không mang đột biến trên vùng khởi động gen TERT.

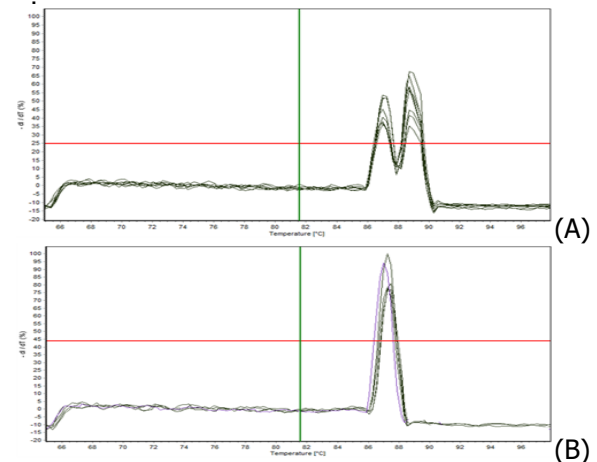


Hình 1. Kết quả giải trình tự vùng khởi động gen TERT

3.3. Kết quả multiplex ASO-PCR SYBR Green. Thiết kế mồi cho thấy sản phẩm ở các mẫu mang đột biến c.-146C>T cho 2 đỉnh nhiệt độ chảy của 2 sản phẩm khuếch đại khác nhau. Trong khi đó, các mẫu không mang đột biến sẽ

xuất hiện 1 đỉnh nhiệt độ chảy của sản phẩm chứng nội. Phân tích biểu đồ đường cong nóng chảy cho thấy, đối với phản ứng sử dụng DNA mang đột biến c.-146C>T, cặp mồi ANTERT-146T/R cho sản phẩm khuếch đại có kích thước là 100 bp và thành phần %GC trong trình tự khuếch đại là 81,3%; tương đương với điểm nóng chảy là 88,8°C. Cặp mồi AN-G6PD-F/R cho sản phẩm khuếch đại có kích thước là 178 bp và thành phần %GC trong trình tự khuếch đại là 58,4%; tương đương có điểm nóng chảy tại 87,1°C. Kết quả phân tích đường cong chảy xuất hiện 2 đỉnh chảy tương ứng với 2 sản phẩm PCR xuất hiện trong phản ứng. Tuy 2 điểm nóng chảy gần nhau, kết quả hình đường cong chảy vẫn cho 2 đỉnh sóng rõ ràng.

Tương tự, đối với mẫu DNA âm tính với kiểu gen đột biến c.-146C>T. Kết quả chỉ xuất hiện duy nhất 1 đỉnh chảy duy nhất tại 87,1°C ứng với sản phẩm khuếch đại từ cặp mồi chứng nội. Kết luận, cặp mồi chứng nội hoạt động tốt, cặp mồi ANTERT-146T/R không bắt nhầm vào vị trí khác trong bộ gen người và phân biệt được chính xác đột biến c.-146C>T.



Hình 2. Các mẫu DNA mang đột biến (A) và không mang đột biến (B) c.-146C>T

Khi thực hiện chạy đồng thời 30 mẫu DNA, kết quả phân tích đường cong nóng chảy cho kết quả gồm nhiều đỉnh sóng khác nhau chồng lên nhau tại nhiệt độ 88,8°C và 87,1°C (hình 2A). Ngược lại, các mẫu DNA không mang đột biến c.-146C>T thì các đỉnh sóng sẽ hội tụ tại một đỉnh duy nhất tại nhiệt độ 87,1°C (hình 2B). Ngoài ra, kết quả đột biến của 30 mẫu DNA bằng qui trình ASO- PCR SYBR Green và phương pháp giải trình tự Sanger cho kết quả tương đồng 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong u thần kinh đệm, đột biến vùng khởi

động gen TERT được phát hiện với tỷ lệ cao và là một yếu tố tiên lượng độc lập hoặc kết hợp với các yếu tố khác như đột biến gen IDH1 và tình trạng đồng mất đoạn nhiễm sắc thể 1p/19q để phân bệnh nhân thành 5 nhóm bệnh với tiên lượng khác nhau. Hơn nữa đột biến vùng khởi động gen TERT cũng ảnh hưởng đến kết quả đáp ứng với điều trị [5]. Trong khối u, nếu có sự hiện diện đột biến vùng khởi động gen TERT, tăng hoạt động quá trình phiên mã, làm thuốc temozolomide không có tác dụng điều trị [6].

Đột biến gen trên vùng promoter của gen TERT có thể xác định bằng nhiều phương pháp khác nhau như giải trình tự Sanger, giải trình tự thế hệ mới và dPCR (digital PCR). Trong đó, giải trình tự Sanger được xem là tiêu chuẩn vàng để phát hiện đột biến. Tuy nhiên, các phương pháp này tốn nhiều chi phí và cần nhiều thời gian thực hiện. Hiện nay, phương pháp PCR (với các biến thể của PCR) được xem là tối ưu về chi phí và thời gian. Ngoài ra, một số nghiên cứu đã cho thấy được độ nhạy của phương pháp PCR có thể phát hiện được các đột biến có tần suất thấp. Cụ thể, nghiên cứu của Barbano và cộng sự đã khảo sát được khả năng phát hiện đột biến V600 của gen BRAF tại tần suất 1% [7]. Trong nghiên cứu của Cristin và cộng sự cũng phát hiện các đột biến của gen EGFR tại ngưỡng tần suất 0,5% [8]. Ngoài ra, đột biến của TERT promoter còn phát hiện bằng phương pháp ASO-PCR trong mẫu nước tiểu của bệnh nhân ung thư bàng quang [9].

Trong nghiên cứu này được chúng tôi thiết lập một qui trình ASO-PCR có bổ sung trình tự đoạn khoá (blocker) các trình tự DNA wild type sẽ giúp phát hiện các đột biến có tần suất thấp và hạn chế sự bắt không đặc hiệu của môi. Với thiết kế phản ứng realtime PCR dưới dạng multiplex kết hợp môi chứng nội và môi phát hiện đột biến c.146C>T, điều đó giúp tránh trường hợp âm tính giả do thao tác kỹ thuật hoặc chất lượng hoá chất sử dụng trong phản ứng, tiết kiệm được chi phí hoá chất. Từ đó, khiến chi phí phù hợp để có thể triển khai rộng rãi trong môi trường xét nghiệm của bệnh viện hoặc các đơn vị xét nghiệm sinh học phân tử. Ngoài ra, kĩ thuật ASO-PCR không chỉ phục vụ phát hiện đột biến TERT trong bệnh lí u thần kinh đệm mà còn có thể sử dụng trong các bệnh lí ung thư khác.

Hạn chế của nghiên cứu là quy trình mới được thiết lập và tối ưu các thông số cơ bản, chưa thực hiện chạy trên lượng mẫu lớn để đánh giá tính ổn định của qui trình. Ngoài ra, nghiên

cứu còn chưa khảo sát được ngưỡng tần suất đột biến thấp nhất có thể mà qui trình có thể phát hiện được.

Tuy nhiên, nghiên cứu đã bước đầu tối ưu hoá thành công được quy trình ASO-PCR phát hiện đột biến c.-146C>T góp phần nâng cao tiên đề chăm sóc sức khoẻ cho bệnh nhân, hạn chế phụ thuộc vào các bộ kit nước ngoài, giảm giá thành sản phẩm, đáp ứng được nhu cầu làm xét nghiệm di truyền sinh học phân tử tại Việt Nam hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã thiết kế cặp môi phát hiện đúng đột biến c.-146C>T và cặp môi gen chứng nội G6PD. Chúng tôi thiết lập được điều kiện phản ứng multiplex ASO-PCR SYBR Green nhằm phát hiện đột biến c.-146C>T. Sự tương đồng về xác định kết quả đột biến giữa phương pháp multiplex ASO-PCR SYBR Green và giải trình tự Sanger là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yuan Y., Qi C., Maling G., et al. (2016). TERT mutation in glioma: Frequency, prognosis and risk. *J Clin Neurosci*, 26, 57–62.
2. Janssens G.O., Jansen M.H., Lauwers S.J., et al. (2013). Hypofractionation vs Conventional Radiation Therapy for Newly Diagnosed Diffuse Intrinsic Pontine Glioma: A Matched-Cohort Analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 85(2), 315–320.
3. Huse J.T. (2015). TERT promoter mutation designates biologically aggressive primary glioblastoma. *Neuro-Oncol*, 17(1), 5–6.
4. Otsuji K., Sasaki T., Tanabe M., et al. (2021). Droplet-digital PCR reveals frequent mutations in TERT promoter region in breast fibroadenomas and phyllodes tumours, irrespective of the presence of MED12 mutations. *Br J Cancer*, 124(2), 466–473.
5. Eckel-Passow J.E., Lachance D.H., Molinaro A.M., et al. (2015). Glioma Groups Based on 1p/19q, IDH, and TERT Promoter Mutations in Tumors. *N Engl J Med*, 372(26), 2499–2508.
6. Mosrati M.A., Malmström A., Lysiak M., et al. (2015). TERT promoter mutations and polymorphisms as prognostic factors in primary glioblastoma. *Oncotarget*, 6(18), 16663–16673.
7. Barbano R., Pasculli B., Coco M., et al. (2015). Competitive allele-specific TaqMan PCR (Cast-PCR) is a sensitive, specific and fast method for BRAF V600 mutation detection in Melanoma patients. *Sci Rep*, 5.
8. Roma C., Esposito C., Rachiglio A.M., et al. (2013). Detection of EGFR Mutations by TaqMan Mutation Detection Assays Powered by Competitive Allele-Specific TaqMan PCR Technology. *BioMed Res Int*, 2013.
9. Wang K., Liu T., Ge N., et al. (2014). TERT promoter mutations are associated with distant metastases in upper tract urothelial carcinomas and serve as urinary biomarkers detected by a sensitive castPCR. *Oncotarget*, 5(23), 12428–12439.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Hoàng Hà¹, Dương Văn Sướng¹,
Phạm Đức Trung¹, Phạm Thị Quyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh lý thường gặp. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị VPMPCD nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị VPMPCD ở người lớn và một số mối liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. Đối tượng là bệnh nhân (BN) VPMPCD người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên từ 01/01/2023 đến 30/03/2023. Cỡ mẫu chọn toàn bộ. Nghiên cứu thu được 82 BN đủ tiêu chuẩn. **Kết quả và bàn luận:** BN nhóm tuổi > 65 tuổi nhiều nhất, chiếm tỷ lệ là 67,1%. BN Nam giới chiếm 54,9%. BN có triệu chứng hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%. Triệu chứng đau ngực gặp 58,5%. BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc chiếm 34,1%, BN có tăng BCDNTT chiếm 78,0%, có tăng ure máu chiếm 32,9%. Hình ảnh Xquang có tổn thương đa thùy chiếm 35,4%. Điểm CURB 65 từ 0 – 1 chiếm 17,1%. Kết quả điều trị tốt chiếm 86,6%. Các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị kém lần lượt là BN có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB 65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các $p < 0,05$ và $0,01$. **Kết luận:** Viêm phổi cộng đồng mắc phải ở người lớn thường gặp ở người cao tuổi. Triệu chứng cơ năng điển hình là ho, sốt, khó thở, đau ngực, ran nổ, ran ẩm, hội chứng đông đặc. Yếu tố liên quan rõ rệt tới kết quả điều trị kém là bệnh nhân có CURB 65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy.

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, CURB 65, Bệnh viện phổi Thái Nguyên, tổn thương đa thùy.

SUMMARY

CLINICAL, PARA-CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ADULTS AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

Background: Community-acquired pneumonia (CAP) is a common disease. Nowadays, although there have been many advances in the diagnosis and treatment of CAP, the mortality rate is still high. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics, treatment results of CAP in adults and some relevances. **Methods:** Descriptive study.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 16.4.2024

Subjects are adult CAP patients treated at Thai Nguyen Hospital from January 1, 2023 to March 30, 2023. Sample size is the whole population.

Results and discussions: the study included 82 eligible patients. The largest percentage of patients was in the age group > 65 years old with 67.1%. 54.9% of the sample were male. Common symptoms were cough, difficulty breathing and fever, comprising 95.1%, 85.4% and 85.4%, respectively. While 78% of patients had increased neutrophils, more than half showed the symptoms of chest pain and rales in the lungs followed by consolidation syndrome (34.1%), and increased blood urea (32.9%). X-ray images showing multilobe lesions accounted for 35.4%. The percentage of patients with CURB 65 score from 0 - 1 point was only 17.1%. 86.6% of patients showed positive treatment results. Factors related to poor treatment results are patients with symptoms of chest pain, difficulty breathing, CURB65 scores from 2 - 5 points, lung X-ray with multilobe lesions and increased blood urea with $p < 0.05$ and 0.01 . **Conclusions:** Community-acquired pneumonia in adults is common in elderly people >65 years old. Typical symptoms are cough, fever, difficulty breathing, crackles, and freezing syndrome. There was a great correlation between poor treatment results and patients with CURB 65 of 2 - 5 points, and Chest X-ray with multilobe lesions. **Keywords:** Community-acquired pneumonia, CURB 65, Thai Nguyen Lung Hospital, multilobar lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh lý hô hấp thường gặp nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Bệnh cảnh lâm sàng VPMPCD ở nhiều mức độ khác nhau, từ những ca bệnh nhẹ có thể điều trị ngoại trú đến các ca bệnh nặng với suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ VPMPCD trên thế giới dao động từ 1,5-14/1.000 người. Ở Việt Nam, VPMPCD là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi [1]. Theo thống kê tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 bệnh viêm phổi chiếm 9,57%, đứng hàng thứ tư sau các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), lao, ung thư phổi. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người,

đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [3].

Hiện nay, các bệnh viện phổi đang có xu hướng tăng thu nhận bệnh nhân (BN) VPMPCTĐ, giảm các thể bệnh phổi khác như lao, COVID 19... Bệnh viện phổi Thái Nguyên gần đây cũng thu nhận nhiều hơn số BN VPMPCTĐ. Nghiên cứu (NC) đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị VPMPCTĐ tại bệnh viện này là khá mới, các kết quả sẽ có ý nghĩa nhằm áp dụng thực tiễn tại cơ sở. Chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên năm 2023.*

2. *Phân tích mối liên quan giữa kết quả điều trị với một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở đối tượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng là bệnh nhân VPMPCTĐ người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên.

- **Tiêu chuẩn chọn:** BN được chẩn đoán xác định VPMPCTĐ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (BYT) [1].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các BN mắc bệnh kèm theo HIV, ung thư, lao phổi, COVID 19. BN không hợp tác NC.

- Thời gian NC từ 01/01/2023 đến 30/03/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu: NC mô tả

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ, thu nhận được 82 BN đủ tiêu chuẩn.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Nhóm chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VPMPCTĐ: tuổi, giới, tiền sử bệnh, và ... các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm máu, XQ phổi, kết quả điều trị.

- Nhóm chỉ tiêu các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi, giới, ho, đau ngực, khó thở, sốt, ran nổ, CURB65, XQ phổi chuẩn, số lượng bạch cầu, ure, kết quả điều trị, số ngày điều trị.

2.4. Tiêu chuẩn, kỹ thuật trong nghiên cứu: - Chẩn đoán và điều trị BN theo hướng dẫn của BYT [1].

- Tuổi chia thành hai nhóm: > 65 tuổi và ≤ 65 tuổi

- Nghiện rượu là BN uống khoảng 80g rượu mỗi ngày trong thời gian ít nhất 1 năm trước đó.

- Hút thuốc lá BN hút thuốc lá > 10 điếu/ngày, ít nhất trong 1 năm trước đó.

- Chẩn đoán các bệnh lý kèm theo như BPTNMT, giãn phế quản, hen phế quản, suy tim, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh mạch máu não, bệnh gan đều do các bác sĩ chuyên khoa khám, xét nghiệm và kết luận chẩn đoán.

- Sốt là thân nhiệt ≥ 37,5⁰C đo bằng nhiệt kế thủy ngân, chia làm 4 mức độ theo hằng số sinh lý người Việt Nam: Sốt nhẹ (37,5 - 38,0⁰C); Sốt vừa (>38,0 - <39,0⁰C); Sốt cao (≥39⁰C) và Hạ thân (≤36⁰C).

- Số lượng bạch cầu: >10 G/l là tăng, 4-10 G/l là bình thường.

- Điểm CURB65 theo BYT [1]: từ 0 - 1 điểm là nhẹ; từ 2 - 5 điểm là trung bình và nặng.

- Tổn thương XQ phổi được nhận định: một thùy phổi; đa thùy phổi; không phát hiện tổn thương.

- Kết quả điều trị: Tốt là BN khỏi bệnh; Kém là BN tăng nặng, chuyển tuyến

2.5. Phương pháp thu thập xử lý số liệu:

Thông tin khám hỏi bệnh được ghi vào bệnh án nghiên cứu mẫu. Số liệu nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. So sánh mối liên quan bằng các tỷ lệ % và thuật toán khi bình phương, với p<0,05 là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Hồ sơ nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên, chấp thuận của Bệnh viện phổi Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung và tiền sử

Đặc điểm		Bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm chung	Tuổi trung bình	70,24 ± 14,35	
	Nhóm tuổi >65	55	67,1
	Nam giới	45	54,9
	Dân tộc thiểu số	18	22,0
	Nghề nông nghiệp	46	56,1
Tiền sử	Sử dụng rượu	37	45,1
	Hút thuốc lá	13	15,9
Tiền sử bệnh	Không có	2	2,4
	Suy thận	13	15,9
	Suy tim	27	32,9
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	24	29,3
	Hen phế quản	16	19,5
	Đái tháo đường	11	13,4
	Tai biến mạch máu não	8	9,8

Nhận xét: BN nhóm tuổi > 65 tuổi nhiều nhất, chiếm tỷ lệ là 67,1%. BN nam chiếm 54,9%. BN có tiền sử có hút thuốc là 15,9%. BN có tiền sử uống rượu chiếm khá cao, là 45,1%. Nhóm

bệnh nhân suy tim chiếm cao nhất 32,9%; BPTNMT 29,3%; hen phế quản chiếm 19,5%; suy thận chiếm 15,9%; đái tháo đường chiếm 13,4%. Tai biến mạch máu não chiếm 9,8%. Nhóm BN không có tiền sử mắc bệnh chiếm rất ít 2,4%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

Triệu chứng		Bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Cơ năng	Ho	78	95,1
	Khó thở	70	85,4
	Sốt	70	85,4
	Đau ngực	48	58,5
	Ho ra máu	6	7,3
	Có triệu chứng > 1 tuần	62	75,6
Thực thể	Ran ẩm, ran nổ	45	54,9
	Có hội chứng đông đặc	28	34,1
	Có hội chứng 3 giảm	6	7,3
Xét nghiệm	Bạch cầu ĐNTT > 10 G/l	64	78,0
	Ure máu tăng	27	32,9
XQ	Tổn thương một thùy	12	14,6
	Tổn thương đa thùy	29	35,4
	Tràn dịch màng phổi	10	12,2
CURB65	0 -1 điểm	14	17,1
Kết quả điều trị	Ngày điều trị trung bình	11,9 ± 2,36, min 5, max 19	
	Kết quả điều trị tốt	71	86,6

Nhận xét: BN có triệu chứng hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%, triệu chứng đau ngực gặp khá nhiều là 58,5%. BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc chiếm 34,1%, hội chứng 3 giảm chiếm 7,3%. BN có tăng BCĐNTT chiếm cao là 78,0%, tăng ure máu chiếm 32,9%. Hình ảnh XQ phổi có tổn thương đa thùy chiếm đáng kể là 35,4%. Điểm CURB 65 từ 0 – 1 điểm chiếm ít là 17,1%. Số ngày điều trị trung bình là 11,9 ± 2,36 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày. Kết quả điều trị tốt chiếm 86,6%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Các yếu tố	Kết quả điều trị		Kém		Tốt		p
	(n=11)	(%)	(n=71)	(%)	(n=71)	(%)	
Tuổi > 65	8	72,7	47	66,2	>0,05		
Giới Nam	5	45,5	40	56,3	>0,05		
Béo phì	2	18,2	6	8,5	>0,05		
Có ho	9	81,8	67	94,4	>0,05		
Đau ngực	9	81,8	25	35,2	<0,01		
Khó thở	6	54,5	8	11,3	<0,01		
Sốt	11	100,0	59	83,1	>0,05		

Ran nổ	8	72,7	37	52,1	>0,05
RRFN giảm	7	63,6	34	47,9	>0,05
CURB 65 2-5 điểm	8	72,7	17	23,9	<0,01
XQ tổn thương đa thùy	8	72,7	21	29,6	<0,01
BC tăng	11	100,0	53	74,6	>0,05
Ure tăng	7	63,6	20	24,4	<0,05

Nhận xét: Các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị kém lần lượt là BN có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các p < 0,05 và 0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình mắc VPMPCTĐ là 70,24 ± 14,35 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Các BN trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%). Thời gian gần đây tỷ lệ người già mắc VPMPCTĐ ngày càng gia tăng và đang là vấn đề rất được quan tâm. Tình trạng bệnh lý nền, vấn đề dinh dưỡng và các rối loạn về nuốt liên quan đến tuổi già được cho là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mới mắc VPMPCTĐ ở người già. NC tại Mỹ, cho thấy tỷ lệ mắc viêm phổi tăng lên theo tuổi, từ 8,4/1000 dân ở độ tuổi từ 65-69 tuổi tăng lên 48,5/1.000 dân ở độ tuổi trên 90 [6]. NC của Trịnh Trung Hiếu cho thấy tuổi trung bình VPMPCTĐ là 68 tuổi. NC này có tỷ lệ BN nam (54,9%) cao hơn tỷ lệ BN nữ (45,1%), gần tương đương NC của Tạ Thị Diệu Ngân có các tỷ lệ tương ứng là 62% và 38% [4]. BN nam giới mắc VPMPCTĐ cao hơn có thể giải thích do có sự liên quan tới thói quen hút thuốc và sử dụng rượu ở nhóm BN này cao hơn nhiều so với nữ giới.

NC tại bệnh viện phổi Thái Nguyên thấy BN có tiền sử các bệnh suy tim chiếm cao nhất 32,9%, BPTNMT 29,3%, hen phế quản chiếm 19,5%, suy thận chiếm 15,9%, đái tháo đường chiếm 13,4%, tai biến mạch máu não chiếm 9,8%. NC tại BV đa khoa Xanh Pôn xác định bệnh nền hiện có nhưng không nêu tiền sử bệnh nên các tỷ lệ bệnh kèm theo thấp hơn NC của chúng tôi [4].

Triệu chứng lâm sàng của BN hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%, triệu chứng đau ngực gặp khá nhiều là 58,5%. NC của chúng tôi khá phù hợp với các kết quả NC của và Lê Văn Thêm [3] với các triệu chứng của viêm phổi là ho (93,7%), sốt (83,1%), khạc đờm (76,8%), và đau ngực (57,5%).

Triệu chứng thực thể BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc 34,1%, hội chứng 3 giảm có 7,3%. NC của Tạ Thị Diệu Ngân kết

quả có ran phổi 84,6%, rì rào phế nang giảm 51,4% [4]. Sự khác nhau giữa các NC cho thấy các dấu hiệu thực thể tại phổi ở BN VPMPCT ít có tỷ lệ giống nhau do tần xuất xuất hiện khác nhau.

Hình ảnh XQ phổi BN cho thấy tổn thương một thùy chiếm 14,6%, tổn thương đa thùy chiếm là 35,4%. Tương tự sự khác nhau về triệu chứng lâm sàng của các NC, kết quả tần xuất các hình ảnh XQ phổi tại NC của Tạ Thị Diệu Ngân và Nguyễn Quốc Trọng cũng khác nhau [3], [5].

Điểm CURB 65 với 3 mức phân loại là thấp (0-1) 14 (17,1%), trung bình 43 (52,4%), cao (3-5) 25 (30,5%). Tỷ lệ này phù hợp với hướng dẫn điều trị VPMPCT của Bộ Y tế [1], các BN có CURB 65 từ 0-1 điểm, được điều trị ngoại trú bằng kháng sinh đường uống tại nhà, đồng thời phù hợp với các hướng dẫn quốc tế và Hiệp hội lồng ngực Anh, số ít BN có CURB 65 từ 0-1 điểm, phải nhập viện là do BN tuổi cao, có bệnh nền. NC của Võ Đức Chiến [2] CURB 65 từ 0-1 điểm chiếm 95 (68,8%), 2-5 điểm chiếm 43 (31,2%). Có sự khác biệt tỷ lệ này, là do BN đến với chúng tôi có xu hướng cao tuổi hơn và thường kèm theo nhiều bệnh lý nền đặc biệt là các bệnh phổi mạn tính và bệnh lý tim mạch làm tăng nặng tình trạng bệnh.

4.2. Kết quả điều trị. BN đủ tiêu chuẩn xuất viện chiếm 71 (86,6%). Do bệnh viện còn hạn chế, chưa có xét nghiệm định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ là kỹ thuật quan trọng hỗ trợ quá trình điều trị, nên có số lượng BN nặng chuyển tuyến là 11 (13,4%).

Ngày điều trị trung bình là $11,9 \pm 2,36$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày, số BN có ngày điều trị trên 12 chiếm tỷ lệ cao 51 (62,2%) trong khi đó bệnh nhân có số ngày điều trị dưới 12 chỉ chiếm 31 (37,8%). Nhiều NC cho thấy đến ngày thứ 7, có khoảng 80% số BN ổn định lâm sàng, các BN được lưu lại để tiếp tục theo dõi và hoàn thành đủ phác đồ kháng sinh từ 10 tới 14 ngày [6], [7].

4.3. Mối liên quan giữa kết quả điều trị kém với các yếu tố lâm sàng, xét nghiệm. Kết quả bảng 3 cho thấy các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị VPMPCT kém lần lượt là bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các $p < 0,05$ và $0,01$. NC của Tai Joon An, Carl Llor thấy tất cả các yếu tố trên đều có mối liên quan đến tỷ lệ tử vong ở VPMPCT [6], [7].

NC cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa điểm CURB 65 2-5 với kết quả điều trị kém, $p < 0,01$. Có 8 BN, bằng 72,7% trong số BN điều

trị kết quả kém (11 BN). NC của Võ Đức Chiến kết, điểm số CURB 65 và PSI càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao [2]. NC của Tai Joon An tại Korea cũng kết luận điểm CURB65 cao là mối liên quan cao nhất đến tử vong ở VPMPCT [7].

Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa XQ phổi có hình ảnh tổn thương đa thùy với kết quả điều trị kém với $p < 0,01$. Có 8 (72,2%) có XQ phổi tổn thương đa thùy trong số 11 BN kết quả điều trị kém. Thực tế mức độ rộng của tổn thương tại phổi chứng tỏ có viêm nhiễm rộng ở phổi nên điều trị sẽ kém hơn. Các NC của Nguyễn Quốc Trọng, L. M. ZikoID cũng có kết quả như vậy [5], [8].

Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa tăng ure máu với kết quả điều trị kém với $p < 0,01$. Ure máu tăng trong VPMPCT là do tổn thương viêm lam rộng gây hủy hoại tổ chức, được gan tổng hợp thành ure. Chính vì thế ure được xếp vào một trong những chỉ số quan trọng của cả CURB 65 và PSI.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng mắc phải ở người lớn thường gặp ở người cao tuổi > 65 tuổi. Triệu chứng nặng điển hình là ho, sốt, khó thở và đau ngực. Triệu chứng thực thể điển hình là ran nổ, ran ẩm, hội chứng đông đặc. Tổn thương trên XQ phổi thường gặp tổn thương đa thùy. Điểm CURB 65 thường từ 2 – 5 điểm. Yếu tố liên quan rõ rệt tới kết quả điều trị kém là bệnh nhân có CURB 65 từ 2 – 5 điểm và XQ phổi có hình ảnh tổn thương đa thùy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn, Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020.
- Võ Đức Chiến** (2019), Áp dụng thang điểm CURB 65 và PSI trong đánh giá độ nặng viêm phổi cộng đồng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Tạp chí Y học thực hành (06/2019), số 1101, Tr. 77-79.
- Lê Văn Thêm**, (2022), Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 512.2.
- Tạ Thị Diệu Ngân** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Quốc Trọng, Võ Phạm Minh Thư, Nguyễn Trung Kiên**, (2018), đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 16/2018.
- Carl Llor, Yannick Hoyos Mallecot, et al** (2023), New paradigms on antibiotic recommendations for community - acquired infection in Spani, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102648>,
- Tai Joon An, Jun-Pyo Myong, Yun-Hee Lee**

et al (2022), Continuing Quality Assessment Program Improves Clinical Outcomes of Hospitalized Community-Acquired Pneumonia: A Nationwide Cross-Sectional Study in Korea, J Korean Med Sci. 2022 Aug 1;37(30):e234 <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e234> eISSN 1598-6357·pISSN 1011-8934.

8. L. M. ZikoID, T. W. HoffmanID, S. Fwoloshi1, et al (2022), Aetiology and prognosis of community acquired pneumonia at the Adult University Teaching Hospital in Zambia, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271449> July 15, 2022.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOẠN THẦN DO RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Vũ Thị Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc và đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 người bệnh được chẩn đoán loạn thần do rượu đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 4/2022 đến 6/2022. **Kết quả:** Tất cả người bệnh được Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu sinh tồn thường xuyên chiếm 100%. Có 55 người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt, đầy đủ việc theo dõi giấc ngủ chiếm 94,8%. Có 100% người bệnh trả lời điều dưỡng thực hiện đầy đủ việc dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ và theo dõi người bệnh sau dùng thuốc. Tỷ lệ người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt việc tư vấn, giáo dục sức khỏe chiếm 82,7%. **Kết luận:** Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng cho người bệnh loạn thần do rượu được đánh giá cao. **Từ khóa:** chăm sóc, loạn thần do rượu

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOME SOLUTIONS TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE FOR PEOPLE WITH ALCOHOLIC PSYCHOSIS AT NAM DINH PROVINCIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the current state of care and propose some solutions to improve the quality of care for patients with alcoholic psychosis at Nam Dinh Provincial Psychiatric Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 58 patients diagnosed with alcoholic psychosis receiving inpatient treatment at Nam Dinh Provincial Psychiatric Hospital during the period from April 2022 to June 2022. **Results:** All patients have their vital signs monitored regularly by nurses. There were 55 patients who commented that nurses performed the sleep monitoring well and

completely, accounting for 94,8%. All patients responded that nurses fully take medicine as prescribed by doctors and monitor patients after taking medicine. The percentage of patients who commented that nurses performed well in health consultation and education accounted for 82,7%. **Conclusion:** The current state of nursing care for patients with alcoholic psychosis is highly appreciated. **Keywords:** care, alcoholic psychosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng rượu là một thói quen đã trở thành tập quán của nhiều dân tộc trên thế giới trong đó có Việt Nam. Sử dụng rượu đúng cách và hợp lý có nhiều tác dụng tốt cả về cơ thể và tâm lý đối với con người. Sử dụng rượu không đúng cách hay còn gọi lạm dụng rượu lại gây ra nhiều hậu quả khôn lường, có thể dẫn đến nhiều tác hại cả về thể chất, tâm thần và xã hội [1].

Lạm dụng rượu dẫn đến nghiện rượu đã ăn mòn sức khỏe và nhân cách, gây ra nhiều tác hại. Một trong những biểu hiện có liên quan chặt chẽ đến quá trình nghiện rượu, đồng thời đây cũng là hậu quả, tác hại của rượu đó chính là loạn thần do rượu. Loạn thần do rượu bao gồm tất cả các rối loạn tâm thần có hoang tưởng, ảo giác do rượu gây ra. Các rối loạn này bao gồm ảo giác do rượu, hoang tưởng do rượu, hội chứng cai rượu có hoang tưởng, ảo giác, sảng rượu và bệnh não thực tổn do rượu [2].

Ở nước ta trong những năm gần đây càng ngày càng xuất hiện nhiều trường hợp loạn thần do rượu phải vào điều trị tại các cơ sở bệnh viện tâm thần. Bệnh lý do rượu đã chiếm một tỷ lệ đáng kể. Hiện nay tỷ lệ lạm dụng rượu vào khoảng 30% dân số, tỷ lệ nghiện rượu khoảng 3,5%. Tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định hàng năm người bệnh loạn thần do rượu đến điều trị nội trú chiếm tỷ lệ khoảng 10% tổng số người bệnh tâm thần điều trị nội trú.

Điều dưỡng là những người theo dõi, chăm

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: hamytek213@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

sóc người bệnh trong suốt quá trình điều trị tại bệnh viện. Việc theo dõi, chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu và các bệnh kèm theo do hậu quả của rượu để đưa ra kế hoạch chăm sóc phù hợp là rất quan trọng, giúp người bệnh sớm đỡ, giảm các hậu quả của rượu và đề phòng các biến chứng có thể xảy ra gây ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh, đồng thời góp phần làm giảm bớt gánh nặng cho gia đình và nền kinh tế xã hội. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng chăm sóc về đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2022 trên 58 người bệnh loạn thần do rượu điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả người bệnh được chẩn đoán loạn thần do rượu; Những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng giao tiếp.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu tất cả. Trong khoảng thời gian từ 4/2022 đến 6/2022 có 58 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ gồm 2 phần:
 - + Phần 1: Thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu
 - + Phần 2: Thực trạng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu của điều dưỡng, gồm 15 câu hỏi liên quan đến các nội dung điều dưỡng thực hiện chăm sóc người bệnh.
 - Các bước thu thập số liệu:
 - + Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.
 - + Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.
 - + Bước 3: Đánh giá thực trạng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh tại thời điểm trước khi người bệnh ra viện 01 ngày bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp từng người bệnh tại khoa phòng nơi người bệnh nằm điều trị.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm chung (n=58)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	30-40 tuổi		17,2
	41-50 tuổi		29,3
	51-60 tuổi		31,0
	>60 tuổi		22,4
Nơi cư trú	Thành thị		22,0
	Nông thôn		78,0
Thời gian uống rượu	<10 năm		12,1
	10-15 năm		27,6
	>15 năm		60,3

Trong số 60 người bệnh tham gia nghiên cứu, người bệnh nam chiếm 70%. Người bệnh trong độ tuổi từ 40 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,0%.

3.2. Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng đối với người bệnh loạn thần do rượu

Bảng 2. Thực trạng theo dõi người bệnh (n=58)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	Thường xuyên	58	100
	Không thường xuyên	0	0
	Không theo dõi	0	0
Theo dõi giấc ngủ	Có	55	94.8
	Không	3	5.2
Theo dõi các bệnh kèm theo	Có	53	91.4
	Không	5	8.6

Công tác theo dõi dấu hiệu sinh tồn ở bệnh viện rất sát sao. Không có việc nhân viên y tế không theo dõi hoặc theo dõi không thường xuyên. NB được theo dõi chăm sóc về giấc ngủ đạt 94,8%; theo dõi, chăm sóc các bệnh kèm theo đạt 91,4%.

Bảng 3. Thực trạng chăm sóc dinh dưỡng và vệ sinh cho người bệnh (n=58)

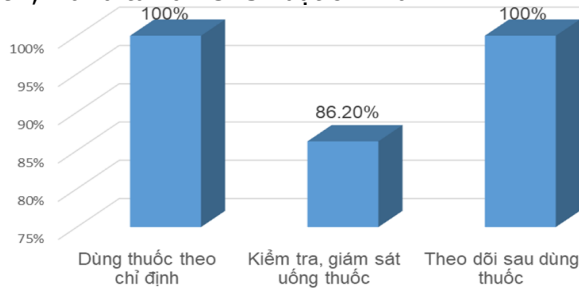
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
Chăm sóc dinh dưỡng	Tư vấn về chế độ ăn	45	77,6
	Theo dõi đáp ứng dinh dưỡng của NB	49	84.5
	Áp dụng chế độ ăn cho từng NB	47	81.0
Chăm sóc vệ sinh cá nhân	Hướng dẫn NB tự vệ sinh cá nhân	58	100
	Hỗ trợ NB vệ sinh cá nhân	11	19

Từ bảng trên cho thấy chế độ chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh rất tốt; vấn đề tư vấn về chế độ ăn cho NB và người nhà chiếm tỷ lệ 77,6%; theo dõi đáp ứng của NB là 84.5% và áp dụng chế độ ăn bệnh lý cho từng NB là 81%. Công tác chăm sóc vệ sinh cá nhân được nhân viên y tế khoa lưu tâm và chăm sóc rất nhiệt tình. Khi điều trị tại khoa tất cả NB đều được hướng dẫn vệ sinh cá nhân hàng ngày, tất cả những người bệnh không tự vệ sinh được đều được NVYT hỗ trợ.

Bảng 4. Thực hiện liệu pháp tâm lý và PHCN cho người bệnh (n=58)

Các liệu pháp tâm lý và PHCN	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Động viên tinh thần người bệnh	56	96,5
Hướng dẫn các liệu pháp tâm lý, PHCN	53	91,4
Tư vấn, GDSK	48	82,7

Vấn đề động viên tinh thần cho NB khi vào điều trị tại khoa rất cao chiếm tỷ lệ 96.5%. Hướng dẫn NB các hoạt động liệu pháp đạt 91,4% và tư vấn GDSK đạt 82.7%.



Biểu đồ 1. Thực trạng dùng thuốc cho người bệnh (n=58)

Tất cả người bệnh được dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ và được điều dưỡng theo dõi sát sao sau dùng thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu. Dấu hiệu sinh tồn là những dấu hiệu thể hiện chức năng sống của cơ thể. Thông thường, có 4 dấu hiệu sinh tồn chủ yếu là: nhiệt độ, mạch, huyết áp và nhịp thở. Đây là những dấu hiệu chỉ rõ tình trạng hoạt động của các cơ quan, phản ánh chính xác chức năng sinh lý của cơ thể người bệnh cũng như xác định các bệnh lý có thể xảy ra và cho thấy tiến trình hồi phục của người bệnh. Việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn sẽ giúp phát hiện những vấn đề bất thường của người bệnh. Bên cạnh đó, những thay đổi về tình trạng sinh lý, đáp ứng về thể chất, tâm lý, môi trường... đều gây ảnh hưởng tới dấu hiệu sinh tồn. Những thay đổi này có thể xảy ra đột

ngột hoặc kéo dài một khoảng thời gian. Do vậy, bất kỳ thay đổi nào của dấu hiệu sinh tồn ở người bệnh đều cần phải thông báo cho bác sỹ để có những can thiệp kịp thời [3]. Nhận thấy được tầm quan trọng của việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn, trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% nhận xét Điều dưỡng thực hiện việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn thường xuyên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Ngọc Lân (2021) và Mạc Thị Hồng Nhung (2019)

Ngủ và nghỉ ngơi là những vấn đề có liên quan đến sức khỏe và bệnh tật. Giấc ngủ có tầm quan trọng rất lớn đối với sức khỏe của mỗi con người. Đó là khoảng thời gian để các cơ quan trong cơ thể, nhất là hệ thần kinh trung ương được nghỉ ngơi lấy lại sự cân bằng cần thiết trong hoạt động sinh lý và giúp tạo tiền đề cho hoạt động chức năng ở giai đoạn tiếp theo với một chất lượng đảm bảo. Việc thiếu ngủ sẽ khiến bộ não có những phản ứng tiêu cực. Mắt ngủ kéo dài có thể gây rối loạn tâm lý, khiến người bệnh rơi vào tình trạng lo âu, cáu gắt, uể oải, mệt mỏi... Nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần như trầm cảm, tự kỷ... cũng có thể xảy ra khi người bệnh bị mất ngủ thường xuyên. Nhận thấy được tầm quan trọng của giấc ngủ, Bộ Y tế đã đưa nội dung chăm sóc giấc ngủ thành một trong những nhiệm vụ của điều dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 55 ĐTNC đánh giá Điều dưỡng thực hiện tốt việc theo dõi giấc ngủ chiếm 94,8%. Kết quả này gần tương đồng với một số nghiên cứu: Theo Lưu Ngọc Lân (2021) có 96% NB được chăm sóc về giấc ngủ [4]. NC của Mạc Thị Hồng Nhung (2019) có 83,8% điều dưỡng thực hiện việc theo dõi, chăm sóc về giấc ngủ [5].

Theo thông tư 31/2021/TT-BYT quy định việc thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật của điều dưỡng bao gồm: thực hiện thuốc và các can thiệp chăm sóc điều dưỡng theo chỉ định của bác sỹ và trong phạm vi chuyên môn của điều dưỡng trên nguyên tắc tuân thủ đúng các quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% người bệnh trả lời điều dưỡng thực hiện đầy đủ việc dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ và theo dõi người bệnh sau dùng thuốc. Kết quả này giống với nghiên cứu của Lưu Ngọc Lân (2021) nhưng cao hơn NC của Mạc Thị Hồng Nhung (2019) với 56,8% người bệnh được theo dõi sau dùng thuốc [5].

Ngoài việc sử dụng thuốc theo đúng sự chỉ dẫn của bác sỹ thì chế độ dinh dưỡng cũng có vai trò mật thiết trong việc điều trị bệnh. Việc duy trì

một chế độ dinh dưỡng hợp lý không chỉ giúp người bệnh mau chóng phục hồi sức khỏe mà còn gia tăng sức đề kháng bảo vệ cơ thể. Việc duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý sẽ nâng cao sức đề kháng của cơ thể, đồng thời rút ngắn thời gian điều trị, làm giảm biến chứng và giảm nguy cơ tử vong đối với người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 77,6% và 84,5% người bệnh nhận xét được Điều dưỡng tư vấn chế độ ăn và theo dõi đáp ứng dinh dưỡng của người bệnh. Kết quả này thấp hơn với một số nghiên cứu trong nước. Theo Lưu Ngọc Lân (2021) có 77,8% và 88,8% người bệnh được tư vấn, theo dõi về chế độ dinh dưỡng [4]. Theo Mạc Thị Hồng Nhung (2019) tỷ lệ NB đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt việc quan sát, theo dõi đáp ứng dinh dưỡng chiếm 100% [5].

Theo quy định tại Thông tư 31/2021/TT-BYT, tư vấn giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ quan trọng của Điều dưỡng. Theo đó, điều dưỡng cần phối hợp với bác sĩ và các chức danh chuyên môn khác tư vấn, hướng dẫn các kiến thức về bệnh, cách tự chăm sóc, theo dõi, hợp tác với nhân viên y tế trong chăm sóc, phòng bệnh; các quy định về an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng, phục hồi chức năng; hướng dẫn hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện đầy đủ các quy định, nội quy trong điều trị nội trú, chuyển khoa, chuyển viện và ra viện [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt việc tư vấn, giáo dục sức khỏe chiếm 82,7%. Kết quả này cao hơn NC của Mạc Thị Hồng Nhung (2019) với 78,4% điều dưỡng thực hiện việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh

4.2. Một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu

❖ Đối với điều dưỡng

- Làm tốt công tác tư tưởng cho NB, khám xét loại bỏ những vật dụng nguy hiểm dễ gây sát thương.
- Theo dõi sát, phát hiện kịp thời các dấu hiệu bất thường để lập kế hoạch chăm sóc toàn diện cho từng người bệnh cai rượu cụ thể từng giai đoạn bệnh.
- Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn, động viên, giải thích cho người nhà và người bệnh hiểu rõ tác hại của việc uống rượu nhiều từ đó thay đổi hành vi của người bệnh và bỏ rượu.
- Gần gũi, tìm hiểu tâm tư của người bệnh, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình dấu

hiệu bất thường về tác dụng phụ của thuốc để báo cáo nhân viên y tế để xử lý kịp thời.

- Động viên, quan tâm và giúp đỡ người bệnh đủ quyết tâm tự giác bỏ rượu.
- Khi người bệnh có rối loạn ý thức định hướng, chống đối điều trị cần giải thích rõ cho người bệnh và người nhà việc cần phải dùng thuốc.
- Thực hiện tốt các liệu pháp tâm lý, PHCN cho người bệnh sau khi điều trị bệnh ổn định.
- Hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc cho bản thân như tắm giặt, thay quần áo, vệ sinh cá nhân...

❖ Đối với gia đình người bệnh

- Giáo dục, giám sát, nhắc nhở thành viên chưa đủ 18 tuổi không uống rượu, bia, các thành viên khác trong gia đình hạn chế uống rượu, bia; động viên, giúp đỡ người nghiện rượu, bia trong gia đình cai nghiện rượu, bia.
- Gia đình luôn gần gũi, động viên cảm thông chia sẻ những mặc cảm của người bệnh, tạo cho người bệnh tham gia lao động tập thể, học việc, học nghề...
- Khi người bệnh trở về cộng đồng thì vai trò của gia đình tạo công ăn việc làm ổn định cho người bệnh.
- Bố trí thời gian cho người bệnh tham gia các buổi truyền thông bổ sung kiến thức về
- Quản lý thuốc chặt chẽ và cho người bệnh uống thuốc đều hàng ngày theo đơn và hướng dẫn của thầy thuốc.
- Hướng dẫn các thành viên trong gia đình kỹ năng từ chối uống rượu, bia; kỹ năng nhận biết, ứng xử, xử trí khi gặp người say rượu, bia, người nghiện rượu, bia và thực hiện các biện pháp phòng, chống tác hại của rượu, bia.
- Tham gia với các cơ quan, tổ chức và cộng đồng thực hiện phòng, chống tác hại của rượu, bia

❖ Đối với Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định

- Xây dựng được Quy trình chăm sóc riêng cho người bệnh loạn thần do rượu.
- Tiếp tục duy trì và thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện trên toàn bệnh viện.
- Tăng cường công tác truyền thông trên loa đài, tờ rơi, áp phích tại các địa phương, để người dân nắm bắt được tác hại của việc lạm dụng rượu gây ra.
- Xây dựng kế hoạch tuyển dụng bổ sung nguồn nhân lực điều dưỡng. Bố trí, tạo điều kiện cho các điều dưỡng được đi học tập nâng cao trình độ chuyên môn, chuyên ngành Điều dưỡng Tâm thần, tổ chức các lớp tập huấn về chăm sóc NB rối loạn tâm thần do rượu tại bệnh viện.
- Xây dựng kế hoạch hàng năm đưa công tác

quản lý, theo dõi và điều trị người bệnh loạn thần do rượu vào Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Xây dựng kế hoạch tập huấn chuyên môn cho tuyến cơ sở về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu.

V. KẾT LUẬN

- Người bệnh loạn thần do rượu đến điều trị tại Bệnh viện Tâm thần được chăm sóc, phục vụ chu đáo, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh và người nhà NB.

- Công tác chăm sóc, theo dõi được thực hiện sát sao, phát hiện kịp thời những diễn biến của NB và có biện pháp xử lý phù hợp đảm bảo an toàn cho NB.

- Trong quá trình điều trị tại bệnh viện NB được theo dõi, quản lý chặt chẽ không được tiếp xúc và không được uống rượu.

- Nhân viên y tế tuyên truyền, GDSK về tác hại của rượu để người bệnh và người nhà người

bệnh hiểu và phối hợp giúp người bệnh bỏ rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Việt, Nguyễn Đức Trí** (2016). Thực trạng sử dụng rượu bia tại cộng đồng xã Nam Vân, thành phố Nam Định. Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định.
2. **Nguyễn Mạnh Hùng** (2010). Tác hại của rượu. Nhà xuất bản y học, Hà Nội
3. **Bộ Y tế** (2020). Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới. NXB Y học, Hà Nội
4. **Lưu Ngọc Lan** (2021). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2021. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2021
5. **Mạc Thị Hồng Nhung** (2019). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần Nam Định năm 2019. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2019.
6. **Bộ Y tế** (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT Quy định công tác điều dưỡng trong bệnh viện, ban hành ngày 28/12/2021

TẮC RUỘT NON DO THOÁT VỊ CẠNH TÁ TRÀNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trần Thị Ngọc Mai¹, Trần Đăng Khoa¹

PARADUODENAL HERNIA: A CLINICAL CASE REPORT

Paraduodenal hernia is the most common form of congenital internal hernia with a high risk of progressing to intestinal obstruction and intestinal ischemia. Accurate preoperative diagnosis will help early intervention and appropriate management, reducing the patient's risk of recurrent intestinal obstruction. Computed tomography currently plays an essential role, with high accuracy in preoperative diagnosis of internal hernias, including paraduodenal hernias. We would like to present the case of a 50-year-old male patient with a history of recurrent abdominal pain who was admitted to the hospital because of severe abdominal pain and vomiting. He was diagnosed with small bowel obstruction due to paraduodenal hernia and had subsequent laparoscopic surgery to repair hernia at Huu Nghi hospital. The purpose of this article is to summarize the clinical features and images of intestinal obstruction due to paraduodenal hernia to help guide diagnosis and provide appropriate treatment methods.

Keywords: Internal hernia, paraduodenal hernia, intestinal obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội là sự di chuyển bất thường của các tạng trong ổ bụng qua các khe hở tự nhiên hoặc các khiếm khuyết của phúc mạc hoặc mạc nối vào ổ bụng. Thoát vị nội được phân loại theo

TÓM TẮT

Thoát vị cạnh tá tràng là dạng thoát vị nội bẩm sinh thường gặp nhất với nguy cơ cao tiến triển thành tắc ruột và thiếu máu ruột cục bộ. Việc chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật sẽ giúp can thiệp sớm và có hướng xử trí thích hợp, làm giảm nguy cơ bán tắc ruột tái phát của bệnh nhân. Chụp cắt lớp vi tính hiện đang đóng vai trò thiết yếu, có độ chính xác cao trong chẩn đoán trước mổ các loại thoát vị nội, trong đó có thoát vị cạnh tá tràng. Chúng tôi xin trình bày trường hợp bệnh nhân nam 50 tuổi có tiền sử đau bụng tái diễn, vào viện vì đau bụng nhiều kèm nôn được chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị cạnh tá tràng, đã phẫu thuật nội soi sau đó để sửa chữa thoát vị tại Bệnh viện Hữu Nghị. Mục đích của bài báo này là tóm tắt các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tắc ruột do thoát vị cạnh tá tràng trên cắt lớp vi tính, góp phần hướng dẫn chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. **Từ khóa:** Thoát vị nội, thoát vị cạnh tá tràng, tắc ruột

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Mai

Email: maitn.0602@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

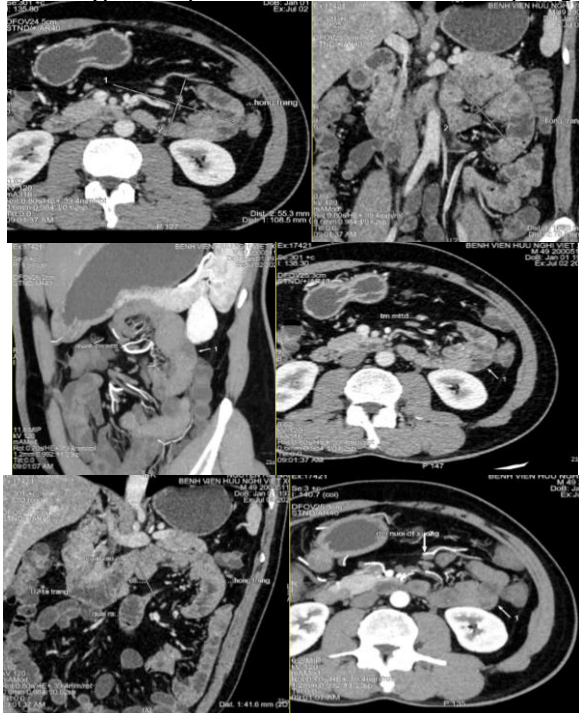
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

vị trí hoặc dựa vào các loại lỗ thoát vị [1], trong đó thoát vị cạnh tá tràng là thường gặp nhất. Chẩn đoán thoát vị cạnh tá tràng thường khó khăn vì các triệu chứng không đặc hiệu và tình trạng thường hiếm gặp. Nguy cơ tắc ruột và bán tắc ruột được báo cáo vượt quá 50% trong suốt đời [2]. Do đó, cần chẩn đoán kịp thời và chính xác với một phương pháp chẩn đoán nhanh. Hiện nay chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng với các dấu hiệu điển hình và độ tin cậy cao, đặc biệt là trong trường hợp thoát vị cạnh tá tràng. Chúng tôi trình bày trường hợp bệnh nhân nam thoát vị bên trái tá tràng và thảo luận nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị theo tài liệu hiện tại về thoát vị cạnh tá tràng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 50 tuổi, vào viện với triệu chứng đau bụng hạ sườn trái diễn biến 2 ngày nay, mức độ đau bụng tăng dần kèm nôn. Bệnh nhân có tiền sử đau bụng tái diễn, không có tiền sử chấn thương hay phẫu thuật. Khám lúc vào viện toàn trạng bệnh nhân ổn định, bụng chướng, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc. Siêu âm không phát hiện bất thường có ý nghĩa. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang.



Hình 1: Hình ảnh cắt lớp vi tính 256 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang

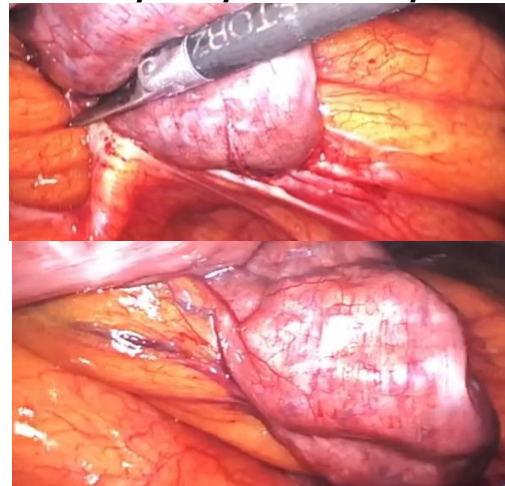
Trên phim chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh các quai ruột non ở cạnh trái tá tràng tập trung

với nhau thành một "túi" kích thước khoảng 55x108x80mm, quai vào là đoạn D4 tá tràng, quai ra là quai hồng tràng, phần cổ túi nằm ngay sát cạnh trái và phía dưới của D3 tá tràng rộng khoảng 40mm. Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và động mạch đại tràng xuống chạy phía trên và áp sát vào thành trước của túi. Không thấy hình giãn ứ dịch các quai ruột trong túi, không thấy dịch tự do trong túi này. Hình ảnh này nghĩ tới thoát vị nội vào hố Landzert (thoát vị cạnh trái tá tràng), hiện không thấy dấu hiệu tắc/ngheẹt các quai ruột trong túi thoát vị.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi sau 20 giờ vào viện. Trong mổ quan sát thấy lỗ thoát vị tạo bởi phúc mạc thành sau và bó mạc mạc treo tràng trên, thành phần trong túi thoát vị là hồng tràng và mạc nối. Ngoài ra còn có 1 dây chằng đi từ bờ tự do ruột tới mạc treo chèn ngang quai ruột phía dưới. Chẩn đoán trong mổ là thoát vị cạnh trái tá tràng.



Hình 2: Hình ảnh đoạn ruột thiếu máu và dây chằng trong mổ tương ứng với vị trí cổ túi thoát vị xác định trên cắt lớp vi tính



Hình 3: Hình ảnh cắt dây chằng và giải phóng các quai ruột về vị trí giải phẫu

Bệnh nhân được cắt dây chằng, giải phóng các quai ruột đưa về vị trí giải phẫu và đóng lỗ thoát vị. Sau 3 ngày phẫu thuật, bệnh nhân được xuất viện, khám lại sau 1 tháng, các triệu chứng đau bụng không còn tái diễn.

III. BÀN LUẬN

Thoát vị nội được báo cáo gây ra khoảng 4% trường hợp tắc ruột non cấp tính [3]. Chẩn đoán thoát vị nội là một thách thức vì bệnh nhân thường không có triệu chứng đặc hiệu hoặc xuất hiện với các triệu chứng đau bụng mơ hồ và thường tái phát. Những cải tiến trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã làm tăng hiệu quả chẩn đoán trước phẫu thuật của thoát vị nội, giá trị cao nhất khi thực hiện trong giai đoạn có triệu chứng. Xác định sự xuất hiện của thoát vị nội trên cắt lớp vi tính bao gồm một số bước cơ bản: nhận ra dấu hiệu quai ruột đóng, xác định lỗ thoát vị và phân tích sự dịch chuyển bất thường của các cấu trúc xung quanh lỗ thoát vị và túi thoát vị [4].

Bảng 1: Phân loại thoát vị nội được dựa trên đặc điểm của các lỗ thoát vị

Lỗ thoát vị	Loại thoát vị
Khe tự nhiên	Thoát vị qua khe Winslow
Ngách, hố bất thường giữa phúc mạc và khoang sau phúc mạc	Thoát vị cạnh tá tràng, quanh manh tràng, hố gian Sigma, vùng chậu (Trừ thoát vị qua dây chằng rộng)
Khe hở bất thường của mạc treo hoặc dây chằng phúc mạc	Thoát vị qua mạc treo ruột non/ mạc nối lớn, túi mạc nối, dây chằng liềm, dây chằng rộng, thoát vị qua/trong mạc treo đại tràng Sigma, thoát vị Roux en Y

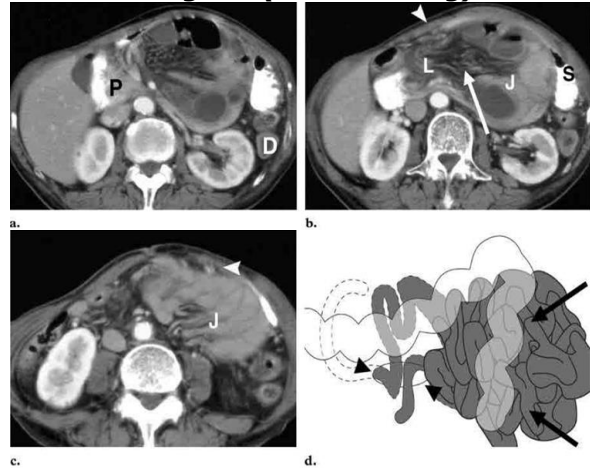
Thoát vị cạnh tá tràng là phổ biến nhất, chiếm hơn 50% các trường hợp thoát vị nội. 75% trong số này là bên trái và có xu hướng tỷ lệ nam/nữ là 3/1 [5].

Thoát vị cạnh trái tá tràng phát triển thông qua hố Landzert vào đại tràng xuống và bên trái của đại tràng ngang. Hố Landzert là hợp lưu của khu vực mạc treo đại tràng xuống, mạc treo đại tràng ngang và mạc treo ruột non, là kết quả từ sự thất bại trong quá trình hợp nhất của mạc treo tràng dưới với phúc mạc thành.



Hình 4: Thoát vị cạnh trái tá tràng (Một quai của ruột non (mũi tên cong) thoát vị

qua hố Landzert, nằm phía sau tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và động mạch đại tràng trái (mũi tên thẳng)

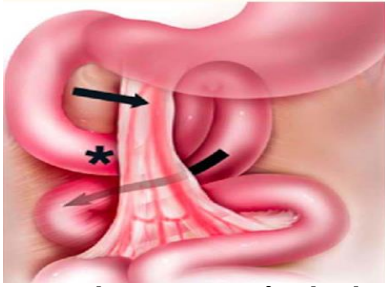


Hình 5: Thoát vị cạnh trái tá tràng ở bệnh nhân nam 72 tuổi bị đau vùng thượng vị cấp tính, không liên tục trong thời gian 24 giờ

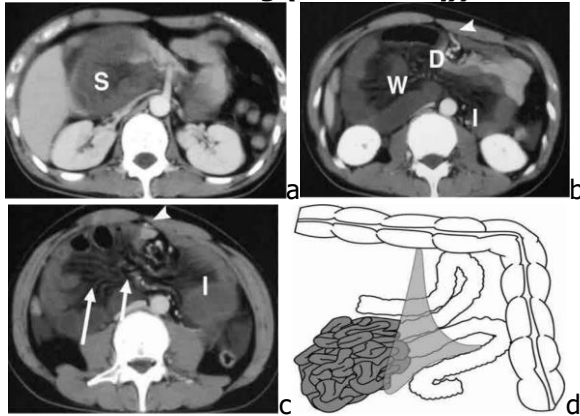
(a) Chụp cắt lớp vi tính có thuốc tương phản của vùng bụng trên cho thấy một khối giống như các vòng hồng tràng giãn giữa đầu tụy (P) và dạ dày. Đại tràng xuống (D) và dạ dày bị dịch chuyển sang một bên. Các tĩnh mạch mạc treo dưới bị giãn nằm ở bờ trước của các quai ruột bị bao bọc. (b) Các mạch mạc treo tràng dưới bị chèn ép (mũi tên) tại hố Landzert. (c) CT cho thấy tĩnh mạch mạc treo tràng dưới (đầu mũi tên). Mạch này là điểm đánh dấu cho mạc treo đại tràng dưới, nằm ở vị trí tại bờ trước trong của các vòng hồng tràng được bao bọc (J). (d) Sơ đồ (xem coronal) phẫu thuật cho thấy hố Landzert có đường kính 4cm (đầu mũi tên). Khi mổ nội soi được thực hiện 42 giờ sau CT, khoảng 200 cm hồi tràng đã được tìm thấy (mũi tên) [3].

Thoát vị cạnh phải tá tràng xuất hiện do các quai ruột và các tạng thoát vị vào hố Waldeyer, tồn tại do mạc treo đại tràng ngang không gắn vào phúc mạc nằm sau đoạn D3 tá tràng và dưới trần mạc treo ruột non. Thoát vị có hình túi, chứa các quai ruột giãn nằm giữa tụy và dạ dày. Mốc mạch máu của hố Waldeyer là động mạch và tĩnh mạch treo tràng trên nằm trước giữa túi thoát vị.

Nếu có ruột xoay bất toàn thì có thể xuất hiện đảo vị trí động tĩnh mạch mạc treo tràng trên, không thấy D3 tá tràng. Hố Waldeyer rộng hơn về bên phải và xuống dưới vào mạc treo đại tràng phải dẫn đến mốc mạch máu thay đổi: tĩnh mạch đại tràng phải nằm trước, động mạch mạc treo tràng trên nằm ở trước giữa bờ túi thoát vị [4].



Hình 6: Thoát vị cạnh phải tá tràng (Một quai ruột non (mũi tên cong) thoát vị qua hố Waldeyer, phía sau động mạch mạc treo tràng trên (mũi tên thẳng) và dưới đoạn D3 của tá tràng (dấu hoa thị))



Hình 7: Thoát vị cạnh tá tràng phải ở bệnh nhân nam 31 tuổi bị đau bụng lan tỏa đột ngột

(a) Chụp cắt lớp vi tính có thuốc tương phản cho thấy một khối giống như các quai ruột chứa đầy dịch (S). (b) Hầu hết các quai ruột giãn là các quai hông tràng và đoạn đầu hồi tràng, các quai ruột thoát vị qua hố Waldeyer (W), nằm phía sau động mạch mạc treo tràng trên (đầu mũi tên) ngay dưới phần ngang của tá tràng (D). (I) là hồi tràng. (c) Động mạch mạc treo tràng trên (đầu mũi tên), được dịch chuyển ra phía trước bởi các quai ruột bị cuốn vào. Các mạch máu hội tụ (mũi tên) được nhìn thấy trong mạc treo; các vòng hồi tràng giãn ra (I) được nhìn thấy bên trái ổ bụng. (d) Sơ đồ phẫu thuật cho thấy hố của Waldeyer (vùng màu xám nhạt) có đường kính 10 cm. Phẫu thuật mở được thực hiện 2 giờ sau chụp cắt lớp vi tính, 350 cm ruột non bị bóp nghẹt, nằm cách dây chằng Treitz 70cm [3].

Ít nhất một nửa số bệnh nhân thoát vị cạnh tá tràng cuối cùng sẽ diễn biến thành tắc ruột non, có hoặc không có nghẹt mạch máu, đòi hỏi phải phẫu thuật dù có triệu chứng hay không [6]. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cho

từng loại thoát vị cạnh tá tràng, được tóm tắt thành ba kỹ thuật chính: mở rộng lỗ thoát vị và phục hồi giải phẫu bụng bình thường, đây là phương pháp phổ biến nhất, đóng lỗ thoát vị đơn giản, có hoặc không gia cố bằng lưới hoặc ít phổ biến nhất là cắt bỏ túi thoát vị, sau đó đóng lỗ thoát vị. Bất kể phương pháp phẫu thuật nào được chọn, sự hiện diện của dấu hiệu tắc nghẽn mạch máu ruột đòi hỏi phải cắt bỏ đoạn ruột bị ảnh hưởng.

Cho đến nay, dữ liệu được công bố về kỹ thuật phẫu thuật hiệu quả nhất còn ít và không có kết luận, do đó việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào bên, khác nhau đối với thoát vị cạnh tá tràng trái và phải.

Phẫu thuật nội soi thoát vị cạnh tá tràng được báo cáo đầu tiên bởi Uematsu vào năm 1998 [7]. Sau đó, việc sử dụng nội soi để chẩn đoán và điều trị cả thoát vị bên phải và bên trái đang tăng lên nhờ những tiến bộ trong kỹ thuật, dụng cụ và kinh nghiệm. Với phương pháp này, yêu cầu đặt ra là chẩn đoán xác định tình trạng thoát vị, giải phẫu rõ ràng các thành phần liên quan đến túi thoát vị và mạch máu gần đó trước khi phẫu thuật bằng cách chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Điều này sẽ giúp thuận lợi trong phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm đau sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị cạnh tá tràng là loại thoát vị nội phổ biến nhất, chiếm hơn 50% các trường hợp thoát vị nội được báo cáo, trong đó 75% là thoát vị cạnh trái tá tràng. Bệnh thường biểu hiện với các triệu chứng không đặc hiệu bao gồm các dấu hiệu của tắc ruột non cấp tính như buồn nôn, nôn, đau bụng. Chụp cắt lớp vi tính đang đóng vai trò thiết yếu, có độ giá trị cao trong chẩn đoán trước mổ. Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cho thấy những ưu điểm đáng kể so với phẫu thuật mở, do đó phương pháp này đang trở thành chiến lược điều trị tối ưu cho những bệnh nhân thoát vị cạnh tá tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hendrickson, Richard J., et al.** "Small bowel obstruction due to a paracolic retroperitoneal hernia." *The American Surgeon* 68.9 (2002): 756-758.
2. **Assenza, M., et al.** "Laparoscopic management of left paraduodenal hernia. Case report and review of literature." *Il Giornale di chirurgia* 35.7-8 (2014): 185.
3. **Takeyama, Nobuyuki, et al.** "CT of internal hernias." *Radiographics* 25.4 (2005): 997-1015.
4. **Donnelly, L. F., et al.** "Left paraduodenal hernia leading to ileal obstruction." *Pediatric radiology* 26 (1996): 534-536.

5. Lee, Seung Eun, and Yoo Shin Choi. "Left paraduodenal hernia combined with acute cholecystitis." *Annals of Surgical Treatment and Research* 86.4 (2014): 217-219.
6. Schizas, D., et al. "Paraduodenal hernias: a systematic review of the literature." *Hernia* 23 (2019): 1187-1197.
7. Suwanthanma, Weerapat, et al. "Left paraduodenal hernia as a rare cause of small bowel obstruction in elderly: a case report and review of literature". *J Med Assoc Thai* 98.7(2015):713-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUẢN LÝ CÁI THIỆN CHỨC NĂNG SINH HOẠT ĐỘC LẬP TRÊN ĐỐI TƯỢNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Minh Hoàng¹, Vũ Thanh Thủy¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng người khuyết tật tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong đề án người khuyết tật tại TP. HCM. **Kết quả:** Thang điểm FIM của nhóm đối tượng nghiên cứu có cải thiện từ 81 (45-102,5) lên 90 (54-111) điểm. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập với nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức độ khuyết tật, thời gian tổn thương, mong muốn luyện tập, không gian luyện tập ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể lực chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động trước và sau điều trị.

Từ khóa: FIM, khuyết tật, quản lý y tế

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MANAGEMENT TO IMPROVE INDEPENDENT LIVING FUNCTION ON SUBJECTS WITH MOBILITY DISABILITY IN HO CHI MINH CITY

Background: Evaluating the results of managing people with disabilities is also necessary in medical management. **Objectives:** Evaluate the effectiveness of improving independent living functions on people with mobility disabilities in Ho Chi Minh city. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on people with disabilities participating in a rehabilitation program in a project on people with disabilities in Ho Chi Minh city. **Results:** The FIM scale of the study group improved from 81 (45-102.5) to 90 (54-111) points. Statistically significant relationship between the

effectiveness of improving independent living function with age group, education level, occupation, disability level, injury time, desire to practice, and practice space ($p < 0,05$). **Conclusions:** There is a significant improvement in functional capacity for independent living in subjects with mobility disabilities before and after treatment.

Keywords: FIM, disability, medical management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 02/04/2018, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp trình Sở Y tế kế hoạch thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật (NKT) tại TP. HCM năm 2018. Tính đến nay, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp đã tiếp cận hơn 7000 đối tượng tại một số quận, huyện trên địa bàn thành phố. Một số đối tượng NKT được điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế (TTYT) được điều trị thêm bằng các kỹ thuật điện trị liệu, âm ngữ trị liệu, thủy trị liệu. Phần lớn NKT còn lại được tập vận động trị liệu, hoạt động trị liệu ngay tại nhà. Chẩn đoán bệnh chủ yếu do tổn thương hệ thần kinh trung ương như yếu liệt tứ chi, yếu liệt 1/2 người sau tai biến mạch máu não (TBMMN), chấn thương sọ não (CTSN), bại não hay yếu vận động khác do tổn thương tủy sống, ngoài ra còn các bệnh lý về cơ- xương- khớp khác. Trong đó đối tượng yếu vận động do di chứng tai biến mạch máu não, CTSN và bại não là nhiều nhất, việc luyện tập chủ yếu dựa trên đội ngũ kỹ thuật viên tại khoa Phục hồi chức năng - Vật lý trị liệu của bệnh viện [1].

Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế và việc tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp số liệu cho các nhà quản lý về y tế và đưa ra đề án tiếp theo của bệnh viện cũng như thành phố để mang lại hiệu quả tốt nhất cho NKT.

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ bệnh án đánh giá của kỹ thuật viên (KTV) trên đối tượng NKT thuộc dạng khuyết tật vận động trên địa bàn TP. HCM trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả hồ sơ bệnh án NKT tham gia chương trình tập phục hồi chức năng (PHCN) trong đề án người khuyết tật (NKT). Hồ sơ bệnh án NKT được tập PHCN đủ 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án NKT thuộc khuyết tật vận động không thuộc các chẩn đoán: Yếu/yếu liệt tứ chi/nửa người/2 chân - di chứng tai biến mạch máu não/CTSN, bại não. KTV không hoàn thành đủ các thông tin trong phiếu thu thập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ.

Nội dung nghiên cứu: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh kinh tế gia đình, mức độ khuyết tật, thời gian bị tổn thương, kỹ thuật phục hồi chức năng, bệnh lý nền.

Đánh giá hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trước và sau 3 tháng điều trị, mối liên quan giữa hiệu quả phục hồi chức năng và một số 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 của đối tượng nghiên cứu. Kết quả phân tích cho thấy, tỷ lệ nam giới trong số bệnh nhân là cao hơn, chiếm 56,2%. Đa số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu là người trên 60 tuổi và trong nhóm từ 16 - 60 tuổi (với tỷ lệ lần lượt là 47,3% và 36%). Hầu hết bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THPT (44,9%), tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn trên THPT chỉ chiếm 11,8%. Nghề nghiệp của đa số bệnh nhân là thất nghiệp/nội trợ/hưu trí (57,8%). Khoảng 82,3% bệnh nhân đối diện với tình trạng kinh tế gia đình ở mức bình thường hoặc nghèo khó và chỉ có 2,4% bệnh nhân có tình trạng kinh tế ở mức giàu.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------

Mức độ khuyết tật	Đặc biệt nặng	114	30,6
	Nặng	222	59,7
	Nhẹ	36	9,7
Thời gian tổn thương	Dưới 6 tháng	8	2,2
	6 tháng tới 1 năm	22	5,9
	Từ 1 đến 3 năm	99	26,6
	Từ 3 năm trở lên	243	65,3
Mong muốn được tập luyện	Rất nhiều/nhiều	211	83,6
	Một ít/không	61	17,6
Nơi tập luyện	Bệnh viện	68	18,3
	Trung tâm Y tế	44	11,8
	Tại nhà	260	69,9
Không gian tập luyện	Không có giường	77	20,7
	Có giường	265	71,2
	Không gian rộng rãi	175	47,0
	Không gian chật hẹp	132	35,5

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có mức độ khuyết tật được xem là nặng và đặc biệt nặng (90,3%). Thời gian những bệnh nhân này bị tổn thương thường kéo dài từ 3 năm trở lên, chiếm tỷ lệ 65,3%. Phần lớn bệnh nhân có mong muốn được tập luyện nhiều/rất nhiều (83,6%), nơi tập luyện chủ yếu là tại nhà (69,9%) với không gian có giường (71,2%) và rộng rãi (47,0%).

3.2. Hiệu quả cải chức năng sinh hoạt độc lập trước và sau 3 tháng điều trị và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trước và sau 3 tháng điều trị

Bảng 2. Kết quả bệnh nhân trước và sau điều trị

Đặc điểm	Trước điều trị TV (KTPV)	Sau điều trị TV (KTPV)	p
Điểm FIM	81 (48-102,5)	90 (54-111)	<0,001
Điểm mục tiêu vận động di chuyển	49 (27,5-69)	60 (34,5-79)	<0,001
Điểm mục tiêu nhân thức	25 (15-34,5)	29 (16-35)	<0,001
Phân mức độ theo điểm FIM n (%)			
Độc lập	73 (19,6)	112 (30,1)	-
Cần người trợ giúp một phần	195 (52,4)	170 (45,7)	
Cần người trợ giúp hoàn toàn	104 (28,0)	90 (24,2)	

Nhận xét: Nhìn chung, các đối tượng tham gia nghiên cứu đã có cải thiện đáng kể trong khả năng thực hiện các chức năng độc lập. Sự khác biệt trong việc cải thiện trước và sau quá trình tập luyện có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

3.2.2. Mối liên quan giữa hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập và các đặc điểm của bệnh. Nghiên cứu ghi nhận hiệu

quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi ($p = 0,010$), trình độ học vấn và nghề nghiệp ($p < 0,001$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa hiệu quả phục hồi chức năng và các đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm		Hiệu quả FIM	p
Mức độ khuyết tật	Đặc biệt nặng	2 (0-6)	< 0,001
	Nặng	6 (2-11)	
	Nhẹ	10 (4-13)	
Thời gian tổn thương	Dưới 6 tháng	10,5 (6,5-14,5)	< 0,001
	6 tháng tới 1 năm	11 (5-15)	
	Từ 1 đến 3 năm	6 (2-11)	
	Từ 3 năm trở lên	4 (0-9)	
Mong muốn được tập luyện	Rất nhiều/nhiều	6 (2-11)	0,014
	Một ít/không	3 (0-9)	
Nơi tập luyện	Bệnh viện	8,5(3-15,5)	< 0,001
	Trung tâm Y tế	10,5 (4-11)	
	Tại nhà	4 (0-8)	
Không gian tập luyện	Không có giường	3 (0-8)	0,008
	Có giường	6 (2-11)	< 0,001
	Không gian rộng rãi	6 (2-11)	0,011
	Không gian chật hẹp	4 (1-8)	0,003

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy các đặc điểm của bệnh nhân liên quan đến hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt còn có thời gian bị tổn thương, có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch có mối liên quan.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Về giới tính, nam chiếm ưu thế hơn nữ tương ứng với 56,2% và 43,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rayegani SM và cộng sự (65% nam, 35% nữ), cũng phù hợp với báo cáo tổng điều tra của Quỹ dân số Liên hiệp quốc (UNFPA) năm 2009 với tỷ lệ khuyết tật trong nhóm trẻ em nam và nam giới từ 16 đến 59 tuổi cao hơn so với nữ giới trong cùng nhóm tuổi. Qua đó thấy được quản lý y tế nên xem xét thêm cách tiếp cận và dịch vụ phục hồi dựa trên giới tính để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong việc đáp ứng nhu cầu của cả nam và nữ [4], [5].

Nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm tuổi từ 15 - 60 với tỷ lệ lần lượt là 47,3% và 36%, đặc điểm tương đồng với nghiên cứu về bệnh tật ở nhóm tuổi > 60 chiếm đa số, là nhóm tuổi dễ tổn thương và mang nhiều bệnh tật nhất. Qua đó cho thấy cần cung cấp các chương trình

phục hồi dành riêng cho người cao tuổi và người trẻ là thực sự cần thiết, vì họ có nhu cầu và khả năng khác nhau trong quá trình phục hồi

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu đa số dưới THPT, chiếm 44,9%, không biết chữ cũng chiếm 1/5 trong nhóm nghiên cứu, điều này phù hợp với dữ liệu của nghiên cứu. Có sự tương đồng giữa trình độ học vấn và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ của nhóm thất nghiệp/nội trợ/hưu trí và tự do chiếm tỷ lệ 88,7%. Mặc khác nhóm đối tượng nghiên cứu > 60 tuổi chiếm ưu thế mà nhóm tuổi này thuộc diện khó khăn trong tiếp cận giáo dục trong những năm 1960, điều này cũng giải thích cho trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu thấp.

Hoàn cảnh kinh tế gia đình của đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn nằm ở mức bình thường, chiếm tỷ lệ 59,7%, trong khi người có hoàn cảnh gia đình ở mức nghèo chiếm tỷ lệ 23,1%, và mức giàu chỉ là 2,4%. Điều này phản ánh thực tế rằng đa số NKT chưa đủ điều kiện kinh tế để chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đầy đủ, đặc biệt là trong lĩnh vực phục hồi và chăm sóc sau bệnh. Qua những kết quả này, quản lý y tế cần xem xét thêm các hình thức cung cấp hỗ trợ tài chính và chương trình phục hồi dựa trên hoàn cảnh kinh tế gia đình của mỗi người khuyết tật. Điều này có thể giúp và đảm bảo rằng NKT có tiếp cận đầy đủ và bình đẳng đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phục hồi, không bị hạn chế bởi tình trạng kinh tế gia đình [4].

Nghiên cứu nhận thấy đa số bệnh nhân thuộc nhóm NKT đang mắc phải các khuyết tật nặng và đặc biệt nặng, chiếm hơn 90,3%; trong khi khuyết tật nhẹ chỉ chiếm tỷ lệ là 9,7%. Sự khác biệt này so với báo cáo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, trong 6,1 triệu NKT tại Việt Nam năm 2009 có 385 nghìn NKT nặng; trong đó chiếm số đông là khuyết tật về thị giác, sau đó mới đến khuyết tật về vận động. Sự khác biệt này cũng có thể là do đối tượng nghiên cứu đã có giấy xác nhận khuyết tật từ UBND địa phương để nhận trợ cấp thường xuyên từ Bộ lao động Thương binh và Xã hội; họ thường có mức độ khuyết tật từ nặng trở lên. Ngược lại, đối tượng có khuyết tật nhẹ thì không được nhận trợ cấp nên chưa được quan tâm đúng mức, dẫn đến tỷ lệ này tương đối thấp (9,7%) [4].

Xét về thời gian tổn thương, 63,5% nhóm đối tượng nghiên cứu có thời gian tổn thương kéo dài trên 3 năm. Điều này đặc biệt quan trọng vì theo tiêu chuẩn ở bệnh nhân tai biến mạch máu não theo Hướng dẫn Phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ của Bộ Y tế năm 2019;

trong quá trình phục hồi, giai đoạn mạn tính được định nghĩa khi thời gian tổn thương kéo dài trên 6 tháng, khả năng phục hồi trong giai đoạn này thường khó khăn hơn, nhóm này chiếm đến 97,8% và nhóm đối tượng có thời gian tổn thương kéo dài dưới 6 tháng chỉ chiếm tỷ lệ 2,2%. Điều này cho thấy rằng quá trình phục hồi của nhóm đối tượng này có thể gặp nhiều khó khăn và cần đặc biệt quan tâm hơn để đảm bảo hiệu quả phục hồi. Ngoài ra, nhóm đối tượng NKT tại cộng đồng thường là đối tượng đã khuyết tật lâu năm [2].

4.2. Hiệu quả cải thiện chất lượng sinh hoạt độc lập sau 3 tháng điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân thuộc độ tuổi 16 -60 và trên 60 có hiệu quả cải thiện cao hơn so với nhóm tuổi 0 - 15. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Rayegani FM và cộng sự (2012). Điều này được lý giải bởi các BN trong nhóm từ 0-15 tuổi đa số mắc bại não, là một loại bệnh lý thường gặp ở trẻ em và có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc thực hiện các chức năng độc lập. Quá trình tập luyện, chúng tôi cũng quan sát thấy mặt bệnh bại não có cải thiện chậm hơn, có thể đây là dạng khuyết tật bẩm sinh, thường đòi hỏi quá trình tập luyện và điều trị kéo dài hơn và có thể không đạt được hiệu quả cao nhanh chóng [3], [5].

Kết quả cho thấy trình độ học vấn càng cao, hiệu quả cải thiện càng tốt, nhóm BN có nghề nghiệp công nhân viên chức/kinh doanh buôn bán cũng có hiệu quả cao hơn nhóm BN thất nghiệp, nội trợ, nghỉ hưu. Lý giải cho kết quả này là bởi trình độ học vấn cao ảnh hưởng đến nhận định về tầm quan trọng và khả năng hồi phục khi hiểu được quá tác động tích cực mà quá trình tập luyện đúng cách mang lại, do đó họ tuân thủ tập luyện tốt hơn và có mong muốn tập luyện nhiều hơn các nhóm khác. Do đó cần đặt ra câu hỏi về cách tối ưu hóa hệ thống quản lý y tế, đảm bảo rằng tất cả nhóm BN, bất kể ở trình độ học vấn và nghề nghiệp nào cũng có cơ hội tiếp cận, hưởng lợi từ quá trình điều trị và tập luyện.

Xét về các đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân, nhận thấy các yếu tố mức độ khuyết tật, thời gian khuyết tật có ảnh hưởng đến hiệu quả cải thiện mức độ thực hiện chức năng độc lập. Lý giải cho mối liên quan này bởi do bệnh nhân có mức độ khuyết tật đặc biệt nặng và nặng thì có mức độ tổn thương vận động cao kèm với thời gian tổn thương lâu (> 6 tháng) thì khả năng hồi phục sẽ thấp hơn dưới 6 tháng. Sự cần thiết của việc cá nhân hóa quá trình quản lý y tế và luyện tập cho từng bệnh nhân dựa trên đặc điểm bệnh

lý của họ cũng được nhấn mạnh vì chỉ khi hiểu sâu rộng về mức độ tổn thương và thời gian khuyết tật của bệnh nhân, chúng ta có thể thiết kế các phương pháp hiệu quả nhằm cải thiện chức năng độc lập và bảo đảm sự phát triển tốt nhất cho từng trường hợp cụ thể.

Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình điều trị được tìm thấy có mối liên quan với hiệu quả cải thiện thực hiện chức năng độc lập bao gồm việc mong muốn được luyện tập, nơi tập, không gian luyện tập. Nhận thấy, bệnh nhân có mong muốn tập luyện sẽ tuân thủ tốt hơn việc tập đúng, đủ bài tập theo hướng dẫn của kỹ thuật viên, do đó có thể mang lại hiệu quả tốt hơn. Mong muốn này thường được thúc đẩy bởi sự hiểu biết về quá trình tập luyện và khả năng hồi phục mà nó mang lại. Về nơi tập và không gian luyện tập, bệnh viện và trung tâm y tế có đầy đủ trang thiết bị hơn so với ở nhà BN, không gian rộng rãi thoải mái cũng là một yếu tố điều kiện thuận lợi cho hiệu quả được cải thiện. Ngoài ra, khi được luyện tập ở TTYT và bệnh viện, bệnh nhân còn được tiếp cận với các phương pháp trị liệu kèm theo như điện trị liệu, âm ngữ trị liệu nhằm cải thiện một số bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến mức độ PHCN. Điều này có thể tạo ra hiệu quả tốt hơn trong quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Việc thúc đẩy quá trình phục hồi chức năng và luyện tập vận động trị liệu cho bệnh nhân là người khuyết tật có tổn thương vận động là bước quan trọng trong quản lý y tế để cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm các tác động của tổn thương lên sức khỏe và khả năng vận động của người khuyết tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp** (2019), Văn bản về việc triển khai thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật tại TP.HCM năm 2019.
2. **Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chăm sóc, điều trị phục hồi chức năng đối với 04 bệnh: Đột quỵ não, Chấn thương sọ não, Bại não, Não úng thủy do Nút đột sống.
3. **Nguyễn Thị Thanh Nga** (2019), Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do chấn thương sọ não, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **UNFPA** (2011), "Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 2009". Người khuyết tật ở Việt Nam, tr. 20 -22.
5. **Rayegani, S. M., Raeissadat, S. A., Alikhani, E., Bayat, M., Bahrami, M. H., & Karimzadeh, A.** (2016). Evaluation of complete functional status of patients with stroke by Functional Independence Measure scale on admission, discharge, and six months poststroke. Iranian

NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI KHOA KIỂM SOÁT VÀ ĐIỀU TRỊ UNG BƯỚU BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Đỗ Thị Hiền^{1,2}, Trịnh Thị Lua³, Tạ Thị Tĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh (NB) ung thư đang điều trị tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 303 NB ung thư đang điều trị nội trú tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu. **Kết quả:** NB ung thư có tuổi trung bình là 65,3 ± 11,2 tuổi, nữ giới chiếm 76,2%, 64,7% học vấn từ tiểu học đến trung học phổ thông. Có 39,9% NB mắc ung thư cổ tử cung, 24,1% NB mắc ung thư giai đoạn III-IV, đa số không di căn 96%, có thời gian điều trị trên 3 năm chiếm 58,4% và nhập viện trung bình 2,9 ± 1,7 lần trong năm qua. Người bệnh ung thư có nhu cầu cao về thông tin liên quan đến tình trạng bệnh, nhu cầu hỗ trợ tâm lý, gặp khó khăn trong sinh hoạt, khó khăn về tài chính, có vấn đề phụ thuộc, có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ triệu chứng bằng các phương pháp YHCT và đã được điều dưỡng chăm sóc động viên chiếm tỉ lệ cao (>80%). **Kết luận:** Người bệnh ung thư có nhu cầu cao về thông tin bệnh tật, hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ tài chính, hỗ trợ trong sinh hoạt và chăm sóc giảm nhẹ bằng các phương pháp YHCT. **Từ khóa:** chăm sóc giảm nhẹ; nhu cầu; ung thư; y học cổ truyền

SUMMARY

THE NEEDS FOR PALLIATIVE CARE AMONG CANCER PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF ONCOLOGY CONTROL AND TREATMENT, NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2023

Objective: To evaluate the palliative care needs among cancer patients undergoing treatment at the department of Oncology control and treatment, National hospital of Traditional medicine in 2023. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on 303 inpatients with cancer at the department of Oncology control and treatment. **Result:** The mean age of patients with cancer was 65.3 ± 11.2 years, and 76.2% were female, 64.7% were under high school. Cervical cancer was prevalent in 39.9% of patients, 24.1% were in stage III-IV, and the majority had no metastasis (96%). Approximately

58.4% had been undergoing treatment for more than 3 years, with an average hospitalization rate of 2.9 ± 1.7 times in the past year. Cancer patients expressed high needs for information regarding their health status, psychological support, faced difficulties in daily activities, financial constraints, dependency issues, and desired mild symptom care through Traditional Medicine methods. They had received encouragement from nursing care at a high rate (>80%). **Conclusion:** Cancer patients have high needs for disease-related information, psychological support, financial assistance, support in daily activities, and a strong preference for mild care using Traditional Medicine methods. **Keywords:** palliative care; needs; cancer; traditional medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới [1]. Người bệnh ung thư sau xạ trị, hóa trị và ung thư tiến triển thường gặp những triệu chứng phổ biến như đau, nôn ói, suy kiệt, mệt mỏi,... và phải đối mặt với các vấn đề tâm lý như lo âu, trầm cảm làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Do đó, cần có những biện pháp hỗ trợ và chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) cho họ song hành với quá trình điều trị [2]. CSGN là một phần quan trọng trong dịch vụ y tế nhằm giảm bớt đau khổ cho NB ung thư và gia đình, giúp nâng cao chất lượng sống và kéo dài tuổi thọ. Một số báo cáo trên thế giới đã chỉ ra nhu cầu CSGN ở NB ung thư là rất lớn [2, 3]. Tuy nhiên, do nguồn lực y tế còn hạn chế nên việc thực hành CSGN cho họ tại các cơ sở y tế hiện nay còn gặp nhiều thách thức. Tìm hiểu về nhu cầu CSGN của NB ung thư giúp nhân viên y tế lập kế hoạch tăng cường chăm sóc, cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB và cung cấp cơ sở dữ liệu giúp các cán bộ quản lý xây dựng chính sách y tế hỗ trợ kịp thời cho những đối tượng này.

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về nhu cầu CSGN cho người bệnh ung thư và thực hành CSGN cho NB ung thư tại các bệnh viện Y học hiện đại. Tuy nhiên, chưa có công trình nghiên cứu nào về nhu cầu CSGN cho NB ung thư điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT). Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của NB ung thư đang điều trị tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện YHCT

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung Ương

²Trường Đại học Thăng Long

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Lua

Email: trinthtilua@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

Trung Ương năm 2023”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 303 NB ung thư điều trị nội trú tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện YHCT Trung Ương thỏa mãn tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ≥ 18 tuổi; được chẩn đoán ung thư và đang điều trị nội trú tại địa điểm nghiên cứu; có sức khỏe tâm thần và khả năng trả lời phỏng vấn; đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tình trạng cấp cứu chưa ổn định hoặc không tỉnh táo; không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không trả lời hết các câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu toàn bộ.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Tiến hành từ T3/2023 đến T10/2023 tại khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện YHCT Trung Ương.

Công cụ thu thập số liệu:

- Phiếu phỏng vấn đối tượng: Tuổi, giới, trình độ học vấn, đặc điểm bệnh lý.

- Bộ câu hỏi về nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ:

Sử dụng bộ câu hỏi Đánh giá nhu cầu CSGN của NB ung thư của tác giả Akon Ndiok (năm 2018). Bộ công cụ bao gồm các lĩnh vực: (1) nhu cầu thông tin, (2) tinh thần, (3) tâm lý, (4) sinh hoạt thường ngày, (5) triệu chứng, (6) vấn đề tài chính và kế hoạch, (7) vấn đề xã hội, (8) sự phụ thuộc, (9) vấn đề giao tiếp (10) vấn đề chăm sóc y khoa, (11) sự quan tâm của điều dưỡng. Mỗi câu hỏi gồm câu trả lời Có hoặc Không do người bệnh tự điền [4]. Bộ câu hỏi được thử nghiệm và đo lường độ tin cậy với hệ số Cronbach’s alpha = 0,752.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và làm sạch, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được chấp thuận đạo đức nghiên cứu bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức của trường Đại học Thăng Long và được sự chấp thuận thu thập số liệu của Ban lãnh đạo Bệnh viện YHCT Trung ương. Thông tin của NB được bảo mật. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của NB.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Qua phân tích số liệu của 303 NB ung thư đang điều trị nội trú tại địa điểm nghiên cứu, kết

quả cho thấy: NB ung thư có tuổi trung bình 65,3 ± 11,2 tuổi, 73,9% trên 60 tuổi, nữ giới chiếm 76,2%, 64,7% học vấn từ tiểu học đến trung học phổ thông. Đa số NB mắc ung thư cổ tử cung chiếm 39,9%, tiếp theo là ung thư phổi, ung thư tuyến giáp – tuyến yên, ung thư vú. Có 24,1% NB mắc ung thư giai đoạn III-IV, đa số không di căn 96%, có thời gian điều trị trên 3 năm chiếm 58,4% và nhập viện trung bình 2,9 ± 1,7 lần trong năm qua. Có 53,1% NB ung thư điều trị bằng xạ trị, 43,2% hóa trị, 46,5% phẫu thuật.

3.2. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư

Bảng 1. Nhu cầu thông tin của NB ung thư (n=303)

Nhu cầu thông tin	n	%
Chẩn đoán bệnh	174	57,4
Tiền lượng bệnh	169	55,8
Những xét nghiệm phải làm	160	52,8
Phác đồ điều trị đang được áp dụng	253	83,6
Nguyên nhân gây bệnh	267	88,1
Lựa chọn điều trị khác và tác dụng phụ	229	75,6
Những triệu chứng có thể xảy ra	175	57,8
Phương pháp chữa bệnh thay thế	245	80,9
Chế độ dinh dưỡng phù hợp	221	72,9
Vấn đề tình dục	107	35,3
Cần được điều dưỡng giải thích các thông tin này một cách dễ hiểu	250	82,5

NB ung thư đều có nhu cầu thông tin liên quan đến vấn đề sức khỏe của mình rất cao. Tuy nhiên, vấn đề tình dục đối với người bệnh ung thư khá thấp.

Bảng 2. Nhu cầu về tinh thần và tâm lý của NB ung thư (n=303)

Nhu cầu tinh thần – tâm lý	n	%
Khó khăn trong trò chuyện	47	15,5
Khó khăn trong mở lòng với người khác	54	17,8
Khó khăn trong mừng tượng về cái chết	140	46,2
Khó khăn trong chấp nhận bệnh tình	78	25,7
Thấy mình bị trầm cảm	39	12,9
Không cảm nhận được niềm vui	186	61,4
Sợ phải chịu đựng các triệu chứng do ung thư	261	86,1
Sợ phải điều trị	208	68,6
Sợ bị ung thư di căn	280	92,4
Sợ phải ở một mình	239	78,9
Sợ chết	270	89,1
Khó khăn trong việc thích ứng với những thay đổi bất chợt	157	51,8
Khó khăn trong việc biểu lộ cảm xúc	53	17,5
Bị choáng ngợp trước khi đưa ra quyết định	177	58,4

Khó khăn trong việc chấp nhận những thay đổi về diện mạo	150	49,5
Khó khăn trong việc nhìn ra những điểm tích cực	58	19,1

NB ung thư có nhu cầu hỗ trợ tâm lý tương đối cao chủ yếu thuộc nhóm: tâm lý sợ di căn, sợ chết, sợ chịu đựng các triệu chứng. Tuy nhiên, NB cho rằng mình bị trầm cảm chỉ chiếm 12,9%.

Bảng 3. Nhu cầu sinh hoạt hằng ngày của NB ung thư (n=303)

Nhu cầu sinh hoạt	n	%
Khó khăn trong việc chăm sóc bản thân	47	15,5
Khó khăn trong vận động, đi lại	73	24,1
Khó khăn trong chuẩn bị bữa ăn	143	47,2
Khó khăn trong việc đi mua sắm	171	56,4
Khó khăn trong việc di chuyển	216	71,3
Khó khăn trong các việc nhà nhẹ	68	22,4
Khó khăn trong các việc nhà nặng nhọc	264	87,1

Người bệnh ung thư chủ yếu gặp khó khăn trong việc nhà nặng nhọc và di chuyển.

Bảng 4. Các vấn đề tài chính và kế hoạch của NB ung thư (n=303)

Nhu cầu tài chính	n	%
Phải chi trả thêm chi phí	272	89,8
Bị giảm thu nhập	273	90,1
Khó khăn trong việc lên kế hoạch	161	53,1
Khó khăn trong cuộc sống do vấn đề tài chính	226	74,6
Khó khăn trong việc điền vào các mẫu đơn trống	59	19,5

Hầu hết người bệnh gặp khó khăn tài chính do chi phí điều trị và giảm thu nhập vì bệnh ung thư.

Bảng 5. Các vấn đề phụ thuộc của NB ung thư (n=303)

Nhu cầu phụ thuộc	n	%
Khó khăn trong hoạt động thường ngày	82	27,1
Khó khăn trong việc tham gia các hoạt động bên ngoài	153	50,5
Khó khăn trong việc chuyển giao công việc	121	39,9
Phụ thuộc vào người khác	226	74,6
Thất vọng vì mình làm được ít hơn trước	257	84,8
Khó điều khiển cơ thể	239	78,9
Khó khăn trong kiểm soát cuộc đời	168	55,4
Khó khăn trong việc nhờ giúp đỡ	64	21,1
Khó khăn trong việc đưa ra quyết định	94	31,0

Người bệnh ung thư cảm thấy phụ thuộc vào người khác, thất vọng về bản thân, khó điều khiển cơ thể chiếm tỉ lệ chủ yếu.

Bảng 6. Nhu cầu chăm sóc và điều trị của NB ung thư bằng các phương pháp YHCT (n=303)

Nhu cầu chăm sóc và điều trị	n	%
------------------------------	---	---

Điều trị giảm nhẹ triệu chứng	287	97,7
Dự phòng biến chứng	262	86,5
Chăm sóc dinh dưỡng	187	61,7
Chăm sóc tâm lý, tinh thần	19	6,3

Hầu hết NB ung thư muốn được chăm sóc điều trị giảm nhẹ triệu chứng bằng YHCT và dự phòng biến chứng, chăm sóc dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

Bảng 7. Các vấn đề liên quan đến điều dưỡng của NB ung thư (n=303)

Các vấn đề về điều dưỡng	n	%
Thường xuyên thăm hỏi tình trạng bệnh	267	91,1
Lắng nghe các vấn đề NB gặp phải	265	87,5
Giúp đỡ NB đưa ra các quyết định khó khăn	142	46,9
Hỗ trợ NB khi bệnh tình trở nặng	292	96,4
Quan tâm đến gia đình NB trong quá trình chăm sóc	244	80,5
Quan tâm đến những nhu cầu của gia đình NB	242	79,9
Báo cáo tình trạng của NB với những nhân viên y tế khác	295	97,4

Đa số NB ung thư cảm thấy được điều dưỡng quan tâm chăm sóc.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết NB ung thư đều có nhu cầu thông tin liên quan đến vấn đề sức khỏe của mình, có thái độ tích cực đối với việc nhận được thông tin về tình trạng bệnh của họ. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Akon (2018) cho thấy tỉ lệ NB có nhu cầu thông tin liên quan đến bệnh tật chiếm khá cao như thông tin về chẩn đoán (91,6%), diễn biến bệnh (89,3%), nguyên nhân gây bệnh (87,4%), các phương pháp chữa bệnh (90,9%), được giải thích dễ hiểu (85,8%), các triệu chứng có thể xảy ra (90,7%), các lựa chọn điều trị và tác dụng phụ (92,8%) [4]. Một nghiên cứu liên quan cũng cho thấy NB ung thư rất hứng thú khi nhận được thông tin về bệnh ung thư, trong đó thông tin về điều trị chiếm tỉ lệ cao nhất. Kiến thức về tình trạng bệnh tật sẽ góp phần giúp NB tuân thủ điều trị và làm giảm tâm lý lo lắng ở NB và gia đình của họ [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB ung thư có nhu cầu hỗ trợ tâm lý tương đối cao (bảng 2). Trong đó NB có tâm lý sợ di căn, sợ chết, sợ chịu đựng các triệu chứng chiếm tỉ lệ cao, tiếp theo là nhóm NB sợ phải ở một mình, sợ điều trị, sợ mất đi những niềm vui, khó thích ứng. Tuy nhiên, nhóm cho rằng mình bị trầm cảm chỉ chiếm 12,9%. Điều này cho thấy NB ung thư có tâm lý lo âu nhưng không nhận ra mình

có nguy cơ hay mắc trầm cảm. Có nhiều quan niệm cho rằng ung thư không có thuốc chữa cũng giống như một bản án tử hình đối với NB và gia đình họ khi được chẩn đoán xác định, kèm theo đó là sự thương hại và kỳ thị [6]. Do đó, tâm lý lo lắng, sợ hãi, khó thích ứng, choáng ngợp với những thay đổi, khó tìm thấy niềm vui sự tích cực là điều dễ hiểu và dễ cảm thông đối với NB ung thư. Về tinh thần, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Nigeria người bệnh đa phần gặp các vấn đề về tinh thần như khó mở lòng 55,7%, khó trò chuyện 63,3%, khó mừng tương về cái chết 55%, khó chấp nhận bệnh tình chiếm 71,8%[4]. Điều này cho thấy NB ung thư tại Việt Nam có xu hướng vững vàng hơn về tinh thần có thể do nhận được sự quan tâm chăm sóc từ phía gia đình, cộng đồng và nhân viên y tế tốt hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB ung thư gặp khó khăn trong sinh hoạt (bảng 3). Điều này cho thấy sức khỏe thể chất của NB ung thư suy giảm rõ rệt ảnh hưởng tới sinh hoạt hằng ngày của họ. Do đó việc sống cùng người thân và có người chăm sóc sẽ giúp cho họ được chia sẻ, giúp đỡ trong sinh hoạt hằng ngày. Kết quả của chúng tôi khác so với tác giả Akon (2018) cho thấy khoảng 60% NB gặp khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày từ việc chăm sóc cơ thể, đi lại, nấu nướng, đi mua sắm, di chuyển, làm việc nhà [4]. Có thể do phần lớn NB trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn sớm I, II (chiếm 53,1%) còn nghiên cứu của tác giả trên phần lớn NB thuộc giai đoạn muộn hơn III, IV nên tình trạng sức khỏe kém đi nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NB gặp khó khăn tài chính do phải chi trả chi phí vì bệnh ung thư, giảm thu nhập và gặp khó khăn trong cuộc sống do tài chính chiếm tỉ lệ cao. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu về nhu cầu CSGN cho NB ung thư tại Nigeria với 78% người bệnh gặp khó khăn tài chính do chi trả vì bệnh, 74,1% giảm thu nhập [4]. Có thể do phần lớn đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi đã nghỉ hưu (chiếm 50,2%), nghề nghiệp tự do và nông dân chiếm chủ yếu (26,1% và 16,8%) nên không có nguồn thu nhập ổn định, khi mắc bệnh đây là những đối tượng dễ bị ảnh hưởng tài chính nhất vì phải chi trả số tiền điều trị vượt quá khả năng thu nhập, lại không có đủ sức khỏe để kiếm thêm thu nhập. Đồng thời nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nguồn thu nhập hằng tháng của NB chủ yếu là từ lương hưu 57,1%, từ con cái 48,5% cho thấy NB ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi phần

lớn có thu nhập thấp, hoàn cảnh gia đình khó khăn, thu nhập thụ động và phụ thuộc vào người thân trong gia đình. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra vấn đề tài chính cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới quá trình chăm sóc giảm nhẹ của NB ung thư, có tác động lớn đến sự sẵn sàng điều trị cho NB. Một thử nghiệm lâm sàng trên 779 NB ung thư và 438 người thân tại Mỹ cho thấy 1/2 NB gặp khó khăn tài chính, NB trẻ tuổi có khả năng gặp khó khăn tài chính ở mức trung bình và nghiêm trọng hơn, những NB càng gặp khó khăn tài chính khi nhập viện các triệu chứng càng tồi tệ hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn và gia đình có sự chuẩn bị khó khăn hơn ($p < 0,001$) [7]. Do đó, cần thiết có những chương trình xã hội hỗ trợ giúp NB ung thư giảm bớt gánh nặng tài chính kinh tế trong quá trình điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số NB cảm thấy phụ thuộc vào người khác, thất vọng về bản thân, khó điều khiển cơ thể chiếm tỉ lệ cao $>70 - 80\%$ và khoảng 50% cảm thấy khó khăn khi tham gia hoạt động bên ngoài và khó kiểm soát cuộc đời. Điều này lý giải cho tỉ lệ NB có tâm lý lo lắng chiếm khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,1%. Kết quả này khác so với nghiên cứu tại Nigeria (2018) thấy khoảng 60-65% NB thấy khó khăn trong việc tiếp tục các hoạt động thường ngày, lệ thuộc vào người khác, khó điều khiển cơ thể, thất vọng vì mình làm được ít hơn trước, khó khăn trong việc đưa ra quyết định [4]. Đây là tâm lý chung của NB ung thư do tình trạng sức khỏe của họ bị suy giảm ngày càng trầm trọng khi ung thư tiến triển làm ảnh hưởng tới hoạt động sống thường ngày cũng như công việc, khiến họ cảm thấy khó khăn hơn trong công việc và cuộc sống hơn so với trước đây.

YHCT là một xu hướng mới trong điều trị giảm nhẹ cho NB ung thư bởi tính an toàn, ít xâm lấn, ít tác dụng phụ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết NB ung thư muốn chăm sóc điều trị giảm nhẹ triệu chứng (chứng đau 90,7%; rối loạn giấc ngủ 87,8%; gầy sút cân 59,4%,) dự phòng biến chứng, chăm sóc dinh dưỡng nâng cao thể trạng (bảng 6) bằng các phương pháp YHCT. Nhóm NB có nhu cầu điều trị giảm nhẹ triệu chứng bằng thuốc YHCT, xoa bóp bấm huyệt và châm cứu chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 89,1%; 96,4% và 60,7%. Đã có nhiều công trình nghiên cứu chứng minh châm cứu, xoa bóp bấm huyệt là một phương pháp hiệu quả, an toàn làm giảm đau cho NB ung thư tiến triển [8]. Nghiên cứu của Yin (2013) cũng chỉ ra

vai trò của các thuốc YHCT làm giảm nhẹ các triệu chứng trong CSGN cho NB ung thư [9]. Ngoài cải thiện các triệu chứng đau, mệt mỏi, rối loạn lo âu, căng thẳng, nâng cao thể trạng bằng cách giúp NB ăn ngon miệng cũng là một vấn đề cần được quan tâm trong chăm sóc giảm nhẹ. Trong YHCT đã có nhiều bài thuốc hiệu quả nhằm nâng cao thể trạng, kết hợp với các pháp không dùng thuốc đã giúp NB ăn ngon, ngủ tốt hơn như những bài thuốc bổ khí, dưỡng huyết, phương pháp dưỡng sinh, châm cứu... Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm NB ung thư có nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng nâng cao thể trạng bằng thuốc sắc YHCT và thực phẩm được chế biến cùng các thuốc YHCT chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 87,1% và 89,8%.

Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình chăm sóc NB ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB đã nhận được sự quan tâm và thăm hỏi từ điều dưỡng (bảng 7). Điều này phản ánh sự tích cực chăm sóc NB của đội ngũ điều dưỡng tại địa điểm nghiên cứu. NB ung thư là những đối tượng nhạy cảm, cần điều trị lâu dài nên cần được quan tâm chăm sóc chu đáo, kịp thời và động viên tinh thần một cách tích cực để họ yên tâm điều trị. Do đó, sự quan tâm từ thầy thuốc nói chung và điều dưỡng nói riêng có thể giúp họ được theo dõi và chăm sóc tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Đa số NB ung thư có nhu cầu cao về thông

tin bệnh tật, hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ tài chính, hỗ trợ trong sinh hoạt và có nhu cầu CSGN bằng các phương pháp YHCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Cancer. 2022 [cited 2022 12 December]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Bağçivan, G., et al., Palliative care needs of the cancer patients receiving active therapy. Support Care Cancer, 2022. 30(1): p. 749-756.
3. Wang, T., et al., Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. BMC Palliative Care, 2018. 17(1): p. 96.
4. Ndiok, A. and B. Ncama, Assessment of palliative care needs of patients/families living with cancer in a developing country. Scand J Caring Sci, 2018. 32(3): p. 1215-1226.
5. Shea-Budgell, M.A., et al., Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. Curr Oncol, 2014. 21(4): p. 165-73.
6. Neal C., M.D., Schear R., The experience of stigma: Impacts and implications, in Global Perspectives on Cancer: Incidence, Care and Experience. 2015, ABC-CLIO: Santa Barbara. p. 41-53.
7. Wang, S.E., et al., Association Between Financial Distress with Patient and Caregiver Outcomes in Home-Based Palliative Care: A Secondary Analysis of a Clinical Trial. Journal of General Internal Medicine, 2022. 37(12): p. 3029-3037.
8. Lian, W.L., et al., Effectiveness of acupuncture for palliative care in cancer patients: a systematic review. Chin J Integr Med, 2014. 20(2): p. 136-47.
9. Yin, S.Y., et al., Therapeutic applications of herbal medicines for cancer patients. Evid Based Complement Alternat Med, 2013. 2013: p. 302426.

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THỊ LỰC VÀ SỰ THAY ĐỔI VI CẤU TRÚC VÙNG HOÀNG ĐIỂM TRÊN BỆNH NHÂN PHÙ HOÀNG ĐIỂM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG MÁY OCT

Nguyễn Quý Hoàng Mai¹, Lê Đỗ Thuỳ Lan¹,
Đoàn Thị Hồng Hạnh¹, Âu Tâm Hà², Phạm Thanh Châu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phù hoàng điểm do đái tháo đường là nguyên nhân thường gặp nhất gây mất thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường. Nhờ những tiến bộ trong những năm gần đây, OCT nhanh chóng trở thành một

công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán và điều trị DME. Những hình ảnh đặc trưng trên OCT như chiều dày trung tâm vùng hoàng điểm, tính nguyên vẹn của tế bào cảm thụ quang, sự hiện diện của các nang tăng quang trong võng mạc đã được chứng minh là các yếu tố tiên lượng thị lực trong phù hoàng điểm do đái tháo đường. **Mục tiêu:** Khảo sát mối tương quan giữa thị lực và sự thay đổi vi cấu trúc vùng hoàng điểm trên bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường bằng máy OCT. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, tiến cứu, cắt dọc so sánh trước và sau điều trị 3 tháng, sử dụng phương pháp chụp OCT để khảo sát trên 33 mắt của 33 bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường tại phòng khám khoa Dịch kính - Võng mạc, Bệnh viện Mắt TPHCM từ tháng

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quý Hoàng Mai

Email: hoangmainguyenquy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024

12/2022 – 09/2023. **Kết quả:** Tổng cộng có 33 mắt DME được đưa chọn trong đó có 40 mắt DRT, 37 mắt CME và 35 mắt SRD. Điều trị bằng Bevacizumab làm giảm độ dày trung tâm hoàng điểm và cải thiện BCVA ở cả ba nhóm. Thị lực lúc ban đầu và CRT của nhóm DRT tốt hơn so với hai nhóm còn lại. Sự thay đổi về CRT có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm và được nhận thấy tốt hơn ở nhóm DRT ($p < 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm về sự thay đổi BCVA ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nhóm DRT, dường như là dạng DME thường gặp nhất, đáp ứng với điều trị tốt hơn các loại khác. Vì vậy, hình thái phù hoàng điểm đái tháo đường được hiển thị trên OCT có thể cung cấp hướng dẫn khách quan trong việc dự đoán đáp ứng của Bevacizumab trên bệnh nhân DME.

Từ khóa: Bevacizumab, Phù hoàng điểm đái tháo đường, OCT.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN VISUAL ACUITY AND MACULAR MICROSTRUCTURAL CHANGES IN DIABETIC MACULAR EDEMA BY OCT

Background: The purpose of this study was to evaluate the short-term response of intravitreal bevacizumab in diabetic macular edema (DME) and assess the variation in treatment outcomes in different morphology patterns using spectral domain–optical coherence tomography (SD-OCT). **Design:** Observational, Prospective, Longitudinal Study. **Participants:** 33 eyes of 33 patients with diabetic macular edema were included. **Methods:** Thirty three eyes of 33 patients with DME were included and treated with intravitreal bevacizumab (1.25 mg/0.05 ml monthly for 3 months). The morphological patterns of DME were classified on the basis of OCT into three groups – diffuse retinal thickening (DRT), cystoid macular edema (CME), and serous retinal detachment (SRD) – and changes in central macular thickness (CMT) and best corrected visual acuity (BCVA) after treatment were compared. **Results:** A total of 33 eyes with DME were included and consisted of 14 DRT, 10 CME, and 9 SRD. Treatment with bevacizumab resulted in decrease in central macular thickness and improvement in BCVA in all three groups. The baseline visual acuity and CMT of DRT group was better than that of the other two groups. The treatment outcome was measured in terms of CMT and BCVA. Change in CMT was statistically significant among three groups and was found to be better in DRT group ($p < 0,05$). There was statistically significant variation between the three groups regarding the change in BCVA ($p < 0,05$). **Conclusions:** DRT, which appears to be the earliest form of DME, responds better than other types. Thus, the pattern of macular edema shown by OCT may provide an objective guideline in predicting the response of bevacizumab injection in DME.

Keywords: Bevacizumab, Diabetic Macular Edema, OCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù hoàng điểm do đái tháo đường là nguyên nhân thường gặp nhất gây mất thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường¹.

Nhờ những tiến bộ trong những năm gần đây, OCT nhanh chóng trở thành một công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán và điều trị DME. Những hình ảnh đặc trưng trên OCT như CRT, tính nguyên vẹn của tế bào cảm thụ quang, sự hiện diện của các nang tăng quang trong võng mạc đã được chứng minh là các yếu tố tiên lượng thị lực trong phù hoàng điểm do đái tháo đường. Tuy nhiên CRT chỉ đóng góp như một trong những yếu tố ảnh hưởng thị lực nhưng không được sử dụng như một đại diện hoàn hảo cho thị lực. Hơn thế, tính toàn vẹn của đoạn IS/OS có mối tương quan với thị lực mạnh hơn so với chiều dày trung tâm vùng hoàng điểm². Do vậy việc nghiên cứu tìm hiểu sự thay đổi vi cấu trúc vùng hoàng điểm và mối tương quan với thị lực trong bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường là một vấn đề đang được quan tâm.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mối tương quan giữa thị lực và sự thay đổi vi cấu trúc vùng hoàng điểm trên bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường bằng máy OCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

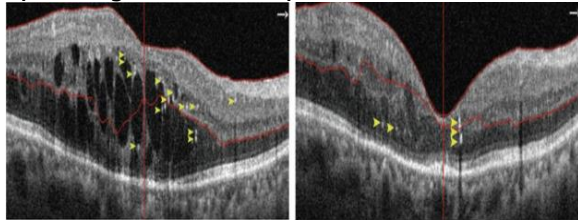
2.1. Đối tượng nghiên cứu. 33 bệnh nhân được chẩn đoán phù hoàng điểm đái tháo đường tại phòng khám khoa Dịch kính – Võng mạc, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 – 09/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát, tiền cứu, cắt dọc

Phương pháp thu thập số liệu. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại phòng khám khoa Dịch kính – Võng mạc bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh được chẩn đoán phù hoàng điểm đái tháo đường thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ sẽ được vào mẫu nghiên cứu. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm (1) Bệnh nhân ĐTĐ type 1 hoặc type 2, (2) Phù hoàng điểm đái tháo đường có ý nghĩa lâm sàng trên OCT. Tình trạng phù hoàng điểm được xác định dựa trên kết quả SD–OCT chụp tại lần khám đầu tiên với CRT > 250 μm , (3) Bệnh nhân được điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường bằng thuốc anti-VEGF tiêm nội nhãn, (4) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm (1) Bệnh nhân đã phẫu thuật nội nhãn, đã tiêm thuốc nội nhãn hay đã laser lưới/khu trú trong vòng 3 tháng trước nghiên cứu, (2) Bệnh nhân mắt khác gây giảm thị lực như đục thủy tinh thể, glaucoma, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, lỗ hoàng điểm, bệnh lý thần kinh thị, (3) Đục môi trường trong

suốt do sẹo giác mạc, đục thủy tinh thể, (4) Hình ảnh OCT chất lượng kém, cường độ tín hiệu < 6/10, (5) Các trường hợp có co kéo dịch kính – hoàng điểm hay co kéo ở hoàng điểm.

Tất cả bệnh nhân được khám mắt toàn diện, và chụp OCT vùng hoàng điểm được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Mắt TPHCM bằng máy Cirrus HD-OCT 5000. OCT vùng hoàng điểm khảo sát các vi cấu trúc vùng hoàng điểm từ đó ghi nhận được CRT, tính nguyên vẹn của IS/OS và ELM trước và sau điều trị 3 tháng tiêm thuốc nội nhãn.



Hình 1: Hình chụp OCT trước và sau điều trị^β

Test t bắt cặp được sử dụng để so sánh sự thay đổi về độ dày trung tâm hoàng điểm và thị lực trước và sau điều trị, đánh giá đáp ứng điều trị trong 3 hình thái phù DME sử dụng test ANOVA 1 chiều, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Mỗi tương quan giữa CRT, tính nguyên vẹn của IS/OS, ELM và thị lực được đánh giá bằng hệ số tương quan Spearman với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Nhập và xử lý số liệu đã thu thập từ phiếu thu thập dữ liệu vào máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Ý đức. Tất cả bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu, đảm bảo bí mật các thông tin cá nhân. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Ý đức, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân trước điều trị

Tuổi: Tuổi bệnh nhân được tính tại thời điểm khám lần đầu tiên. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $55,73 \pm 9,90$ (37-72).

Giới: Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, nam/ nữ:17/16 bệnh nhân

Type đái tháo đường: Hầu hết bệnh nhân bị ĐTĐ type 2 (32/33).

Thời gian mắc ĐTĐ trung bình: $10,97 \pm 5,60$ (1- 27) năm. Trong đó 81,9% BN mắc ĐTĐ trên 5 năm.

Hình thức điều trị ĐTĐ: Chủ yếu là uống thuốc viên chiếm 60,6% (20/33).

Đặc điểm tình trạng kiểm soát đường máu.

Có khoảng 22/33 (66,7%) BN kiểm soát đường máu tốt.

Bệnh lý toàn thân đi kèm thường gặp nhất là tăng huyết áp chiếm 75,8%, theo sau đó là rối loạn lipid máu chiếm 39,4%.

Giai đoạn BLVMĐTĐ trước điều trị: Tỷ lệ bệnh nhân mắc BLVMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh chiếm đa số với 81,8%.

Hình thái phù hoàng điểm trên OCT trước điều trị: Trên ảnh chụp OCT trung tâm HD, hình thái phù HD được chia làm ba nhóm. Trong đó nhóm bệnh nhân có DRT chiếm tỷ lệ cao hơn hai hình thái còn lại (42,4%).

Độ dày trung tâm võng mạc trước điều trị: Trị số CRT trung bình là $489,12 \pm 89,82 \mu\text{m}$.

Bảng 1. CRT theo hình thái phù hoàng điểm trước điều trị

Hình thái phù	CRT (μm)
Phù lan toả	$467,57 \pm 102,28$
Phù dạng nang	$493,10 \pm 75,41$
Bong thanh dịch	$518,22 \pm 84,20$

CRT ở nhóm bong thanh dịch cao hơn so với 2 nhóm còn lại.

Tính nguyên vẹn đoạn EZ: Trước điều trị, tỷ lệ đoạn EZ gián đoạn chiếm tỷ lệ cao hơn là 90,9%.

Tính nguyên vẹn đoạn ELM: Trước điều trị, tỷ lệ đoạn ELM gián đoạn chiếm tỷ lệ cao hơn là 93,9%.

Thị lực trước điều trị: BCVA logMAR trung bình tại mắt DME trước điều trị là $0,74 \pm 0,30$.

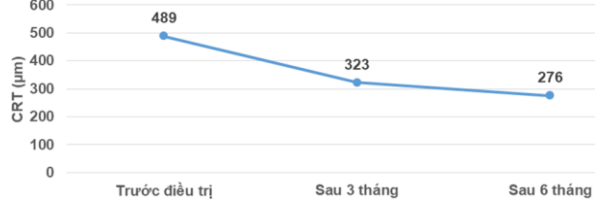
Bảng 2. BCVA trung bình theo hình thái phù trước điều trị

Hình thái phù	BCVA (logMAR)
Phù lan toả	$0,61 \pm 0,24$
Phù dạng nang	$0,82 \pm 0,20$
Bong thanh dịch	$0,84 \pm 0,41$

Thị lực trước điều trị của nhóm phù lan toả tốt hơn hai nhóm còn lại

3.1. Kết quả điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường

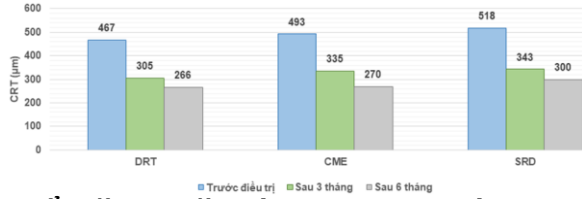
Độ dày trung tâm võng mạc sau điều trị



Biểu đồ 1. Chiều dày VMTT trung bình trước và sau điều trị

Chiều dày VMTT trung bình giảm dần theo thời gian. Trước điều trị và sau điều trị 3,6 tháng lần lượt là: $489,1 \pm 89,8 \mu\text{m}$; $324,5 \pm 46,5 \mu\text{m}$; $276,7 \pm 30,6 \mu\text{m}$. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị 6 tháng có ý nghĩa thống kê với $p <$

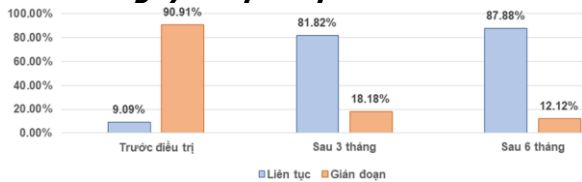
0,001. Mức độ giảm chiều dày võng mạc trung tâm trung bình sau điều trị sáu tháng là $212,4 \pm 74,0 \mu\text{m}$.



Biểu đồ 2. Chiều dày VMTT trung bình theo hình thái phù trước và sau điều trị

CRT trung bình nhóm bong võng mạc thanh dịch sau 6 tháng điều trị cao hơn 2 nhóm còn lại. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước điều trị và sau 6 tháng theo dõi điều trị (tất cả $p < 0,05$).

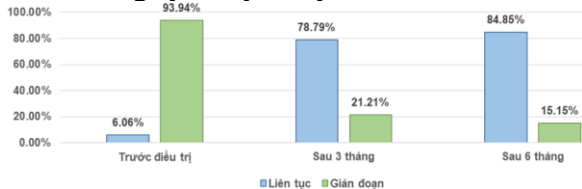
Tính nguyên vẹn đoạn EZ



Biểu đồ 3. Tỷ lệ tính nguyên vẹn đoạn EZ trước và sau điều trị

Tỷ lệ đoạn EZ liên tục tăng dần theo thời gian điều trị, trước điều trị là 9,09%. Sau 3 và 6 tháng điều trị lần lượt là 81,82% và 87,88%. Sự khác biệt về tỷ lệ đoạn EZ liên tục tăng sau điều trị có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Tính nguyên vẹn đoạn ELM



Biểu đồ 4. Tỷ lệ tính nguyên vẹn đoạn ELM trước và sau điều trị

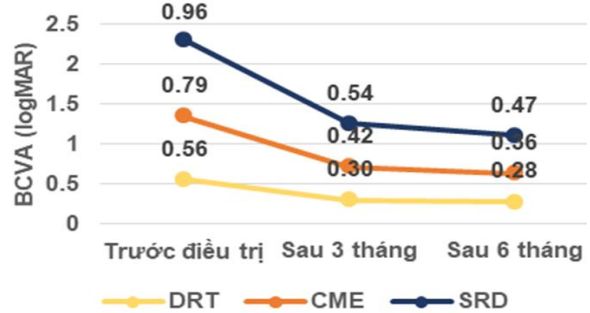
Tỷ lệ đoạn ELM liên tục tăng dần theo thời gian điều trị, trước điều trị là 6,06%. Sau 3 và 6 tháng điều trị lần lượt là 78,79% và 84,85%. Sự khác biệt về tỷ lệ đoạn ELM liên tục tăng sau điều trị có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Thị lực trung bình sau điều trị (logMAR)



Biểu đồ 5. Thị lực trung bình trước và sau điều trị

Thị lực trung bình (LogMAR) giảm dần theo từng tháng theo dõi, trước điều trị là $0,74 \pm 0,30$. Sau 3,6 tháng điều trị lần lượt là $0,40 \pm 0,22$; $0,36 \pm 0,19$. Sự khác biệt về thị lực trung bình trước và sau điều trị 6 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 6. Thị lực trung bình theo hình thái phù trước và sau điều trị

Thị lực BCVA trung bình tại thời điểm sau 3 tháng và 6 tháng điều trị của nhóm SRD kém hơn 2 nhóm còn lại. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước điều trị và sau 6 tháng theo dõi điều trị ở tất cả các hình thái phù (tất cả $p < 0,05$). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm tại tất cả thời điểm sau điều trị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả về độ dày trung tâm võng mạc. Nghiên cứu trên 58 mắt của 58 BN phù HĐ do ĐTĐ năm 2020 tác giả Irini Chatziralli thu được kết quả chiều dày VMTT giảm từ $499,2 \pm 131,7 \mu\text{m}$ ở thời điểm ban đầu xuống còn $380,0 \pm 101,3 \mu\text{m}$ sau ba tháng điều trị⁴.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được cũng tương như kết quả tác giả trên: chiều dày VMTT của nhóm BN nghiên cứu giảm từ $489,1 \pm 89,8 \mu\text{m}$ khi bắt đầu điều trị, sau ba và sáu tháng con số này là: $324,5 \pm 46,5 \mu\text{m}$ và $276,7 \pm 30,6 \mu\text{m}$. Sự khác biệt giữa chiều dày VMTT thời điểm trước và sau điều trị ba tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tác giả Sadhana Sharma tiến hành trên 112 mắt phù hoàng điểm đái tháo đường năm 2022 phân theo 3 loại hình thái phù được điều trị anti-VEGF ghi nhận rằng loại DRT có CRT sau điều trị mỏng hơn các loại khác⁵.

Khi xét theo hình thái phù HĐ do ĐTĐ, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả phục hồi về mặt giải phẫu được tìm thấy tốt hơn trong DRT so với 2 loại còn lại.

4.2. Kết quả về tính nguyên vẹn đoạn EZ. Qua nghiên cứu trên 33 mắt phù hoàng điểm đái tháo đường đã được điều trị anti-VEGF nội

nhãn, chúng tôi quan sát thấy có sự giảm dần số trường hợp gián đoạn IS-OS và tăng dần số trường hợp IS-OS nguyên vẹn. Tại thời điểm 3 tháng có 18,18% có sự gián đoạn IS-OS, số trường hợp này giảm chỉ còn 12,12% sau 6 tháng. Các nghiên cứu của Kyung Seo⁶, Somnath De⁷ và Lei Tang⁸ cũng cho biết có sự hồi phục của lớp IS-OS sau điều trị tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Kết quả về tính nguyên vẹn đoạn

ELM. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau điều trị 3 tháng đa số người bệnh đã có sự hồi phục ELM (78,79%) và tỉ lệ này lên tới khoảng 84,85% tại thời điểm 6 tháng sau điều trị. Tác giả Lei Tang⁸ cũng cho biết có sự hồi phục sớm của ELM sau điều trị, với phần lớn bệnh nhân có gián đoạn ELM ban đầu thì sau điều trị đã phục hồi đáng kể các trường hợp có ELM nguyên vẹn.

Tác giả Somnath De⁷ và cộng sự khi nghiên cứu 44 bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường được tiêm 3 mũi anti-VEGF mỗi tháng đã ghi nhận 100% bệnh nhân có gián đoạn ELM ban đầu chỉ sau 2 tháng đã có 65,9% trường hợp có ELM nguyên vẹn, tỉ lệ này là 84,1% sau 3 tháng. Tác giả đề nghị rằng ELM nên được xem xét như một phần của hàng rào võng mạc có thể bị phá vỡ ở các tình trạng bệnh lý khác nhau. Trong bệnh võng mạc đái tháo đường, không chỉ có tế bào thần kinh đệm Muller phù lên mà chúng cũng mất đi thành phần occludin ở cấp độ ELM. Do đó, liên kết trong ELM có thể là mục tiêu quản lý duy nhất trong điều trị.

4.4. Kết quả về thị lực. Năm 2019, tác giả Shulin Liu⁹ tiến hành đánh giá kết quả và các yếu tố tiên lượng của phương pháp điều trị phù HĐ do ĐTĐ, kết quả thu được thị lực tăng từ $0,75 \pm 0,48$ (logMAR) thời điểm bắt đầu xuống còn $0,39 \pm 0,22$ ở thời điểm kết thúc nghiên cứu. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Bevacizumab có tác dụng làm tăng thị lực của BN phù HĐ do ĐTĐ ngay từ mũi đầu tiên. Với thị lực trước điều trị là $0,74 \pm 0,30$ giảm xuống còn $0,40 \pm 0,22$; $0,36 \pm 0,19$ ở các thời điểm ba, sáu tháng theo tuần tự. Phân tích sự khác biệt giữa trước và sau điều trị 3 tháng cho thấy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả khác trên thế giới có thiết kế tương tự như Shulin Liu (2019)⁹; Kyung Hoon Seo (2016)⁶; Mức cải thiện thị lực trung bình trong nhóm BN của chúng tôi là giảm được $0,33 \pm 0,13$ (logMAR). Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Yen-Po Chen¹⁰ là $0,3 \pm 0,53$;

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BCVA logMAR trung bình ở những bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường theo hình thái phù trên OCT sau điều trị lần lượt là DRT $0,30 \pm 0,15$, CME là $0,42 \pm 0,20$ và SRD là $0,54 \pm 0,27$. BCVA logMAR trung bình theo hình thái phù sau điều trị ở tất cả các thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,001$). Trong đó, thị lực trung bình của mắt phù dạng lan toả tốt hơn so với phù dạng nang và bong thanh dịch. Kết quả này tương tự như của tác giả Kyung Seo⁶ và Sadhana Sharma⁵.

V. KẾT LUẬN

Phù hoàng điểm do đái tháo đường là bệnh được gây ra bởi phá vỡ hàng rào máu võng mạc, làm phá hủy chức năng thần kinh tại hoàng điểm đồng thời gây mất thị lực. Nhờ những tiến bộ gần đây của OCT nhanh chóng trở thành một công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán và điều trị DME. Những hình ảnh đặc trưng trên OCT như CRT, tính nguyên vẹn của tế bào cảm thụ quang đã được chứng minh là các yếu tố tiên lượng thị lực trong phù hoàng điểm do đái tháo đường. Nghiên cứu tiến hành khảo sát sự thay đổi vi cấu trúc vùng hoàng điểm góp phần giải thích kết quả thị lực, gợi ý khả năng phục hồi thị lực nhằm đưa ra các yếu tố tiên lượng thị lực cho người bệnh và cá nhân hóa điều trị cho bệnh nhân phù hoàng điểm do đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, et al.** Diabetes and global ageing among 65–99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. 2020;162:108078.
2. **Vujosevic S, Berton M, Bini S, Casciano M, Cavarzeran F, Midena E.** HYPERREFLECTIVE RETINAL SPOTS AND VISUAL FUNCTION AFTER ANTI-VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR TREATMENT IN CENTER-INVOLVING DIABETIC MACULAR EDEMA. Retina (Philadelphia, Pa). Jul 2016;36(7): 1298-308. doi: 10.1097/iae.0000000000000912
3. **Mistry V, An D, Barry CJ, House PH, Morgan WH.** Association between focal lamina cribrosa defects and optic disc haemorrhage in glaucoma. Br J Ophthalmol. Jan 2020;104(1):98-103. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-313775
4. **Chatziralli I, Theodossiadis G, Dimitriou E, Kazantzis D, Theodossiadis P.** Association between the patterns of diabetic macular edema and photoreceptors' response after intravitreal ranibizumab treatment: a spectral-domain optical coherence tomography study. International ophthalmology. Oct 2020;40(10):2441-2448. doi: 10.1007/s10792-020-01423-3
5. **Saxena S, Sadda SR.** Focus on external limiting membrane and ellipsoid zone in diabetic macular edema. Indian journal of ophthalmology. Nov

- 2021;69(11):2925-2927.
doi:10.4103/ijo.IJO_1070_21
6. **Seo KH, Yu SY, Kim M, Kwak HW.** VISUAL AND MORPHOLOGIC OUTCOMES OF INTRAVITREAL RANIBIZUMAB FOR DIABETIC MACULAR EDEMA BASED ON OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY PATTERNS. *Retina* (Philadelphia, Pa). Mar 2016;36(3):588-95. doi:10.1097/iae.0000000000000770
 7. **De S, Saxena S, Kaur A, et al.** Sequential restoration of external limiting membrane and ellipsoid zone after intravitreal anti-VEGF therapy in diabetic macular oedema. *Eye* (London, England). May 2021;35(5):1490-1495. doi:10.1038/s41433-020-1100-0
 8. **Tang L, Luo D, Qiu Q, Xu G-T, Zhang J.** Hyperreflective Foci in Diabetic Macular Edema with Subretinal Fluid: Association with Visual Outcomes after Anti-VEGF Treatment. *Ophthalmic Research*. 2022;66(1):39-47. doi:10.1159/000525412 %J Ophthalmic Research
 9. **Liu S, Wang D, Chen F, Zhang X.** Hyperreflective foci in OCT image as a biomarker of poor prognosis in diabetic macular edema patients treating with Conbercept in China. *BMC ophthalmology*. Jul 23 2019;19(1):157. doi:10.1186/s12886-019-1168-0
 10. **Chen YP, Wu AL, Chuang CC, Chen SN.** Factors influencing clinical outcomes in patients with diabetic macular edema treated with intravitreal ranibizumab: comparison between responder and non-responder cases. *Scientific reports*. Jul 29 2019;9(1): 10952. doi:10.1038/s41598-019-47241-1.

TIỀN LƯỢNG BẢO TỒN TỬ CUNG DỰA TRÊN HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TRONG PHẪU THUẬT RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM RAU CÀI RĂNG LỢC

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò các dấu hiệu trên siêu âm và khả năng bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại BVPS Hà Nội. **Kết quả:** 76 thai phụ tham gia nghiên cứu, không có sự khác biệt về tỷ lệ lệ mỗi dấu hiệu siêu âm đơn lẻ với khả năng bảo tồn hay cắt tử cung với $p > 0,05$. Có khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng bảo tồn tử cung giữa nhóm xuất hiện dưới 2 dấu hiệu trên siêu âm với nhóm có từ 2 dấu hiệu trên siêu âm với ($p = 0,006 < 0,01$, Se = 100%, Sp = 19%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ cắt tử cung giữa nhóm thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm với nhóm có dưới 3 dấu hiệu trên siêu âm (với $p = 0,023 < 0,05$, Se = 58,8%, Sp = 66,7%, OR = 2,86), thai phụ có dấu hiệu mạch máu vuông góc tới cơ tử cung có lượng máu mất cao hơn nhóm không có dấu hiệu này với $p = 0,047$. **Kết luận:** không có dấu hiệu siêu âm đơn lẻ nào quyết định được cắt tử cung hay bảo tồn tử cung nhưng thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm tiên lượng cắt tử cung cao trong phẫu thuật. **Từ khóa:** Rau cài răng lược, rau tiền đạo, siêu âm

SUMMARY

PROGNOSIS OF UTERINE CONSERVATIVE

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

SURGERY BASED ON ULTRASOUND

IMAGES IN PLACENTA ACCRETA SURGERY

Objectives: Evaluate the role of ultrasound signs and the ability to preserve the uterus in placenta accreta surgery. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of 76 pregnant women diagnosed with placenta accreta and cesarean section scars treated at Hanoi Hospital. **Results:** 76 pregnant women participated in the study, there was no difference in the rate of each single ultrasound sign with the possibility of conservation or hysterectomy with $p > 0.05$. There is a statistically significant difference in the ability to preserve the uterus between the group with less than 2 signs on ultrasound and the group with 2 or more signs on ultrasound ($p = 0.006 < 0.01$, Se = 100% , Sp = 19%). There is a statistically significant difference in the hysterectomy rate between the group of pregnant women with 3 or more signs on ultrasound and the group with less than 3 signs on ultrasound (with $p = 0.023 < 0.05$, Se = 58.8%, Sp = 66.7%, OR = 2.86), pregnant women with signs of blood vessels perpendicular to the uterine muscle had higher blood loss than the group without this sign with $p = 0.047$. **Conclusions:** There is no single ultrasound sign that decides whether to undergo a hysterectomy or preserve the uterus, but pregnant women with 3 signs on ultrasound have a high prognosis for hysterectomy during surgery. **Keywords:** Placenta accreta, placenta praevia, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh cảnh lâm sàng khi một phần hay toàn bộ bánh rau xâm lấn và không thể tách rời khỏi thành tử cung, khi đó gai rau ăn vào cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua cơ tử cung và thanh mạc, đôi khi vào các cơ quan lân cận như ruột hay bàng quang [1]. Tỷ lệ

rau cài răng lược chiếm khoảng 1/1000 trẻ sinh sống, thay đổi từ 0,04%-0,9% tùy theo quần thể dân số và nghiên cứu khác nhau [2-3]. Rau cài răng lược được coi là biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ với nguy cơ chảy máu trong và sau đẻ [4]. Tỷ suất mắc bệnh trong rau cài răng lược tới 60% và tỷ lệ tử vong mẹ lên tới 7% [5]. RCRL là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu [6]. Thai phụ khi được chẩn đoán rau cài răng lược cần được chuyển viện tới các bệnh viện, trung tâm có các chuyên gia điều trị, phẫu thuật rau cài răng lược do các trường hợp rau cài răng lược làm tăng chảy máu trong và sau đẻ, tăng tỷ lệ chết mẹ [7]. Gần đây, chẩn đoán rau cài răng lược có nhiều cải thiện do cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận siêu âm, chụp cộng hưởng để dàng dẫn đến các chẩn đoán rau cài răng lược được đặt ra ngay từ khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Theo Baumann và cộng sự, siêu âm có giá trị chẩn đoán dương tính rau cài răng lược tới 80,8% và giá trị chẩn đoán âm tính 97,7% [8]. Khi sử dụng siêu âm để phân biệt giữa thể rau cài răng lược bám cơ tử cung, cài cơ tử cung với thể rau cài răng lược đâm xuyên, độ nhạy của siêu âm tới 93% với độ đặc hiệu 99,9% [8]. Rau cài răng lược không chỉ xuất hiện ở thai phụ tiền sử mổ lấy thai nhiều lần mà còn gặp ở ngay những thai phụ tiền sử mổ lấy thai 1 lần hay có các tiền sử can thiệp vào buồng tử cung nhưng chưa có đủ con, do vậy nhiều thai phụ có mong muốn được bảo tồn tử cung trong phẫu thuật. Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu tiên lượng bảo tồn tử cung dựa trên siêu âm. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tiên lượng bảo tồn tử cung dựa trên hình ảnh siêu âm trong phẫu thuật rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội" với mục tiêu tiên lượng bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược dựa trên hình ảnh siêu âm rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại BVPS Hà Nội trong 2 năm (1/2021 – 12/2022).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những sản phụ vào mổ tại BVPS Hà Nội trong vòng 2 năm, được chẩn đoán trước mổ là rau tiền đạo cài răng lược được xử trí tại BVPS Hà Nội, có kết quả siêu âm chẩn đoán trước mổ mô tả đầy đủ các dấu hiệu của rau tiền đạo cài răng lược, có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các sản phụ bị RCRL

nhưng không kèm theo RTĐ, các sản phụ RTĐ nhưng hồ sơ bệnh án của họ không có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu. Sản phụ không tuân thủ điều trị, chuyển viện hoặc các sản phụ được chẩn đoán trước sinh là RCRL nhưng sau sinh không phải RCRL.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

- **Thời gian nghiên cứu:** 1/2021 – 12/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên những hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán RTĐ có sẹo mổ lấy thai.

2.4. Phương pháp chọn mẫu. Mẫu thuận lợi không xác suất trong thời gian nghiên cứu có đủ các tiêu chuẩn đã chọn.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Thu thập số liệu có sẵn từ bệnh án và các sổ sách lưu tại kho hồ sơ của phòng kế hoạch tổng hợp BVPSHN trong 2 năm (01/2021 – 12/2022).

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- **Hình ảnh siêu âm trong chẩn đoán RCRL:** Dấu hiệu trên siêu âm sẽ được miêu tả lặp đi lặp lại nhiều lần, để dễ phân biệt chúng tôi xin gọi tắt các dấu hiệu như sau:

+ Dấu hiệu 1: Dấu hiệu Lacunae: hình ảnh các xoang chứa dịch nằm trong nhu mô của bánh rau ở vùng bánh rau ăn vào thành tử cung.

+ Dấu hiệu 2: Dấu hiệu clear zone: Mật khoảng sáng sau rau, mật khoảng cách giữa lớp dây và cơ tử cung.

+ Dấu hiệu 3: Dấu hiệu giả u: Mật hình ảnh khoảng ranh giới giữa cơ tử cung và thành bàng quang, lớp cơ tử cung mỏng. Thành bàng quang bị đẩy lùi vào trong lòng của nó.

+ Dấu hiệu 4: Các dấu hiệu trên Doppler: Có thể thấy tăng sinh mạch, nhiều mạch quanh co, sát chặt, chảy đa hướng. Hoặc nặng hơn là dấu hiệu đường hầm – Bridging vessels: xuất hiện một số mạch kéo dài từ nhau thai, qua cơ tử cung và xa hơn, thường chạy vuông góc với cơ tử cung. Phẫu thuật: mổ lấy thai kèm cắt tử cung, mổ lấy thai và bảo tồn tử cung

- **Lượng máu mất trong mổ**

2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được nhập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân. Các thông tin về tiền sử, đặc trưng cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành thu thập và xử lý số liệu trên 76 thai phụ được chẩn đoán và điều trị rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Bảng 3.1. Liên quan giữa xử trí trong phẫu thuật và các hình ảnh trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm	Xử trí trong phẫu thuật				P
	Cắt tử cung		Bảo tồn tử cung		
	n=34	Tỷ lệ (%)	n=42	Tỷ lệ (%)	
Có dấu hiệu 1	24	70,6	21	50,0	0,056
Có dấu hiệu 2	31	91,2	35	83,3	0,256
Có dấu hiệu 3	3	8,8	2	4,8	0,399
Có dấu hiệu 4	33	97,1	31	73,8	0,374

Không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ mỗi dấu hiệu siêu âm đơn lẻ với khả năng bảo tồn hay cắt tử cung với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Mối liên quan khi có ít nhất 2 dấu hiệu trên siêu âm và xử trí trong phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm	Xử trí trong phẫu thuật				P
	Cắt tử cung		Bảo tồn tử cung		
	n=34	Tỷ lệ (%)	n=42	Tỷ lệ (%)	
≥ 2 dấu hiệu	34	100	34	81,0	0,006
< 2 dấu hiệu	0	0	8	19,0	

Se = 100%, Sp = 19%

Có khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng bảo tồn tử cung giữa nhóm xuất hiện dưới 2 dấu hiệu trên siêu âm với nhóm có từ 2 dấu hiệu trên siêu âm với $P = 0,006 < 0,01$, Se = 100%, Sp = 19%.

Toàn bộ những sản phụ có < 2 dấu hiệu được bảo tồn tử cung thành công.

Bảng 3.3. Mối liên quan khi có ít nhất 3 dấu hiệu trên siêu âm và xử trí trong phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm	Xử trí trong phẫu thuật				P
	Cắt tử cung		Bảo tồn tử cung		
	n=34	Tỷ lệ (%)	n=42	Tỷ lệ (%)	
≥ 3 dấu hiệu	20	58,8	14	33,3	0,023
< 3 dấu hiệu	14	41,2	28	66,7	

Se = 58,8%, Sp = 66,7%

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ cắt tử cung giữa nhóm thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm với nhóm có dưới 3 dấu hiệu trên siêu âm (với $p = 0,023 < 0,05$, Se = 58,8%, Sp = 66,7%, OR = 2,86)

Bảng 3.4. Mối liên quan khi có đủ 4 dấu hiệu trên siêu âm và xử trí trong phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm	Xử trí trong phẫu thuật				P
	Cắt tử cung		Bảo tồn tử cung		
	n=34	Tỷ lệ (%)	n=42	Tỷ lệ (%)	
Đủ 4 dấu hiệu	2	5,9	2	4,8	0,047
< 4 dấu hiệu	32	94,1	40	95,2	

Se = 5,9%, Sp = 95,2%

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ cắt tử cung giữa nhóm thai phụ có đủ 4 dấu hiệu trên siêu âm và nhóm có dưới 4 dấu hiệu trên siêu âm với $p = 0,047 < 0,05$, Se = 5,9%, Sp = 95,2%, OR = 1,25.

Bảng 3.5. Liên quan giữa lượng máu mất và các hình ảnh trên siêu âm

Dấu hiệu trên siêu âm	Lượng máu mất (ml)
Dấu hiệu 1	1.559,1 ± 770,8 ml
Dấu hiệu 2	1.515,4 ± 804,5 ml
Dấu hiệu 3	1.840,0 ± 709,2 ml
Dấu hiệu 4	1.787,1 ± 852,4 ml
Chung	1.512,0 ± 815,2 ml

Lượng máu mất ở nhóm sản phụ có dấu hiệu tại thành bàng quang và dấu hiệu có mạch máu vòng góc tới cơ tử cung trên Doppler có lượng máu mất lần lượt là 1.840,0 mL và 1.787,1 mL, cao hơn đáng kể so với trung bình chung của nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.6. Liên quan giữa lượng máu mất và dấu hiệu trên Doppler

Dấu hiệu Doppler	Lượng máu mất trung bình (TB ± SD)	n=76 Tỷ lệ (%)	P
Không	1.325,0±100,6,5	12 (15,8%)	0,324
Tăng sinh mạch	1.336,4±720,6	33 (43,4%)	0,156
Mạch máu vòng góc tới cơ tử cung	1.796,8±809,4	31 (40,8%)	0,047

Khi so sánh trung bình, chúng tôi thấy rằng nhóm có dấu hiệu mạch máu vòng góc tới cơ tử cung có lượng máu mất cao hơn nhóm không có dấu hiệu này với $p = 0,047$

IV. BÀN LUẬN

Rau cài răng lược là bệnh lý có rất ít triệu chứng lâm sàng, trước kia thông thường chỉ chẩn đoán khi mổ lấy thai hoặc sau đẻ rau không bong. Những yếu tố nguy cơ của rau cài răng lược là rau tiền đạo, tiền sử mổ lấy thai và các gợi ý trên hình ảnh siêu âm[8]. Hiện nay, phương tiện chẩn đoán rau cài răng lược được sử dụng rộng rãi là siêu âm doppler màu, chụp

cộng hưởng từ. Khi thai phụ được nghi ngờ rau cài răng lược sẽ được chuyển tới siêu âm hội chẩn bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm. Nhiều nghiên cứu mô tả hình ảnh siêu âm nghi tới cài răng lược khi có các dấu hiệu nhiều xoang mạch tại bánh rau, mất khoảng sáng sau rau (ranh giới giữa lớp đáy và cơ tử cung), dấu hiệu giả u hay thành bàng quang bị đẩy lùi vào lòng của nó do lớp cơ tử cung còn lại rất mỏng và dấu hiệu tăng sinh mạch máu với các mạch máu đâm xuyên thành cơ tử cung [7-9]. Trong phẫu thuật, phẫu thuật viên sẽ dựa vào đánh giá tại chỗ mức độ tăng sinh mạch máu, mức độ ăn xuyên của rau cài răng lược, khả năng bóc tách, độ dày cơ tử cung còn lại để đưa ra quyết định cắt tử cung cầm máu hay bóc rau để bảo tồn tử cung.

Nghiên cứu tiến hành thu thập và xử lý số liệu trên 76 thai phụ được chẩn đoán rau cài răng lược cho thấy các kết quả:

Bảng 3.1 đánh giá đơn lẻ các dấu hiệu siêu âm và khả năng bảo tồn tử cung cho thấy không ghi nhận sự khác biệt giữa tỷ lệ xuất hiện một dấu hiệu đơn lẻ với quyết định xử trí cắt tử cung hay bảo tồn tử cung ($p > 0,05$) hay không có dấu hiệu đơn lẻ nào trên siêu âm đủ mạnh để quyết định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung.

Bảng 3.2 phân tích kết hợp từ 2 dấu hiệu trên siêu âm cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có từ 2 dấu hiệu trên siêu âm với nhóm có dưới 2 dấu hiệu trên siêu âm về khả năng bảo tồn tử cung với $p = 0,006 < 0,01$; Se = 100%, Sp = 19%. Bảng 3.2 cũng chỉ ra 100% những thai phụ chỉ có 1 dấu hiệu trên siêu âm có khả năng bảo tồn tử cung trong phẫu thuật. Kết luận này có ý nghĩa lớn trên lâm sàng trong tiên lượng và dự trữ trước mổ với thai phụ rau cài răng lược.

Bảng 3.3 chỉ ra nhóm thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm có tỷ lệ cắt tử cung cao hơn hẳn so với nhóm thai phụ có dưới 3 dấu hiệu trên siêu âm (58,8% so với 33,3%, $p < 0,05$; Se = 58,8%, Sp = 66,7%). Các trường hợp có tối thiểu 3 dấu hiệu trở lên có nguy cơ mổ cắt tử cung cao gấp 2,86 lần các trường hợp có ít hơn 3 dấu hiệu. Điều này kết luận với thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm thì nguy cơ cắt tử cung trong phẫu thuật cao hơn hẳn.

Trong số 76 thai phụ tham gia nghiên cứu, chỉ có 4 trường hợp có đủ dấu hiệu: 2 trường hợp là rau đâm xuyên, được xử lý cắt tử cung, 2 trường hợp còn lại là rau cài vào cơ tử cung và bảo tồn tử cung thành công. Có 72 trường hợp có ít hơn 4 dấu hiệu, thì 32 trường hợp cần cắt

tử cung – chiếm 44,4%. Còn 55,6% ít hơn 4 dấu hiệu đã được bảo tồn tử cung. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Se = 5,9%, Sp = 95,2%. Ở trường hợp có 4 dấu hiệu, chúng tôi ghi nhận OR = 1,25 tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ để phân tích.

Đánh giá tiếp mối liên quan giữa lượng máu mất và các hình ảnh trên siêu âm, chúng tôi thấy lượng máu mất khi sản phụ có dấu hiệu đẩy lùi bàng quang và có dấu hiệu trên siêu âm Doppler lần lượt là 1840,0 ml và 1787,1 ml, cao hơn đáng kể so với trung bình chung của các dấu hiệu còn lại. Trong đó, xét riêng trong nhóm các dấu hiệu trên Doppler, dấu hiệu « đường hầm » - có mạch máu vòng góc tới cơ tử cung có lượng máu mất trung bình lên tới $1796,8 \pm 809,4$ ml; cao hơn so với nhóm không có dấu hiệu này, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,047 < 0,05$. Các dấu hiệu còn lại chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cho thấy vai trò của siêu âm doppler để tìm kiếm các dấu hiệu mạch máu vòng góc với cơ tử cung, dấu hiệu đẩy lùi bàng quang có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng nguy cơ mất máu trong mổ rau cài răng lược.

V. KẾT LUẬN

- Không có dấu hiệu siêu âm đơn lẻ nào quyết định được cắt tử cung hay bảo tồn tử cung.
- 100% thai phụ chỉ có 1 dấu hiệu trên siêu âm có khả năng bảo tồn tử cung trong mổ.
- Các thai phụ có từ 3 dấu hiệu trên siêu âm tăng khả năng cắt tử cung 2,86 lần so với nhóm có dưới 3 dấu hiệu trên siêu âm ($p = 0,047 < 0,05$, OR 2,86).
- Các thai phụ có dấu hiệu đẩy lùi thành bàng quang hay dấu hiệu mạch máu vòng góc tới cơ tử cung có nguy cơ mất máu trong mổ nhiều hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,047$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T. Eshkoli, A. Y. Weintraub, R. Sergienko et al** (2013). Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*, 208 (3), 219.e211-217.
2. **G. Garmi and R. Salim** (2012). Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*, 2012, 873929.
3. **S. Wu, M. Kocherginsky and J. U. Hibbard** (2005). Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (5), 1458-1461.
4. **R. Faranesh, S. Romano, E. Shalev et al** (2007). Suggested approach for management of placenta percreta invading the urinary bladder. *Obstet Gynecol*, 110 (2 Pt 2), 512-515.
5. **A. G. Eller, T. F. Porter, P. Soisson et al** (2009). Optimal management strategies for placenta accreta. *Bjog*, 116 (5), 648-654.

6. G. Daskalakis, E. Anastasakis, N. Papantoniou et al (2007). Emergency obstetric hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand, 86 (2), 223-227.
7. B. Poljak, D. Khairudin, N. Wyn Jones et al (2023). Placenta accreta spectrum: diagnosis and management. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 33 (8), 232-238.
8. H. E. Baumann, L. K. A. Pawlik, I. Hoesli et al (2023). Accuracy of ultrasound for the detection of placenta accreta spectrum in a universal screening population. 161 (3), 920-926.
9. T. K. Adu-Bredu, M. J. Rijken, A. J. Nieto-Calvache et al (2023). A simple guide to ultrasound screening for placenta accreta spectrum for improving detection and optimizing management in resource limited settings. 160 (3), 732-741.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẠ ĐẠI TRÀNG QUA NGẢ HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Thương¹, Đào Thị Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, so sánh kết quả trước và sau mổ của tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật qua đường hậu môn một thì đơn thuần tại bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ tháng 11/2021 đến hết tháng 6/2023. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 42 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị phình đại tràng bẩm sinh qua đường hậu môn một thì đơn thuần. Tuổi trung bình của trẻ tại thời điểm phẫu thuật là $3,6 \pm 4,3$ tháng tuổi, tất cả các bệnh nhân đều vô hạch đoạn thấp (trực tràng và 1/3 dưới đại tràng xích ma), thời gian phẫu thuật trung bình là $53,3 \pm 18,9$ phút, thời gian nằm viện sau mổ $5,71 \pm 1,49$ ngày, thời gian theo dõi trung bình sau mổ là $10,9 \pm 3,1$ tháng, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, đánh giá chức năng đại tiện: tốt và rất tốt chiếm 95,2%, trung bình chiếm 4,8%, không bệnh nhân nào có chức năng đại tiện kém. **Kết luận:** Phẫu thuật hạ đại tràng qua đường hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh là phương pháp an toàn, hiệu quả, có kết quả khả quan, đặc biệt với những bệnh nhân vô hạch đoạn thấp. **Từ khóa:** phình đại tràng bẩm sinh, hạ đại tràng qua ngả hậu môn

SUMMARY

OUTCOMES OF ONE STAGE TRANSANAL ENDORECTAL PULL -THROUGH FOR HIRSCHSPRUNG DISEASE AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of one stage transanal endorectal pull-through (TEPT), the treatment of Hirschsprung's disease in National

Children's Hospital. **Methods:** 42 patients underwent TEPT for Hirschsprung's disease between November 2021 and June 2023 in National Children's Hospital. Prospective and retrospective research. **Results:** 42 patients during 11/2021 to 6/2023. Mean age: $3,6 \pm 4,3$ months, all patients had short aganglionics. Average operating time: $53,3 \pm 18,9$ minutes, average hospital stay time: $5,71 \pm 1,49$ days, mean followup time postoperation was $10,9 \pm 3,1$ months. Bowel function at the end of the study: good and very good were 95,2%, no patient had poor bowel function. **Conclusion:** One stage transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease is safe with good functional defecation assessment.

Keywords: Hirschsprung's disease, TEPT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BH hay phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh là một dị tật bẩm sinh khá phổ biến ở trẻ em, gặp với tỷ lệ 1/50000 trẻ sinh ra sống, nguyên nhân gây ra bởi sự vắng mặt của các tế bào thần kinh ở đoạn cuối ống tiêu hóa [1]. Đoạn ruột bệnh lý không có nhu động, dẫn đến ứ hơi và phân phía trên gây bệnh cảnh tắc ruột trên lâm sàng.

Phẫu thuật cắt bỏ hoặc cô lập đoạn ruột bệnh lý là phương pháp duy nhất điều trị triệt để các rối loạn sinh lý do bệnh Hirschsprung gây ra. Năm 1998, De La Torre và Ortega Salgad lần đầu mô tả kỹ thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn để điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh mà không cần mở bụng như các kỹ thuật mổ khác [2]. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm: giảm thiểu tối đa sang thương vùng tiểu khung (do việc bóc tách trực tràng thực hiện hoàn toàn qua ngả hậu môn), sau mổ bệnh nhân ít đau, ít bị liệt ruột, được ăn sớm, thời gian nằm viện rút ngắn, giảm chi phí điều trị và đảm bảo tính thẩm mỹ. Phương pháp này được coi là cuộc cách mạng trong điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh, do đó, dần được ứng dụng và phổ biến trên thế giới. Tại Việt Nam, từ năm 2003, kỹ thuật này đã được áp dụng thường quy tại Bệnh viện Nhi Trung Ương

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024