

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH Ở BỆNH NHÂN NỘI TRÚ CÓ MẪU NƯỚC TIỂU CẤY VI KHUẨN DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2019

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

TÓM TẮT

Nghiên cứu đã tiến hành hồi cứu trên 129 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có mẫu nước tiểu cấy dương tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng năm 2019 nhằm thực hiện hai mục tiêu chính là mô tả đặc điểm của những bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính và phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh trên những bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính từ đó có những biện pháp đề xuất phù hợp. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn phù hợp chiếm 85.27% và không phù hợp chiếm 14.73%. Kết quả điều trị khi ra viện: tỷ lệ bệnh nhân đỡ giảm sau khi điều trị chiếm 85.27%. Mối liên quan giữa việc sử dụng kháng sinh sau khi cấy được vi khuẩn phù hợp với kết quả điều trị: nguy cơ có kết quả không đỡ ở nhóm sử dụng kháng sinh không phù hợp cao gấp 4.62 lần so với nhóm sử dụng kháng sinh phù hợp (OR=4.62 (CI95%=1.17-18.30))

Từ khóa: kháng sinh, nhiễm khuẩn tiết niệu

SUMMARY

SURVEY ON THE USE OF ANTIBIOTICS IN INPATIENTS WITH POSITIVE BACTERIAL URINE

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2021

Ngày duyệt bài: 20.5.2021

CULTURES AT HAI PHONG

INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2019

The study has retrospectively conducted on 129 medical records of patients with positive urine cultures treated at Hai Phong International General Hospital in 2019 to accomplish two main goals: to describe the characteristics of these patients. patients with urine cultures identifying positive bacteria and analyzing the current situation of antibiotic use in patients with positive bacterial cultures from which appropriate measures can be proposed. Conclusion: The rate of using antibiotic regimen after culture to identify suitable bacteria accounted for 85.27% and unsuitable accounted for 14.73%. Treatment results at hospital discharge: the rate of patients getting better after treatment accounted for 85.27%. The relationship between antibiotic use after inoculation of appropriate bacteria with treatment results: the risk of poor results in the group using inappropriate antibiotics was 4.62 times higher than in the group using antibiotics. suitable (OR=4.62 (CI95%=1.17-18.30))

Key words: antibiotic, UTI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự ra đời của kháng sinh đã đánh dấu một bước tiến vượt bậc trong việc phòng và điều trị bệnh do vi khuẩn gây ra. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc kháng sinh không hợp lý làm tăng thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn, tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị

cho bệnh nhân. Khoảng 50% bệnh nhân nội trú tại các cơ sở y tế được kê đơn thuốc kháng sinh, trong đó có 30% – 50% đơn thuốc được coi là không phù hợp hoặc không cần thiết [1], [2], [3]. Tại Việt Nam tỷ lệ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn rất cao, đứng hàng thứ hai (16,7%) chỉ sau các bệnh lý tim mạch (18,4%), cùng với tình hình kháng kháng sinh luôn ở mức báo động khiến cho việc lựa chọn sử dụng kháng sinh hợp ý đang là thách thức lớn [4]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: *“Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân nội trú có mẫu nước tiểu cấy vi khuẩn dương tính tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng năm 2019”* với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm của những bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính*

2. *Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh trên những bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính từ đó có những biện pháp đề xuất phù hợp*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Bệnh án điện tử của bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính được điều trị tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ có thời gian vào viện từ 01/01/2019 đến 31/12/2019. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có mẫu nước tiểu cấy định danh vi khuẩn dương tính, Bệnh nhân có thời gian nằm viện ít nhất 24 giờ, Bệnh nhân được điều trị bằng ít nhất 1 loại kháng sinh và có kết quả kháng sinh đồ tương ứng. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không được sử dụng kháng sinh, bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu là nấm, các bệnh án không đủ

thông tin thu thập theo phiếu thu thập thông tin

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu mô tả

Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n \geq \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

Z: giá trị phân phối tương ứng với độ tin cậy lựa chọn

p: ước tính tỷ lệ % của tổng thể

e: sai số cho phép

Với độ tin cậy 95%, tỷ lệ gặp kê đơn kháng sinh không hợp lý là 23.1% [5], sai số cho phép là 7% thì cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức trên là: $n \geq 98$ (bệnh án)

Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu của tôi là $n=129$ bệnh án

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

Chọn theo phương pháp thuận tiện.

Đánh giá sử dụng kháng sinh phù hợp về phổ: Từ kết quả kháng sinh đồ vi khuẩn vẫn còn nhạy và theo Sanford Guide 2019 [6] kháng sinh có phổ bao trùm vi khuẩn thì kháng sinh này được sử dụng là phù hợp. Đánh giá kháng sinh sử dụng phù hợp về liều dùng, đường dùng, chỉnh liều dựa vào hướng dẫn của IDSA (Infectious Disease Society of America)[7]

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 2010. Các biến định tính được tính bằng tần suất và phần trăm, các biến định lượng được tính bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm tra mối quan hệ giữa hai biến định tính bằng phép thử Chi square, giữa biến định tính và biến định lượng bằng T-test. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu có sự cho phép của Bộ môn Dược Lâm Sàng Đại học Y

Dược Hải Phòng và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Các tác nhân gây bệnh**

Tác nhân gây bệnh		Số lượng	Tỷ lệ (%)	P_value
Vi khuẩn Gram âm	E.coli ESBL	50	38,76	P<0,05
	E.coli	42	32,56	
	Klebsiella pneumoniae	7	5,43	
	Pseudomonas aeruginosa	5	3,88	
	Klebsiella pneumonia ESBL	4	3,1	
	Morganella morganii	3	2,33	
	Proteus mirabilis	2	1,55	
	Vi khuẩn Gram âm khác	8	6,2	
Vi khuẩn Gram dương	Streptococcus agalactiae	5	3,88	
	Enterococcus faecalis	2	1,55	
	Vi khuẩn Gram dương khác	1	0,78	
Tổng		129	100%	

ESBL: Extended-spectrum beta-lactamases;

Từ bảng trên ta thấy, tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm, chiếm 93.79%. Trong đó vi khuẩn E.coli ESBL và E.coli chiếm tỷ lệ lớn nhất, lần lượt là 38.76% và 32.56%, tiếp theo là Klebsiella pneumonia chiếm 5.43%, Pseudomonas aeruginosa chiếm 3.88%. Các vi khuẩn gram dương chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (6.21%) như vi khuẩn Enterococcus faecalis chiếm 1.55%,

Streptococcus agalactiae chiếm 3.88%, các vi khuẩn khác chỉ chiếm 0.78%. E.coli ESBL có tỷ lệ kháng cao nhất với nhóm Beta-lactam: kháng cefotaxim 98%, ceftriaxon (96%), ceftazidime (66%), tỷ lệ kháng ciprofloxacin cũng ở mức cao: 83.67%. Vi khuẩn kháng với amoxicillin 36.73% và amikacin 8% . Vi khuẩn vẫn còn nhạy 100% với nhóm carbapenem: ertapenem, imipenem/cilastatin, meropenem.

Bảng 2. Các kháng sinh sử dụng

Nhóm kháng sinh		N(số lượt được kê)	Tổng	p_value
Beta-lactam	Penicillin/Betalactamase	13(4.35%)	154	p<0.05
	Cephalosporin thế hệ 1	1(0.33%)		
	Cephalosporin thế hệ 3	97(32.44%)		
	Carbapennem	43(14.38%)		

Fluoroquinolon		96(32.12%)	96	
Aminoglycosid		37(12.37%)	37	
Cyclin		8(2.68%)	8	
Peptid		3(1%)	3	
Macrolid		1(0.33%)	1	
Tổng		100	299	

Beta-lactam là nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (51.51%). Trong đó, cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng nhiều nhất với 32.44 % số lượt sử dụng phân nhóm này, bao gồm: ceftazidim (16.72%), ceftriaxon (10.7%) và cefotaxim (5.02%). Nhóm Carbapenem chiếm 14.38% lượt sử dụng, trong đó ipmipenem/cilastatin chiếm

6.69%, meropenem là 4.01% và ertapenem chiếm 3.68%. Nhóm fluoroquinolon cũng được sử dụng đến 32.12%, trong đó: levofloxacin (1.0%) và ciprofloxacin (31,1%). Các nhóm kháng sinh còn lại được sử dụng với tỷ lệ nhỏ: macrolid 0.33%, peptid 1%, cyclin chiếm 2.68 %.

Bảng 3: Kết quả điều trị

Chỉ tiêu đánh giá		N	%
Kết quả điều trị	Khỏi	9	6.97
	Đỡ	110	85.27
	Không thay đổi	5	3.88
	Nặng hơn	5	3.88
p<0.05	Tổng	129	100

Từ bảng trên ta thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị đỡ giảm chiếm tỷ lệ cao: 85.27%. Tỷ lệ không thay đổi kết quả hay nặng hơn sau điều trị thấp: 7.76%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa việc sử dụng kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn và kết quả điều trị

Tiêu chí đánh giá (số bệnh nhân không đỡ/đỡ giảm)	OR (95%CI)	p
Sử dụng kháng sinh phổ rộng để điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm (có: 6/69; không: 4/50)	0.92 (0.247-3.432)	0.901
Sử dụng FQs IV khi không có CCD đường uống (có:4/58; không:6/61)	1.426 (0.383-5.314)	0.595
Liều dùng (KPH: 1/3; PH:9/116)	0.233 (0.022-2.472)	0.19
Phổ kháng khuẩn của kháng sinh sau cấy (KPH: 3/13; PH: 7/106)	0.286 (0.066-1.245)	0.079
Sử dụng kháng sinh phù hợp (KPH: 4/15; PH: 6/104)	4.622 (1.167-18.301)	0.019

KPH: không phù hợp; PH: phù hợp

Từ bảng trên ta thấy việc sử dụng kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn phù hợp có mối liên hệ với kết quả điều trị: tỷ lệ kết quả không đỡ của việc sử dụng kháng sinh không phù hợp cao gấp 4.622 lần (95%CI=1.167-18.301) kết quả không đỡ của việc sử dụng kháng sinh phù hợp. Có thể thấy việc sử dụng kháng sinh phù hợp (phù hợp cả phổ kháng khuẩn và liều dùng) sẽ cải thiện được kết quả điều trị cho bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tôi, các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp phân lập được rất đa dạng, họ vi khuẩn đường ruột là căn nguyên chủ yếu, đặc biệt E. coli là tác nhân gây bệnh hàng đầu chiếm 36.43%. Đứng thứ 2 là các E.coli kháng ESBL chiếm 34.88%. Nghiên cứu của tôi phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước khi nhận định E. coli là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn tiết niệu, tuy nhiên cũng có sự khác biệt giữa tỷ lệ các loài vi khuẩn gây bệnh chủ yếu giữa nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về địa điểm, đối tượng nghiên cứu và trên các đối tượng có bệnh lý khác nhau. Theo nghiên cứu của Simon Zec tại Serbia (2015), E. coli là nguyên nhân hàng đầu gây NKTN với tỷ lệ 36.5%; đứng thứ hai là Enterococcus chiếm 23%. Các vi khuẩn khác là Klebsiella 12.9% và P.aeruginosa 7.3%. Về kháng sinh được sử dụng trong nghiên cứu này, Kết quả của tôi khác với nghiên cứu của Trần Ngọc năm 2018 với nghiên cứu phân tích sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn gram âm tại khoa hồi sức tích cực – chống độc, bệnh viện Đa khoa

Tây Ninh: các nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là quinolon (94.5%), cephalosporin thế hệ 3 (61.8%), aminoglycosid (38.2%), carbapenem (36.4%). Có sự khác nhau này có thể do mô hình sử dụng thuốc ở các bệnh viện khác nhau nhưng nhìn chung có thể thấy các kháng sinh này đều là các kháng sinh phổ rộng, có hoạt tính kháng sinh trên nhiều loại vi khuẩn gây bệnh và ít hoặc không có độc tính trên thận nên chúng được sử dụng khá phổ biến cho phác đồ điều trị. Tuy nhiên việc sử dụng rộng rãi các loại kháng sinh này có thể tiềm ẩn nguy cơ gia tăng kháng kháng sinh. Tỷ lệ sử dụng nhóm aminoglycosid là 12.37%. Các nhóm kháng sinh còn lại được sử dụng với tỷ lệ nhỏ: marcolid 0.33%, glycopeptid với hoạt chất chính là vancomycin chiếm 1%, cyclin chiếm 2.68 %. Tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh ban đầu trước khi cấy vi khuẩn phù hợp theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm của Bộ Y tế 2015 và Sanford guide chiếm tỷ lệ 100% có thể được giải thích do hầu hết các bác sĩ lựa chọn kháng sinh bao phủ được các căn nguyên gây bệnh phổ biến đã được thống kê trong các y văn nên việc sử dụng kháng sinh của phác đồ kháng sinh trước cấy có tỷ lệ phù hợp cao. Việc sử dụng kháng sinh chủ yếu là nhóm quinolone và cephalosporin là phù hợp với đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu với tác nhân gây bệnh chủ yếu là E. coli. Ở phác đồ sử dụng kháng sinh sau cấy định danh vi khuẩn, có 58.14% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh phổ rộng để điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm, tỷ lệ này khá cao cho thấy việc sử dụng kháng sinh ở bệnh viện chưa thực sự

tối ưu. Thói quen sử dụng kháng sinh phổ rộng trong những trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ có ý nghĩa làm tăng thêm tỷ lệ nhiễm khuẩn và tỷ lệ vi khuẩn đề kháng và gây khó khăn cho việc điều trị. Theo nguồn của CDC, việc sử dụng bừa bãi kháng sinh phổ rộng hiện nay làm tăng nguy cơ gấp 2 lần khả năng nguy cơ nhiễm vi khuẩn đề kháng.

Tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn phù hợp chiếm tỷ lệ cao, 85.27% và không hợp lý chiếm 14.73%. Đa phần các trường hợp thay đổi sử dụng phác đồ kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn đều dựa trên kết quả vi sinh và kháng sinh đồ nên tỷ lệ sử dụng phù hợp của phác đồ sau cấy cao. Các trường hợp không phù hợp có thể do nguyên nhân như khi bệnh nhân có thai không thể sử dụng thuốc kháng sinh vì cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ với thai nhi, hoặc do tình trạng lạm dụng sử dụng kháng sinh nên vi khuẩn đã kháng với kháng sinh được điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, bên cạnh đó, do test đánh giá độ nhạy của vi khuẩn với kháng sinh trên in vitro không giúp dự kiến hoạt tính của thuốc trên in vivo nên 1 số trường hợp bác sĩ vẫn dùng kháng sinh đó cho bệnh nhân nhưng bệnh nhân vẫn có đáp ứng tốt với kháng sinh và tình trạng bệnh được cải thiện [8].

Các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được hiệu chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận với số liều phù hợp chiếm tỷ lệ cao (97.67%), tuy nhiên không phải tất cả trong số đó đều phù hợp với khuyến cáo, với tỷ lệ không phù hợp là 2.33%: đó là ở những trường hợp không chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận và dùng thuốc có liều cao hơn trong tài liệu tham chiếu: như fosfomycin

11g/ngày. Điều này là phù hợp với thực tế bởi bệnh viện đã có phần mềm quản lý liều dùng trong lâm sàng. Việc liều dùng chưa hợp lý có thể do nồng độ Creatinin huyết thanh của bệnh nhân thay đổi liên tục nên việc đánh giá chức năng thận có thể sẽ không chính xác, dẫn tới việc đưa liều dùng có thể không phù hợp trong quá trình điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu định danh vi khuẩn dương tính tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ 01/2019-12/2019” theo phương pháp mô tả cắt ngang dữ liệu từ bệnh án tại bệnh viện năm 2019, nhóm nghiên cứu đưa ra một số kết luận như sau: Tác nhân gây bệnh trong mẫu nghiên cứu chủ yếu là vi khuẩn Gram âm (93.79%), vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ ít hơn với 6.21%. E.coli ESBL có tỷ lệ kháng cao nhất với nhóm Beta-lactam: 66% - 98%, tỷ lệ kháng ciprofloxacin cũng ở mức cao: 83.67%, còn nhạy 100% với nhóm carbapenem: ertapenem, imipenem/cilastatin, meropenem. E.coli có tỷ lệ kháng cao nhất với nhóm quinolon: Ciprofloxacin (43.9%), tiếp theo là nhóm cephalosporin kháng 40.78%, còn nhạy cảm với nhóm carbapenem từ 97.56% - 100%, fosfomycin 100%, amikacin 97.62%. Nhóm kháng sinh beta-lactam được sử dụng nhiều nhất với 51.51%, trong đó, cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng nhiều nhất với 32.44 %. Các kháng sinh được dùng chủ yếu là đường tiêm, chiếm 52.31%. Có 58.14% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh phổ rộng để điều

trị nhiễm khuẩn huyết cảm. Tỷ lệ liều dùng được sử dụng phù hợp với khuyến cáo là 96.9%. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng fluoroquinolons đường tĩnh mạch để điều trị trong khi không có chống chỉ định đường uống khá cao 48.06%. Tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh sau khi cấy định danh vi khuẩn phù hợp chiếm 85.27% và không phù hợp chiếm 14.73%. Có mối liên quan giữa việc sử dụng kháng sinh sau khi cấy được vi khuẩn phù hợp với kết quả điều trị: nguy cơ có kết quả không đỡ ở nhóm sử dụng kháng sinh không phù hợp cao gấp khoảng 5 lần ở nhóm sử dụng kháng sinh phù hợp. Không có khác biệt về mặt thống kê về thời gian nằm viện trung bình và thời gian sử dụng kháng sinh trung bình của việc sử dụng kháng sinh phù hợp và không phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **eFridkin, S., et al.,** Vital signs: improving antibiotic use among hospitalized patients. 2014. **63**(9): p. 194.
2. **Magill, S.S., et al.,** Prevalence of antimicrobial use in US acute care hospitals, May-September 2011. 2014. **312**(14): p. 1438-1446.
3. **Van De Sande-Bruinsma, N., et al.,** Antimicrobial drug use and resistance in Europe. 2008. **14**(11): p. 1722.
4. **Bộ Y Tế,** Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. 2015, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
5. **Smieszek, T., et al.,** Potential for reducing inappropriate antibiotic prescribing in English primary care. 2018. **73**(suppl_2): p. ii36-ii43.
6. **Antimicrobial Therapy, I.,** Sanford guide collection. 2020.
7. **Spivak, E.S., S.E. Cosgrove, and A. Srinivasan,** Measuring Appropriate Antimicrobial Use: Attempts at Opening the Black Box. Clin Infect Dis, 2016. **63**(12): p. 1639-1644.
8. **Vũ Lê Chuyên và cs,** Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, 2013.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU Ở TRẺ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2018-2019

Đinh Văn Thức^{1,2}, Đinh Dương Tùng Anh^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm cải thiện việc quản lý tình trạng thiếu máu sinh non ở trẻ em ở Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục đích chính: nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tình trạng thiếu máu sinh non ở trẻ em tại Hải Phòng trong các năm 2018 - 2019 và nhận xét kết quả điều trị những trường hợp thiếu máu sinh non.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: chúng tôi đã hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh tổng số 593 trẻ sinh non tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng trong hai năm 2018 - 2019, trong đó có 274 trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những kết quả sau đây. 47.8% trẻ sơ sinh bị thiếu máu với tỷ số giới tính là 1.3/1. Hầu hết bệnh nhân đến từ các vùng ngoại thành và nông thôn. 55.8% trẻ được đẻ trước 30 tuần tuổi. Thiếu máu chủ yếu gặp ở nhóm trẻ non tháng nặng 1500 - 2500gr (70.4%). Lý do nhập viện phổ biến nhất là tím tái (45.6%). Các dấu hiệu và hội chứng phổ biến nhất là: da xanh (91.6%), niêm mạc nhợt (89,2%), thở nhanh (44.3%), ban xuất huyết (48.1%) và vàng da (41.3%). Bệnh đi kèm phổ

biến nhất là bệnh lý đường hô hấp (bệnh màng trong, viêm phổi nặng) (52.6%). Khi bệnh nhân nhập viện, số lượng hồng cầu trung bình là 2.9 ± 0.42 T/l; lượng Hb trung bình là 97.6 ± 15.4 g/l và Hct trung bình là 28.0 ± 4.7 l/l. Hầu hết bệnh nhân thiếu máu nhẹ hoặc trung bình (73.7% và 24.8%, tương ứng). Truyền máu được thực hiện ở 78.5% bệnh nhân. Sau khi điều trị, hầu hết các hội chứng thiếu máu đều được cải thiện và các giá trị của số lượng hồng cầu, hemoglobin và hematocrit tăng lên và đạt đến mức bình thường.

Kết luận: Thiếu máu vẫn còn là một tình trạng bệnh lý hay gặp ở trẻ sinh non. Việc phát hiện sớm và truyền máu giúp cải thiện tình trạng thiếu máu ở phần lớn các ca bệnh.

Từ khóa: thiếu máu, trẻ sinh non, hemoglobin, hematocrit

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ANEMIA IN PRETERM NEONATES IN HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2018 - 2019

Objectifs: In order to ameliorate the management of anemia of preterm children in Vietnam, we aimed to perform this study with two main purposes: to study the clinical and paraclinical characterizations of anemia of preterm children in Haiphong in 2018 – 2019, and to comment on the management of these cases of anemia of prematurity

Materials and methods: We investigated totally 593 preterm neonates in the Haiphong

¹Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược Hải Phòng

²Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Khoa Hô hấp, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021

Children's Hospital in 2018 – 2019, including 274 neonates with anemia.

Results: Our study revealed these following results. 47.8% of the preterm neonates were found with anemia with the sex ratio was 1.3/1. Most of patients came from the suburban and countryside areas. 55.8% infants were delivered before 30 weeks' gestation. Anemia was mostly found in the groups of preterm infants weighing 1500 - 2500gr (70.4%). The most common reason of hospitalization were cyanosis (45.6%). The most popular signs and symptoms were: bluish skin (91.6%), pale oral mucosa (89.2%), tachypnea (44.3%), purpura (48.1%) and jaundice (41.3%). The most common comorbidity was respiratory diseases (Hyaline membrane disease, severe pneumonia) (52.6%). On the admission of patients, the average RBC counts were 2.9 ± 0.42 T/l; average Hb counts were 97.6 ± 15.4 g/l and the average Hct were 28 ± 4.7 l/l. Most of patients had mild or moderate anemia (73.7% and 24.8%, respectively). Blood transfusions were performed in 78.5% of patients. After the treatment, most of symptoms of anemia were ameliorated and the values of RBC counts, hemoglobin and hematocrit increased and reached the physiological levels.

Conclusion: Anemia is still a common pathological condition in preterm neonates. Early detection and blood transfusion can improve anemia in the majority of cases.

Keywords: anemia, preterm neonate, hemoglobin, hematocrit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là tình trạng giảm lượng huyết sắc tố và số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi dẫn đến thiếu Oxy cung cấp cho các mô tế bào trong cơ thể. Đây là một hội chứng thường gặp trên lâm sàng, trong nhiều bệnh và do nhiều nguyên nhân khác nhau. WHO

ước tính rằng 42% trẻ em dưới 5 tuổi và 40% phụ nữ mang thai trên toàn thế giới bị thiếu máu (8). Đặc biệt, hầu hết trẻ sơ sinh đều bị giảm huyết sắc tố (Hb) dẫn đến mức độ thiếu máu khác nhau. Trong số đó, trên những trẻ sinh non, sự suy giảm Hb sau sinh dự kiến sẽ nghiêm trọng hơn so với trẻ đủ tháng (5).

Hàng năm trên thế giới, ước tính có khoảng 15 triệu trẻ em bị sinh non. Ở các nước thu nhập thấp và trung bình có 12% trẻ đẻ non so với 9% ở các nước có thu nhập cao (7). Tại Hải Phòng, hiện tại có ít tài liệu và đề tài nghiên cứu đã công bố về tình trạng thiếu máu ở trẻ đẻ non. Để góp phần rút kinh nghiệm cho chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thiếu máu ở trẻ đẻ non tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2018-2019” với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng của thiếu máu ở trẻ sơ sinh đẻ non tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2018-2019.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu nói trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh bao gồm tất cả trẻ sơ sinh vào nhập viện tại khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện trẻ em Hải Phòng, có độ tuổi dưới 28 ngày, có tiền sử đẻ non, trong thời gian từ ngày 1/1/2018 đến ngày 31/12/2019 và được chẩn đoán là thiếu máu theo tiêu chuẩn: da xanh, niêm mạc nhợt, định lượng Hb < 110 g/l. Có tất cả 274 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu (trong tổng số 593 trẻ sinh non nhập viện, chiếm 47.8%). Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án

nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mọi thông tin nghiên cứu đã thu thập chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức của trường Đại học Y dược Hải Phòng và sự cho phép của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung trẻ sơ sinh đẻ non có

thiếu máu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng nam cao hơn trẻ nữ (1.28/1), phần lớn đến từ vùng nông thôn (60.6%). Số trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân chiếm 25.9% tổng số ca bệnh có thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu lúc vào viện cao nhất ở nhóm trẻ có cân nặng khi sinh từ 1500-2500gr chiếm 70.4%. Số trẻ non tháng dưới 30 tuần tuổi thai chiếm đa số (55.8%) (bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Đặc điểm của trẻ sơ sinh đẻ non		Không thiếu máu (n= 319)		Thiếu máu (n=274)	
		n	%	n	%
Giới	Nam	186	58.3%	154	56.2%
	Nữ	133	41.7%	120	43.8%
Địa dư	Thành phố	177	55.5%	108	39.4%
	Nông thôn	142	44.5%	166	60.6%
Cân nặng	1500-2500gr	266	83%	193	70.4%
	Dưới 1500gr	34	10.7%	71	25.9%
	Trên 2500gr	19	6%	10	3.6%
Tuổi thai	> 30 tuần	281	88.1%	121	44.2%
	< 30 tuần	38	11.9%	153	55.8%

Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Chúng tôi nhận thấy tất cả 274 trẻ sinh non có thiếu máu đều nhập viện có bệnh lý kèm theo, trong đó tỷ lệ bệnh lý hô hấp (suy hô hấp, bệnh màng trong, viêm phổi rất nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất (52.6%), tỷ lệ có bệnh lý hô hấp kèm theo một bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, viêm da) chiếm 24.4%. Lý do vào viện thường gặp nhất là trẻ có tím tái (45.6%). Một số lí do vào viện thường gặp khác là vàng da, trẻ li bì/quấy

khóc (12.4%, 14.6%). Cần lưu ý tỷ lệ trẻ vào viện vì sốt hoặc ho chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp (11.7%) so với tổng số ca bệnh nhập viện có bệnh lý đường hô hấp. Hầu hết các trẻ sinh non có thiếu máu có biểu hiện da xanh và niêm mạc nhợt (91.6% và 89.2%). Có 41,6% số bệnh nhân có biểu hiện vàng da do tan máu và 48,1% bệnh nhân có xuất huyết dưới da. Trong nghiên cứu này không phát hiện bệnh nhân có dấu hiệu suy tim và có tiếng thổi tâm thu (bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Đặc điểm lâm sàng		n	%	
Lí do vào viện				
Tím tái		125	45.6%	
Vàng da		34	12.4%	
Li bì/quấy khóc		40	14.6%	
Sốt/ ho		32	11.7%	
Thở rên		21	7.7%	
Nôn/ỉa chảy		12	4.4%	
Khác (co giật, hạ thân nhiệt..)		10	3.6%	
Triệu chứng lâm sàng				
Da xanh		251	91.6%	
Niêm mạc nhợt		246	89.2%	
Gan – lách to		4	1.5%	
Tần số tim nhanh		33	12.0%	
Tần số thở nhanh		149	54.3%	
Dấu hiệu TK: li bì/ quấy khóc/pxss kém		104	37.9%	
Vàng da		114	41.6%	
Xuất huyết dưới da	Chấm nốt	110	40.1%	48.1%
	Đám tụ máu	17	6.2%	
	Chảy máu rốn	5	1.8%	
Xuất huyết cơ quan khác	Xuất huyết phổi	8	2.9%	6.2%
	Xuất huyết não	7	2.6%	
	Khác	2	0.7%	
Bệnh lý kèm theo tình trạng thiếu máu	Bệnh hô hấp (suy hô hấp, bệnh màng trong, viêm phổi rất nặng)	144	52.6%	
	Bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, viêm da)	21	7.7%	
	Bệnh hô hấp và bệnh nhiễm khuẩn	67	24.4%	
	Bệnh vàng da	23	8.4%	
	Khác (co giật, hạ thân nhiệt)	19	6.9%	

Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

So sánh giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai, chúng tôi nhận thấy ở nhóm trẻ dưới 30 tuần tuổi thai có số lượng

hồng cầu trung bình thấp hơn so với nhóm trẻ trên 30 tuần tuổi thai (2.8 ± 0.49 T/l vs 3.0 ± 0.48 T/l, unpaired t-test, $p > 0.05$). Lượng Hct và Hb của nhóm trẻ sơ sinh có thiếu máu dưới 30 tuần tuổi thai cũng thấp

hơn so với nhóm trẻ trên 30 tuần (Hb: 86.4 ± 15.0 g/l vs 99.0 ± 15.8 g/l, unpaired t-test, $p > 0.05$; Hct: $27.5\% \pm 4.6\%$ vs $28.7\% \pm 4.8\%$ unpaired t-test, $p > 0.05$). Tỷ lệ thiếu máu

theo mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng không có khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân, tập trung chủ yếu ở mức độ nhẹ (bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Chỉ tiêu nghiên cứu		≥ 30 tuần (n = 121)	< 30 tuần (n = 153)	P
Số lượng hồng cầu trung bình ($X \pm SD$, T/l)		3.0 ± 0.48	2.8 ± 0.49	> 0.05
Lượng Hct trung bình ($X \pm SD$, l/l)		28.7 ± 4.8	27.5 ± 4.6	
Lượng Hb trung bình ($X \pm SD$, mg/dl)		99.0 ± 15.8	86.4 ± 15.0	
Mức độ thiếu máu	Nhẹ (n (%))	88 (72.7%)	114 (74.5%)	
	Vừa (n (%))	33 (27.3%)	35 (22.9%)	
	Nặng và rất nặng (n (%))	0 (0%)	4 (2.6%)	

Kết quả điều trị trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Trong nghiên cứu này, có 21.5% số trẻ sơ sinh có thiếu máu không cần được truyền máu, số trẻ cần được truyền máu là 215/274 trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu và số trẻ cần

được truyền máu trên 1 lần chiếm 30.7%. Sau tiến hành truyền máu, tỷ lệ đạt được một số cải thiện về lâm sàng là rất cao, hầu hết các bệnh nhân hết biểu hiện da xanh, niêm mạc nhợt, tần số thở và tần số tim về mức bình thường (bảng 4).

Bảng 4: Điều trị trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu

Điều trị trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu		n	%
Số lần truyền máu	Không truyền máu	59	21.5%
	Truyền máu 1 lần	131	47.8%
	Truyền máu >1 lần	84	30.7%
Thay đổi triệu chứng lâm sàng sau truyền máu	Da hết xanh	195	90.7%
	Niêm mạc hết nhợt	199	92.6%
	Tần số thở bình thường	196	92.6%

Sau điều trị bằng truyền máu, số lượng hồng cầu, Hb và Hct đều tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ và đạt được giới hạn sinh lý (bảng 5).

Bảng 5. Thay đổi về số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit sau truyền máu

Chỉ số	Trước điều trị $X \pm SD$	Sau điều trị $X \pm SD$	P
Số hồng cầu (T/l)	2.8 ± 0.44	3.6 ± 0.57	$p < 0.05$
Hemoglobin (g/l)	92.8 ± 13.7	119.2 ± 20.1	
Hematocrit (l/l)	26.6 ± 4.2	33.7 ± 4.7	

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhi đẻ non có thiếu máu

Tỷ lệ bệnh nhi sinh non có thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 47.8% tổng số trẻ sinh non nhập viện. Bảng 3.1 cho thấy trong 274 trẻ đẻ non có thiếu máu thì có 60.6% trẻ sống ở nông thôn, 39.4% trẻ sống ở thành thị và tỷ lệ thiếu máu nhẹ cao nhất ở cả hai khu vực. Trẻ sinh ra ở nông thôn có nguy cơ bị thiếu máu bị tăng lên 1.9 lần so với những trẻ ở nông thôn. Không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa hai nhóm này. Kết quả của tôi tương đồng với kết quả của Hà Huy Khôi và cộng sự: tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở nông thôn miền núi là 53.2%, sau đó là nông thôn đồng bằng 45.8%, thị xã miền núi là 43.3%, và thấp hơn cả là thành phố đồng bằng 22.9%. Tỷ lệ nam/ nữ có thiếu máu là 1.3:1 (sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$). Hai nhóm nam, nữ đều có mức độ thiếu máu nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất ($p > 0.05$). Kết quả nghiên cứu này của tôi cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Thanh Bình: tỷ lệ trẻ nam chiếm 55.8% và nữ chiếm 44.2% số trẻ sinh non có thiếu máu (3). Điều này có thể giải thích là do ngày nay đang có tỷ lệ chênh lệch giới tính giữa nam và nữ: nhóm tuổi từ 0 - 4 tuổi hiện có tỷ lệ chênh lệch giới tính cao nhất với nam so với nữ là 116/100.

Bệnh lý hô hấp (suy hô hấp, bệnh màng trong, viêm phổi rất nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất (52.6%), tỷ lệ có bệnh lý hô hấp kèm theo một bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, viêm da) chiếm 24.4%. Điểm này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Tâm có tỷ lệ các bệnh mắc kèm trên trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu là: bệnh màng trong chiếm 80%, viêm phổi 60.8%, nhiễm trùng huyết 36% (2). Lý do vào viện thường gặp nhất là trẻ có tím tái (45.6%).

Trong nghiên cứu Folquet Amorissani có 64% bệnh nhi nhập viện do bị khó thở (4). Một số lý do vào viện thường gặp khác là vàng da và li bì/quấy khóc (12.4% và 14.6%). Cần lưu ý tỷ lệ trẻ vào viện vì sốt hoặc ho chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp (11.7%) so với tổng số ca bệnh nhập viện có bệnh lý đường hô hấp. Hầu hết các trẻ sinh non có thiếu máu có biểu hiện da xanh và niêm mạc nhợt (91.6% và 89.2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng và cộng sự về thiếu máu ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011 với 100% trẻ có biểu hiện xa xanh, niêm mạc nhợt (1). Theo Lokeshwar MR và cộng sự có tới 50.3% trẻ sơ sinh non tháng có biểu hiện lâm sàng bất thường do thiếu máu như: da xanh, thở nhanh, nhịp tim nhanh, khó thở và chậm chạp (6).

So sánh giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai, chúng tôi nhận thấy ở nhóm trẻ dưới 30 tuần tuổi thai có số lượng hồng cầu trung bình thấp hơn so với nhóm trẻ trên 30 tuần tuổi thai. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (hồng cầu: 2.9 ± 0.5 T/l; Hb: 107.6 ± 16.4 g/l) (1). Mức độ thiếu máu nhẹ là nhiều nhất chiếm 73.7%, chỉ có 1.1% thiếu máu mức độ nặng và 0.4% thiếu máu mức độ rất nặng. Trong nghiên cứu của tôi thấy đa số thiếu máu tập trung nhiều ở nông thôn, đặc biệt là thiếu máu mức độ nặng và rất nặng. Điều này thể do ở vùng nông thôn kinh tế, y tế còn kém phát triển nên không có điều kiện phát hiện sớm bệnh cũng như kịp thời điều trị, chính vì thế mức độ thiếu máu nặng tập chung chủ yếu vào vùng nông thôn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 274 trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu điều trị tại bệnh viện trẻ em Hải

Phòng trong các năm 2018-2019, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thiếu máu ở trẻ đẻ non

Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ đẻ non là 47.8% tổng số trẻ đẻ non điều trị nội trú tại bệnh viện. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ đẻ non là nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1.3/1. Tỷ lệ nam/nữ giữa nhóm trẻ sơ sinh đẻ non có thiếu máu và không thiếu máu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đa số trẻ được sinh ra ở nông thôn. Đa số trẻ nhập viện có tuổi thai dưới 30 tuần tuổi thai, trẻ sinh sơ sinh này có nguy cơ bị thiếu máu bị tăng lên 9.3 lần so với những trẻ có tuổi thai trên 30 tuần.

Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm trẻ có cân nặng lúc vào viện cao nhất ở nhóm trẻ có cân nặng từ 1500 - 2500gr chiếm 70.4%. Không có sự khác nhau rõ rệt giữa các nhóm cân nặng ở nhóm sơ sinh đẻ non có thiếu máu và không thiếu máu.

Lý do vào viện phổ biến nhất là tím tái (45.6%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là: da xanh (91.6%), niêm mạc nhợt (89.2%), thở nhanh (44.3%), xuất huyết dưới da (48.1%) và vàng da (41.3%). Các triệu chứng trên đều gặp ở nhóm thiếu máu mức độ nặng và rất nặng. Bệnh hay mắc kèm theo nhất là bệnh hô hấp kết hợp nhiễm khuẩn với tỷ lệ 52.6%.

Số lượng hồng cầu trung bình là 2.9 ± 0.42 T/l; Hb: 97.6 ± 15.4 g/l; Hct: 28.0 ± 4.7 l/l. Không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi thai nhưng có sự khác nhau giữa các nhóm cân nặng. Đa số là mức độ thiếu máu nhẹ (73.7%) và vừa (24.8%).

Tỷ lệ trẻ được truyền máu là 78.5 %. Đa số trẻ được truyền máu 1 lần (47.8%). Sau điều trị hầu hết các triệu chứng đều được cải thiện, giá trị hồng cầu, hemoglobin, hematocrit đều tăng đạt ngưỡng giá trị sinh lý.

VI. KIẾN NGHỊ

- Kiểm soát tốt các bệnh lý mạn tính ở phụ nữ có thai.
- Bổ sung dinh dưỡng và sắt cho bà mẹ có thai.
- Quản lý thai nghén tốt.
- Phối hợp chặt chẽ sản- nhi để phòng đẻ non và trẻ nhẹ cân khi sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Dũng (2011)**, “nghiên cứu thiếu máu ở trẻ đẻ non, đánh giá hiệu quả điều trị bằng bổ sung yếu tố tạo máu” , luận văn thạc sĩ , Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thanh Hùng (2017)**, “Các yếu tố liên quan đến truyền máu ở trẻ sơ sinh đẻ non tại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2017 ” ,Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 21(số 3), tr15-19.
3. **Nguyễn Thị Thanh Bình (2016)**: “Tình trạng dinh dưỡng và nồng độ hemoglobin ở trẻ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế”, tạp trí Nhi khoa, tập 9(số 2), tr11-15.
4. **Folquet Amorissani M (2007)**, “Anemia in the premature newborn”, Mali Med, vol22(2), pp1-5.
5. **Jeon Ga Won, Sin Jong Beom (2013)**, “Risk Factors of Transfusion in Anemia of Very Low Birth Weight Infants”, Yonsei Med J, vol 54(2), pp366–73.
6. **Lokeshwar M R (2003)**, “Anemia in the newborn”, The Indian Journal of Pediatrics, Vol 70(11), pp893-902.
7. **Ohls RK(2000)**, “Evaluation and treatment of anemia in the neonate”, Hematologic Problems of the Neonate , pp. 137–170.
8. **Podrazaa W, Nowakb J, Domeka H (2006)**, “Neonatal RBC Transfusions – Comparison of Two Patterns”, Transfus Med Hemother, vol 33, pp515–519.

ĐẶC ĐIỂM CỦA VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP CÓ NHIỄM RSV TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 – 2020

Đinh Dương Tùng Anh¹, Đoàn Thị Linh¹,
Hoàng Ngọc Anh², Đinh Văn Thức³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Viêm tiểu phế quản vẫn là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng viêm đường hô hấp cấp tính nặng ở trẻ nhỏ với mầm bệnh chính là virus hợp bào hô hấp (RSV). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định đặc điểm của bệnh viêm tiểu phế quản do RSV ở trẻ em Hải Phòng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 310 trẻ em dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng được chẩn đoán mắc bệnh viêm tiểu phế quản, trong đó có 157 trường hợp (50.65%) có xét nghiệm RSV RT-PCR dương tính từ ngày 1 tháng 1 năm 2019 đến ngày 31 tháng 8 năm 2020.

Kết quả: Viêm tiểu phế quản do RSV gặp chủ yếu ở nhóm dưới 6 tháng tuổi, phổ biến hơn ở bệnh nhân nam (59.9%) và ở ngoại thành (70.1%). Những bệnh nhân nhiễm RSV (nhóm RSV +) có thời gian sốt và thở khò khè kéo dài hơn đáng kể so với những bệnh nhân không nhiễm RSV (nhóm RSV-). Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều có các triệu chứng như ho, thở khò khè và thở nhanh, nhưng trẻ em bị nhiễm RSV cho thấy tỷ lệ viêm tiểu phế quản nặng, rút lõm lồng ngực và co kéo cơ hô hấp phụ

cao hơn đáng kể. Các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy tỷ lệ mức CRP tăng cao thấp hơn đáng kể ở nhóm RSV + so với nhóm RSV-. Thời gian nằm viện trung bình cao hơn rõ ràng ở những bệnh nhân nhiễm RSV so với những bệnh nhân không nhiễm RSV.

Kết luận: Viêm tiểu phế quản do RSV ở trẻ em Hải Phòng chủ yếu ở trẻ nhỏ, phổ biến hơn ở bệnh nhân nam và bệnh nhân ngoại thành. Nhiễm RSV dẫn đến tỷ lệ viêm tiểu phế quản nặng cao hơn đáng kể và kéo dài thời gian nằm viện.

Từ khóa: viêm tiểu phế quản, virus hợp bào hô hấp.

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF RSV- INDUCED BRONCHIOLITIS IN HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019 – 2020

Objectifs: Bronchiolitis remains one of the main causes leading to severe acute respiratory infections in young children. RSV was identified to be the main pathogen of bronchiolitis. Therefore, we performed this research in order to characterize RSV-induced bronchiolitis in children of Haiphong.

Material and method: A retrospective study on 310 children under 2 year of age in Haiphong Children's Hospital diagnosed with bronchiolitis, including 157 cases (50.65%) having positive RSV RT-PCR test from the 1st January 2019 to the 31st August 2020.

Results: Our results showed that RSV-induced bronchiolitis was found mainly in the

¹Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Khoa Hô hấp, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2021

Ngày duyệt bài: 22.5.2021

group under 6 months of age, more popular in male patients (59.9%) and in the suburban areas (70.1%). The patients with RSV infection (group RSV+) showed significantly prolonged duration of fever and wheezing than the patients without RSV-infection (group RSV-). All the patients included in this study had symptoms such as cough, wheezing and tachypnea, but children with RSV infection showed significantly higher ratio of severe bronchiolitis, chest indrawing and recruitment of accessory respiratory muscles. Paraclinical examinations revealed that the ratio of elevated CRP level was significantly lower in the group RSV+ compared with the group RSV-. The average length of stay in hospital was clearly higher in the patients having RSV infection compared with the patients without RSV.

Conclusion: RSV-induced bronchiolitis in the children in Haiphong was mainly in young children, more popular in male patients and in patients from the suburban areas. RSV infection leading to significantly higher ratio of severe bronchiolitis and prolonged the length of stay in hospital.

Keywords: bronchiolitis, respiratory syncytial virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là một nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới gây ra nhiều ca tử vong nhất, được đặc trưng bởi tổn thương viêm cấp ở các tiểu phế quản, các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2mm, phổ biến ở trẻ dưới 24 tháng tuổi (4). Nhờ những tiến bộ trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu, tử vong do VTPQC đã giảm rõ rệt. VTPQC vẫn còn là gánh nặng thực sự về y tế - kinh tế - xã hội cho hầu hết các quốc gia, đặc biệt ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Virus hợp bào hô hấp (Respiratory syncytial virus – RSV) là một

loại virus rất phổ biến và dễ lây, gây nhiễm trùng đường hô hấp ở hầu hết trẻ nhỏ dưới 2 tuổi và là nguyên nhân hàng đầu gây VTPQC ở trẻ nhỏ (8).

Mặc dù VTPQC do RSV là một tình trạng bệnh lý nặng thường gặp ở trẻ nhỏ nhưng trên thực tế điều trị tại Hải Phòng, việc đánh giá các đặc điểm của VTPQC do RSV gây ra gặp nhiều khó khăn do thiếu phương tiện chẩn đoán xác định việc bệnh nhi có nhiễm loại virus này hay không. Cho tới thời điểm tiến hành nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy chưa có nghiên cứu nào đánh giá các đặc điểm của VTPQC do RSV tại Hải Phòng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. So sánh đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của VTPQC có nhiễm RSV và không nhiễm RSV tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/8/2020.

2. Nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/8/2020 và được làm xét nghiệm RT-PCR RSV (theo quy trình xét nghiệm mã số QTXN.SHPT.003.V3.0-BVTE), gồm có 310 bệnh nhân, trong đó có 157 trường hợp dương tính với RSV (50.65%).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Toàn bộ trẻ điều trị nội trú VTPQC tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng được làm xét nghiệm RT-PCR RSV và được gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

trong khoảng thời gian nghiên cứu nói trên đều được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhi nhập viện được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ (7).

Xét nghiệm RT-PCR RSV trong mẫu dịch tỵ hầu được làm trên máy Realtime PCR Mastercycler ep realplex² S (Eppendorf AG, Hamburg, Germany) sử dụng bộ kit tách chiết ADN –Việt Á (Mã số: VA.A92-002A, Công ty CPCN Việt Á, Bình Dương, Việt Nam) và LighPower iVARSV rPCR Kit (Mã số: VA.A02-015D.1, Công ty CPCN Việt Á, Bình Dương, Việt Nam). Mẫu dịch tỵ hầu được thu thập bởi các kỹ thuật viên đã được đào tạo tại khoa điều trị (khoa Hô hấp và khoa Sơ sinh) và gửi ngay đến khoa Hóa sinh để làm xét nghiệm RT-PCR RSV. Kết quả xét nghiệm được thông báo về khoa điều trị sau 7 giờ từ thời điểm gửi mẫu xét nghiệm.

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án nghiên cứu có sẵn và được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS® Statistics 20.0 (IBM®).

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này nhận được sự đồng ý của Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tất cả các số liệu thu thập được chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu khoa học và các thông tin đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Phân bố của viêm tiểu phế quản cấp theo độ tuổi của trẻ

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 157 trẻ VTPQC có nhiễm RSV và 153 trẻ VTPQC không nhiễm RSV cho thấy bệnh VTPQC chủ yếu phân bố ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi ở cả hai nhóm nhiễm RSV (86.6%) và không nhiễm RSV (83.1%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ trẻ dưới 2 tháng tuổi và 2 – dưới 6 tháng tuổi mắc VTPQC có RSV (+) và RSV (-) (bảng 1).

Phân bố của viêm tiểu phế quản cấp theo giới tính của trẻ

Theo phân tích tỷ lệ phân bố VTPQC theo giới của trẻ, tỷ lệ mắc VTPQC ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ ở cả hai nhóm có và không nhiễm RSV. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trẻ nam và tỷ lệ trẻ nữ mắc VTPQC (lần lượt có $p = 0.8771$ và $p = 0.786$, chi-square test) (bảng 1).

Phân bố của viêm tiểu phế quản cấp theo địa dư của trẻ

Số bệnh nhi đến từ vùng ngoại thành chiếm tỷ lệ lớn (70.1% ở nhóm có RSV, 83.7% ở nhóm không nhiễm RSV). Trong số các trẻ đến từ vùng nội thành, tỷ lệ trẻ có nhiễm RSV cao hơn tỷ lệ trẻ không nhiễm RSV một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0.02495$, chi-square test) (bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nghiên cứu		RSV + (n = 157)		RSV – (n = 153)		p
		n	%	n	%	
Độ tuổi	< 2 tháng	97	61.8	84	54.5	0.5285
	2 - < 6 tháng	39	24.8	44	28.6	0.554
	≥ 6 tháng	21	13.4	26	18.9	0.446

Giới	Nam	94	59.9	89	57.8	0.8771
	Nữ	63	40.1	65	42.2	0.786
Địa đư	Nội thành	47	29.9	25	16.2	0.02495
	Ngoại thành	110	70.1	128	83.7	0.3041

Triệu chứng lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Không có sự khác biệt rõ ràng về tỷ lệ những số trẻ bị sốt giữa nhóm nhiễm RSV và không nhiễm RSV (RSV+: 20.38%; RSV-: 15.69%, $p = 0.3705$, chi-square test). Tuy nhiên, ở nhóm trẻ có nhiễm RSV, thời gian bị sốt kéo dài hơn so với nhóm trẻ không

nhiễm RSV ($p = 0.0339$, unpaired t-test) (bảng 2). Thở khò khè cũng là một trong những triệu chứng lâm sàng quan trọng để đánh giá tiến triển của VTPQC ở trẻ em. Số ngày trẻ bị thở khò khè tăng cao rõ nét ở nhóm trẻ nhiễm RSV so với nhóm không nhiễm RSV ($p < 0.001$, unpaired t-test) (bảng 2).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Triệu chứng		RSV +		RSV -		p
		n	%	n	%	
Rút lõm lồng ngực		98	62.42	28	18.3	< 0.001
Co kéo cơ hô hấp phụ		56	35.67	9	5.88	< 0.001
Phập phồng cánh mũi		54	34.39	7	4.58	< 0.001
Ran rít		147	93.63	135	88.23	0.7185
Ran ngáy		126	80.25	121	79.08	0.9314
Ran ẩm		34	21.66	46	30.07	0.1938
Độ nặng VTPQC	Nặng	63	40.13	23	15.03	< 0.001
	Trung bình	94	59.87	130	84.97	0.04732
Số ngày có sốt n ($X \pm SD$)		32 (3.06 ± 1.34)		24 (2.29 ± 1.27)		0.0339
Số ngày thở khò khè n ($X \pm SD$)		157 (11.3 ± 1.5)		153 (3.81 ± 0.33)		< 0.001

Tất cả các trẻ được chọn trong nghiên cứu khi được chẩn đoán VTPQC đều có các triệu chứng ho, thở nhanh và thở khò khè. Nhóm bệnh nhi có nhiễm RSV có tỷ lệ biểu hiện các triệu chứng rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ và phập phồng cánh mũi cao hơn rõ nét so với nhóm không nhiễm RSV ($p < 0.001$, unpaired t-test) (bảng 2). Điều này cũng được phản ánh qua tỉ lệ VTPQC mức độ nặng cao hơn và tỉ lệ mức độ trung bình

thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở nhóm nhiễm RSV so với nhóm không nhiễm RSV (bảng 2).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

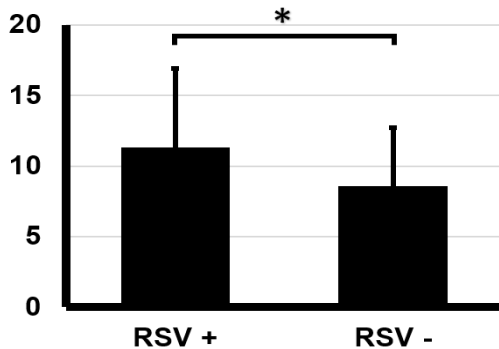
Qua nghiên cứu 157 trẻ VTPQC nhiễm RSV và 153 trẻ VTPQC không nhiễm RSV, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của số lượng bạch cầu ở hai nhóm trên ($p = 0.1657$,

unpaired t-test) (bảng 3). Tỷ lệ tăng CRP ở nhóm trẻ nhiễm RSV thấp hơn rõ ràng so với tỷ lệ này ở nhóm không nhiễm RSV ($p = 0.001559$, chi-square test) (bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

	RSV (+)		RSV (-)		p
	n	%	n	%	
Tăng bạch cầu hạt trung tính	49	31.2	67	43.7%	0.1223
Tăng CRP	10	6.4%	31	20.26%	0.001559
Số lượng bạch cầu n ($X \pm SD$)	157 (10.9 ± 4.33 G/l)		153 (11.92 ± 8.11 G/l)		0.1657

3.3. Kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp



Hình 1: Số ngày nằm viện điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Nhiều ca bệnh VTPQC nặng đòi hỏi thời gian nằm viện kéo dài, kéo theo gia tăng chi phí điều trị cũng như lượng thời gian mà người chăm sóc trẻ phải dừng công việc chuyên môn lại. Điều này được phản ánh qua số ngày trẻ VTPQC nằm viện. Trẻ được coi là đủ điều kiện ra viện khi không còn tình trạng khó thở, hết ho, hết sốt, hết thở khò khè và nghe phổi hết tiếng ran phổi. Tất cả 310 trường hợp VTPQC tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng trong nghiên cứu này đều được điều trị khỏi. Không có ca bệnh nặng nào cần chuyển tuyến hoặc tử vong. Số ngày nằm viện của trẻ VTPQC có nhiễm RSV dài hơn so với nhóm không nhiễm RSV một cách có

ý nghĩa thống kê (RSV+: 11.33 ± 5.57 ngày; RSV-: 8.6 ± 4.12 ngày; * $p < 0.0001$, unpaired t-test) (hình 1).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Tỷ lệ mắc VTPQC có nhiễm RSV

Viêm tiểu phế quản cấp là một nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới thường gặp ở trẻ nhỏ. Virus hợp bào hô hấp (Respiratory syncytial virus – RSV) là một loại virus rất phổ biến và dễ lây, gây nhiễm trùng đường hô hấp ở hầu hết trẻ nhỏ dưới 2 tuổi và là nguyên nhân hàng đầu gây VTPQC (8). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh VTPQC chủ yếu phân bố ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi ở cả hai nhóm nhiễm RSV và không nhiễm RSV (bảng 1). Tỷ lệ phát hiện trẻ có nhiễm RSV chiếm 50.65% tổng số trẻ mắc VTPQC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nét tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Petrarca L. và cộng sự ở Mỹ nhận thấy tỷ lệ nhiễm RSV ở trẻ dưới 6 tháng mắc VTPQC là 43.8% (6). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thị Minh Hồng cho thấy tỷ lệ nhiễm RSV ở 1117 trẻ VTPQC là 44.7% (1).

Đặc điểm chung của VTPQC

Trong số 310 trẻ mắc VTPQC được nghiên cứu, có 59.04% là trẻ nam và 40.96% là trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ nam/ trẻ nữ là 1.44/1. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với tác giả Bower và McBride cho rằng VTPQC chủ yếu gặp ở trẻ nam với tỷ lệ trẻ nam/ trẻ nữ lên tới 1.5/1 (2). Trong số các trẻ đến từ vùng nội thành, tỷ lệ trẻ có nhiễm RSV cao hơn tỷ lệ trẻ không nhiễm RSV một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0.02495$, chi-square test) (bảng 1). Tính trên toàn cỡ mẫu nghiên cứu, chỉ có 23.23% số ca VTPQC đến từ vùng nội thành Hải Phòng. Đây là một khác biệt rất lớn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Minh Hồng tại Bệnh viện Nhi đồng 2 cho thấy tỷ lệ ca bệnh VTPQC đến từ khu vực thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn (1).

Đặc điểm lâm sàng của VTPQC

Ở nhóm trẻ có nhiễm RSV, thời gian bị sốt kéo dài hơn so với nhóm trẻ không nhiễm RSV (bảng 2). Những quan sát trên lâm sàng cho thấy bệnh nhân VTPQC có nhiễm RSV thường xuyên có biểu hiện sốt từ 2 tới 4 ngày (8). Trên thực tế, thời gian trẻ có sốt ghi nhận được trong đợt điều trị nội trú còn phụ thuộc vào việc gia đình trẻ có đưa trẻ tới bệnh viện

Thở khò khè là cũng một trong những triệu chứng lâm sàng quan trọng để đánh giá mức độ và sự tiến triển của VTPQC ở trẻ em. Khò khè xảy ra khi những đường thở nhỏ (tiểu phế quản) bị chít hẹp bởi sự phù nề của thành đường thở do việc nhiễm virus (nhất là do RSV) gây ra. Chúng tôi nhận thấy số ngày trẻ bị thở khò khè tăng cao rõ nét ở nhóm trẻ nhiễm RSV so với nhóm không nhiễm RSV (bảng 2). Cần hết sức lưu ý rằng việc nhiễm RSV không chỉ gây VTPQC mà còn gây ra tình trạng khò khè mạn tính và tăng cao nguy cơ mắc hen phế quản (3).

Tất cả các trẻ được chọn trong nghiên cứu khi được chẩn đoán VTPQC và nhập viện đều có các triệu chứng ho, thở nhanh và thở khò khè. Nhóm bệnh nhi có nhiễm RSV có tỷ lệ biểu hiện các triệu chứng rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ và phập phồng cánh mũi cao hơn rõ nét so với nhóm không nhiễm RSV (bảng 2). Thêm vào đó, tỉ lệ VTPQC mức độ nặng cao hơn và tỉ lệ mức độ trung bình thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở nhóm nhiễm RSV so với nhóm không nhiễm RSV (bảng 2). Tổng số trẻ bị VTPQC mức độ nặng trong nghiên cứu chiếm 86/310 trẻ (27.74%), trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm có nhiễm RSV với 63/86 trẻ (73.26%). Kết quả của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Garcia nhận thấy số ca VTPQC nặng chủ yếu tập trung vào nhóm có nhiễm RSV (3).

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng CRP ở nhóm trẻ nhiễm RSV thấp hơn rõ ràng so với tỷ lệ này ở nhóm không nhiễm RSV (bảng 3). Định lượng CRP được coi như một yếu tố tiên lượng tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn ở trẻ bị VTPQC. Những ca đồng nhiễm vi khuẩn cũng có thể được định hướng phát hiện thông qua biến đổi của công thức bạch cầu, nhất là tăng bạch cầu hạt trung tính. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi hiện chưa phát hiện sự khác biệt đáng kể nào về sự tăng số lượng bạch cầu và tỷ lệ tăng bạch cầu hạt trung tính giữa hai nhóm có và không nhiễm RSV. Dù vậy, với những trẻ có tăng CRP, một định hướng đến tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn là điều cần lưu ý tại thời điểm trẻ nhập viện.

4.3. Kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp. Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào tử vong hoặc bệnh nặng cần chuyển

tuyên. Thời gian nằm viện do VTPQC vẫn còn khá dài (RSV+: 11.33 ± 5.57 ngày; RSV-: 8.6 ± 4.12 ngày). Số ngày nằm viện của trẻ VTPQC có nhiễm RSV dài hơn so với nhóm không nhiễm RSV một cách có ý nghĩa thống kê rõ (hình 1). Một nghiên cứu đa trung tâm ở Mỹ cho thấy số ngày nằm viện trung bình của nhóm trẻ VTPQC có nhiễm RSV là 5.8 ± 8 ngày (5).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 310 trẻ mắc VTPQC, trong đó có 50.65% trường hợp nhiễm RSV. VTPQC chủ yếu gặp ở lứa tuổi dưới 6 tháng tuổi, ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ và xuất hiện nhiều hơn ở vùng ngoại thành. Nhóm trẻ VTPQC có nhiễm RSV có thời gian bị sốt và thở khó khê trong đợt điều trị dài hơn so với nhóm không nhiễm RSV. Tỷ lệ ca bệnh VTPQC mức độ nặng cùng với các triệu chứng lâm sàng của khó thở như rút lõm lồng ngực, co rút cơ hô hấp phụ và phập phồng cánh mũi cũng gặp ở nhóm nhiễm RSV với những tỉ lệ cao hơn rõ rệt so với nhóm không nhiễm RSV. Xét nghiệm máu cho thấy tỷ lệ tăng CRP cao hơn ở nhóm không nhiễm RSV. Thời gian nằm viện điều trị của nhóm trẻ RSV dài hơn một cách có ý nghĩa thống kê rõ nét so với nhóm không nhiễm RSV, và nhìn chung ở cả hai nhóm thì thời gian nằm viện vẫn còn dài mặc dù không có trường hợp nào tử vong hoặc cần chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồng, P. T. M. (2005).** Mô hình tiến đoán viêm tiểu phế quản nặng ở trẻ em. Y học TP Hồ Chí Minh, 9, 134 - 140
2. **Bower, J., & McBride, J. T. (2015).** Bronchiolitis. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 818-822.e811. doi: 10.1016/B978-1-4557-4801-3.00068-0
3. **Garcia-Garcia, M. L., Calvo Rey, C., & Del Rosal Rabes, T. (2016).** Pediatric Asthma and Viral Infection. Arch Bronconeumol, 52(5), 269-273. doi: 10.1016/j.arbres.2015.11.008
4. **Geoghegan, S., Erviti, A., Caballero, M. T., Vallone, F., Zanone, S. M., Losada, J. V., . . . Polack, F. P. (2017).** Mortality due to Respiratory Syncytial Virus. Burden and Risk Factors. Am J Respir Crit Care Med, 195(1), 96-103. doi: 10.1164/rccm.201603-0658OC
5. **Leidy, N. K., Margolis, M. K., Marcin, J. P., Flynn, J. A., Frankel, L. R., Johnson, S., . . . Simoes, E. A. (2005).** The impact of severe respiratory syncytial virus on the child, caregiver, and family during hospitalization and recovery. Pediatrics, 115(6), 1536-1546. doi: 10.1542/peds.2004-1149
6. **Petrarca, L., Nenna, R., Frassanito, A., Pierangeli, A., Di Mattia, G., Scagnolari, C., . . . Midulla, F. (2018).** Bronchiolitis under 6 months of age: time for changing definition? European Respiratory Journal, 52(suppl 62), PA4641. doi: 10.1183/13993003.congress-2018.PA4641
7. **Ralston, S. L., Lieberthal, A. S., Meissner, H. C., Alverson, B. K., Baley, J. E., Gadomski, A. M., . . . American Academy of, P. (2014).** Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics, 134(5), e1474-1502. doi: 10.1542/peds.2014-2742
8. **Smith, D. K., Seales, S., & Budzik, C. (2017).** Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children. Am Fam Physician, 95(2), 94-99.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MŨ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Đinh Văn Thúc^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh viêm màng não mủ (VMNM) ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2016 – 2017.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 69 ca VMNM tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong hai năm 2016 – 2017.

Kết quả: VMNM gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ, ở nông thôn nhiều hơn thành thị. Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, có thể gặp rải rác trong năm nhưng tập trung nhiều ở các tháng mùa hè (tháng 5, tháng 6). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: sốt, nôn, quấy khóc, thóp phồng và hội chứng màng não. Màu sắc DNT hay gặp nhất là màu ám khói. Đa số các ca bệnh có tăng protein, bạch cầu DNT và giảm Glucose DNT. Cây DNT mọc vi khuẩn chủ yếu là phế cầu và tụ cầu vàng. Xét nghiệm máu ngoại vi thấy lượng BC tăng cao, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. CRP máu cũng tăng với giá trị trung bình là 20.44 ± 23.38 mg/l. Kháng sinh được sử dụng chủ yếu để điều trị là nhóm Cephalosporin thế hệ 3. Sử dụng Cefoperazone hay kết hợp Ceftriaxone với Amikacin và/hoặc Meropenem cho hiệu quả

điều trị tốt với VMNM. Tỷ lệ VMNM được điều trị khỏi hoàn toàn là 69.9%, chuyển tuyến trên là 23.3%, di chứng là 7.2% và không phát hiện trường hợp nào tử vong tại viện.

Kết luận: VMNM ở trẻ em vẫn còn là một nhiễm trùng thần kinh cần được phát hiện sớm và điều trị tích cực để giảm thiểu tỷ lệ bệnh nặng và di chứng.

Từ khóa: viêm màng não mủ, trẻ em, *S. pneumoniae*, *S. aureus*

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGY, CLINICAL, PARACLINICAL AND TREATMENT OUTCOME OF BACTERIAL MENINGITIS IN HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objectifs: We aimed to investigate the epidemiology, clinical and paraclinical characteristics and treatment outcome of bacterial meningitis in Hai phong children's hospital in 2016 – 2017.

Materials and methods: We performed a retrospective study on 69 cases of bacterial meningitis (BM) at Hai Phong Children's Hospital in 2016 – 2017.

Results: We found that BM was more common among boys than girls, more popular in rural than in urban areas. The disease mainly occurred in children under 5 years old, may be scattered throughout the year, but concentrated in summer (on May and June). The most common clinical symptoms are: fever, vomiting, irritability, bulging fontanelle and having

¹Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược Hải Phòng

²Khoa Hô hấp, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Khoa Hồi sức - Cấp cứu, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021

meningeal syndrome. The most common cerebrospinal fluid (CSF) color is smoky. Most cases have increased CSF protein, CSF leukemia and decreased CSF Glucose. CSF culture returned mainly *S. pneumoniae* and *S. aureus*. Peripheral blood tests showed increased amount of leukocytes, mainly in neutrophils. Blood CRP also increased with mean values of 20.44 ± 23.38 mg/l. The main antibiotic therapy was the 3rd generation Cephalosporins. Using Cefoperazone or a combination of Ceftriaxone with Amikacin and/or Meropenem gave good therapeutic effects. The rate of completely cured was 69.9%, the rate of sequelae was 7.2%.

Conclusion: BM remains a neurological infection in children that needs to be detected early and actively treated to minimize the rate of severe disease and sequelae.

Keywords: bacterial meningitis, children, *S. pneumoniae*, *S. aureus*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não mủ (VMNM) là bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương do vi khuẩn xâm nhập vào màng não và là một trong những cấp cứu nguy hiểm thường gặp ở trẻ em. Cho đến nay, tuy đã có các loại kháng sinh mới trong điều trị VMNM nhưng việc phát hiện và can thiệp chậm có thể để lại di chứng cho trẻ (Agrawal & Nadel, 2011). Trên thế giới cũng như ở Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh VMNM và tử vong còn khá cao. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, khoảng 75% số ca VMNM xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi, hàng năm có khoảng 170.000 trường hợp tử vong do VMNM trên toàn thế giới và tỷ lệ tử vong do VMNM nếu không được điều trị có thể lên tới 50%. Để rút kinh nghiệm cho chẩn đoán và điều trị VMNM, chúng tôi tiến hành đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết*

quả điều trị viêm màng não mủ tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng” nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh VMNM ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 2 năm 2016 – 2017.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị VMNM ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân dưới 15 tuổi được chẩn đoán là viêm màng não mủ điều trị tại Khoa Truyền nhiễm và khoa Hồi sức – Cấp cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

- Thời gian nghiên cứu: từ 1/1/2016 đến 31/12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của viêm màng não mủ trẻ em

Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng trên 69 trẻ bị VMNM, chúng tôi nhận thấy bệnh xuất hiện chủ yếu ở trẻ đến từ vùng nông thôn (59.4%) (bảng 1). Tỷ lệ mắc VMNM lứa tuổi sơ sinh là 21.7%. Tỷ lệ mắc VMNM ở trẻ nam/trẻ nữ là 2/1. Triệu chứng lâm sàng trước khi nhập viện thường gặp nhất là trẻ có sốt (97.1%), đau đầu hoặc quấy khóc (56.5%), cứng gáy (42%) và nôn (36.2%). Co giật và bỏ bú/ kém ăn cũng gặp ở tỷ lệ thấp hơn (13%). Trong số các trẻ có sốt, biểu hiện chủ yếu là sốt vừa và sốt cao trên 38.5°C (81.2%). Triệu chứng da tái chỉ gặp ở 27.5% số ca bệnh và nổi vân tím trên da chỉ xuất hiện ở 8.7% số ca VMNM.

Tại thời điểm nhập viện, các triệu chứng cơ năng nổi trội nhất của VMNM là trẻ có đau đầu/ quấy khóc (58%), nôn (39.1%) và ỉa chảy/ táo bón (15.9%) (bảng 1). Các rối loạn tri giác như kích thích, li bì hoặc hôn mê chỉ xuất hiện trên 28.9% trẻ bị VMNM, trong đó chỉ có 1 trường hợp hôn mê (1.4%),

chủ yếu gặp trẻ trong tình trạng li bì (20.3%). Thăm khám lâm sàng phát hiện cứng gáy (42%), Kernig dương tính (24.6%) và chủ yếu gặp ở trẻ lớn. Thóp phồng là một triệu chứng thường gặp trên trẻ nhỏ (có trên 14 trẻ VMNM, tương đương 20.3%), đặc biệt là nhóm trẻ sơ sinh.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của viêm màng não mủ trẻ em

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Địa dư	Nông thôn	41	59.4%	Độ tuổi	≤1 tháng	15	21.7%
	Thành thị	28	40.6%		> 1 tháng	54	78.3%
Giới	Nam	46	66.7%	Triệu chứng toàn thân	Sốt nhẹ	11	15.9%
	Nữ	23	33.3%		Sốt vừa	27	39.1%
Triệu chứng lâm sàng trước khi nhập viện	Li bì	3	4.3%		Sốt cao	29	42%
	Hôn mê	1	1.4%		Da tái	19	27.5%
	Sốt	67	97.1%		Da nổi vân tím	6	8.7%
	Đau đầu/ quấy khóc	39	56.5%	Triệu chứng cơ năng	Đau đầu/ quấy khóc	40	58%
	Nôn	25	36.2%		Nôn	22	39.1%
	Co giật	9	13%		Ỉa chảy/ táo bón	11	15.9%
	Bỏ bú/ kém ăn	9	13%	Triệu chứng thần kinh	Kích thích	5	7.2%
	Ỉa chảy	3	4.3%		Li bì	14	20.3%
Triệu chứng thực thể	Cứng gáy	29	42%		Hôn mê	1	1.4%
	Kernig	17	24.6%		Co giật	11	15.9%
	Thóp phồng	14	20.3%		Tăng trương lực cơ	4	5.8%
	Vạch màng não	5	7.2%		Liệt TK khu trú	1	1.4%

Qua nghiên cứu phân bố số ca VMNM theo các tháng trong năm, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc VMNM tăng cao rõ rệt trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 6, chiếm 57.9% tổng số ca mắc. Trong đó, số ca VMNM trong tháng 5 chiếm 24.6% và trong tháng 6 chiếm 23.2%. Bệnh cũng xuất hiện

rải rác trong năm với tỉ lệ dao động từ 1.4% đến 8.7% tổng số ca mắc. Thời gian bị bệnh trước khi vào viện trung bình là $2,55 \pm 0,204$ ngày, cao nhất là 10 ngày.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm màng não mủ trẻ em

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm màng não mủ trẻ em

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Màu sắc dịch não tủy	Ám khói	47	68.1%	Protein dịch não tủy (g/l)	<0,5	4	5.8%
	Nước dừa non	18	20.3%		0,5 - 1	41	59.4%
	Đục mủ	8	11.6%		>1	24	34.8%
Glucose dịch não tủy	Bình thường	31	45%	Kết quả nuôi cấy dịch não tủy	Phế cầu	6	46.1%
	Giảm	33	47.8%		Tụ cầu vàng	5	38.5%
	Dạng vết	5	7.2%		E.coli	1	7.7%
CRP máu ngoại vi ($\bar{X} \pm SD$) (mg/l)		20.44 $\pm$ 23.38			Trực khuẩn mủ xanh	1	7.7%
Bạch cầu trong dịch não tủy	100 -1000	52	75.4%	Tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính máu ngoại vi	Tăng	55	79.7%
	>1000	17	24.6%		Bình thường	14	20.3%

Chọc dịch não tủy là một thủ thuật quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị VMNM. Trong nghiên cứu này, màu sắc của dịch não tủy thường gặp là màu ám khói (68.1%) hoặc nước dừa non (20.3%), chỉ có 11.6% có màu đục mủ (như nước vo gạo) (bảng 2). Xét nghiệm dịch não tủy (DNT) cho thấy protein DNT tăng thường gặp nhất ở mức ≥ 0.5 g/l, trong đó sự tăng protein DNT có điểm khác nhau giữa các nhóm tuổi. Ở nhóm trẻ sơ sinh, protein DNT tăng chủ yếu ở mức >1 g/l (86.7%). Ở nhóm tuổi trên 1 tháng đến 5 tuổi và nhóm từ 5 tuổi đến 15 tuổi, protein DNT tăng chủ yếu là từ 0,5 - 1 g/l (lần lượt là 66.7% và 79.2 % ở mỗi nhóm tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân có glucose dịch não tủy giảm chiếm đa số các trường hợp (55%), trong đó giảm nặng còn dạng vết chiếm tỷ lệ thấp nhất 7.2 % (bảng 2). Số lượng bạch cầu trong DNT chủ yếu ở mức 100 – 1000 tế bào/mm³ (75.4%). Xét nghiệm nuôi cấy DNT cho phép xác định loại vi khuẩn gây bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có

13/69 trường hợp xét nghiệm mọc vi khuẩn (18.8%). Trong đó, phế cầu và tụ cầu vàng là hai căn nguyên gây bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 46.1% và 38.5%).

Xét nghiệm máu ngoại vi cho thấy định lượng CRP trung bình là 20.44 $\pm$ 23.38 mg/l, trường hợp cao nhất tăng đến 160 mg/l. Kèm theo đó, số ca bệnh VMNM có tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính trong máu ngoại vi tăng cao chiếm đến 79.7% (bảng 2), với giá trị trung bình của tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính trong máu ngoại vi là 69,93% $\pm$ 13,28%.

3.3. Điều trị viêm màng não mủ ở trẻ em. Kháng sinh được sử dụng chủ yếu để điều trị là nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (chiếm 91.4% các trường hợp), trong đó được dùng đơn độc chiếm 36.2%, bao gồm Ceftriaxone (27.5%) và Cefoperazone (8.7%). Phác đồ điều trị kháng sinh bằng phối hợp 2 hay 3 loại thuốc chiếm 63.8%, thường được dùng nhất là Ceftriaxone + Meropenem (15.9%) và Ceftriaxone + Amikacin + Meropenem (13%) (bảng 3).

Bảng 3. Các phác đồ kháng sinh điều trị viêm màng não mủ trẻ em

Kháng sinh	Kết quả	Khỏi		Chuyển tuyến		Di chứng	
		n	%	n	%	n	%
Ceftriaxone		13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%
Cefoperazone		6	100%	0	0%	0	0%
Ceftriaxone+ meropenem		8	72.7%	2	18.2%	1	9.1%
Ceftriaxone+ Amikacin		3	75%	0	0%	1	25%
Ceftriaxone+ Amikacin+ Meropenem		7	77.8%	1	11.1%	1	11.1%

Đa phần trẻ được điều trị kháng sinh trước khi chọc DNT (42/69 trường hợp) chiếm 60,9% (bảng 4). Thời gian điều trị thường gặp là kéo dài trên 10 ngày (63.8%). Biện pháp điều trị hỗ trợ chính bao gồm corticoid (98.5%), truyền Manitol (56.1%) và sử dụng

thuốc an thần (57.6%). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị khỏi chiếm 69.6%, nặng chuyển tuyến trên là 23.2% và di chứng là 7.2%. Không có trường hợp nào tử vong do VMNM tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 2 năm 2016–2017.

Bảng 4. Kết quả điều trị viêm màng não mủ trẻ em

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Kháng sinh trước chọc DNT	Có	42	60.9%	Thời gian điều trị	<10 ngày	25	36.2%
	Không	27	39.1%		≥10 ngày	44	63.8%
Điều trị hỗ trợ	Corticoid	65	98.5%	Kết quả điều trị	Khỏi	48	69.6%
	Manitol	37	56.1%		Di chứng	5	7.2%
	An thần	38	57.6%		Chuyển tuyến trên	16	23.2%

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 69 bệnh nhi VMNM điều trị tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng trong các năm 2016 – 2017, chúng tôi có một số nhận xét như sau:

Đặc điểm dịch tễ lâm sàng viêm màng não mủ trẻ em Tỷ lệ trẻ nam mắc VMNM cao hơn trẻ nữ (nam/nữ: 2/1). Kết quả của chúng tôi có nét tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy nam chiếm 64.5%, nữ chiếm 35.5% (N. T. T. Hương et al., 2015). Trẻ mắc bệnh VMNM tập trung chủ yếu ở lứa tuổi dưới 5 tuổi (65.2%). Nghiên cứu của chúng tôi có điểm

tương đồng với Kaplan và cộng sự ước tính rằng tỷ lệ cao nhất của viêm màng não do vi khuẩn xảy ra ở trẻ em dưới 2 tháng tuổi và ít nhất 75% trường hợp xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi (Kaplan SL, 2016). Thời gian mắc bệnh: Tỷ lệ mắc VMNM gặp rải rác các tháng trong năm, cao hơn ở tháng mùa hè (tháng 5 và 6, lần lượt là 24.6% và 22.2%). Kết quả này có điểm tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hương là thời gian nhập viện quanh năm nhưng xu hướng mùa xuân hè (P. Hương, 2020).

Trong số các triệu chứng hay gặp trước khi trẻ được đưa đến viện, sốt có ở 67/69 trường hợp (97.1%), đau đầu hay quấy khóc

ở trẻ nhỏ chiếm 56.5%, nôn chiếm 36.2% và co giật chiếm 13%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh cho thấy triệu chứng khởi phát hay gặp của trẻ VMNM là sốt 100%, đau đầu 91.49%, buồn nôn và nôn 39.22% (Anh & Quỳnh, 2011). Việc sử dụng kháng sinh trước khi chọc DNT đôi khi gây khó khăn cho chẩn đoán vì những thay đổi ở dịch não tủy có thể không còn điển hình.

Triệu chứng lâm sàng viêm màng não mủ khi nhập viện. Về các biểu hiện lâm sàng của VMNM, các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là: sốt (97.1%), trong đó sốt từ 38.5⁰C trở lên chiếm 83.3%, đau đầu (58%), nôn (39.1%). Ba dấu hiệu thực thể hay gặp: gáy cứng (42%), Kernig (24.6%), thóp phồng (20.3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với kết quả nghiên cứu của Franco-Paredes và cộng sự cho thấy sốt chiếm 92.2%, nôn (55.5%), cứng gáy (59.1%), vạch màng não (37.6%) (Franco-Paredes et al., 2008).

Triệu chứng cận lâm sàng viêm màng não mủ. Xét nghiệm DNT là xét nghiệm quan trọng nhất để chẩn đoán xác định viêm màng não nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân có bạch cầu (BC) trong DNT ≤ 1000 tế bào/mm³ chiếm 75.4%. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong DNT tăng cao, trung bình là $69.93 \pm 13.28\%$. Nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh và cộng sự cho thấy có 50.98% bệnh nhân nghiên cứu có số lượng tế bào trong dịch não tủy tăng rất cao trên 1000 tế bào/mm³, có 25.49% bệnh nhân có số lượng BC từ 500 – 1000 tế bào/mm³, bệnh nhân có số lượng BC trong DNT dưới 500 chỉ chiếm 23.53% (Anh & Quỳnh, 2011).

Qua nuôi cấy định danh VK trong dịch não tủy chúng tôi nhận thấy chỉ có 13/69

trường hợp mọc vi khuẩn chiếm 18,8%. Kết quả này có điểm tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nhân trong 70 trường hợp soi và nuôi cấy có kết quả dương tính trong nhóm trẻ đã điều trị kháng sinh chiếm 19.2% (Trần Thị Thanh Nhân & Phạm Nhật An, 2011). Phế cầu và tụ cầu vàng có tỷ lệ cao nhất, ngoài ra còn tìm thấy trong DNT E. coli và trực khuẩn mủ xanh. Điều này có sự khác biệt so với các kết quả nghiên cứu của Jayaraman nghiên cứu tại các bệnh viện tại Ấn Độ thì tỷ lệ phế cầu chiếm 82.9%, H. influenzae type b chiếm 14.4% và N. meningitidis chiếm 2,7% (Jayaraman Y et al., 2018). Điều này cho thấy việc sử dụng vaccin não mô cầu và Hib đã góp phần giảm tỷ lệ VMNM do não mô cầu và H. influenzae.

Chúng tôi nhận thấy đa số các ca bệnh có số lượng BC trong máu ngoại vi tăng trên 10 G/L (chiếm 75.4%). Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong máu ngoại vi tăng trong 79.7% trường hợp. Kết quả trên cũng tương tự với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh cho thấy số lượng BC trong máu ngoại vi tăng từ 11 đến 18 G/l chiếm đa số (68.63%) (Anh & Quỳnh, 2011).

Nhận xét kết quả điều trị viêm màng não mủ. Thuốc kháng sinh được sử dụng chủ yếu để điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn là nhóm cephalosporin thế hệ 3 (chiếm 91.4%). Từ kết quả điều trị của các loại kháng sinh thường dùng cho thấy sử dụng Cefoperazone hay kết hợp Ceftriaxone với Amikacin và/ hoặc Meropenem cho hiệu quả điều trị tốt với bệnh nhân viêm màng não nhiễm khuẩn. Ngoài việc sử dụng kháng sinh còn có các thuốc điều trị hỗ trợ và chăm sóc quan trọng như: corticoid, manitol và an thần. Hầu hết các bệnh nhân viêm màng não nhiễm khuẩn đều được điều trị hỗ trợ bằng

các thuốc corticoid (65/69 trường hợp) chiếm 98.5%. Theo nghiên cứu của Brouwer và cộng sự (2015): corticosteroid giảm đáng kể mất thính lực và di chứng thần kinh, nhưng không làm giảm tỷ lệ tử vong chung (Brouwer MC et al., 2015).

Tỷ lệ bệnh nhân mắc VMNM được điều trị khỏi là 48/69 trường hợp (69.6%), bệnh nặng chuyển tuyến trên là 16/69 trường hợp (23.2%), di chứng có 5/69 trường hợp (7.2%) và không có trường hợp nào tử vong tại viện. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hương: tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn không di chứng là 21/32 (65.63%), di chứng 3/32 (9.38%), chuyển tuyến trên 6/32 (18.75%), và nặng xin về là 2/32 (6.25%) (P. Hương, 2020).

V. KẾT LUẬN

VMNM gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ, ở nông thôn nhiều hơn thành thị. Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, có thể gặp rải rác trong năm nhưng tập trung nhiều ở các tháng mùa hè (tháng 5, tháng 6). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: sốt, nôn, quấy khóc, thóp phồng và hội chứng màng não. Màu sắc DNT hay gặp nhất là màu ám khói. Đa số các ca bệnh có tăng protein, bạch cầu DNT và giảm glucose DNT. Cây DNT mọc vi khuẩn chủ yếu là phế cầu và tụ cầu vàng. Xét nghiệm máu ngoại vi thấy lượng BC tăng cao, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Kháng sinh được sử dụng chủ yếu để điều trị là nhóm Cephalosporin thế hệ 3. Sử dụng Cefoperazone hay kết hợp Ceftriaxone với Amikacin và/hoặc Meropenem cho hiệu quả điều trị tốt với VMNM. Tỷ lệ VMNM được điều trị khỏi hoàn toàn là 69.9%, chuyển tuyến trên là 23.3%, di chứng là 7.2% và không phát hiện trường hợp nào tử vong tại viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh, Đ. T., & Quỳnh, N. H. (2011). Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm màng não mủ tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang 2003 - 2008. Tạp chí Y học dự phòng, 756, 131-147.
2. Hương, N. T. T., Tùng, T. M., Yên, N. T. T., Khang, P. V., & Thái, P. Q. (2015). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng viêm não - màng não tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011 - 2014. Tạp chí Y học dự phòng, Vol XXV(8), 168.
3. Hương, P. (2020). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm màng não mủ ở trẻ em sơ sinh Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. doi: 10.25073/jprp.v0i1.142
4. Trần Thị Thanh Nhân, & Phạm Nhật An. (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh VMNNK ở trẻ em trên một tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương Luận văn thạc sĩ y học: Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Agrawal, S., & Nadel, S. (2011). Acute bacterial meningitis in infants and children: epidemiology and management. Paediatr Drugs, 13(6), 385-400. doi: 10.2165/11593340-000000000-00000
6. Brouwer MC, McIntyre, Prasad K, & van de Beek D. (2015). Corticosteroids for acute bacterial meningitis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26362566>.
7. Franco-Paredes, C., Lammoglia, L., Hernández, I., & Santos-Preciado, J. I. (2008). Epidemiology and outcomes of bacterial meningitis in Mexican children: 10-year experience (1993-2003). Int J Infect Dis, 12(4), 380-386. doi: 10.1016/j.ijid.2007.09.012
8. Jayaraman Y, Veeraraghavan B, Chethrapilly Purushothaman GK, Sukumar B, Kangusamy B, Nair Kapoor A, & et al, P. O. e. h. d. o. j. p. (2018). Burden of bacterial meningitis in India: Preliminary data from a hospital based sentinel surveillance network.: PLoS ONE 13 (5): e0197198. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197198>.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG 2014 - 2018

Đinh Văn Thức^{1,2}, Đinh Dương Tùng Anh^{1,3}, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhiễm khuẩn huyết là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em trên toàn thế giới. Căn nguyên của nhiễm khuẩn huyết mắc phải tại cộng đồng ở thành phố Hải Phòng chưa được xác định rõ.

Đối tượng và phương pháp: Trẻ em dưới 15 tuổi đến khám tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng trong các năm 2014 - 2018 được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và được cấy máu. Các sinh vật được phân lập bằng cách sử dụng các kỹ thuật nuôi cấy tiêu chuẩn, sau đó kháng sinh đồ được thực hiện trong các trường hợp nuôi cấy máu dương tính.

Kết quả: Chúng tôi tiến hành khảo sát 144 trường hợp nhiễm khuẩn huyết. Những vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp nhất lần lượt là *S. aureus* (34.7%), *P. aeruginosa* (20.1%), *S. epidermidis* (14.5%) và *Klebsiella* spp. (6.9%). *S. aureus* còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin, gentamycin, vancomycin và meropenem, giảm nhạy cảm với các cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3, và đã kháng với chloramphenicol và oxacilin. *P. aeruginosa* còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin, gentamycin, chloramphenicol và ciprofloxacin,

giảm nhạy cảm với các cephalosporins và kháng với oxacilin. Tỷ lệ khỏi bệnh ở nhóm vi khuẩn gram dương (77.32%) cao hơn với nhóm vi khuẩn gram âm (63.83%). Thời gian điều trị nội trú trung bình của NKH ở trẻ em là 9.59 ± 6.09 ngày. Tỷ lệ tử vong do NKH còn khá cao (11.11%).

Kết luận: Nghiên cứu trên trẻ em thành phố Hải Phòng đã chứng minh một loạt các mầm bệnh Gram dương và Gram âm chịu trách nhiệm về nhiễm khuẩn huyết mắc phải trong cộng đồng và mức độ kháng thuốc kháng sinh đáng kể. Tỷ lệ tử vong do NKH còn ở mức khá cao, đòi hỏi sự cải thiện hơn nữa trong công tác chẩn đoán và điều trị bệnh.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, trẻ em, *S. aureus*, *P. aeruginosa*

SUMMARY

ETIOLOGY AND TREATMENT OUTCOME OF SEPSIS IN CHILDREN AT HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2014 - 2018

Objectifs: Sepsis is one of the leading causes of death in children worldwide. The cause of pediatric sepsis acquired in the community in Hai Phong city is not clear. **Materials and methods:** Children under 15 years old who were hospitalized at the Hai Phong Children's Hospital during 2014 – 2018, diagnosed with sepsis and had a blood culture. The organisms were isolated using standard culture techniques, and then antibiogram was performed in positive blood cultures.

¹Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược Hải Phòng

²Khoa Hồi sức – Cấp cứu, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Khoa Hô hấp, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021

Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Results: We surveyed 144 cases of sepsis. The most common bacteria causing sepsis were: *S. aureus* (34.7%), *P. aeruginosa* (20.1%), *S. epidermidis* (14.5%) and *Klebsiella* spp. (6.9%). *S. aureus* is also susceptible to amikacin, gentamycin, vancomycin and meropenem antibiotics, decreased susceptibility to second or third generation cephalosporins, and was resistant to chloramphenicol and oxacillin. *P. aeruginosa* is also susceptible to antibiotics amikacin, gentamycin, chloramphenicol and ciprofloxacin, decreased susceptibility to cephalosporins and resistant to oxacillin. The cured rate was higher in the gram-positive group (77.32%) than in the gram-negative group (63.83%). The average time of inpatient treatment for sepsis in children was 9.59 ± 6.09 days. The rate of death due to sepsis remained still quite high (11.11%).

Conclusion: This study on Hai Phong city's children demonstrated that a wide range of Gram-positive and Gram-negative pathogens are responsible for sepsis acquired in the community and significant antibiotic resistance levels. The mortality rate due to sepsis is still quite high, requiring further improvement in diagnosis and treatment of the disease.

Keywords: sepsis, children, *S. aureus*, *P. aeruginosa*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là sự có mặt của vi khuẩn sống trong máu được xác minh bởi cấy máu dương tính, có thể kèm triệu chứng hoặc không có triệu chứng (gọi là vãng khuẩn huyết), với biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất là sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ mắc NKH được báo cáo cao hơn ở trẻ nhỏ tuổi, phần nào phản ánh tình trạng chưa trưởng thành của hệ miễn dịch ở trẻ nhỏ cũng như mức độ tiếp xúc nhiều hơn với

bệnh nguyên ở lứa tuổi này. Martin và cộng sự đã nhận thấy tỷ lệ mắc NKH cao nhất ở trẻ thuộc nhóm tuổi 1 – 11 tháng (156/100.000 dân) so với nhóm tuổi 5 – 9 tuổi (22/100.000 dân) và 10 – 14 tuổi (20/100.000 dân) (Martin, Sadarangani, Pollard, & Goldacre, 2014). Trong những năm gần đây, mặc dù có sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật, đến nay NKH vẫn là một trong các nguyên nhân thường gặp nhất khiến bệnh nhân nhập viện và là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở các khoa hồi sức cấp cứu. Để rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị NKH ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 5 năm 2014-2018.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết ở các bệnh nhân được nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: tất cả những bệnh án của các bệnh nhi được chẩn đoán là NKH tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng với đủ các tiêu chuẩn sau: tuổi: 0-15 tuổi; có triệu chứng toàn thân: nhiệt độ $> 37.8^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 35.5^{\circ}\text{C}$, môi khô, lưỡi bẩn, rét run, rối loạn ý thức, có ổ nhiễm khuẩn; có kết quả cấy máu mọc vi khuẩn (ít nhất 1 lần), được làm kháng sinh đồ theo phương pháp khoan giấy khuếch tán Kirby – Bauer. Có tất cả 144 trường hợp được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ ngày 01/01/2014

đến ngày 31/12/2018. Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Y đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết

Chúng tôi tiến hành khảo sát 144 trường hợp nhiễm khuẩn huyết. Những vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp nhất lần lượt là *S. aureus* (34.7%), *P. aeruginosa* (20.1%), *S. epidermidis* (14.5%) và *Klebsiella* spp. (6.9%) (bảng 1).

Bảng 1: Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết

Vi khuẩn	n	%
<i>S. aureus</i>	50	34.7
<i>P. aeruginosa</i>	29	20.1
<i>S. epidermidis</i>	21	14.5
<i>Klebsiella</i> spp.	10	6.9
<i>E. coli</i>	7	4.9
<i>S. saprophyticus</i>	7	4.9
<i>S. viridans</i>	7	4.9
<i>S. pneumoniae</i>	5	3.5
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4	2.8
<i>E. faecalis</i>	2	1.4
<i>H. influenzae</i>	1	0.7
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0.7

Khảo sát độ nhạy cảm kháng sinh trên in vitro của một số loại vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em, chúng tôi nhận thấy một tỉ lệ lớn của cả 3 loại vi khuẩn thường gặp nhất gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em (*S. aureus*, *P. aeruginosa* và *S. epidermidis*) còn có độ nhạy cảm với các loại kháng sinh vancomycin, meropenem và aminoglycosid (amikacin, gentamycin) (bảng 2). Cả ba loại vi khuẩn kể trên đều chỉ có tỷ lệ ở mức trung bình còn nhạy cảm với các kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin thế hệ 2 (cefuroxim) hoặc thế hệ 3 (cefotaxim, ceftriaxone). Một tỷ lệ lớn các trường hợp *S.*

aureus và *P. aeruginosa* cũng còn nhạy cảm đối với ciprofloxacin. Tất cả các trường hợp *S. epidermidis* được làm kháng sinh đồ với ciprofloxacin đều không còn nhạy cảm với loại kháng sinh này (bảng 2). *K. pneumoniae* chỉ còn cho thấy nhạy cảm với một tỷ lệ cao đối với một số ít loại kháng sinh thường dùng như meropenem, ciprofloxacin và chloramphenicol. *Klebsiella* spp. đã hoàn toàn kháng vancomycin và oxacilin trên in vitro, trong khi chỉ còn một tỷ lệ thấp các trường hợp *Klebsiella* spp. còn nhạy cảm với amoxicillin, aminoglycosid hoặc các cephalosporin (bảng 2).

Bảng 2: Độ nhạy cảm kháng sinh trên in vitro của một số loại vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn huyết

Vi khuẩn Kháng sinh	S. aureus	P. aeruginosa	S. epidermidis	Klebsiella spp.
Amoxicillin	76%	51.7%	76.2%	20%
Amikacin	86%	86.2%	90.5%	20%
Gentamycin	74%	100%	76.2%	20%
Chloramphenicol	48%	62.1%	52.4%	70%
Cefotaxim	64%	58.6%	76.2%	40%
Cefuroxim	60%	51.7%	71.4%	20%
Ceftriaxone	48%	44.8%	57.1%	20%
Oxacilin	50%	24.1%	57.1%	0%
Ciprofloxacin	86%	86.2%	0%	80%
Vancomycin	94%	82.8%	100%	0%
Meropenem	72%	81.8%	81%	80%

3.2. Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian điều trị nội trú kéo dài từ 7 ngày đến 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (63.19%). Thời gian điều trị từ 2 ngày đến dưới 7 ngày chiếm 29.87% tổng số ca bệnh. Khi so sánh thời gian điều trị nội trú các trường hợp

nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram dương và Gram âm, chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt rõ nét (unpaired t-test, $p > 0.05$) (Bảng 3). Có 3.47% số ca bệnh nhiễm khuẩn huyết được điều trị nội trú kéo dài trên 1 tháng. Thời gian điều trị trung bình của NKH là 9.59 ± 6.09 ngày.

Bảng 3: Thời gian điều trị nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện

Thời gian điều trị nội trú	Gram dương n = 97		Gram âm n = 47		Chung n = 144	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 48h	3	3.09%	2	4.26%	5	3.47%
2 ngày – dưới 7 ngày	32	32.99%	11	23.4%	43	29.87%
7 ngày – 1 tháng	61	62.89%	30	63.83%	91	63.19%
Trên 1 tháng	1	1.03%	4	8.51%	5	3.47%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị khỏi nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em đạt 105/144 trường hợp (72.92% tổng số ca bệnh), tỷ lệ bệnh nặng được chuyển tuyến đến Bệnh viện Nhi Trung Ương (Hà Nội) chiếm 15.97% và có 16 ca tử vong (11.11%) (bảng 4). Tỷ lệ điều trị khỏi nhiễm khuẩn

huyết do nhóm vi khuẩn Gram dương cao hơn nhóm vi khuẩn Gram âm ($p > 0.05$, unpaired t-test). Tỷ lệ điều trị khỏi ở nhóm dưới 1 tháng tuổi cao hơn so với nhóm trên 1 tháng tuổi một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0.043$, unpaired t-test).

Bảng 4: Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết theo nhóm tuổi và loại vi khuẩn gây bệnh

Kết quả điều trị		Khỏi n (%)	Chuyển tuyến n (%)	Tử vong n (%)
Loại vi khuẩn gây bệnh	Vi khuẩn Gram âm (n = 47)	30 (63.83%)	10 (21.23%)	7 (14.89%)
	Vi khuẩn Gram dương (n = 97)	75 (77.32%)	13 (13.40%)	9 (9.28%)
Lứa tuổi	Dưới 1 tháng (n = 105)	84 (80%)	11 (10.48%)	10 (9.52%)
	Trên 1 tháng (n = 39)	21 (53.85%)	12 (30.77%)	6 (15.38%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong số các vi khuẩn là căn nguyên gây NKH ở trẻ em, nhóm vi khuẩn Gram dương (bao gồm: *S. saprophyticus*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *E. faecalis*) chiếm 67.4%, nhóm vi khuẩn Gram âm (gồm có: *Klebsiella* spp., *E. coli*, *Acinetobacter baumannii*, *H. influenzae*, *Enterobacter cloacae*) chiếm 32.6%. Các vi khuẩn *P. aeruginosa* và *S. aureus* là 2 căn nguyên gây bệnh chủ yếu, với đường vào phổ biến nhất là qua đường hô hấp và qua da. Kết quả này có điểm tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Vân Nga tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương (Nga, 2016). Một nghiên cứu đa trung tâm tiến hành gần đây trên các trẻ dưới 2 tháng tuổi ở các nước Bangladesh, Bolivia, Ghana, Ấn Độ, Pakistan và Nam Phi cho thấy một số điểm tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: *S. aureus* là căn nguyên hàng đầu gây NKH (chiếm 43.4%); tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn Gram âm gây NKH chiếm 46.9%, trong đó thường gặp nhất cũng là *Acinetobacter* spp., *E. coli* và *Klebsiella* spp. (Hamer et al., 2015). Vũ Quốc Đạt và cộng

sự nghiên cứu về căn nguyên gây NKH tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương năm 2017 cho thấy các vi khuẩn thường gặp nhất là *Klebsiella* spp. (17.5%), *Escherichia coli* (17.3%) và *Staphylococcus aureus* (14.9%) (Dat et al., 2017). Trên thực tế, căn nguyên gây NKH thay đổi tùy thuộc lứa tuổi, vị trí địa lý, tình trạng môi trường sinh thái và các bệnh đồng nhiễm.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong 12 vi khuẩn phát hiện là căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết đều đã xuất hiện các chủng kháng với các loại kháng sinh thường dùng. Có đến 142/144 (98.6%) trường hợp kết quả kháng sinh đồ thể hiện tính đa kháng của vi khuẩn gây NKH trên in vitro. Trong nghiên cứu của chúng tôi, *S. aureus* là tác nhân hay gặp nhất gây NKH và còn nhạy cảm với (amikacin, gentamycin, vancomycin, meropenem), ít nhạy cảm với các cephalosporin (thế hệ 2 và thế hệ 3) và đã kháng với chloramphenicol, oxacillin. *P. aeruginosa* là tác nhân hay gặp đứng thứ hai gây NKH ở trẻ em và còn nhạy cảm với amikacin, gentamycin, meropenem, chloramphenicol và ciprofloxacin. Loại vi khuẩn này cũng cho thấy đã kháng với oxacilin trên in vitro. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ali A. El

Solh cho thấy kháng sinh nhóm carbapenems và fluoroquinolones cho hiệu quả điều trị tốt nhất đối với nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa* (El Solh & Alhajhusain, 2009). *S. epidermidis* đã hoàn toàn kháng ciprofloxacin trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng tương đồng với kết quả của một nghiên cứu kinh điển của Burnie JP. và cộng sự cho thấy có đến 81% *S. epidermidis* đã kháng ciprofloxacin và sự đề kháng này xảy ra một cách nhanh chóng, một phần do sự có mặt ở hàm lượng thấp của ciprofloxacin trong mồ hôi trên da của bệnh nhân (Burnie & Loudon, 1997). Một tỷ lệ lớn các trường hợp *Klebsiella* spp. kháng với các kháng sinh thông thường (amoxicillin, amikacin, gentamycin và oxacillin) và cả các cephalosporin thế hệ 2 và 3. Một nghiên cứu gần đây của Lin WP ở Đài Loan cũng cho nhận định tương tự: tỷ lệ lớn *Klebsiella* spp. kháng với các kháng sinh nhóm cephalosporin do mang gene kháng thuốc AmpC β -lactamase (Lin et al., 2016).

4.2. Kết quả điều trị

Nhìn chung, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian điều trị nội trú kéo dài từ 7 ngày đến 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (63.19%). Thời gian điều trị từ 2 ngày đến dưới 7 ngày chiếm 29.87% tổng số ca bệnh. Có 3.47% số ca bệnh nhiễm khuẩn huyết được điều trị nội trú kéo dài trên 1 tháng. Thời gian điều trị NKH trung bình trong nghiên cứu này là 9.59 ± 6.09 ngày. Kết quả này có nét tương đồng với một nghiên cứu tại Canada cho thấy thời gian điều trị NKH nội trú trung bình là 8 ngày (IQR 4–16) (Laupland et al., 2013).

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NKH điều trị khỏi chiếm 72.9%, chuyển tuyến trên (15.97%) và tử vong (11.11%). Tỷ lệ tử vong lên đến 11% phản ánh những thách thức rất lớn còn tồn tại trong điều trị NKH ở trẻ em

dù cho đã có nhiều sự cải thiện trong công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Laupland KB. và cộng sự tại Canada cho thấy tỷ lệ tử vong của NKH điều trị nội trú là 13% (Laupland et al., 2013). Một nghiên cứu khác tiến hành tại Mozambique – một quốc gia châu Phi còn kém phát triển, cho thấy tỷ lệ tử vong do NKH ở trẻ em điều trị nội trú rất cao, lên đến 21% (Sigaúque et al., 2009). Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong của NKH giữa hai nhóm vi khuẩn Gram âm và Gram dương.

V. KẾT LUẬN

Tình hình nhạy cảm với kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp trên kháng đồ:

- *S. aureus*: là tác nhân hay gặp nhất gây NKH, luôn được quan tâm đặc biệt ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, *S. aureus* còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin, gentamycin, vancomycin và meropenem, giảm nhạy cảm với các cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3, và đã kháng với chloramphenicol và oxacilin.

- *P. aeruginosa*: là tác nhân hay gặp đứng thứ hai gây NKH ở trẻ em và còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin, gentamycin, chloramphenicol và ciprofloxacin, giảm nhạy cảm với các cephalosporins và kháng với oxacilin.

- *S. epidermidis*: là tác nhân thường gặp thứ ba gây NKH ở trẻ em, còn nhạy với các kháng sinh thông thường: amoxicillin, amikacin, gentamycin, vancomycin, meropenem và cả các cephalosporin thế hệ 2 và 3, giảm nhạy với chloramphenicol, ciprofloxacin và oxacilin.

• *Klebsiella* spp.: kháng với các kháng sinh thông thường amoxicillin, amikacin, gentamycin, oxacilin và cả các cephalosporins thế hệ 2 và 3, còn nhạy cảm với các kháng sinh vancomycin, meropenem và chloramphenicol.

Kết quả điều trị:

• Tỷ lệ khỏi bệnh ở nhóm vi khuẩn gram dương (77.32%) cao hơn với nhóm vi khuẩn gram âm (63.83%).

• Thời gian điều trị nội trú trung bình của NKH ở trẻ em là 9.59 ± 6.09 ngày.

• Tỷ lệ tử vong do NKH là 11.11%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngà, B. H. V. (2016).** Nghiên cứu đặc điểm các tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương năm 2015. Tạp chí Y học Việt Nam, 446, 289-296.
2. **Burnie, J. P., & Loudon, K. W. (1997).** Ciprofloxacin-resistant *Staphylococcus epidermidis* and hands. *Lancet*, 349(9052), 649. doi: 10.1016/s0140-6736(05)61593-0
3. **Dat, V. Q., Vu, H. N., Nguyen The, H., Nguyen, H. T., Hoang, L. B., Vu Tien Viet, D., . . . Wertheim, H. F. L. (2017).** Bacterial bloodstream infections in a tertiary infectious diseases hospital in Northern Vietnam: aetiology, drug resistance, and treatment outcome. *BMC Infect Dis*, 17(1), 493. doi: 10.1186/s12879-017-2582-7
4. **El Solh, A. A., & Alhajhusain, A. (2009).** Update on the treatment of *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia. *J Antimicrob Chemother*, 64(2), 229-238. doi: 10.1093/jac/dkp201
5. **Laupland, K. B., Kibsey, P. C., Gregson, D. B., & Galbraith, J. C. (2013).** Population-based laboratory assessment of the burden of community-onset bloodstream infection in Victoria, Canada. *Epidemiol Infect*, 141(1), 174-180. doi: 10.1017/s0950268812000428
6. **Lin, W. P., Wang, J. T., Chang, S. C., Chang, F. Y., Fung, C. P., Chuang, Y. C., . . . Lauderdale, T. L. (2016).** The Antimicrobial Susceptibility of *Klebsiella pneumoniae* from Community Settings in Taiwan, a Trend Analysis. *Sci Rep*, 6, 36280. doi: 10.1038/srep36280
7. **Martin, N. G., Sadarangani, M., Pollard, A. J., & Goldacre, M. J. (2014).** Hospital admission rates for meningitis and septicaemia caused by *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, and *Streptococcus pneumoniae* in children in England over five decades: a population-based observational study. *Lancet Infect Dis*, 14(5), 397-405. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70027-1
8. **Pai, S., Enoch, D. A., & Aliyu, S. H. (2015).** Bacteremia in children: epidemiology, clinical diagnosis and antibiotic treatment. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 13(9), 1073-1088. doi: 10.1586/14787210.2015.1063418

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN KÍCH THƯỚC 4 RĂNG CỬA VÀ CUNG RĂNG Ở NHÓM SINH VIÊN CÓ KHUÔN MẶT HÀI HÒA THEO PHÂN TÍCH BURSTONE TẠI BỆNH VIỆN ĐH Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Phương Anh¹, Nguyễn Hữu Linh¹, Nguyễn Đăng Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tương quan giữa kích thước gần-xa 4 răng cửa với độ rộng, độ sâu cung răng ở nhóm người có khuôn mặt hài hòa theo phân tích Burstone.

Đối tượng: 35 bộ răng vĩnh viễn của 35 sinh viên có khuôn mặt hài hòa theo phân tích Burstone được lựa chọn trong tất cả các sinh viên 18 tuổi của khoa RHM trường ĐH Y Dược Hải Phòng.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Kết quả và kết luận: Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ rộng cung răng tại vị trí R6 trên là: $y=38,26+0,53x$. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ sâu cung răng tại vị trí R6 trên là: $y=11,33+0,54x$. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ rộng cung răng tại vị trí R6 dưới là: $y=36,43+0,43x$. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ sâu cung răng tại vị trí R6 dưới là: $y=7,99+0,65x$.

Từ khóa: Răng cửa, cung răng trên, cung răng dưới

SUMMARY

INVESTIGATION OF SIZE CORRELATION OF 4 INCISORS AND THE WIDTH AND LENGTH OF THE JAW AMONG COLLEGMEN WITH HARMONIOUS FACES ACCREDITED BY BURSTONE ANALYSIS AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY, 2020

Purpose: This study aims to identify the possible relationship between the sizes of the anterior teeth and the width and length of the jaw of people with neutral faces according to Burstone analysis.

Subject: 35 sets of teeth of 35 students of Odonto-stomatology department of Hai Phong Medical University who are 18 years-old and have harmonious faces accredited by Burstone analysis.

Study's design: Cross-sectional study.

Results and conclusions: The equation indicates the size correlation of 4 incisors and the width and the length of the maxillary measured at the first molar positions are $y=38,26+0,53x$ and $y=11,33+0,54x$ respectively. The equation indicates the size correlation of 4 incisors and the width and the length of the mandible measured at the first molar positions are $y=36,43+0,43x$ and $y=7,99+0,65x$ respectively.

Keyword: incisors, upper arch, lower arch

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất cân xứng kích thước giữa răng và cung hàm là nguyên nhân chính gây nên các vấn đề chen chúc, lệch lạc cho bộ răng vĩnh viễn. Tiên lượng được sự thiếu khoảng mọc

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Anh

Email: ntpanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021

răng ngay từ giai đoạn sớm sẽ giúp quá trình can thiệp được áp dụng ngay từ sớm, lúc đó sẽ đạt được hiệu quả điều trị với mục tiêu là một khớp cắn cân đối ổn định và một gương mặt hài hoà. Do đó, đề tài này được thực hiện nhằm mục đích sau: *Xác định kích thước gần xa trung bình của 4 răng cửa trên và dưới và tỉ lệ tổng kích thước gần xa 4 răng cửa dưới so với 4 răng cửa trên ở người có khuôn mặt hài hòa theo phân tích Burstone.*

Nhận xét mối tương quan giữa kích thước nhóm răng cửa với độ rộng, độ sâu của cung răng hai hàm đo ở răng số 6 trên đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bộ răng vĩnh viễn đầy đủ (28 răng không kể răng 8), hình thể răng còn nguyên vẹn của nhóm sinh viên đã được kết luận có phần mềm khuôn mặt nhìn nghiêng loại trung bình theo phân tích mô mềm của Burstone.

- Không mắc các bệnh ảnh hưởng đến sự phát triển của cung răng như bệnh suy tuyến giáp, viêm VA, khô u hàm mặt.

- Có độ khấp khểnh không quá 1mm ở mỗi cung răng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có tiền sử chấn thương hoặc dị tật cùng hàm mặt.

- Bất thường về số lượng răng (thừa hoặc thiếu răng).

- Đã từng chỉnh hình răng mặt.

- Sâu răng loại II hoặc III.

- Không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

2.3. Thời gian nghiên cứu: 01/2020 đến 05/2020

2.4. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả mẫu hàm của các sinh viên có khuôn mặt nhìn nghiêng hài hòa theo phân tích Boston trong số 142 sinh viên K5 và K6 RHM đại học Y được Hải phòng, đồng thời thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn mẫu hàm. Tổng cộng có 35 mẫu.

2.6. Phân tích số liệu: Các số liệu được thu thập theo phương pháp thống kê y học, Excel, SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kích thước gần xa các răng

Bảng 3.1.1 Kích thước gần xa các răng cửa ở nam và nữ

Răng	Giới	Hàm trên			Hàm dưới		
		X±SD	Min	Max	X±SD	Min	Max
R1	Nam	7,84±0,61	6,83	8,71	4,96±0,41	4,35	5,89
	Nữ	7,8±0,56	6,88	8,86	4,77±0,53	4,02	6,03
	2 giới	7,82±0,58	6,83	8,86	4,86±0,48	4,02	6,03
R2	Nam	6,24±0,72	4,94	7,45	5,5±0,48	4,49	6,48
	Nữ	6,18±0,64	4,79	7,35	5,53±0,43	4,55	6,46
	2 giới	6,21±0,67	4,79	7,45	5,52±0,45	4,49	6,48

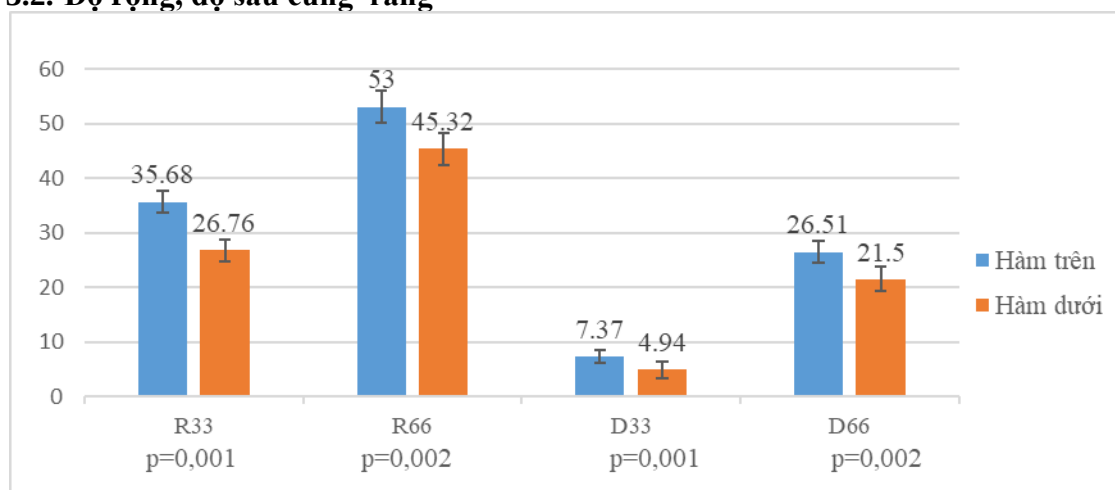
Nhận xét: Kích thước gần xa trung bình các răng cửa giữa hàm trên nhỏ hơn 9mm, hàm dưới nhỏ hơn 6,03 mm. Răng cửa bên hàm trên trung bình ở cả 2 giới đều nhỏ hơn 7,5mm, hàm dưới nhỏ hơn 6,5mm. Các số đo này của Nam có xu hướng cao hơn của Nữ. Răng cửa bên hàm trên là răng có kích thước thay đổi nhiều nhất (Độ biến thiên là 2,66mm).

Bảng 3.1.2 Tỷ lệ kích thước gần xa 4 răng cửa ở nam và nữ

	Nam	Nữ	Cả 2 giới
	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Tỷ lệ 4 răng cửa dưới/ 4 răng cửa trên	0,75 ± 0,04	0,73 ± 0,04	0,74 ± 0,04
	p = 0,420		

Nhận xét: Kích thước gần xa 4 răng cửa dưới nhỏ hơn 75% kích thước gần xa của 4 răng cửa trên. Tỷ lệ này tương đồng ở cả 2 giới (sự khác biệt ở nam và nữ không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$).

3.2. Độ rộng, độ sâu cung răng



Bảng 3.2.1 Độ rộng, độ sâu cung răng hàm trên và hàm dưới

Nhận xét: Kích thước cung răng hàm trên lớn hơn kích thước cung răng hàm dưới tương ứng. Độ rộng, độ sâu cung răng hàm trên cả vùng phía trước và phía sau đều lớn hơn trung bình 10mm so với độ rộng, độ sâu cung răng hàm dưới tương ứng (có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$).

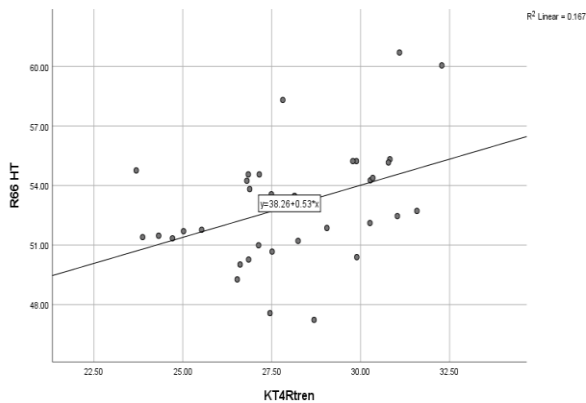
3.3. Tương quan kích thước gần xa nhóm răng cửa với độ sâu và độ rộng cung răng

Bảng 3.3.1 Tương quan kích thước gần xa nhóm răng cửa với độ sâu, độ rộng cung răng đo ở vị trí R6

	Hệ số tương quan không hiệu chỉnh (R)	P
Kích thước gần xa 4 răng cửa trên với R66 hàm trên	0,525	0,015
Kích thước gần xa 4 răng cửa trên với D66 hàm trên	0,541	0,001
Kích thước gần xa 4 răng cửa dưới với R66 dưới	0,428	0,002
Kích thước gần xa 4 răng cửa dưới với D66 dưới	0,651	0,002

Nhận xét: Tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và R66 hàm trên ở mức khá (0,525) và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và D66 hàm trên ở mức khá (0,541) và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.



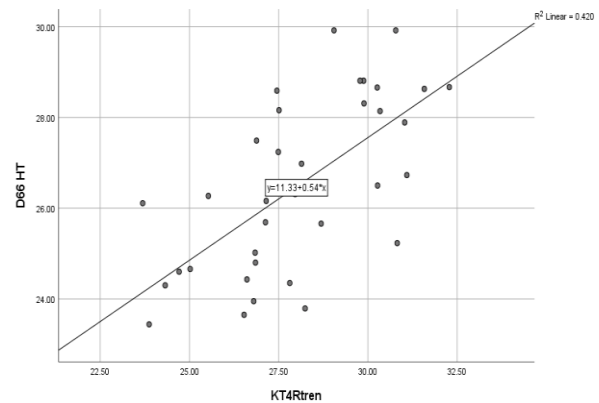
Bảng 3.3.2 Tương quan kích thước gần xa 4 răng cửa trên và R66 hàm trên

Nhận xét: Kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ rộng cung răng tại vị trí R6 trên có mối tương quan ở mức độ khá ($R = 0,525$) và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$. Mối tương quan này theo chiều thuận do hệ số tương quan $R > 0$. Như vậy, cứ tăng 1mm độ rộng cung hàm ở vị trí R6 trên lên 1 mm thì tổng kích thước gần xa 4 răng cửa trên được phép tăng lên 52,5% kích thước ban đầu. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa 2 biến số này là: $y = 38,26 + 0,53x$ (Trong đó, y là độ rộng cung răng đo tại vị trí R6 trên, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).

Tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và R66 hàm dưới ở mức trung bình (0,428) và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

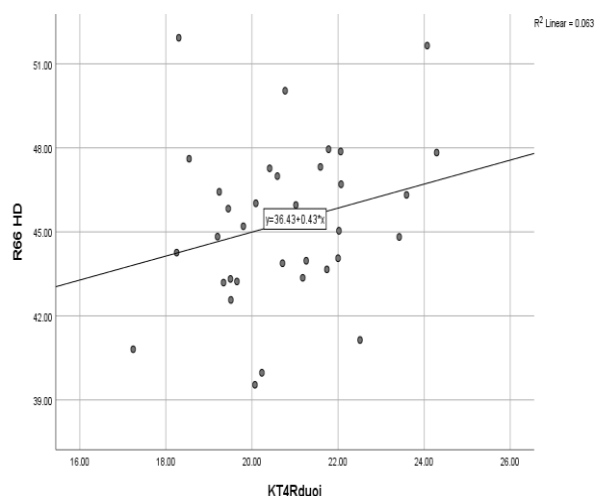
Tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và D66 hàm dưới ở mức khá (0,651) và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Mức độ tương quan ở đây là thuận (hệ số tương quan $R > 0$)



Bảng 3.3.3 Tương quan kích thước gần xa 4 răng cửa trên và D66 hàm trên

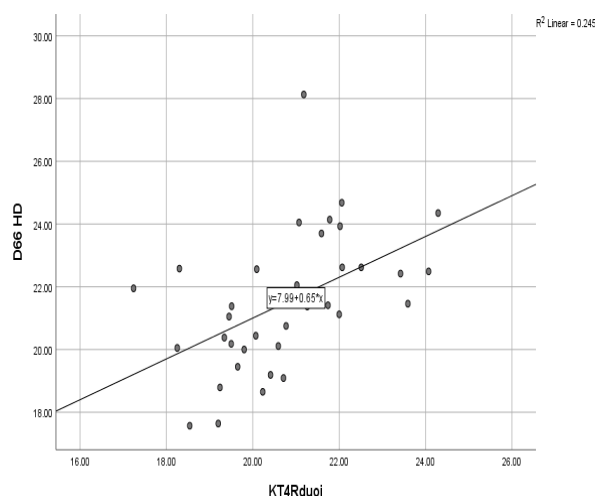
Kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ sâu cung răng tại vị trí R6 trên có mối tương quan ở mức độ khá ($R = 0,541$) và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Mối tương quan này theo chiều thuận do hệ số tương quan $R > 0$. Như vậy, cứ tăng 1mm độ sâu cung hàm ở vị trí R6 trên lên 1 mm thì tổng kích thước gần xa 4 răng cửa trên được phép tăng lên 54,1% kích thước ban đầu. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa 2 biến số này là: $y = 11,33 + 0,54x$ (Trong đó, y là độ sâu cung răng đo tại vị trí R6 trên, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).



Bảng 3.3.4 *Tương quan kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và R66 hàm dưới*

Nhận xét: Kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ rộng cung răng tại vị trí R6 dưới có mối tương quan ở mức độ trung bình ($R=0,428$) và có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Mối tương quan này theo chiều thuận do hệ số tương quan $R>0$. Như vậy, cứ tăng 1mm độ rộng cung hàm ở vị trí R6 dưới lên 1 mm thì tổng kích thước gần xa 4 răng cửa dưới được phép tăng lên 42,8% kích thước ban đầu. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa 2 biến số này là: $y=36,43+0,43x$ (Trong đó, y là độ rộng cung răng đo tại vị trí R6 dưới, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).

Kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ sâu cung răng tại vị trí R6 dưới có mối tương quan ở mức độ khá ($R=0,651$) và có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Mối tương quan này theo chiều thuận do hệ số tương quan $R>0$. Như vậy, cứ tăng 1mm độ sâu cung hàm ở vị trí R6 dưới lên 1 mm thì tổng kích thước gần xa 4 răng cửa dưới được phép tăng lên 65,1% kích thước ban đầu. Phương trình thể hiện mối tương quan giữa 2 biến số này là:



Bảng 3.3.5 *Tương quan kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và D66 hàm dưới*

$y=7,99+0,65x$ (Trong đó, y là độ sâu cung răng đo tại vị trí R6 dưới, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).

V. KẾT LUẬN

- Kích thước gần-xa 4 răng cửa với độ rộng, độ sâu cung răng có mối liên quan chặt chẽ. Mối tương quan này có thể được thể hiện qua các phương trình:

- Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ rộng cung răng tại vị trí R6 trên là: $y=38,26+0,53x$.

- Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ rộng cung răng tại vị trí R6 dưới là: $y=36,43+0,43x$.

(Trong đó, y là độ rộng cung răng đo tại vị trí R6, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).

- Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa trên và độ sâu cung răng tại vị trí R6 trên là: $y=11,33+0,54x$.

- Phương trình thể hiện mối tương quan giữa kích thước gần xa 4 răng cửa dưới và độ sâu cung răng tại vị trí R6 dưới là: $y=7,99+0,65x$.

(Trong đó, y là độ sâu cung răng đo tại vị trí R6 trên, x là kích thước gần xa 4 răng cửa).

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác và có giá trị cao trong việc tiên lượng và điều trị chỉnh nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh (2012)**, “Kích thước cung răng vĩnh viễn hàm dưới ở trẻ 13 tuổi”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 16(2), 34-39.
2. **Hoàng Tử Hùng và Hồ Thị Thùy Trang (1999)**, “Những nét đặc trưng của khuôn mặt hài hòa qua ảnh chụp và phim sọ nghiêng”, Tập 9, Hình thái học, Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, 64-74.
3. **Hoàng Tử Hùng và Huỳnh Kim Khang (1992)**, “Hình thái cung răng trên người Việt”, Tập san hình thái học, 2(2):4-8
4. **Hoàng Tử Hùng (1993)**, “Đặc điểm hình thái nhân học bộ răng người Việt”, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Hoàng Tử Hùng (2003)**, “Giải phẫu răng”, Nhà xuất bản y học, 36, 63-67
6. **Hoàng Tử Hùng (2005)** “Cắn Khớp Học”, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh; 55-66, 104-111.
7. **Lê Đức Lánh (2002)**, “Đặc điểm hình thái đầu mặt và cung răng trẻ em từ 12 đến 15 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh”, Luận án tiến sĩ y học, trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Lê Hữu Hưng (1994)**, “Các đặc điểm mô tả của sọ Việt hiện đại, Hình thái học”, 4(1), 15-17

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN SÙI MÀO GÀ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU BẰNG ACYCLOVIR TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2018-2019

Bùi Thị Hoa¹, Đặng Văn Chức²

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sùi mào gà sinh dục và nhận xét kết quả điều trị tại Khoa Nam học bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 1/2018 đến 12/2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh mào gà sinh dục. Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh và nghiên cứu điều trị lâm sàng so sánh trước sau.

Kết quả và kết luận. Có 75% bệnh nhân tuổi dưới 40 trong số này 68,8% là nam, 56,3% sống ở ngoại thành và địa phương khác. Nghề nghiệp công nhân 37,5%, sau đó là tự do 31,3% và nhân viên 25%. Sùi mào gà là hình thái tổn thương hay gặp nhất 12,5%. Có 68,8% bệnh nhân khỏi, 12,5% không khỏi, 12,5% bỏ cuộc và 6,3% chưa hoàn thành điều trị. Bệnh nhân nữ khỏi bệnh là 80% và bệnh nhân nam khỏi bệnh là 63,6%. Tỷ lệ khỏi bệnh ở nội thành là 57,1% và nơi khác là 77,8%. Bệnh nhân ≤ 30 tuổi khỏi 83,3% và trên 30 tuổi là 66,7%. Có 6 bệnh nhân đã đốt sùi mào gà không khỏi nhưng uống thuốc khỏi chiếm 37,5%. Thời gian điều trị thấp nhất là 15 ngày và dài nhất là 79 ngày. Thời gian điều trị trung bình

là 43,92 ngày. Không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ của thuốc.

Từ khóa: Sùi mào gà, bệnh lây truyền theo đường tình dục

SUMMARY

PATIENT WITH GENITAL WARTS FEATURES AND INITIAL TREATMENT RESULTS BY ACYCLOVIR AT GYNCO- OBSTETRIC HOSPITAL OF HAIPHONG IN 2018 AND 2019

Objectives. The study was done to describe patients with genital warts features and remark initial treatment results by using Acyclovir at Gyneco-Obstetric Hospital of Haiphong in 2018 and 2019. **Subjects and Methods.** Subjects included patients with genital warts and Methods were a case-series report and clinical treatment, before and after treatment comparison. **Results and conclusions.** There were 75% of patients less than 40 years old and among them 68.8% were males and 56.3% lived in the rural area and else. Workers were 37.5%, then free job 31.3% and finally staffs 25%. Genital warts was the most frequently encountered (12.5%). 68.8% of patients recovered, 12.5% did not recover, 12.5% refused to treat, and 6.3% of patients did not finish their treatment.

Female patients recovered in 80% while male patients recovered in 63.6%. The rate of recovered patients in urban area was 57.1% and 77.8% in else. Patients ≤ 30 years old recovered in 83.3% and in patients more than 30 years old

¹Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức
Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021

were 66.7%. There were 6 patients with Laser ablation without effectiveness while they took Acyclovir it worked well in 37.5%.

Shortest treatment time was 15 days and longest one was 79 days. Average treatment time was 43.92 days. We did not find any case with side-effect of Acyclovir.

Keyword. Genital warts, sexually transmitted infection,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sùi mào gà sinh dục (SMGSD) là các nhú mềm, màu đỏ thịt hay màu da bình thường, xuất hiện ở niêm mạc miệng, da, hậu môn - sinh dục do nhiễm HPV (Human Papilloma virus). SMGSD là một trong các bệnh lây truyền qua đường tình dục khá phổ biến ở cả 2 giới nam và nữ. Hiện nay có mối liên hệ giữa sùi mào gà sinh dục và gia tăng nhiễm HIV, đặc biệt một số type HPV có thể gây ung thư cổ tử cung.

Theo Lê Hữu Doanh số ca mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục được báo cáo từ hệ thống bệnh viện công trên cả nước vào khoảng 300.000 trong năm nay. Tuy nhiên ông nhìn nhận thống kê trên chưa chính xác, ước tính con số thực tế có thể lên đến 1-2 triệu ca mắc mới trong tổng số 3 đến 4 triệu bệnh nhân đến khám và điều trị.

Trong các bệnh lây qua đường tình dục được chẩn đoán tại cơ sở y tế công, sùi mào gà chiếm tỷ lệ cao nhất. Độ tuổi mắc cao nhất từ 15 đến 49. Sau mỗi năm, số ca mắc mới tăng khoảng 10%. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này như việc suy giảm ý thức phòng chống bệnh trong cộng đồng, cá nhân lơ là trong quan hệ tình dục với bạn tình mới, sử dụng bao cao su không đúng cách, bao cao su không thể ngăn chặn hoàn toàn các bệnh tình dục. Bên cạnh đó có sự gia tăng các trường hợp quan hệ tình dục

miệng và hậu môn không dùng cao su, một số người bị nhiễm bệnh tình dục tiềm ẩn, khi có bệnh người dân thường đến khám chữa ở các cơ sở không chuyên nên không đạt hiệu quả điều trị triệt để.

Điều trị sùi mào gà cho tới nay gồm các biện pháp dùng thuốc chấm bên ngoài, đốt nitơ lạnh và phẫu thuật cắt bỏ khối sùi. Hiện nay đã có rất nhiều bệnh do vi rút đã được điều trị bằng thuốc kháng vi rút (Acyclovir) có hiệu quả như Herpes, Zona, thủy đậu... Trong khi thực hành tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, chúng tôi đã bước đầu sử dụng Acyclovir để điều trị cho bệnh nhân sùi mào gà và thu được kết quả tốt. Tránh cho bệnh nhân phải đốt hay phẫu thuật. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm bệnh nhân mắc bệnh sùi mào gà tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2018-2019.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị ban đầu bằng Acyclovir cho những bệnh nhân mắc bệnh sùi mào gà tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2018-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu bao gồm toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán là sùi mào gà sinh dục tại khoa Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 1/2018 đến 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các tổn thương da - niêm mạc gồm các dạng:

- + Sẩn nhỏ
- + Sùi “súp lơ”
- + Hạt cơm sừng
- + Mảng / sần phẳng (thường gặp ở cổ tử cung)

- Bệnh nhân tình nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Các tổn thương sẵn/cục ở sinh dục ngoài

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

Nghiên cứu điều trị lâm sàng, đánh giá trước sau.

2.2.2. Cỡ mẫu/chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được đưa vào nghiên cứu.

Chọn mẫu theo phương pháp tiện ích. Thực tế chọn được 16 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, học vấn, thời gian mắc bệnh, chẩn đoán bệnh chính, biện pháp điều trị trước khi vào viện đợt này.

Triệu chứng bệnh, thời gian dùng thuốc, triệu chứng sau khi dùng thuốc, tác dụng phụ của thuốc, kết quả điều trị, điều trị kết hợp khác.

2.2.4. Thu thập thông tin

+ Hỏi, phỏng vấn bệnh nhân

+ Khám thực thể để đánh giá tổn thương

Thông tin của bệnh nhân được thu nhập vào bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế từ trước.

2.2.5. Tiến hành điều trị

- Uống Acyclovir, viên 800 mg, 2 viên/ngày chia 2 lần cho đến khi hết triệu chứng lâm sàng.

- Kem Acyclovir 10 g tại chỗ.

- Thời gian điều trị tối đa ba tháng, nếu thất bại chuyển phương pháp khác [6].

2.2.6. Phân tích số liệu

Dùng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và phân tích số liệu.

+ Tính tỷ lệ % và so sánh tỷ lệ phần trăm bằng chi-square test. Nếu $p < 0,05$ thì sự khác biệt 2 tỷ lệ có ý nghĩa thống kê.

+ So sánh 2 số trung bình bằng student t-test. Có sự khác nhau khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 16 bệnh nhân được chẩn đoán là sùi mào gà sinh dục trong đó nhóm ≤ 30 tuổi có 6 bệnh nhân chiếm 37,5%, nhóm 31-40 có 6 chiếm 37,5% và nhóm trên 40 tuổi chiếm 25,0%. Tuổi trung bình là $35,25 \pm 9,6$ tuổi. Bệnh nhân nam chiếm 68,8%, bệnh nhân ngoại thành và địa phương khác chiếm 61,1%. Bệnh nhân là công nhân chiếm 37,5%, giáo viên 6,3%, nhân viên 25,0% và làm nghề tự do chiếm 31,3%.

Bảng 3.1. Chẩn đoán dạng tổn thương của bệnh nhân trước khi điều trị

Tổn thương	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Nhiều nốt sùi quanh thân dương vật	1	6,3
Nhiều nốt sùi to thành đám quanh dương vật	1	6,3
Nốt 0,3-0,5 cm, tăng sinh môn, màng trinh	1	6,3
Nốt hãm dương vật, rãnh qui đầu 0,3-0,5 cm	1	6,3
Nốt rải rác	1	6,3
Nốt sùi ở miệng sao	1	6,3

Nốt sùi to nhỏ rải rác âm hộ, tầng sinh môn, màng trinh.	1	6,3
Nốt sùi to thành đám 0,5-1 cm quanh dương vật, qui đầu	1	6,3
Sùi da đầu dương vật	1	6,3
Sùi mào gà	2	12,5
Sùi ở miệng sáo và mắt trong niệu đạo	1	6,3
Sùi vùng âm hộ	1	6,3
Sùi vùng tầng sinh môn và màng trinh	1	6,3
Sùi tự do, đám sùi 1x2 cm phần bụng dương vật gần rãnh qui đầu	1	6,3
Vài nốt sùi rải rác	1	6,3
Tổng	16	100,0

Nhận xét. Tổn thương ở nam giới ở thân dương vật và vùng qui đầu còn ở nữ tổn thương âm hộ và màng trinh.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả nghiên cứu

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	11	68,8
Không khỏi	2	12,5
Bỏ cuộc	2	12,5
Chưa hoàn thành điều trị	1	6,3
Tổng	16	100,0

Nhận xét. Bệnh nhân khỏi chiếm 68,8%, có 12,5% bệnh nhân không khỏi và cũng có 12,5% bệnh nhân bỏ cuộc, và có 5,6% bệnh nhân chưa hoàn thành điều trị.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị theo giới

Giới	Khỏi	Không khỏi	Bỏ cuộc	Chưa hoàn thành điều trị	Tổng
Nam(n, %)	7 (63,6)	1 (9,1)	2(18,2)	1 (9,1)	11
Nữ (n, %)	4(80,0)	1(20,0)	0(0,0)	0(0,0)	5
Tổng	11 (68,8)	2(12,5)	2(12,5)	1(6,3)	16

Nhận xét. Tỷ lệ nữ khỏi bệnh là 66,7% cao hơn nam là 58,3%. Tỷ lệ không khỏi, bỏ cuộc ở nam cũng cao hơn ở nữ.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị theo địa dư

Địa dư	Khỏi	Không khỏi	Bỏ cuộc	Chưa hoàn thành điều trị	Tổng
Nội thành (n, %)	4 (57,1)	0 (0,0)	2(28,6)	1 (14,3)	7
Khác (n, %)	7(77,8)	2(22,2)	0(0,0)	0(0,0)	9
Tổng	11 (68,8)	2(12,5)	2(12,5)	1(6,3)	16

Nhận xét. Khởi bệnh gặp ở bệnh nhân từ địa phương khác chiếm tỷ lệ cao 77,8% so với nội thành 57,1%.

Bảng 3.5. Phân bố kết quả điều trị theo nhóm tuổi

Tuổi	Khỏi	Không khỏi	Bỏ cuộc	Chưa hoàn thành điều trị	Tổng
≤ 30 tuổi (n, %)	5(83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	6
31-40 tuổi (n, %)	4(66,7)	0 (0,0)	2(33,3)	0(0,0)	6
> 40 tuổi (n, %)	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	4
Tổng	11 (68,8)	2(12,5)	2(12,5)	1(6,3)	16

Nhận xét. Tỷ lệ khỏi bệnh giảm dần khi tuổi của bệnh nhân tăng lên. Nhóm > 40 tuổi mới có bỏ cuộc, chưa hoàn thành và bắt đầu điều trị.

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo điều trị đốt mào gà trước uống thuốc

Đốt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có đốt	6	37,5
Không đốt	10	62,5
Tổng	16	100,0

Nhận xét. Có 37,5% bệnh nhân được đốt mào gà trước khi chuyển điều trị uống thuốc Acyclovir.

Bảng 3.7. Biến chứng hay tác dụng phụ của thuốc

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng	0	0,0
Không biến chứng	13	100
Tổng	13	100,0

Nhận xét. Có 13/16 bệnh nhân tham gia đến hết liệu trình điều trị đều không cho thấy bất kỳ tác dụng phụ hay biến chứng nào.

Bảng 3.8. Số ngày điều trị trung bình

	n	Ngày thấp nhất	Ngày cao nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Ngày điều trị trung bình	13	15,00	79,00	43,92	18,97

Nhận xét. Số ngày điều trị trung bình là $43,92 \pm 18,97$ ngày, ngày thấp nhất là 15 và cao nhất là 18,97 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 16 trường hợp sùi mào gà tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2018-2019, chúng tôi có một số bàn luận sau đây về:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 75% dưới 40 tuổi, bệnh nhân nam 68,8% và bệnh nhân ở ngoại thành và tỉnh khác đến chiếm 61,1%.

Chúng tôi cho rằng đây là độ tuổi đang làm việc, có thu nhập, và cũng là độ tuổi có quan hệ tình dục ngoài vợ chồng nhiều nên dễ mắc bệnh sùi mào gà (bệnh lây truyền qua đường tình dục). Có thể bệnh nhân ở ngoại thành và tỉnh khác không có năng lực chữa cho bệnh nhân nên vào nội thành đến cơ sở chữa bệnh có uy tín để chữa nên tỷ lệ gặp cao.

Ở Ấn Độ, Khopkar US và CS [8] cho thấy khi nghiên cứu 200 đối tượng 18-60 tuổi tại 6 vùng khác nhau, tỷ lệ bệnh sùi mào gà là 1,07% (0,97-1,17). Bệnh cao nhất ở lứa tuổi 25-29 là 1,42%. Tỷ lệ chẩn đoán mới là 74,07%. Trong số các ca bệnh sùi mào gà, 56,24% tái phát và 43,76% kháng với điều trị.

Ở Canada, khi nghiên cứu sùi mào gà sinh dục ngoài ở đối tượng có nguy cơ cao tại Montréal, thời gian nghiên cứu 2006-2012. Tác giả cho thấy trong số 400 đối tượng có ít nhất 1 lần mắc sùi mào gà tuổi từ 18-45 thì có 194 đối tượng chiếm 48,5% tái lại ít nhất 1 lần. Tỷ lệ bệnh chung là 0,18/100 bệnh nhân/năm [10].

Ở Hàn Quốc, Lee TS và CS [9] tỷ lệ bệnh sùi mào gà chung là 0,7% trong số này thì tỷ lệ ở nữ là 0,6% và ở nam là 1%. Tỷ lệ bệnh cao nhất ở lứa tuổi 18-24 tuổi.

Về nghề nghiệp chúng tôi thấy 37,5% là công nhân, tự do 31,3% và nhân viên 25%. Đây là nghề nghiệp mà người lao động có học vấn thấp nên hay mắc vào quan hệ sinh dục không an toàn nên dễ mắc bệnh.

Bảng 3.1 là tổn thương hình thái bệnh. Sùi mào gà gặp nhiều nhất là 12,5%, các dạng khác kết hợp gặp đều 1 trường hợp chiếm 6,3%.

Jacob L và CS [7] nghiên cứu xác định tỷ lệ và kết quả điều trị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục do các nhà Tiết niệu theo dõi ở Đức trên 347.090 nam giới trong nghiên cứu mô tả cắt ngang năm 2013-2015. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh sùi mào gà miệng – sinh dục là 0,64%. Kết quả cho thấy chỉ có 49,9% những bệnh nhân sùi mào gà này được điều trị.

Nghiên cứu của Aung ET và CS [2] khi nghiên cứu 934 mẫu máu của đối tượng nam giới có nguy cơ, 253 đối tượng chiếm 27,1% dương tính với HPV và trong số đối tượng dương tính này có 82 bệnh nhân chiếm 8,8% đối tượng mắc bệnh sùi mào gà sinh dục ngoài.

Ở Italy, Cocchino S và CS [3] nghiên cứu tỷ lệ sùi mào gà sinh dục ở vùng Veneto cho thấy tỷ lệ bệnh hàng năm là 11,8/100.000 ngàn dân, tỷ lệ ở nam là 8,6/100.000 dân và ở nữ là 14,8/100.000 dân. Về phân bố bệnh mào gà tác giả nhận thấy 53,3% phân bố ở âm hộ, âm đạo, 35,8% ở hậu môn, 8,3% ở dương vật, 2,6% ở dương vật, âm đạo, âm hộ.

Khi nghiên cứu bệnh sùi mào gà sinh dục tại 39 trung tâm sức khỏe sinh dục ở Australia từ 2004-2014, Ali H và CS [1] có 7,3% trong số người sinh ra tại Australia mắc bệnh sùi mào gà sinh dục.

4.2. Kết quả điều trị

Trong số 16 bệnh nhân tham gia điều trị, 11 trường hợp khỏi hẳn, 2 không khỏi, 2 bỏ cuộc và 1 chưa hoàn thành điều trị. Đáng lưu ý là trong số này có 6 trường hợp đã được đốt điện ở nơi khác (từ 1 đến 5 lần) nhưng không cơ kết quả, sau đó đến với chúng tôi và được điều trị khỏi. Chúng tôi không gặp

bất kỳ tác dụng phụ nào do thuốc gây ra, thời gian điều trị trung bình chỉ 43,92 ngày.

Tỷ lệ khỏi ở nữ cao hơn nam (80% so với 63,3%), tỷ lệ khỏi theo địa dư ngoại thành và địa phương khác cao hơn nội thành, tỷ lệ khỏi ở bệnh nhân trẻ ≤ 30 cao hơn bệnh nhân trên 30 tuổi (83,3% so với 66,7%).

Như vậy với kết quả chúng tôi thu được cho thấy hiệu quả điều trị bằng thuốc uống rất cao, không gây khó chịu, ảnh hưởng đến kinh tế, hay khó chịu do tác dụng phụ của thuốc gây ra. Tuy nhiên việc uống thuốc hàng ngày có thể làm cho bệnh nhân quên, nên hiệu quả điều trị còn chưa cao như mong muốn.

Hiện nay ở các nước có kinh tế phát triển, thay bằng điều trị người ta tập trung vào dự phòng bệnh bằng tiêm phòng vaccin chống HPV.

Nghiên cứu của Flagg EW và Torrone EA [4] tại Hoa Kỳ ở độ tuổi 15-39 để tìm hiểu sự thay đổi tỷ lệ bệnh sùi mào gà sinh dục như thế nào trước và sau khi tiêm phòng vaccine chống lại virus HPV. Tác giả nhận thấy tỷ lệ bệnh ở giai đoạn 2008-2014 và ở nữ 15-19 tuổi hàng năm giảm 14,1%, 25-29 tuổi giảm 6,0%. Ở nam 20-25 tuổi giảm 6,5%. Tỷ lệ không thay đổi hay đứng yên ở các nhóm tuổi khác theo giới.

Từ năm 2007-2011, tại Thụy Điển, Herweijer E và CS [5] cho thấy tỷ lệ bệnh sùi mào gà giảm từ 8,5-18,5% ở nữ 15-24 tuổi và ở nam 15-29 tuổi giảm từ 7-16,6% trước và sau khi tiêm phòng vaccine chống HPV.

Trong khi việc dự phòng bằng vaccine của chúng ta còn chưa phát triển thì việc điều trị ca bệnh vẫn còn được quan tâm. Kết quả của

chúng tôi có thể bước đầu cho thấy hiệu quả điều trị bệnh sùi mào gà bằng thuốc Acyclovir. Chúng tôi cần có kết quả ở số lượng bệnh nhân nhiều hơn trước khi có kết luận chính xác hiệu quả điều trị sùi mào gà bằng Acyclovir.

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân

Có 75% bệnh nhân tuổi dưới 40, trong số này 68,8% là nam, 56,3% sống ở ngoại thành và địa phương khác. Bệnh nhân là công nhân chiếm 37,5%, sau đó là nghề tự do 31,3% và nhân viên chiếm 25%. Sùi mào gà là hình thái tổn thương hay gặp nhất 12,5%.

5.2. Kết quả điều trị

Khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao 68,8%, không khỏi chiếm 12,5%, bỏ cuộc 12,5% và chưa hoàn thành điều trị chiếm 6,3%.

Bệnh nhân nữ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (80% so với 63,6%). Tỷ lệ khỏi bệnh ở nội thành là 57,1% và nơi khác là 77,8%. Bệnh nhân ≤ 30 tuổi khỏi 83,3% và trên 30 khỏi là 66,7%. Có 6 bệnh nhân đã đốt sùi mào gà không khỏi nhưng uống thuốc khỏi chiếm 37,5%.

Thời gian điều trị thấp nhất là 15 ngày và cao nhất là 79 ngày. Thời gian điều trị trung bình là 43,92 ngày. Không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali H et al (2017), "Human papilloma virus vaccination and genital warts in young indigenous Australians: national sentinal surveillance data", Med J Aust, 20; 206(5): 204-209.
2. Aung ET et al (2018), "Detection of human papillomavirus in urine among heterosexual

- men in relation to location of genital warts and circumcision status", *Sex Transm Infect*, 94(3):222-225.
3. **Cocchino S et al (2017)**, "Decline in hospitalization for genital warts in the Veneto region after an HPV vaccination program: an observational study", *BMJ Infect Dis*, 5;17(1):249.
 4. **Flagg EW et al (2018)**, "Decline in anogenital warts among age groups most likely to be impacted by human papillomavirus vaccination, United states, 2006-2014", *Am J Public Health*, 108(1):112-119.
 5. **Herweijer E et al (2018)**, "Substantially reduced incidence of genital warts in women and men six years after HPV vaccine availability in Sweden", *Vaccine*, 5(15):1917-1920.
 6. **IFI CLAIMS Patent Services** "Use of Acyclovir for the treatment of condylomatosis".
 7. **Jacob L et al (2018)**, "Prevalence and treatment of sexually transmitted infections in men followed by urologists in Germany-a cross-sectional study with 347.090 men", *Ger Med Sci*, 13;16:doc 03.
 8. **Khopkar US et al (2018)**, "Prevalence and burden related to genital warts in India", *Viral Immunol*, 31(5):346-351.
 9. **Lee TS et al (2017)**, "A cross-sectional study estimating the burden of illness related to genital warts in South Korea", *BMJ Open*, 2;7(6):e014217.
 10. **Thomas R et al (2017)**, "Recurrence of human papillomavirus external genital wart infection among high risk adults in Montréal, Canada", *Sex Transm Dis*, 44(11):700-706.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG NHẹ CÂN VÀ THẤP CÒI Ở TRẺ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 5 TUỔI MẮC VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019

Vũ Sỹ Khăng¹, Đặng Văn Chức¹,
Hoàng Thị Thu Trang², Đặng Việt Linh², Vũ Quang Hưng¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả một số yếu tố liên quan với suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi ở trẻ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/03/2019 – 30/06/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm trẻ mắc viêm phổi các mức độ khác nhau và mẹ các cháu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả.** Yếu tố liên quan có ý nghĩa với suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi gồm: Cân nặng sơ sinh thấp, gia đình đông con, thu nhập gia đình thấp, trẻ thiếu máu, tiêm chủng không đầy đủ theo lịch liên quan có ý nghĩa với SDD. Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với SDD nhẹ cân và thấp còi gồm: Tuổi mẹ, giới tính của con.

Từ khóa. Yếu tố liên quan; cân lúc sinh; thu nhập gia đình; thiếu máu; nhẹ cân; thấp còi

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO LOWWEIGHT AND STUNTING IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO UNDER 5 YEARS OLD WITH

¹Trường đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021

PNEUMONIA AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2019

Objective. describe the relationship of malnutrition with some risk factors. **Subjects and Method.** Subjects were composed of children from 2 months to less than 5 years old with pneumonia at different degree of severity. The method was a cross-sectional study. **Results.** Risk factors that were significantly associated with malnutrition included low birth weight, family with more than 2 child, low income family, children with anemia, incomplete vaccination. Risk factors that were not significantly associated with malnutrition included maternal age, child gender.

Keywords: Risk factors; malnutrition; low income family; anemia; low birth weight; stunting; low weight

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển do đó nhu cầu các chất dinh dưỡng đòi hỏi rất cao. Dinh dưỡng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ, ảnh hưởng đến bệnh tật, làm bệnh dễ phát sinh, kéo dài thời gian mắc bệnh hoặc làm bệnh nặng hơn ở những trẻ bị suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng không chỉ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần và trí tuệ của trẻ để lại những hậu quả nặng nề cho xã hội [1].

Nguyên nhân suy dinh dưỡng (SDD) là thiếu ăn tuy nhiên có nhiều yếu tố liên quan đến SDD như nhiễm khuẩn, kiến thức nuôi con các bà, tiêm chủng, bổ sung vi chất. Ngoài ra người ta còn thấy các yếu tố kinh tế-xã hội cũng liên quan chặt chẽ đến SDD [1, 2].

Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn trong đó có viêm phổi là nguyên nhân gây suy dinh dưỡng đã được xác định ở trẻ dưới 5 tuổi. Tuy nhiên ở trẻ 2 tháng đến dưới 5 tuổi mắc viêm phổi các mức độ tại khoa Hô hấp bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có thực trạng SDD như thế nào, các yếu tố liên quan ra sao còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng nhẹ cân và gầy mòn ở trẻ 2 tháng đến dưới 5 tuổi mắc viêm phổi các mức độ khác nhau tại khoa Hô hấp bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm trẻ em được chẩn đoán là Viêm phổi ở các mức độ khác nhau điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện trẻ em Hải Phòng và mẹ các cháu từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2019.

Viêm phổi và các mức độ viêm phổi: ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, co giật, ngủ li bì khó đánh thức, thở rít khi nằm yên, không uống được, suy dinh dưỡng nặng. Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt, Xquang có hình ảnh nốt mờ không đồng đều tập trung quanh bờ tim.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trẻ mắc các bệnh mạn tính.

Trẻ có dị tật bẩm sinh hoặc khuyết tật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Hô hấp Bệnh viện trẻ em Hải Phòng, từ ngày 01/03/2019 đến ngày 30/06/2019.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu/ chọn mẫu. Lấy toàn bộ trẻ 2 tháng đến dưới 5 tuổi mắc viêm phổi các mức độ khác nhau điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ 01/03/2019 – 30/06/2019 theo phương pháp tiện ích. Thực tế chọn được 225 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

2.5. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu gồm:

- Tuổi, giới, địa dư
- Tiêm chủng theo lịch: trẻ được tiêm chủng đầy đủ số mũi theo lịch tiêm chủng ở độ tuổi nghiên cứu.
- Mức độ viêm phổi (viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng)
- Cân nặng lúc sinh
- Thời gian bú mẹ sau sinh, thời gian bú mẹ hoàn toàn, thời gian cai sữa
- Thời gian cho ăn bổ sung
- BMI mẹ lúc đẻ
- Tuổi mẹ
- Văn hóa, nghề nghiệp, thu nhập mẹ
- Số con của bà mẹ

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Trẻ SDD: Zscore của cân/tuổi, cao/tuổi, cân/cao < -2SD, tương đương với SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm. Số liệu này có từ nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý nhờ phần mềm SPSS 20.0.

Tính OR để tìm liên quan giữa SDD với 1 số yếu tố liên quan. Nếu OR >1, nằm trong

95%CI và cực dưới của 95%CI >1 thì mối liên quan thuận.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua và cho phép. Nghiên cứu tuân thủ nội dung đã được Hội đồng thông qua đề cương Trường đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Các thông tin cá nhân của BN được giữ bí mật

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Trong số 225 đối tượng nghiên cứu, có 137 trẻ gái chiếm 60,8%. Có 66 trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân chiếm 29,3% trong đó trẻ gái suy dinh dưỡng là 29,2%, trẻ gái suy dinh dưỡng là 29,5%.

Có 67 trẻ suy dinh dưỡng thấp còi chiếm 29,8% trong đó trẻ trai suy dinh dưỡng thấp còi là 25 chiếm 28,4% và trẻ gái thấp còi là 42 chiếm 30,6%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.2. Một số yếu tố liên quan của suy dinh dưỡng nhẹ cân

Bảng 1. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân nhẹ cân với giới (n = 225)

Tình trạng suy dinh dưỡng Giới	Suy dinh dưỡng nhẹ cân n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
Trẻ trai	26 29,5	62 70,5	88	1,02 (0,56-1,83)	>0,05
Trẻ gái	40 29,2	97 70,8	137		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Suy dinh dưỡng nhẹ cân không liên quan với giới vì OR=1,02 và 95%CI từ 0,56 đến 1,83.

Bảng 2. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với tiêm chủng không đầy đủ (n = 225)

Tiêm chủng	Suy dinh dưỡng nhẹ cân n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
Có	28 40,0	75 63,6	70	2,05 (1,12-3,74)	<0,05
Không	38 24,5	84 78,5	155		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân tăng lên 2,05 lần so với những trẻ được tiêm chủng đầy đủ với 95% CI từ 1,12 đến 3,74 và p<0,05.

Bảng 3. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với thiếu máu (n = 225)

Thiếu máu	Suy dinh dưỡng nhẹ cân n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
Có	43 36,4	75 63,6	118	2,09 (1,16-3,79)	<0,05
Không	23 21,5	84 78,5	107		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Trẻ bị thiếu máu nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân tăng lên 2,09 lần so với những trẻ không bị thiếu máu với 95%CI từ 1,16 đến 3,79 và $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với cân nặng lúc sinh ($n = 225$)

Cân nặng lúc sinh	Suy dinh dưỡng nhẹ cân (n %)	Không suy dinh dưỡng (n %)	Tổng	OR 95% CI	P
< 2500g	18 75,0	6 25	24	9,56 (3,9-25,4)	<0,05
>2500g	48 23,9	153 76,1	201		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Trẻ có cân nặng sơ sinh <2500g có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân tăng lên 9,56 lần so với những trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500 gr với 95%CI từ 3,59 đến 25,4 và $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với tuổi mẹ ($n = 225$)

Tuổi mẹ	Suy dinh dưỡng nhẹ cân (n %)	Không suy dinh dưỡng (n %)	Tổng	OR 95% CI	P
<20 hoặc >40	1 16,7	5 83,3	6	0,47 (0,05-4,14)	>0,05
20-40	65 29,7	154 70,3	219		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Trẻ có tuổi mẹ < 20 hoặc > 40 nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân như trẻ có tuổi mẹ từ 20 – 40 với OR 0,47, 95%CI từ 0,05 đến 4,14 và $p > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với số con trong gia đình ($n=225$)

Số con	Suy dinh dưỡng nhẹ cân (n %)	Không suy dinh dưỡng (n %)	Tổng	OR 95% CI	P
>2 con	40 38,1	65 61,9	105	2,22 (1,24-4,0)	<0,05
< 2 con	26 21,7	94 78,3	120		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

Nhận xét. Trẻ trong gia đình có số con >2 có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân tăng lên 2,22 lần so với những trẻ trong gia đình có số con ≤ 2 với 95%CI từ 1,24 đến 4,0 và $p < 0,05$.

Trẻ trong gia đình có thu nhập thấp có nguy cơ mắc SDD nhẹ cân tăng lên 2,41 lần so với những trẻ trong gia đình có thu nhập cao với 95%CI từ 1,1 đến 5,27 và $p < 0,05$

Bảng 7. Liên quan giữa suy dinh dưỡng nhẹ cân với thu nhập gia đình ($n=225$).

Thu nhập gia đình	Suy dinh dưỡng nhẹ cân (n %)	Không suy dinh dưỡng (n %)	Tổng	OR 95% CI	P
Thấp	14 46,7	16 53,3	30	2,34 (1,07-5,13)	<0,05
Cao	52 25,7	143 73,3	195		
Tổng	66 29,3	159 70,7	225		

3.3. Một số yếu tố liên quan của suy dinh dưỡng thấp còi

Bảng 8. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với giới (n=225)

Tình trạng suy dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng thấp còi	Không suy dinh dưỡng	Tổng	OR 95% CI	P
Giới	n %	n %			
Trẻ trai	25 28,4	63 71,6	88	0,89 (0,49-1,62)	>0,05
Trẻ gái	42 30,6	95 69,4	137		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Thấp còi ở trẻ gái là 30,6% và ở trẻ trai là 31,8%. OR=1,11 nghĩa là trẻ gái và trẻ trai đều có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi như nhau với 95%CI từ 0,62-2,0 và $p>0,05$.

Bảng 9. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với tiêm chủng (n=225)

Tiêm chủng	Suy dinh dưỡng thấp còi	Không suy dinh dưỡng	Tổng	OR 95% CI	P
	n %	n %			
Có	28 40,0	42 60,0	70	2,05 (1,12-3,74)	<0,05
Không	39 25,2	116 74,8	155		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 1,98 lần so với những trẻ được tiêm chủng đầy đủ với 95%CI từ 1,09 đến 3,61 và $p<0,05$.

Bảng 10. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với thiếu máu (n=225)

Thiếu máu	Suy dinh dưỡng thấp còi	Không suy dinh dưỡng	Tổng	OR 95% CI	P
	n %	n %			
Có	47 39,8	71 60,2	118	2,88 (1,56-5,30)	<0,05
Không	20 18,7	87 81,3	107		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ bị thiếu máu nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 2,88 lần so với những trẻ không bị thiếu máu với 95%CI từ 1,56 đến 5,30 và $p<0,05$.

Bảng 11. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với cân nặng lúc sinh (n=225)

Cân nặng lúc sinh	Suy dinh dưỡng thấp còi	Không suy dinh dưỡng	Tổng	OR 95% CI	P
	n %	n %			
< 2500g	16 66,7	8 33,3	24	5,88 (2,38-11,56)	<0,05
>2500g	51 25,4	150 74,6	201		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ có cân nặng sơ sinh <2500gr có nguy cơ mắc SDD thấp còi tăng lên 5,88 lần so trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500 gr với 95%CI từ 2,38 đến 11,56 và $p<0,05$.

Bảng 12. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với tuổi mẹ (n=225)

Tuổi mẹ	Suy dinh dưỡng thấp còi n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
<20 hoặc >40	0 0	6 100	6	1,41 (1,32-1,570)	>0,05
20-40	67 30,6	152 69,4	219		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ có tuổi mẹ < 20 hoặc > 40 nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi như trẻ có tuổi mẹ từ 20 – 40 với OR 1,41, 95%CI từ 1,32 đến 1,57 và p>0,05.

Bảng 13. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với số con trong gia đình (n=225)

Số con	Suy dinh dưỡng thấp còi n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
>2 con	39 37,1	66 62,9	105	1.94 (1,07-3,470)	<0,05
< 2 con	28 23,3	92 76,6	120		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ trong gia đình có số con >2 có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 1,94 lần so với những trẻ trong gia đình có số con ≤2 với 95%CI từ 1,07 đến 3,47 và p<0,05.

Bảng 14. Liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với thu nhập gia đình (n=225).

Thu nhập gia đình	Suy dinh dưỡng thấp còi n %	Không suy dinh dưỡng n %	Tổng	OR 95% CI	P
Thấp	14 46,7	16 53,3	30	2,34 (1,07-5,13)	<0,05
Cao	53 27,2	142 72,8	195		
Tổng	67 29,8	158 70,2	225		

Nhận xét. Trẻ trong gia đình có thu nhập thấp có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 2,34 lần so với những trẻ trong gia đình có thu nhập cao với 95%CI từ 1,07 đến 5,17 và p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Tiêm chủng

Liên quan giữa SDD với tiêm chủng thể hiện ở bảng 2 và 9. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ có tỷ lệ SDD cao hơn nhiều so với nhóm trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, đến lượt các bệnh nhiễm khuẩn làm tăng tiêu thụ năng lượng dẫn đến SDD và ngược lại [3].

Nhiễm khuẩn làm tăng tiêu thụ năng lượng làm cho trẻ chậm phát triển, nếu nhiễm khuẩn tái đi tái lại nhiều lần sẽ làm cho trẻ suy dinh dưỡng mãn tính. Do vậy trẻ dưới 5 tuổi cần được tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch.

Thiếu máu. Dựa vào kết quả định lượng Hemoglobin, theo tiêu chuẩn của TCYTGTG [4] với nồng độ Hemoglobin dưới 110g/L được coi là thiếu máu chúng tôi thấy có 118

trường hợp trong số 225 trẻ viêm phổi bị thiếu máu chiếm 52,4%. Một số nghiên cứu nhận thấy trẻ viêm phổi kèm SDD có tỷ lệ thiếu máu cao hơn hẳn so với nhóm trẻ khỏe mạnh. Như vậy, chúng ta cần phải quan tâm chú trọng tới tình trạng sinh dưỡng, thiếu máu ở trẻ mắc bệnh viêm phổi [5].

Mối liên quan giữa thiếu máu với SDD được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3 và bảng 10. Trẻ bị thiếu máu có tỷ lệ SDD cao hơn nhiều so với nhóm trẻ không bị thiếu máu. Thiếu máu là nguyên nhân và cũng là hậu quả của SDD [6].

Cân nặng sơ sinh. Mối liên quan giữa cân nặng sơ sinh với SDD được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 4 và bảng 11. Trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500gr có tỷ lệ SDD cao hơn nhiều so với nhóm trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500 gr.

Trong nghiên cứu của tác giả Adair L.S [8] cũng cho thấy trẻ em Philippin có cân nặng sơ sinh thấp liên quan đến suy dinh dưỡng, những trẻ này tốc độ phát triển cân nặng và chiều cao kém hơn so với trẻ đẻ ra có cân nặng bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Tô Thị Huyền [9] và Nguyễn Thị Lộc [6].

Như vậy cân nặng khi sinh có mối quan hệ khá mật thiết với tình trạng dinh dưỡng của nhóm trẻ nghiên cứu đòi hỏi chúng ta phải đề ra giải pháp nhằm cải thiện cân nặng khi sinh của trẻ thông qua đó thì gián tiếp cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ về sau. Cụ thể hơn chính là các biện pháp nhằm chăm sóc sức khỏe bà mẹ mang thai đảm bảo cho sự phát triển đầy đủ của thai nhi trong bụng mẹ.

Tuổi mẹ. Các bà mẹ sinh con quá sớm hoặc quá muộn sẽ có ảnh hưởng nhất định tới sự phát triển của trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ SDD trẻ em là con của

các bà mẹ trên 40 hoặc dưới 20 tuổi thấp hơn tỷ lệ SDD trẻ em là con của những bà mẹ từ 20 – 40 tuổi (bảng 5-12). Kết quả này không phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lộc [6]. Tuổi mẹ khi sinh thấp dưới 20 tuổi có liên quan làm tăng nguy cơ SDD, vấn đề này hoàn toàn hợp lý vì mẹ ít tuổi dẫn đến kinh nghiệm nuôi con và điều kiện kinh tế khó khăn. Đa số các bà mẹ này còn phụ thuộc vào gia đình nên chưa thể chủ động trong việc nuôi trẻ, thiếu cả kinh nghiệm chăm sóc dinh dưỡng của trẻ khi khỏe cũng như trẻ bị bệnh. Nhưng chúng tôi chưa tìm thấy sự liên quan giữa tuổi của mẹ với nguy cơ SDD của trẻ bị viêm phổi với $p > 0,05$.

Khi các bà mẹ sinh con quá sớm, lúc này chính bản thân cơ thể người mẹ vẫn còn đang phát triển, mặt khác người mẹ cũng chưa chuẩn bị cho mình những kiến thức cần thiết để nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ. Ngược lại các bà mẹ sinh con quá muộn, lúc này sức khỏe bà mẹ đã qua thời kỳ tốt nhất để mang thai; đồng thời những bà mẹ sinh con muộn sẽ là những bà mẹ sinh nhiều con hoặc có vấn đề về sức khỏe, về cuộc sống hôn nhân gia đình...Tất cả những điều đó không thể là những điều kiện tốt cho sự phát triển của trẻ một cách toàn diện, trong đó có phương diện về mặt sức khỏe đặc biệt là tình trạng dinh dưỡng [10].

Số con trong gia đình. Về mối liên quan giữa số con trong gia đình và nguy cơ SDD (bảng 6 và 13). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 105 trẻ trong gia đình có số con > 2 . SDD liên quan đến số con đông trong gia đình. Gia đình có đông bố mẹ con không có thời gian và điều kiện chăm sóc trẻ được tốt. Tỷ lệ nguy cơ SDD của các gia đình đó là 38,1%. Ở nhóm gia đình có số con < 2 là 21,7%. Vì vậy để chăm sóc trẻ được tốt nhất và giảm nguy cơ SDD, mỗi gia đình chỉ nên

có 1-2 con [5].

Thu nhập gia đình. Mối liên quan giữa SDD với thu nhập gia đình thể hiện qua bảng 7 và bảng 14. Nghiên cứu của cho thấy có 30 trẻ trong gia đình có thu nhập thấp bị SDD. Các gia đình đều thuộc vùng nông thôn. Kinh tế gia đình còn khó khăn, trình độ nhận thức và hiểu biết của các bà mẹ còn thấp nên việc chăm sóc trẻ đặc biệt là trẻ bệnh còn chưa tốt dẫn đến trẻ có nguy cơ SDD. Tỷ lệ nguy cơ SDD của các gia đình đó là 46,7%. Ở nhóm có thu nhập gia đình cao là 25,7%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lộc [6] tại khoa Nội Nhi, Bệnh Viện Sản Nhi Vĩnh Phúc cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều kiện kinh tế sẽ quyết định đến việc chăm sóc trẻ nhất là khi trẻ ốm. Kinh tế phát triển thì sẽ giảm nguy cơ SDD. Do đó để giảm nguy cơ SDD bệnh viện cần phát triển về kinh tế.

V. KẾT LUẬN

Cân nặng sơ sinh thấp, gia đình đông con, thu nhập gia đình thấp, trẻ thiếu máu, tiêm chủng không đầy đủ theo lịch liên quan có ý nghĩa với SDD. Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với SDD nhẹ cân và thấp còi gồm: Tuổi mẹ, giới tính của con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Mai Dung.** Thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tiêu chảy và bệnh viêm phổi tại bệnh viện Nhi trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005: 234 - 245.
2. **Nguyễn Thanh Hà.** Nguy cơ suy dinh dưỡng liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số giải pháp can thiệp. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y học. 2002.
3. **UNICEF** UNICEF global databases on undernutrition. Progress for Children, New York, US. 2007: 23 - 45.
4. **Armstrong, C.,** AAP Reports on Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency Anemia. Am Fam Physician, 2011. **83**(5): p. 624.
5. **Nguyễn Thị Nhung.** Tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại 4 xã đặc biệt. 2015; 2/2018.
6. **Nguyễn Thị Lộc.** Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo phương pháp tổng thể chủ quan (SGA) và một số yếu tố liên quan ở trẻ viêm phế quản phổi tại khoa Nội Nhi, Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc năm 2014-2015. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015
7. **Lưu Thị Mỹ Thục.** Đánh giá thực trạng suy dinh dưỡng và thực hành nuôi dưỡng trẻ dưới 5 tuổi tại Na Hang, Tuyên Quang. Tạp chí y dược học quân sự. 2016 ; 4, 29-37.
8. **Adair LS.** Filipino children exhibit catch – up growth from age 2 – 12 years.j. Nutr. 1999; 129: 1140 – 1148.
9. **Tô Thị Huyền.** Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân viêm phổi bằng phương pháp SGA tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011- 2012. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
10. **Trần Thị Thanh.** Những yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Cư Kuin Đắc Lắc năm 2012 và hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng trên đồng bào dân tộc Ê Đê. Luận án tiến sĩ Y học, trường Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH TẠO SẢN PHẨM DẠNG KEM BÔI DA TỪ DỊCH CHIẾT LÁ CÂY HOÀN NGỌC

Bùi Ngọc Tân*, Nguyễn Thị Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khái quát đặc điểm thực vật của cây Hoàn Ngọc bằng cảm quan và đưa ra quy trình tạo sản phẩm dạng kem từ dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc. **Đối tượng:** lá cây Hoàn Ngọc trắng. **Phương pháp:** sử dụng phương pháp hóa học và hóa lý thường quy để chiết tách và tạo sản phẩm. **Kết quả:** Thu thập mẫu, đặc điểm hình thái và tạo sản phẩm dạng kem từ dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc. **Kết luận:** sản phẩm dạng kem từ dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc.

Từ khóa: cây Hoàn Ngọc.

SUMMARY

BUILDING PROCESS FOR CREATING PRODUCTS FOR SKIN FROM HOAN NGOC LEAF EXTRACT

Objective: In this article, shows characteristics and make cream products from Hoan Ngoc leaf extract. **Subject:** white Hoan Ngoc leaves. **Methods:** Using chemical and physical methods to extract and create products. **Result:** Collect samples, morphological characteristics and create a cream product from Hoan Ngoc leaf extract. **Conclusion:** cream product from Hoan Ngoc leaf extract.

Keywords: Hoan Ngoc tree.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Làm đẹp là một nhu cầu không thể thiếu trong cuộc sống của mỗi người. Từ thời xa

xưa con người đã biết sử dụng các hỗn hợp từ thiên nhiên để phục vụ cho nhu cầu này của mình. Ngày nay với sự giúp đỡ của khoa học và công nghệ, ngày càng có nhiều sản phẩm ra đời phục vụ cho nhu cầu làm đẹp của con người. Đây cũng là yếu tố giúp cho ngành mỹ phẩm nước ta phát triển rất mạnh. Đặc biệt, gần đây, phái đẹp rất quan tâm đến các sản phẩm làm đẹp, trong đó làm đẹp cho da là một yếu tố rất quan trọng và là nhu cầu hàng đầu của mỗi người. [1]

Tuy nhiên, để có một làn da đẹp không phải là một việc dễ dàng. Nó đòi hỏi sự quyết tâm và lòng kiên nhẫn cũng như biết lựa chọn sản phẩm mỹ phẩm thích hợp bên cạnh một chế độ sống hợp lý. [1,2].

Hiện nay với xu thế sử dụng các sản phẩm từ tự nhiên hoặc có nguồn gốc từ tự nhiên đang được sử dụng trong mỹ phẩm ngày càng nhiều và chiếm tỷ phần ngày càng lớn vì sự an toàn sức khỏe [2].

Một số tác dụng dược lý của cây Hoàn Ngọc

Tác dụng kháng khuẩn, kháng nấm:

Đã có nghiên cứu cao đặc chiết xuất bằng ethanol từ cây Hoàn Ngọc và đưa ra một số kết quả:

Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của cao trên E.Coli là 200 mcg/ml, chưa thấy có tác dụng trên Pseudomonas aeruginosa

MIC của cây Hoàn Ngọc trên Bacillus Subtilis và Staphylococcus aureus là 200 mcg/ml.

Các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm cho thấy lá Hoàn Ngọc và cao toàn phần

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Ngọc Tân
Email: bntan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

chiết xuất từ lá có tác dụng kháng vi khuẩn gram âm (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*), vi khuẩn gram dương (*Bacillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*), nấm men (*Candida albicans*, *Saccharomyces cerevisiae*) và nấm mốc (*Aspergillus niger*, *Fusarium oxysporum*, *Pyricularia oryzae*, *Rhizoctonia solani*). [4]

Hoạt tính thủy phân protein (proteinase)

Dịch chiết lá có tác dụng thủy phân protein khá, mạnh nhất ở pH 7,5 và nhiệt độ 70°C.

Enzym bền khi phơi, lá phơi khô 60 độ C hoạt tính còn 30%. Dịch chiết proteinase bảo quản ở 4°C, hoạt tính giảm ít.

Tính chất proteinase giúp hoạt tính tăng lên 5 lần.

Tác dụng ức chế MAO (chất ức chế enzym monoamin oxidase) – nhóm chất có khả năng ức chế hoạt động của enzym monoamin oxidase

Lá cây Hoàn Ngọc chiết rồi cô đặc thành cao, nồng độ 6mg/ml có tác dụng ức chế 69,9%, nguồn MAO lấy từ mitochondri của chuột cống trắng và cơ chất dùng là kynuramin

Tác dụng bảo vệ gan

Tác dụng bảo vệ gan đã được chứng minh trên các thí nghiệm với chuột nhắt trắng.[5,6]

Trong thành phần của cây Hoàn Ngọc được các nhà nghiên cứu cho biết có chứa các chất: **sterol** (Các loại sterol và stanol thực vật giúp làm giảm lượng LDL-cholesterol (cholesterol xấu), thành phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, Do cấu trúc hóa học giống với cholesterol nên sterol và stanol thực vật có thể cạnh tranh với sự hấp thu chất này ở ruột, từ đó làm giảm lượng LDL-cholesterol trong máu),

flavonoid (có tác dụng chống oxy hóa, phòng ngừa và chữa trị các bệnh tim mạch, tác dụng lên chuyển hóa chất béo làm giảm nồng độ triglycerit và cholesterol có hại; phòng ngừa các bệnh tuổi già; tăng sức đề kháng, tăng tính đàn hồi và tính bền thành mạch; chống oxy hóa cho da, bảo vệ làn da mịn màng, tươi nhuận, hạn chế nếp nhăn; chống oxy hóa cho não, vô hiệu hóa các gốc tự do sinh ra ở tế bào thần kinh giúp bộ não khỏe mạnh, làm việc minh mẫn), **carotenoid** (**carotene C40H56**: là chất chống oxy hóa mạnh, ngăn chặn ung thư, chống hình thành cục máu đông trong thành mạch máu; **lycopene**: chống lão hóa da; Carotenoid là chất chống oxy hóa tự nhiên có khả năng bắt giữ oxy đơn phân tử (nguyên tử oxy) và các gốc tự do do có liên kết đôi trong hệ thống liên hợp và năng lượng của trạng thái triplet (cần năng lượng thấp để phản ứng), **acid hữu cơ và đường khử**.[3]

Để hiểu thêm về các sản phẩm làm đẹp cho da và các hoạt chất trong kem dưỡng da ảnh hưởng như thế nào đến da, đến sức khỏe con người và nghiên cứu sâu hơn về các hoạt chất trong các sản phẩm chăm sóc da để chúng ta có sự lựa chọn sản phẩm một cách tốt hơn, phù hợp hơn nên tôi chọn đề tài: Xây dựng quy trình tạo kem dưỡng da từ dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu của đề tài là cây và dịch chiết từ lá của cây hoàn ngọc trắng. Mẫu được định danh bởi PGS.TS Đàm Đức Tiến (Viện Tài nguyên và môi trường biển).

Các loại hóa chất sử dụng trong nghiên cứu gồm: hóa chất dùng trong phân tích của hãng Shantou Xilong Chemical Factory Guang Dong, Trung Quốc

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài sử dụng các phương pháp hoá học và hoá ký thường quy.

2.2.1. Thu hái

Lá hoàn ngọc trắng tươi được thu hái vào mùa xuân, hè tại Mường Thàng, Cao Phong, Hoà Bình.

2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm hình thái

Phương pháp đánh giá bằng cảm quan, Quan sát mô tả đặc điểm hình thái thực vật ở điều kiện sinh trưởng và phát triển bình thường của cây tại thực địa.

2.2.3. Phương pháp xử lý mẫu

Lá Hoàn Ngọc trắng sau khi thu hái được rửa sạch chất bẩn thô dưới vòi nước, hong khô trong bóng râm rồi sấy tại 50°C trong 48h, khi mẫu lá khô hoàn toàn đem xay nghiền thành bột mịn giữ trong bình hút ẩm. Lá Hoàn Ngọc được dùng để chiết tách theo quy trình xử lý mẫu.

2.2.4. Phương pháp chiết tách

Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài và điều kiện cho phép, sử dụng phương pháp chiết ở nhiệt độ phòng, ngâm chiết với dung môi EtOH 80° trong 7 ngày để lấy dịch chiết.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thu hái và xử lý mẫu lá cây Hoàn Ngọc trắng

Lá Hoàn Ngọc trắng tươi được thu hái tại Mường Thàng, Cao Phong, Hòa Bình vào tháng 2 năm 2020. Mẫu sau khi thu hái được rửa sạch dưới vòi nước, để ráo, sấy tại 50°C trong 45h. Mẫu được nghiền, sàng rây # 40 thu được dạng bột. Mẫu được lưu trữ trong bình hút ẩm để sử dụng dần.

3.2. Đặc điểm hình thái cây Hoàn Ngọc trắng

Đặc điểm hình thái được xác định bằng phương pháp cảm quan. Cây Hoàn Ngọc

(xuân hoa) có tên khoa học là *Pseuderanthemum palatiferum* (Nees) Radlk, thuộc chi Xuân hoa, họ Ô rô (Acanthaceae)

Đặc điểm hình thái bên ngoài

Hoàn Ngọc là giống cây bụi, sống nhiều năm, cao 1-2m, phần gốc hóa gỗ màu nâu. Thân non màu xanh lục, phân nhiều cành mảnh. Lá hình mũi mác, mọc đối, dài 12-17 cm, rộng 3-3,5cm, gốc thuôn, đầu nhọn, mép nguyên.

Cụm hoa mọc ở kẽ lá hoặc đầu cành, hoa lưỡng tính, màu trắng pha tím, 5 đài tách rời nhau, tràng hợp có ống hẹp và dài, 5 cánh chia 2 môi, môi trên 3 thùy, môi dưới 2 thùy, thùy giữa có chấm tím, nhị 4, có 2 nhị kép, chỉ nhị ngắn dính ở hồng tràng, bao phấn màu tím.

Quả nang, chứa 4 hạt.

3.3. Quy trình chiết lá cây Hoàn Ngọc

Từ thực nghiệm quy trình ngâm chiết được sử dụng dựa trên một số các nghiên cứu [4]:

Bột lá khô (70g) được ngâm chiết với 350ml ethanol 80% trong 1 tuần. Dịch chiết được lọc qua vải, giấy lọc. Dịch lọc được thu hồi vào chai thủy tinh được dùng để sử dụng.

3.4. Tạo sản phẩm dạng kem từ dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc

Xây dựng công thức tạo sản phẩm dạng kem bôi ngoài da

Thiết kế thí nghiệm: Cố định pha nước theo công thức 65% trong đó hàm lượng dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc từ 20%, 25%, 30%, 35%, khảo sát các hàm lượng khác nhau của pha dầu và hàm lượng chất nhũ hóa dựa trên chỉ số HLB và tỷ lệ khuyến dùng của mỗi thành phần [3].

HLB: Hydrophile Lipophile Balance;
RHLB: Required Hydrophile Lipophile Balance

Bảng 3.1: Thành phần và tỷ lệ các thành phần của 4 công thức

STT	Nguyên liệu	Ký hiệu	Tỷ lệ khuyến dùng (%)	Tỷ lệ công thức (%)			
				1	2	3	4
1	Dầu dừa	A	1-50	10	9,5	9	8,5
2	Bơ hạt mỡ	B	1-60	4	4,3	4,6	4,9
3	Cetyl alcohol	C	2-6	5,5	5,2	4,9	4,6
4	Acid stearic	D	1-15	4	4,2	4,4	4,6
5	Dimethicone	E	0,4-4	3	2,8	2,6	2,4
6	Glyceryl stearate	F	2-5	6,5	7	7,5	8
7	Ceteareth-20	G	1-5				
8	Alpha Hydroxy Acid	H	0,01-1	0,5	0,5	0,5	0,5
9	Vitamin B3	I	1-5	1	1	1	1
10	Glydant	K	0,1-0,6	0,2	0,2	0,2	0,2
11	Tinh dầu bưởi	L	0,5-8	0,3	0,3	0,3	0,3
12	Hỗn hợp pha nước (Dịch chiết)		50-80	65 (20)	65 (25)	65 (30)	65 (35)

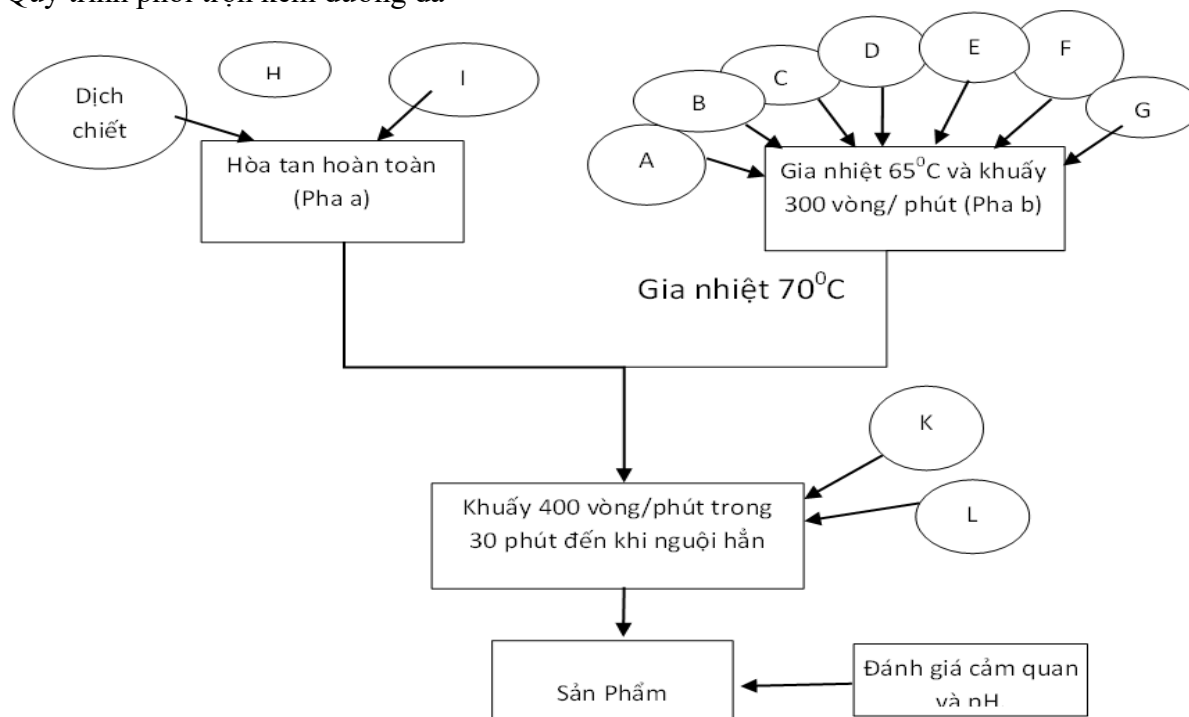
Bảng 3.1: Tỷ lệ các thành phần và RHLB của hỗn hợp pha dầu

STT	Thành phần pha dầu	RHLB	Tỷ lệ pha dầu của công thức							
			1		2		3		4	
			Trên CT	Trên pha dầu	Trên CT	Trên pha dầu	Trên CT	Trên pha dầu	Trên CT	Trên pha dầu
1	Dầu dừa	8	10	37,74	9,5	36,54	9	35,29	8,5	34,00
2	Bơ hạt mỡ	8	4	15,09	4,3	16,54	4,6	18,04	4,9	19,60
3	Cetyl alcohol	15,5	5,5	20,75	5,2	20,00	4,9	19,22	4,6	18,40
4	Acid stearic	15	4	15,09	4,2	16,15	4,4	17,25	4,6	18,40
5	Dimethicone	5	3	11,32	2,8	10,77	2,6	10,20	2,4	9,60
Tổng			26,5	100	26	100	25,5	100	25	100
RHLB _{hh}			10,3		10,3		10,3		10,4	

Bảng 3.2. Tỷ lệ các chất nhũ hóa trong các công thức

STT	Chất nhũ hóa	HLB	Tỷ lệ chất nhũ hóa trong công thức (%)			
			1	2	3	4
1	Glyceryl stearate	3,8	2,8	3	3,2	3,4
2	Ceteareth-20	15,2	3,7	4	4,3	4,6
Tổng			6,5	7	7,5	8

Quy trình phối trộn kem dưỡng da



Hình 3.1. Sơ đồ các bước phối chế kem dưỡng da cơ bản

Sau khi phối trộn xong sản phẩm sẽ được đánh giá chất lượng theo các chỉ tiêu: cảm quan, pH, tính kích ứng, độ kích ứng, giới hạn kim loại nặng, giới hạn vi sinh vật. Do điều kiện nghiên cứu có hạn tôi chỉ đánh giá sản phẩm ở các chỉ tiêu: Cảm quan (Cảm quan sản phẩm, cảm quan sử dụng), pH sản phẩm [1].

Cảm quan sản phẩm



Hình 3.2: Cảm quan sản phẩm

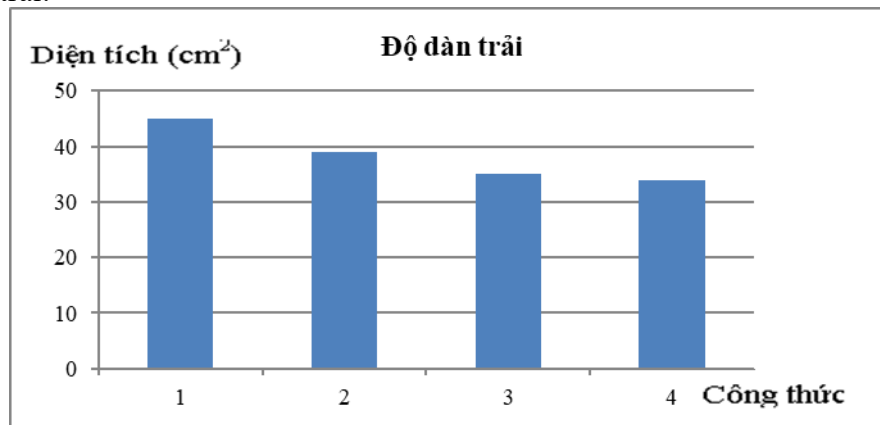
Kết quả: Chất kem ở cả 4 công thức đều mịn đều, không bị tách lớp, không nhìn thấy các tiểu phân.

Cảm quan sử dụng



Hình 3.3. Cảm quan sử dụng của sản phẩm trên da

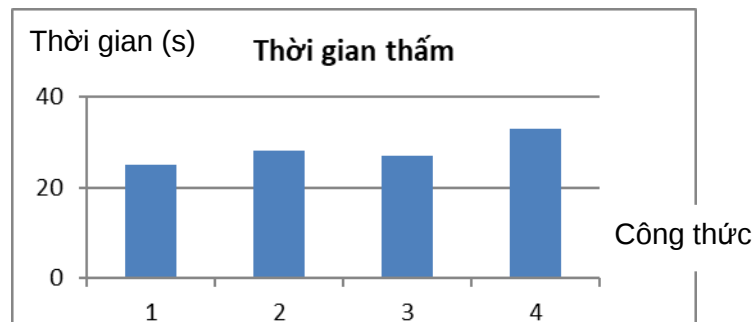
Độ dàn trải:



Hình 3.4. Biểu đồ kết quả thử nghiệm độ dàn trải

Kết quả: Độ dàn trải của cả 4 công thức đều đạt yêu cầu.

Độ thâm thấu



Hình 3.5: Biểu đồ kết quả đo thời gian thấm

Kết quả: Thời gian thấm của 3 mẫu 1,2 và 3 đều dưới 30 giây, mẫu 4 là 33 giây

Cảm giác khi thoa: Cả 4 mẫu kem của 4 công thức đều dễ thoa, kem dễ trải đều trên da, không bị rít khi thoa.

Độ mịn: Độ mịn của 2 vùng da được thoa mẫu kem của công thức số 1 và 2 là mịn nhất, 2 vùng da được thử để thoa mẫu kem

của công thức số 3 và 4 có độ mịn tương đương nhau và ít mịn hơn vùng da thoa mẫu kem số 1 và 2.

Độ ẩm: Kết quả đo độ ẩm của 4 công thức tương tự kết quả của đo độ mịn. Mẫu kem của công thức số 1 và 2 có kết quả tốt nhất, Mẫu kem của công thức số 3 và 4 tương đương nhau.

Mùi hương: Bốn mẫu của 4 công thức đều thoảng mùi tinh dầu bưởi, mùi không qua lồng, tạo cảm giác dễ chịu.

pH sản phẩm: Sản phẩm được đo pH bằng máy đo pH để bàn, pH của sản phẩm nằm trong khoảng 4,5–6 là đạt yêu cầu.

Bảng 3.3: Kết quả đo pH của 4 công thức

Công thức	1	2	3	4
pH	5,65	5,35	5,1	4,7

Kết luận: Cả 4 mẫu sản phẩm đều có pH trong khoảng yêu cầu



Hình 3.6: Kết quả đo pH của công thức 2

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm hình thái thực vật của mẫu nghiên cứu giống như nghiên cứu của PGS.TSKH Trần Công Khánh đã xác định được tên khoa học của nó là *Pseuderanthemum palatiferum* (Wall.) Radlk., thuộc họ Ô rô (Acanthaceae). Hoàn Ngọc còn có tên khác là cây xuân hoa.

Đã đưa ra quy trình tạo 4 sản phẩm dạng kem: cố định pha nước theo công thức 65% trong đó hàm lượng dịch chiết lá cây Hoàn Ngọc từ 20%, 25%, 30%, 35%, khảo sát các hàm lượng khác nhau của pha dầu và hàm lượng chất nhũ hóa dựa trên chỉ số HLB và tỷ lệ khuyến dùng của mỗi thành phần

Cả 4 công thức đều đạt chỉ tiêu về cảm quan sản phẩm: mịn, không tách lớp, không nhìn thấy tiểu phân.

Cảm quan sử dụng: các mẫu khi sử dụng đều không làm mất màu của da

Độ đàn trải của mẫu 1 đạt kết quả tối nhất, diện tích trải trên da của 0,05g là 45 cm². Của mẫu số 4 đạt kết quả thấp nhất là 34 cm².

Độ thẩm thấu: mẫu 1 có khả năng thẩm thấu tốt nhất, chỉ sau 25 giây 0,02g kem đã thẩm vào da, kết quả này phù hợp với kết quả đo độ đàn trải. Do mẫu 1 đàn trải tốt trên da nên khả năng thẩm cũng nhanh hơn. Mẫu 4 không đạt yêu cầu nhưng cũng không vượt

quá nhiều, kết quả của mẫu 4 cũng phù hợp với kết quả đo độ đàn trả ở trên.

Cảm giác: Cả 4 mẫu kem của 4 công thức đều dễ thoa, kem dễ trải đều trên da, không bị rít khi thoa.

Độ mịn, độ ẩm, mùi hương và pH sản phẩm đều đạt trong khoảng yêu cầu.

V. KẾT LUẬN

Đã thu thập và nghiên cứu đặc điểm hình thái của cây Hoàn Ngọc thu hái vào tháng 2 tại Mường Thành, Hòa Bình. Mẫu được có tên khoa học là tên khoa học của nó là *Pseuderanthemum palatiferum* (Wall.) Radlk., thuộc họ Ô rô (Acanthaceae)

Đã nghiên cứu và mô tả lại đặc điểm hình thái, góp phần định danh tên khoa học của cây Hoàn Ngọc trắng.

Đã khảo sát được quy trình tạo sản phẩm dạng kem bôi ngoài da từ dịch chiết từ lá cây Hoàn Ngọc trong phòng thí nghiệm.

Trong 4 công thức dưỡng da được xây dựng và phối trộn có 3/4 công thức đạt tất cả các chỉ tiêu về cảm quan và pH. Trong đó công thức 1 đạt kết quả tốt nhất ở tất cả các chỉ tiêu được đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Ngọc Chính.**, Hương liệu mỹ phẩm, Nxb Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh. 2005:tr. 55-65.
2. **Phạm Văn Hiến.**, Da Liễu Học (Sách đào tạo BSDK), Nxb Bộ Y Tế. ĐHY Hà Nội. 2010:tr. 7-13.
3. **Bộ Y Tế.**, Dược điển Việt Nam IV. Nxb Y học Hà Nội. Hà Nội. 2009. PL1.tr. 1.
4. **Kullacha Chayarop, et al (2011)**, Pharmacognostic and Phytochemical Investigations of *Pseuderanthemum palatiferum* (Nees) Radlk. ex Lindau Leaves. Pharmacognosy Journal, 3(23), 19-23.
5. **P. Padee et al (2010)**, Hypoglycemic effect of a leaf extract of *Pseuderanthemum palatiferum* (Nees) Radlk. in normal and streptozotocin-induced diabetic rats, Journal of Ethnopharmacology, 132,491–496.
6. **Pawitra Pulbutr et al. (2016)**, Inhibitory actions of *Pseuderanthemum palatiferum* (Nees) Radlk. leaf ethanolic extract and its phytochemicals against carbohydrate-digesting enzymes, Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine,; 6(2): 93–99.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐẦU CHÂM KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ BÀI THIÊN MA CÂU ĐĂNG ẨM TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Đoàn Mỹ Hạnh*, Nguyễn Thị Thuý*

TÓM TẮT

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong và tàn tật, chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý của hệ thần kinh trung ương. Theo thống kê, tỷ lệ tử vong của nhóm này đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới, đứng hàng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư ở Mỹ, tỷ lệ tàn phế chiếm vị trí hàng đầu trên toàn thế giới.

Mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng phục hồi vận động của phương pháp Đầu châm kết hợp Điện châm và bài Thiên ma câu đằng ẩm trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng của phương pháp điều trị.

Đối tượng: 60 Bệnh nhân (BN), chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (NC): 30 BN, nhóm chứng: 30 BN ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán là Nhồi máu não (NMN) sau giai đoạn cấp.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

Kết quả: Đánh giá theo thang điểm Rankin và thang điểm Barthel, sau điều trị cả hai nhóm đều giảm độ liệt so với trước điều trị, mức độ giảm độ liệt ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Không phát hiện tác dụng không

mong muốn trong quá trình điều trị.

SUMMARY

THE EFFECTIVE OF SCALP ACUPUNCTURE COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE AND THE GASTRODIA AND UNCARIA DECOCTION ON MOTOR FUNCTION REHABILITATION IN CEREBRAL INFARCTION PATIENTS AFTER ACUTE STAGE

Stroke is one of the 10 causes of death and disability, occupying a leading position in the diseases of the central nervous system. According to statistics, the mortality rate of this group ranks second worldwide, rank third after cardiovascular diseases and cancer in the US, the disability rate occupies the leading position worldwide.

Objectives:

1. Evaluating the effective of Scalp acupuncture combined with electro- acupuncture and the gastrodia and uncaria decoction on motor function rehabilitation in cerebral infarction patients after acute stage.
2. Observe the side effect of the treatments.

Subjective: 60 patients over 18 years old who were diagnosed with cerebral infarction after acute stage, divided into 2 groups: a group as a study and a group as a control.

Method: Clinical trial study, comparing the effect before and after treatment, control comparisons.

Results: As Rankin points and Barthel

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Mỹ Hạnh

Email: dmhanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

points, after treatment, the paralysis were decreased, in study group better than in control group ($p < 0,05$). No side effects were observed during the treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong và tàn tật, chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý của hệ thần kinh trung ương. Theo thống kê, tỷ lệ tử vong của nhóm này đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới, đứng hàng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư ở Mỹ, tỷ lệ tàn phế chiếm vị trí hàng đầu trên toàn thế giới. Ở nước ta, TBMMN cũng đang là vấn đề thời sự của y học về tính phổ biến, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, chi phí điều trị tốn kém, thiệt hại về sức lao động cho gia đình và xã hội.

Điều trị TBMMN chú trọng vào phục hồi vận động và điều trị các yếu tố nguy cơ để phòng tái phát. Bên cạnh thành tựu của YHHĐ, YHCT cũng có đóng góp to lớn trong phục hồi chức năng cho BN, đặc biệt là châm cứu. Nhiều phương pháp châm cứu đã được áp dụng như dùng Hào châm, Mãng châm, Laser châm để châm các huyết vị toàn cơ thể hoặc 1 số vùng nhất định như Đầu châm, Nhĩ châm, Diện châm với nhiều công thức huyết khác nhau nhằm phục hồi lại chức năng vận động cho người bệnh. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu với tác dụng của xung điện làm dịu đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức. Ngoài ra, thuốc YHCT cũng có rất nhiều bài thuốc điều trị TBMMN hiệu quả như bài thuốc “Thiên ma câu đằng ẩm” là bài thuốc cổ phương có nguồn gốc từ sách “Tập bệnh chính trị tâm nghĩa”. Bài thuốc bao

gồm 11 vị: Thiên ma, Câu đằng, Thạch quyết minh, Tang ký sinh, Ngưu tất, Chi tử, Ích mẫu, Phục thần, Đỗ trọng, Dạ giao đằng, Hoàng cầm. Bài thuốc dùng chủ yếu chữa chứng NMN thể Âm hư phong đàm. Đây là thể bệnh rất hay gặp trong BN nhồi máu não.

Đầu châm là phương pháp điều trị bệnh bằng cách châm các điểm kích thích ở đầu, là một phương pháp kết hợp giữa YHHĐ và YHCT. Nó dựa trên lý luận về sự quan hệ mật thiết giữa đầu và các cơ quan tạng phủ và lý luận về phân khu từng vùng tại vỏ não của Y học hiện đại. Tại Trung quốc, Đầu châm được phát triển từ những năm 70 của thế kỷ trước với nhiều trường phái khác nhau và được áp dụng có hiệu quả trong việc điều trị một số bệnh liên quan đến hệ thống thần kinh như: Di chứng viêm não, tai biến mạch máu não... Trong phương pháp Đầu châm có 2 đường quan trọng nhất trên cơ sở của 2 đường này mà người thầy thuốc xác định được những vùng châm ở đầu:

- Đường 1: chính giữa trước sau (đường dọc giữa đầu nối từ điểm giữa 2 cung lông mày đến đáy hộp sọ).
- Đường 2: tuyến mi cằm (đường nối từ giữa cung lông mày đến đáy hộp sọ, đi qua mí tóc trán và loa tai).

Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có nhiều các công trình nghiên cứu về Đầu châm cũng như việc ứng dụng phương pháp này trên lâm sàng còn nhiều hạn chế. Để tiếp tục phát huy thế mạnh của châm cứu, đặc biệt để góp phần tìm hiểu kỹ hơn về hiệu quả của phương pháp Đầu châm và bài thuốc Thiên ma câu đằng ẩm trong việc điều trị phục hồi di chứng NMN, chúng tôi tiến hành NC đề tài “Đánh giá tác dụng điều trị của phương

pháp Đầu châm kết hợp Điện châm và Bài Thiên ma câu đằng ẩm trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp”, với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng phục hồi vận động của phương pháp Đầu châm kết hợp Điện châm và bài Thiên ma câu đằng ẩm trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng của phương pháp điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 BN, không phân biệt giới, nghề nghiệp, được chẩn đoán là NMN sau giai đoạn cấp

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

60 BN ≥ 18 tuổi, chia làm 2 nhóm: nhóm NC (30 BN), nhóm chứng (30 BN). Nhóm NC được điều trị bằng Đầu châm kết hợp Điện châm và Bài thuốc Thiên ma câu đằng ẩm. Nhóm Chứng điều trị bằng Điện châm kết hợp Bài thuốc Thiên ma câu đằng ẩm.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

60 BN, ≥ 18 tuổi, chia làm 2 nhóm: nhóm NC -(30 BN), nhóm chứng -(30 BN),

được chẩn đoán là NMN sau giai đoạn cấp thể âm hư phong đàm và thể khí hư huyết ứ kết hợp âm hư phong đàm. BN đồng ý chấp nhận tham gia nghiên cứu. BN được ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ liệt.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá kết quả theo YHHĐ: Đánh giá phục hồi theo thang điểm Rankin, đánh giá mức độ liệt và sự phục hồi qua chỉ số Barthel

- Đánh giá tiến triển độ liệt của bệnh nhân trên từng thang điểm Rankin, Barthel (dựa vào sự dịch chuyển độ liệt) sau điều trị:

+ Loại tốt: Chuyển được từ 2 độ liệt trở lên.

+ Loại khá: Chuyển được 1 độ liệt.

+ Loại kém: Không chuyển độ liệt hoặc nặng lên.

- Các chỉ số cận lâm sàng: Các chỉ số huyết học, sinh hóa

- Theo dõi tác dụng không mong muốn như: Buồn nôn, đại tiện lỏng, mề đay mẩn ngứa, chảy máu tại nơi châm, nhiễm trùng tại nơi châm ...

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020 - 11/2020.

- Địa điểm: Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

Bảng 1: Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Rankin

Mức chuyển	Nhóm	Nhóm Nghiên cứu		Nhóm chứng		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
2 độ liệt		6	20	0	0	< 0,05
1 độ liệt		23	76,7	28	93,3	
Không chuyển độ		1	3,3	2	6,7	

Nhận xét: Sau 25 ngày điều trị, ở nhóm NC số BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,7%, tiếp đến là số BN chuyển 2 độ liệt chiếm 20%, số BN không chuyển độ liệt chỉ chiếm 3,3%. Ở nhóm chứng, số BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,3%,

không có BN chuyển 2 độ liệt, số BN không chuyển độ liệt chiếm tới 13,3%. Sự khác biệt về mức độ chuyển độ liệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Barthel

Mức chuyển \ Nhóm	Nhóm Nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
2 độ liệt	7	23,3	0	0	< 0,05
1 độ liệt	23	76,7	26	86,7	
Không chuyển độ liệt	0	0	4	13,3	

Nhận xét: BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm NC là 76,7%, còn ở nhóm chứng 86,7%. Có 23,3% BN chuyển 2 độ liệt ở nhóm NC, nhóm chứng không có BN chuyển 2 độ liệt. Không có BN không

chuyển độ liệt ở nhóm NC, nhưng vẫn còn 13,3% BN ở nhóm chứng không chuyển độ liệt. Sự khác biệt về mức độ chuyển độ liệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: So sánh điểm trung bình Barthel giữa 2 nhóm theo thời gian điều trị

Nhóm	Hệ số điểm TB Barthel			p
	To	T25	Mức chuyển	
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	(To – T25)	
Nhóm NC (n = 30)	53,83 ± 21,56	78,00 ± 17,40	24,16 ± 11,37	<0,05
Nhóm chứng (n = 30)	54,50 ± 24,10	71,50 ± 24,43	17,00 ± 6,64	
p	< 0,05			

Nhận xét: Sau 25 ngày điều trị, điểm trung bình Barthel tăng dần ở cả 2 nhóm, sự khác biệt lúc trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 25 ngày điều trị, điểm Barthel ở nhóm NC cứu tăng nhiều hơn so với nhóm chứng (điểm chênh nhóm nghiên cứu là 24,16 ± 11,37, còn nhóm chứng là 17,00 ± 6,64), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Tác dụng không mong muốn

3.2.1. Trên lâm sàng

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào ở cả 2 nhóm gặp phải các tác dụng không mong muốn như: buồn nôn, mất ngủ, rối loạn đại tiện, vùng châm, xuất huyết tại chỗ châm, nhiễm trùng.

3.2.2. Trên cận lâm sàng

Bảng 4: Sự thay đổi các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

Chỉ số	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)			Nhóm Chứng (n = 30)		
	$(\bar{X} \pm SD)$		p	$(\bar{X} \pm SD)$		p
	T ₀	T ₂₅		T ₀	T ₂₅	
Glucose (mmol/ L)	5,45±1,24	5,42±1,19	>0,05	5,42±1,07	5,46±1,06	>0,05
Creatinin (μmol/ L)	83,80±20,87	83,66±20,19	>0,05	90,20±22,66	88,83±22,46	>0,05
AST (U/ L)	24,16±12,28	24,15±12,13	>0,05	20,98±8,69	21,49±7,97	>0,05
ALT (U/ L)	24,18±9,24	24,10±9,08	>0,05	22,38±8,45	22,01±8,64	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số sinh hóa của 2 nhóm trước và sau điều trị trong giới hạn bình thường. Sự khác biệt về chỉ số sinh hóa ở 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị

Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Rankin

Sau 25 ngày điều trị, ở nhóm NC số BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,7%, tiếp đến là số BN chuyển 2 độ liệt chiếm 20%, số BN không chuyển độ liệt chỉ chiếm 3,3%. Ở nhóm chứng, số BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,3%, không có BN chuyển 2 độ liệt, số BN không chuyển độ liệt chiếm tới 6,7%. Sự khác biệt về mức độ chuyển độ liệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo Vũ Thị Hải Yến[3] tỷ lệ BN chuyển 2 độ liệt ở nhóm NC là 43,3%, ở nhóm chứng là 33,3%. Tỷ lệ BN chuyển 1 độ liệt ở nhóm NC là 53,4% và nhóm chứng là 60%.

Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Barthel

*BN chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm NC là 76,7%, còn ở nhóm chứng 86,7%. Có 23,3% BN chuyển 2 độ liệt

ở nhóm NC, nhóm chứng không có BN chuyển 2 độ liệt. Không có BN không chuyển độ liệt ở nhóm NC, nhưng có 13,3% BN ở nhóm chứng không chuyển độ liệt. Sự khác biệt về mức độ chuyển độ liệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của Phạm Thị Ánh Tuyết có 28,6% chuyển được 2 độ liệt, 71,4% chuyển được 1 độ liệt.

*So sánh điểm trung bình Barthel giữa 2 nhóm theo thời gian điều trị.

Sau 25 ngày điều trị, điểm trung bình Barthel tăng dần ở cả 2 nhóm, sự khác biệt lúc trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm Barthel ở nhóm NC cứ tăng nhiều hơn so với nhóm chứng (điểm chênh nhóm NC là $24,16 \pm 11,37$, còn nhóm chứng là $17,00 \pm 6,64$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, hiệu quả điều trị nhóm NC tốt hơn nhóm chứng. Tác giả Vũ Thị Hải Yến cũng có kết quả tương tự: điểm trung bình nhóm nghiên cứu trước điều trị là $45 \pm 7,8$, sau điều trị tăng lên $74,02 \pm 10,2$.

4.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị

Trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy không có bệnh nhân nào gặp phải các tác dụng không mong muốn như: Buồn nôn, vùng châm, đi ngoài, nhiễm trùng, mẩn ngứa. Không bệnh nhân nào phải dùng thuốc.

Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng của phương pháp điều trị

Các chỉ số sinh hóa của 2 nhóm trước và sau điều trị trong giới hạn bình thường. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cho thấy phương pháp điều trị trong NC của chúng tôi không ảnh hưởng tới chức năng của gan, thận, nên phương pháp này có thể được sử dụng rộng rãi, an toàn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Phương pháp Đầu châm kết hợp Điện châm và Bài Thiên ma câu đằng ẩm có hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

Đánh giá tình trạng tàn phế phụ thuộc trong hoạt động cuộc sống hàng ngày sau đột quỵ theo thang điểm Rankin, chúng tôi nhận thấy: 20% BN chuyển 2 độ liệt, so với nhóm chứng không có BN chuyển 2 độ liệt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo thang điểm Barthel nhận định về chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN: 23,3% chuyển 2 độ liệt, trong khi ở nhóm chứng không có BN chuyển 2 độ liệt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình Barthel tăng được $24,16 \pm 11,37$ cao hơn so với nhóm chứng là

$17,00 \pm 6,64$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị trên lâm sàng và cận lâm sàng

Trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy không có BN nào gặp phải các tác dụng không mong muốn, không BN nào phải dùng thuốc. Các chức năng gan thận không bị ảnh hưởng trong quá trình điều trị. Do đó, phương pháp điều trị trong NC của chúng tôi có thể được sử dụng rộng rãi, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đột quỵ não.** Nguyễn Minh Hiền, Nhà xuất bản Y học 2013, tr 11- 12, 16- 25
2. **Điều trị tai biến mạch máu não bằng Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại,** Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Hà, Nhà xuất bản Y học 2017, tr 61- 69.
3. **Vũ Thị Hải Yến,** Đánh giá tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân Nhồi máu não bằng thể châm, thuốc Y học cổ truyền kết hợp Đầu châm, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội 2010.
5. **Chăm sóc điều trị tai biến mạch máu não:** Lợi ích của đơn vị đột quỵ - Thực trạng và triển vọng, Lê Văn Thành, Hội Thần kinh học Việt Nam 2003, tr4, 16, 17
6. **Phạm Vũ,** Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Huyết phủ trục ú thang” trong điều trị phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2017.
7. **Thuốc Đông y - Cách sử dụng và một số bài thuốc hiệu nghiệm,** Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học 2006, tr191-205, 341- 361, 401-415.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI, TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN- BỆNH VIỆN LÊ CHÂN NĂM 2020

Đoàn Mỹ Hạnh*, Nguyễn Thị Thuý*

TÓM TẮT

Thoái hóa khớp là một bệnh lý mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Thoái hoá khớp gối là nguyên nhân gây tàn tật đứng thứ hai sau bệnh tim mạch.

Mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị trên bệnh nhân Thoái hoá khớp gối
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị.

Đối tượng:

30 bệnh nhân vào điều trị tại khoa YHCT Bệnh viện Lê chân- Hải Phòng ≥ 38 tuổi, Được chẩn đoán Thoái hoá khớp gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (ACR-1991).

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

Kết quả:

Sau điều trị điểm VAS trung bình giảm, mức độ đau và chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne Index-1985 giảm, độ gấp duỗi khớp gối Wavren A.Katr (1997) tăng ($p < 0,05$). Không phát hiện tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVE OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH ULTRASOUND THERAPY IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE, AT FALCUTY OF TRADITIONAL MEDICINE, LE CHAN HOSPITAL, IN 2020

Osteoarthritis is a chronic disease consisting mainly of cartilage and joint damage, accompanied by damage to the bones below the cartilage, ligaments, parietal muscles and synovial membranes. Knee osteoarthritis is the second leading cause of disability after cardiovascular disease.

Objectives:

1. Evaluating the effective of Electro-acupuncture combined with ultrasound therapy in patients with osteoarthritis of the knee.
2. Observe the side effect of the treatments.

Subjective: 30 patients over 38 years old who were diagnosed with osteoarthritis of the knee (ACR-1991).

Method: Clinical trial study, comparing the effect before and after treatment.

Results: After treatment, the VAS average reduced. The Knee flexion improved, the Lequesne Index average reduced ($p < 0,05$). No side effects were observed during the treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là một bệnh lý mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây

*Trường Đại học Y Dược Hải phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Mỹ Hạnh
Email: dmhanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

chăng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp vẫn còn chưa rõ ràng, tuy nhiên nhiều giả thuyết cho rằng vấn đề lão hóa do tuổi tác và tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài là những nguyên nhân chính dẫn tới thoái hóa khớp. Thoái hóa khớp gối là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim mạch. Việc điều trị thoái hóa khớp gối chủ yếu là dùng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm toàn thân hoặc tiêm trực tiếp vào khớp gối. Mặc dù các nhóm thuốc này có tác dụng làm giảm đau, làm chậm quá trình thoái hóa khớp, nhưng cũng có nhiều tác dụng phụ như gây xuất huyết tiêu hóa, suy thận, suy gan. Theo Y học cổ truyền (YHCT) thoái hóa khớp gối thuộc phạm vi chứng Tý. Nguyên nhân do phong, hàn, thấp xâm phạm cùng với chính khí suy giảm mà gây nên bệnh, việc điều trị có thể kết hợp Điện châm với Siêu âm điều trị. Siêu âm điều trị có tác dụng cơ học và tác dụng sinh nhiệt làm tăng tuần hoàn và dinh dưỡng do tăng nhiệt, làm giãn cơ do kích thích lên các thụ cảm thể thần kinh, làm kích thích quá trình tái sinh tổ chức và có tác dụng giảm đau. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu với tác dụng của xung điện làm dịu đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức.

Nhằm đánh giá tác dụng của phương pháp Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị trên bệnh nhân Thoái hoá khớp gối, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Đánh giá tác dụng của phương pháp Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị trên bệnh nhân thoái hoá khớp gối tại khoa Y học cổ truyền- Bệnh viện Lê chân năm 2020*” nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của phương pháp Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị trên bệnh nhân Thoái hoá khớp gối*

2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 30 bệnh nhân vào điều trị tại khoa YHCT Bệnh viện Lê chân- Hải Phòng ≥ 38 tuổi, Được chẩn đoán THK gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (ACR-1991).

+ Bệnh nhân THK gối thể phong hàn thấp tý theo YHCT.

+ Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu

+ Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

+ Bỏ điều trị giữa chừng ≥ 2 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

30 BN ≥ 38 tuổi được chẩn đoán thoái hóa khớp gối vào điều trị tại khoa YHCT Bệnh viện Lê chân- Hải Phòng bằng Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị.

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu

30 bệnh nhân vào điều trị tại khoa YHCT Bệnh viện Lê chân- Hải Phòng ≥ 38 tuổi, Được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (ACR-1991).

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá kết quả trước và sau điều trị qua các chỉ tiêu:

+ Triệu chứng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp

+ Triệu chứng đau: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm số học VAS

- + Đánh giá chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne (1985)
 - + Đo tầm vận động chủ động của khớp gối
 - + Đánh giá chỉ số gót móng
 - Theo dõi tác dụng không mong muốn:
- chảy máu, ban đỏ, phù nề, sản ngứa, nhiễm trùng tại chỗ, vụng châm
- 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**
- Thời gian: 1/2020 – 11/2020
 - Địa điểm: Khoa Y học cổ truyền- Bệnh viện đa khoa Quận Lê chân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

Bảng 1. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Không đau	0 điểm	0	0	0	0
Đau ít	1-3 điểm	2	6,7	26	86.7
Đau vừa	4-6 điểm	25	83,3	4	13,3
Đau nhiều	7-10 điểm	3	10	0	0
Tổng		30	100	30	100
Điểm VAS trung bình		5,51±1,17		3,20±0,80	
Độ chênh điểm VAS		2,31±0,76			
P		<0,01			

Nhận xét: Sau 10 ngày điều trị, Điểm VAS trung bình giảm từ 5,51±1,17 xuống 3,20±0,80, giảm 2,31±0,76. Nhóm đau vừa từ 83,3% xuống 13,3%. Không còn BN đau nhiều. Sự khác biệt về mức độ đau trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 2. Mức cải thiện tầm vận động khớp gối trước và sau điều trị

Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Không hạn chế	≥135 độ	1	3,3	1	3,3
Hạn chế nhẹ	120-135 độ	11	36,7	24	80
Hạn chế vừa	90-120 độ	16	53,3	5	16,7
Hạn chế nặng	<90 độ	2	6,7	0	0
Tổng		30	100	30	100
Điểm trung bình tầm vận động khớp gối		119,43±11,09		128,40±8,59	
Độ chênh tầm vận động khớp gối		8,96 ± 4,83			
P		< 0,01			

Nhận xét: Sau 10 ngày điều trị, Tầm vận động khớp gối TB tăng từ 119,43±11,09 lên 128,40±8,59, tăng 8,96±4,83 độ. Nhóm hạn chế nhẹ tăng từ 36,7% lên 80%. Sự khác biệt về tầm vận động khớp trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 3: Mức độ cải thiện mức độ đau và chức năng khớp gối theo Lequesne trước và sau điều trị

Mức độ tổn thương	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	TL (%)	n	TL (%)
Nhẹ 0-4 điểm	0	0	0	0
TB 5-7 điểm	1	3,3	11	36,7
Nặng 8-10 điểm	5	16,7	14	46,7
Rất nặng 11-13 điểm	17	56,7	4	13,3
Trầm trọng ≥ 14 điểm	7	23,3	1	3,3
Tổng	30	100	30	100
Điểm Lequesne TB	15,28 $\pm$ 19,02		8,05 $\pm$ 2,35	
Độ chênh điểm Lequesne	7,23 $\pm$ 0,19			
P	<0.05			

Nhận xét: Mức độ cải thiện mức độ đau và chức năng khớp gối sau điều trị giảm từ 15,28 $\pm$ 19,02 xuống 8,05 $\pm$ 2,35, giảm 7,23 $\pm$ 0,19 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 4: Đánh giá chỉ số gót móng của nhóm NC trước và sau điều trị

Chỉ số gót móng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	TL (%)	n	TL (%)
Không hạn chế (<5cm)	0	0	0	0
Vừa (5-10 cm)	1	3,3	13	43,3
Nặng (10-15cm)	8	26,7	10	33,3
Rất nặng (>15 cm)	21	70	7	23,3
Tổng	30	100	30	100
Chỉ số gót móng TB	19,47±6,43		13,03±5,01	
Độ chênh Chỉ số gót - móng	6,43±3,42			
P	<0,01			

Nhận xét: Chỉ số gót - móng sau điều trị giảm từ 19,47 $\pm$ 6,43 xuống 13,03 $\pm$ 5,01, giảm 6,43 $\pm$ 3,42 cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

3.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào gặp phải các tác dụng không mong muốn như: buồn nôn, mất ngủ, rối loạn đại tiện, vụng châm, xuất huyết tại chỗ châm, nhiễm trùng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị

4.1.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Sau 10 ngày điều trị, Điểm VAS trung bình giảm từ 5,51 $\pm$ 1,17 xuống 3,20 $\pm$ 0,80 điểm. Nhóm đau vừa từ 83,3% xuống 13,3%. Không còn BN đau nhiều. Sự khác biệt về mức độ đau trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Với nhóm NC của Nguyễn Thị Hương, điểm VAS trung bình

giảm được $2,50 \pm 0,327$ điểm sau 10 ngày điều trị.

4.1.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm Lequesne

Mức độ cải thiện mức độ đau và chức năng khớp gối sau điều trị theo thang điểm Lequesne giảm từ $15,28 \pm 19,02$ xuống $8,05 \pm 2,35$ điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.1.3. Mức cải thiện tầm vận động khớp gối trước và sau điều trị

Sau 10 ngày điều trị, Tầm vận động khớp gối TB tăng từ $119,43 \pm 11,09$ lên $128,40 \pm 8,59$ độ. Nhóm hạn chế nhẹ tăng từ 36,7% lên 80%. Sự khác biệt về tầm vận động khớp trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự cải thiện tầm vận động khớp gối tương đương với Nguyễn Thị Hương: tăng $9,9 \pm 1,69$ điểm.

4.1.4. Đánh giá chỉ số gót móng của nhóm NC trước và sau điều trị

Chỉ số gót - móng sau điều trị giảm từ $19,47 \pm 6,43$ xuống $13,03 \pm 5,01$ cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Thị Hương sau 10 ngày điều trị giảm được $6,4 \pm 1,32$ điểm

4.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy không có bệnh nhân nào gặp phải các tác dụng không mong muốn vùng châm, ban đỏ phù nề, sưng ngứa, nhiễm trùng tại chỗ.

V. KẾT LUẬN

5.1. Phương pháp Điện châm kết hợp Siêu âm điều trị có hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân thoái hoá khớp gối.

- Theo thang điểm VAS: Điểm VAS TB giảm $2,31 \pm 0,76$ điểm.

- Mức cải thiện tầm vận động khớp gối trước và sau điều trị: tăng $8,96 \pm 4,83$ độ.

- Mức độ cải thiện mức độ đau và chức năng khớp gối theo Lequesne trước và sau điều trị: Điểm TB giảm $7,23 \pm 0,19$ điểm.

- Đánh giá chỉ số gót móng của nhóm NC trước và sau điều trị: Điểm TB giảm $6,43 \pm 3,42$ cm sau điều trị.

5.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị.

Trong quá trình điều trị không có BN nào có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “**Hư khớp**”, Bệnh học nội khoa tập II, Trần Ngọc Ân, NXB Y học 2004, tr 327-342
2. **Nguyễn Thị Bích**, Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc “Tam tỷ thang” kết hợp với bài tập vận động khớp gối, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2014.
3. “**Chứng tỷ**”, Nội khoa học cổ truyền, Hoàng Bảo Châu NXB Y học 2006, tr 528 - 538.
4. “**Thoái hóa khớp và cột sống**”, Tài liệu đào tạo chuyên ngành cơ - xương - khớp, Nguyễn Mai Hồng, Bệnh viện Bạch Mai 2002, tr. 167 - 168.
5. **Nguyễn Thị Hương**, Đánh giá tác dụng của siêu âm điều trị kết hợp điện châm và bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2017.
6. “**Một số bệnh về khớp xương**”, Bài giảng Y học cổ truyền tập 2, Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học 2005,, tr. 160 - 165.
7. **Phục hồi chức năng** (dùng cho bác sỹ định hướng chuyên khoa) Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học 2009, , tr 46-47

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM HUYỆT GIÁP TÍCH VÀ DÙNG BÀI THUỐC ĐỘC HOẠT TANG KÍ SINH TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Thị Phụng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị của phương pháp điện châm có sử dụng huyệt Giáp tích và dùng bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh thang trong điều trị đau thần kinh tọa tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1/2020 – 10/2020. **Đối tượng:** Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán là đau thần kinh tọa, chia làm 2 nhóm chứng và nhóm nghiên cứu, mỗi nhóm 30 bệnh nhân. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng. **Kết quả:** Sau 12 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân đau nhẹ và không đau là 100% so với nhóm chứng là 86%; nhóm nghiên cứu các bệnh nhân cải thiện độ chun giãn CSTL mức độ tốt là 56.7%, trong khi đó ở nhóm chứng là 26.7%; cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có cải thiện chèn ép rễ ở mức độ nhiều là 66.7% và 56.7%. Có 10 trường hợp chảy máu tại vị trí châm trong quá trình điều trị. Không có trường hợp nào sốc, gãy kim, nhiễm trùng.

Từ khóa: Đau thần kinh tọa, điện châm, huyệt giáp tích.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECT OF ELECTRICAL ACUPUNCTURE JIA JI

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phụng

Email: nthphuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

POINTS AND DOC HOAT TANG KI SINH THANG REMEDY IN THE TREATMENT OF SIATICA AT TRADITIONAL MEDICINE OF DEPARTMENT-HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objectives: Describing the treatment results of the electro-acupuncture method using Giap tích points and using the Doc hoạt tang kí sinh thang remedy in the treatment of sciatica at Traditional Medicine of department - Hai Phong Medical University Hospital from 2020, January to 2020, October. **Subjects:** Includes 60 patients diagnosed with sciatica, divided into control groups and research groups, each group contains 30 patients. **Research method:** open clinical research, comparing before and after treatment, with control. **Results:** After 12 days of treatment, the research group had the percentage of patients with mild pain and no pain was 100%, compared to the control group was 86%; the patients of research group improved lumbar spinal dilation at the good level was 56.7 %, while in the control group was 26.7%; both research groups and control groups improved compress of nerve roots was 66.7% and 56.7%. There were 10 cases of bleeding at the prick site during treatment. There were no cases of shock, needle breakage, infection.

Keywords: sciatica, electrical acupuncture, Jia Ji points.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa là một bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đau thần kinh tọa là đau từ vùng thắt lưng lan xuống mông, đùi, cẳng, bàn ngón chân ở một hoặc 2 bên.

Bệnh ảnh hưởng không nhỏ đến lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam, đau thần kinh tọa chiếm 41,45% nhóm bệnh lý cột sống. Theo Trần Ngọc Ân và cộng sự đau thần kinh tọa chiếm 2% dân số, chiếm 17% ở người trên 60 tuổi. Y học hiện đại có nhiều phương pháp điều trị đau thần kinh tọa: can thiệp ngoại khoa, vật lý trị liệu, nội khoa... Nhưng nhược điểm là các thuốc giảm đau chống viêm có khá nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến người bệnh, đặc biệt khi phải sử dụng dài ngày. Do đó nhu cầu điều trị đau thần kinh tọa bằng các phương pháp Y học cổ truyền như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, thuốc y học cổ truyền ngày một tăng vì giảm thiểu được những tác dụng không mong muốn của thuốc Y học hiện đại.

Sử dụng huyệt giáp tích trong công thức huyệt điện châm, kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, dùng bài độc hoạt Tang kí sinh gia giảm để điều trị đau thần kinh tọa được ứng dụng trong các cơ sở y tế và cho thấy hiệu quả khả quan trong điều trị bệnh, chi phí không cao, ít tai biến trong quá trình điều trị. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm có sử dụng huyệt Giáp tích và dùng bài Độc hoạt Tang kí sinh thang trong điều trị đau thần kinh tọa tại khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020” với hai mục tiêu:

1. Mô tả kết quả điều trị đau thần kinh tọa của phương pháp điện châm có sử dụng huyệt Giáp tích và dùng bài Độc hoạt tang kí sinh thang.

2. Mô tả tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân từ 18 tuổi được chẩn đoán là đau thần kinh tọa, điều trị ngoại trú tại khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, sau đó chia làm hai nhóm theo phương pháp ghép cặp đảm bảo tương đồng về tuổi, giới và mức độ đau theo thang điểm VAS..

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18 , không phân biệt giới tính
- Bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ các nguyên tắc điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu
- Bệnh nhân đau thần kinh tọa kèm theo các bệnh mạn tính như lao, ung thư, suy tim, suy gan, suy thận, HIV/AIDS, bệnh viêm nhiễm cấp tính.
- Bệnh nhân mắc các bệnh rối loạn đông máu.
- Phụ nữ đang trong thời kỳ hành kinh, phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

2.3.2. Tiến hành nghiên cứu

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn thì đưa vào nghiên cứu, chia 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu (30 bệnh nhân):
+ Bệnh nhân được châm theo công thức huyết: giáp tích CSTL, A thị huyết, Đại trường du, Thận du, Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Phong thị, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Côn lôn lưu kim 20 phút/ lần x 01 lần/ngày x 12 ngày.

+ Xoa bóp bấm huyết bên đau x 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 12 ngày.

+ Độc hoạt tang ký sinh thang, sắc uống ngày 01 thang chia hai lần, uống sáng chiều x 12 ngày.

- Nhóm chứng (30 bệnh nhân):

+ Bệnh nhân được châm theo công thức huyết: A thị huyết, Đại trường du, Thận du, Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Phong thị, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Côn lôn lưu kim 20 phút/ lần x 01 lần/ngày x 12 ngày.

+ Xoa bóp bấm huyết bên đau x 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 12 ngày.

+ Độc hoạt tang ký sinh thang, sắc uống ngày 01 thang chia hai lần, uống sáng chiều x 12 ngày.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

2.3.1. Các chỉ tiêu chung: tuổi, giới

2.3.2. Các chỉ tiêu lâm sàng:

- **Mức độ đau:** Đánh giá theo thang điểm VAS

Điểm VAS	Biểu thị mức độ đau	Điểm quy đổi
0 điểm	Hoàn toàn không đau	4 điểm
1 – 3 điểm	Đau ít	3 điểm
4 – 6 điểm	Đau vừa	2 điểm
7 – 10 điểm	Đau nhiều	1 điểm

- **Độ giãn CSTL Schober:**

Chỉ số schober	Điểm quy đổi
Tốt ($\geq 14/10$ cm)	4 điểm
Khá (13.5-13.9/10 cm)	3 điểm
Trung bình (13-13.4/10 cm)	2 điểm
Kém ($< 13/10$ cm)	1 điểm

- **Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Nghiệm pháp Lasegue):**

Lasegue (độ)	Điểm quy đổi
Cải thiện nhiều ($\geq 75^\circ$)	4 điểm
Cải thiện vừa (65-74°)	3 điểm
Cải thiện ít (55-74°)	2 điểm
Không cải thiện ($< 55^\circ$)	1 điểm

- Các tác dụng không mong muốn: sốc, chảy máu, gãy kim, nhiễm trùng, tác dụng khác.

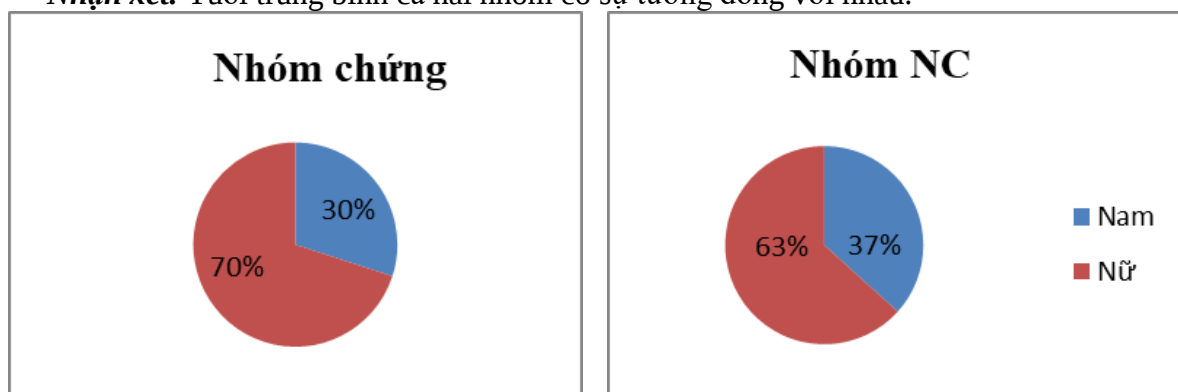
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Lứa tuổi (năm)	Nhóm chứng (1) (n=30)		Nhóm NC (2) (n=30)		p(1-2)
	n	%	n	%	
≤ 30	0	0	0	0	> 0.05
30 – 60	7	23.3	9	30	
≥60	23	76.7	21	70	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	64.7±10.333		62.43±6.595		

Nhận xét: Tuổi trung bình cả hai nhóm có sự tương đồng với nhau.



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới ở hai nhóm

Nhận xét: Phân bố theo giới ở hai nhóm là có sự tương đồng nhau, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam ở cả 2 nhóm NC và nhóm chứng.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Đánh giá thang điểm VAS trước và sau điều trị

Nhóm Mức độ đau	Nhóm chứng (1) (n=30)				Nhóm NC (2) (n=30)				p(1-2)
	T0		T12		T0		T12		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0	5	16.7	0	0	9	30	<0.05
Đau nhẹ	2	6.7	21	70	3	10	21	70	
Đau vừa	19	63.3	4	13.3	16	53.3	0	0	
Đau nặng	9	30	0	0	11	36.7	0	0	
p(T0-T12)	<0.05				<0.05				

Nhận xét: Sau 12 ngày điều trị, tỷ lệ này ở cả hai nhóm đều giảm tuy nhiên ở nhóm nghiên cứu giảm đáng kể hơn so với nhóm chứng. Nhóm nghiên cứu không còn triệu chứng đau vừa, triệu chứng không đau cũng lớn hơn ở nhóm chứng (nhóm NC 30%, nhóm chứng 16.7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.3. Đánh giá cải thiện độ chun giãn CSTL T12

Nhóm giãn CSTL \ Độ chun	Nhóm chứng (1) (n=30)		Nhóm NC (2) (n=30)		p(1-2)
	n	%	n	%	
Kém	0	0	0	0	> 0.05
Trung bình	4	13.3	3	10	> 0,05
Khá	18	60	10	33.3	< 0.05
Tốt	8	26.7	17	56.7	< 0.05
p(T0-T12)	> 0.05				

Nhận xét: Sau 12 ngày điều trị, độ cải thiện chun giãn CSTL đạt mức độ khá và tốt ở nhóm NC và nhóm chứng là 90% và 86.7%. Không có bệnh nhân nào đạt mức độ kém. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, độ cải thiện chun giãn CSTL đạt mức độ tốt ở nhóm NC là 56.7% so với nhóm chứng là 26.7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.4. Sự cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh theo NP Lasègue

Nhóm \ Lasègue	Nhóm chứng (1) (n=30)		Nhóm NC (2) (n=30)		p(1-2)
	n	%	n	%	
Không cải thiện	0	0	0	0	>0.05
Cải thiện ít	1	3.3	0	0	
Cải thiện vừa	12	40	10	33.3	
Cải thiện nhiều	17	56.7	20	66.7	
p(T0-T12)	>0.05				

Nhận xét: Sau 12 ngày điều trị, sự cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh ở 2 nhóm NC và nhóm chứng không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

Bảng 3.5. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp

Tác dụng không mong muốn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	10	16.67
Sốc, gãy kim, nhiễm khuẩn, khác	0	0

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, có 10 trường hợp xuất hiện tai biến chảy máu, tương ứng với tỷ lệ 16.67%. Không có trường hợp nào bị sốc, gãy kim, nhiễm khuẩn, tác dụng không mong muốn khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng chung

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 4.1, bệnh nhân đau thần kinh tọa xuất hiện từ lứa tuổi 30 trở lên, trong đó gặp nhiều nhất ở độ tuổi ≥ 60 . Ở lứa tuổi ≥ 60 tuổi, quá trình

thoái hóa trở nên mạnh hơn, do vậy biểu hiện đau thần kinh tọa ở lứa tuổi trên 60 là nhiều nhất.

- Đặc điểm về giới: Từ biểu đồ 4.1 cho thấy, đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm là nữ. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao được giải thích là do cấu trúc hệ thống về đĩa đệm, dây chằng, cơ,

đốt sống thắt lưng của nữ yếu hơn nam giới.

4.2. Kết quả điều trị

- Sự cải thiện mức độ đau: Theo kết quả ở bảng 4.2 cho thấy: Trước điều trị, đa số bệnh nhân đều có biểu hiện đau ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ chủ yếu ở 2 nhóm (63.3% ở nhóm chứng và 53.3% ở nhóm NC). Sau 12 ngày điều trị, tỷ lệ này ở cả hai nhóm đều giảm tuy nhiên ở nhóm NC giảm đáng kể hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

- Sự cải thiện độ chun giãn CSTL: Khi bệnh nhân đau thắt lưng hông thì sẽ gây co cơ vùng thắt lưng, khi co cơ thì đau lại tăng. Tình trạng này sẽ gây hạn chế tầm vận động của các khớp vùng cột sống thắt lưng, đặc biệt ảnh hưởng tới độ giãn cột sống thắt lưng. Châm huyết giáp tích có tác dụng giảm đau mạnh, giải quyết được tình trạng đau và co cơ, do đó cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng tốt hơn.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Khi nghiên cứu về một phương pháp điều trị, ngoài việc nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị thì việc theo dõi phát hiện các tác dụng không mong muốn trên cả lâm sàng và cận lâm sàng là điều vô cùng cần thiết. Phương pháp điều trị của chúng tôi bao gồm bài thuốc, điện châm và XBBH, do đó chúng tôi sẽ theo dõi tác dụng không mong muốn trên cả ba phương diện này. Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này hàng ngày, từ thời điểm T0 đến T12, chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp có chảy máu tại chỗ châm chiếm 16.67%.

V. KẾT LUẬN

- Cải thiện tốt tình trạng đau: Giảm đau: sau 12 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân đau nhẹ và không đau là 100%

so với nhóm chứng là 86.7%.

- Cải thiện độ chun giãn cột sống thắt lưng: ở nhóm nghiên cứu các bệnh nhân đã cải thiện độ chun giãn CSTL mức độ tốt là 56.7%, trong khi đó ở nhóm chứng là 26.7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

- Sự cải thiện mức độ chèn ép rễ theo nghiệm pháp Lasègue: sau 12 ngày điều trị ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng mức độ cải thiện chèn ép rễ ở mức độ nhiều là 66.7% và 56.7%.

- Có 10 trường hợp chảy máu tại vị trí châm trong quá trình điều trị. Không có trường hợp nào sốc, gãy kim, nhiễm trùng hay các tác dụng không mong muốn khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Việt Hùng, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, năm 2014:** Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm.
2. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2010,** Châm cứu, 180-202, 264- 265, 419-422.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nhà xuất bản Y học, năm 2010,** Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, tr.138-163, 363-365.
4. **Nguyễn Thị Tú Anh, Luận văn BSCKII, Đại học Y Dược Huế, năm 2014,** Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết giáp tích.
5. **Nguyễn Tiến Hưng, Luận văn thạc sỹ y học, Viện Y học cổ truyền Quân Đội, Hà Nội, năm 2012,** Đánh giá tác dụng của Đại trường châm kết hợp Laser châm trong điều trị do thoái hóa cột sống thắt lưng.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA KIÊN TAM CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

Nguyễn Thị Thùy Dung*, Khúc Thị Song Hương*

TÓM TẮT

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh phổ biến bao gồm những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai và tổn thương ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Không có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch.

Mục tiêu: Nhận xét hiệu quả của Kiên tam châm trong điều trị viêm quanh khớp vai.

Đối tượng nghiên cứu: 60 BN được chẩn đoán là viêm quanh khớp vai

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu lâm sàng có đối chứng

Kết quả

Sau điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ $5,97 \pm 1,63$ xuống còn $2,2 \pm 1,18$. Sau điều trị ở cả hai nhóm không còn BN nào đau dữ dội. Tầm vận động khớp vai được cải thiện rõ rệt. Phương pháp điều trị không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Kết luận: Kiên tam châm có hiệu quả tốt trong điều trị viêm quanh khớp vai

Từ khóa: Viêm quanh khớp vai, kiên tam châm

SUMMARY

THE EFFECT OF TREATMENT SHOULDER PAIN BY JIN'S SAN ZHEN METHOD

Shoulder pain (VQKV) is a common disease that includes of pain and limited of shoulder

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Dung

Email: nttdung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

movement and damage to soft tissue, mainly tendons, muscles, ligaments around the joint. There were no damage of the bone, cartilage and synovium.

Objectives: evaluation the effect of Jin's san zhen on treatment shoulder pain

Subject: 60 patients who were diagnosed shoulder pain

Method: a clinical intervention research

Results: After treatment, the VAS point average reduced from $5,97 \pm 1,63$ to $2,2 \pm 1,18$ ($p < 0,05$), and there is no patient who has hurts whole lots. The range of the shouder is improved. This method has no side effect on clinical.

Conclusion: Jin's san zhen has good effect on treatment shoulder pain

Keyword: Shoulder pain, Jin's san zhen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh bao gồm những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai và tổn thương ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Không có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch.

Tại Việt Nam, VQKV là một bệnh khớp gặp khá phổ biến. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng biểu hiện trên lâm sàng thường là đau và hạn chế vận động khớp vai, các triệu chứng này gây ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt của người bệnh.

Để điều trị VQKV, y học hiện đại (YHHĐ) chủ yếu sử dụng các thuốc giảm đau, giãn cơ. Y học cổ truyền (YHCT) cũng

có nhiều phương pháp để điều trị VQKV như: Trong đó, châm cứu là phương pháp cho hiệu quả điều trị khá cao.

Kiên tam châm là công thức huyết châm cứu mới Trung Quốc do giáo sư Cận Thụy sáng lập. Phương pháp này chỉ sử dụng 3 huyết là Kiên ngưng, Kiên tiền, Kiên hậu và sử dụng máy điện châm. Xuất phát từ thực tế điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm các mục tiêu sau:

Nhận xét hiệu quả của Kiên tam châm trong điều trị viêm quanh khớp vai tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 BN được chẩn đoán là VQKV, chia làm 2 nhóm

Nhóm 1 (nhóm chứng): 30 BN điều trị theo công thức huyết của Bộ Y tế: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trình, Tý nhu, Khúc trì

Nhóm 2 (nhóm nghiên cứu): 30 BN điều trị theo công thức huyết như trên + Kiên tam châm

BN đồng ý chấp nhận tham gia nghiên cứu. BN được ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

Tất cả BN được chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn sau

- BN không phân biệt lứa tuổi, giới, nghề nghiệp.
- BN được chẩn đoán xác định là VQKV
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.
- Không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Viêm quanh khớp vai thể giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng Canxi.

• Bệnh nhân bị Viêm quanh khớp vai do U phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim, u vú; viêm quanh khớp vai trong viêm đa khớp dạng thấp

• Phụ nữ có thai.

• Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa YHCT, bệnh viện ĐHYHP

Thời gian: 2/2020 – 11/2020

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu can thiệp thử nghiệm lâm sàng, có đối chứng.

2.3.1. Quy trình nghiên cứu

Tất cả BN được khám, làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

Chia BN thành 2 nhóm: Nhóm chứng và nhóm nghiên cứu

Tiến hành thủ thuật châm cứu: Châm tả các huyết sau, lưu kim 20 phút

* Nhóm chứng: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trình, Tý nhu, Khúc trì (công thức huyết A)

* Nhóm nghiên cứu: công thức huyết như trên + Kiên tam châm

Liệu trình: 01 lần/ngày x 12 ngày

Theo dõi các biểu hiện lâm sàng và tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Đánh giá kết quả điều trị vào các thời điểm: Trước điều trị, ngày 6, ngày 12. So sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

Theo dõi các triệu chứng lâm sàng theo y học hiện đại

a. Triệu chứng toàn thân: Ý thức, mạch, nhiệt độ, huyết áp

b. Đánh giá chức năng khớp vai

Dựa vào triệu chứng đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động, lực của vai, với tổng điểm là 100

Chỉ tiêu đánh giá	Điểm nghiên cứu
Điểm VAS – đánh giá mức độ đau – điểm tối đa 15	
0 – hoàn toàn không đau	15 điểm
1 - <3 điểm – đau ít	10 điểm
3 - ≤6 điểm – đau vừa	5 điểm
> 6 điểm – đau nặng	0 điểm
Đánh giá hoạt động trong cuộc sống hàng ngày. Điểm tối đa là 20	
A. Mức độ hoạt động	
Làm việc	4
Giải trí (thể thao)	4
Ngủ	2
B. Vị trí	
Hướng về hông	2
Hướng về lưng	4
Hướng về cổ	6
Hướng về đỉnh đầu	8
Trên đầu	10
Đánh giá tầm vận động khớp vai	
Nâng vai ra trước, lên trên. (dùng thước đo độ)	
0- 30°	0
31°- 60°	2
61°- 90°	4
91°- 120°	6
121°- 150°	8
151°- 180°	10
Điểm tối đa của nâng vai ra trước, lên trên là 10	
Dạng vai sang bên, lên trên (Cho điểm giống nâng vai ra trước). Điểm tối đa là 10	
Quay ngoài	
Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
Đỡ tay trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
Đỡ tay trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
Tay đỡ quá đỉnh đầu	2
Điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài là 10 điểm	
Quay trong	
Bàn tay đặt ở đùi	0
Bàn tay đặt ở mông	2
Bàn tay đặt ở điểm nối giữa CSTL và xương chậu	4

Bàn tay đặt ở đốt sống thắt lưng L5	6
Bàn tay đặt ở đốt sống ngực D12	8
Bàn tay đặt ở xương bả vai	10
Điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong 10 điểm	
Đánh giá lực của vai: tối đa 25 điểm	
Theo phương pháp của Moseley, BN nâng vai một góc 90 độ, bình thường nâng được 25 pounds, (1pound = 0,45kg)	

c. Đánh giá tầm vận động khớp vai

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ
Dạng	>150 °	Độ 0
	101 – 150 ⁰	Độ 1
	51 – 100 ⁰	Độ 2
	0 – 50 ⁰	Độ 3
Xoay ngoài	>85 °	Độ 0
	61 – 85 ⁰	Độ 1
	31 – 60 ⁰	Độ 2
	0 – 30 ⁰	Độ 3
Xoay trong	>85 °	Độ 0
	61 – 85 ⁰	Độ 1
	31 – 60 ⁰	Độ 2
	0 – 30 ⁰	Độ 3

d. Theo dõi tác dụng không mong muốn

- Tại chỗ: ban đỏ, phù nề, sần ngứa tại chỗ
- Toàn thân: Vụng châm

e. Phương pháp đánh giá kết quả

Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung được chia làm 4 loại sau: Tốt, khá, trung bình, kém

Kết quả	Điểm nghiên cứu
Tốt	85 – 100
Khá	75- 84
Trung bình	60 – 75
Kém	<60

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được xử lý theo chương trình SPSS 16.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua tại hội đồng khoa học của khoa YHCT và hội

đồng khoa học trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho người bệnh

Trước khi nghiên cứu BN được hỏi ý kiến và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả giảm đau theo mức độ đau

Bảng 3.1. Hiệu quả giảm đau theo mức độ đau

Nhóm Mức độ đau	Nghiên cứu (1) (n = 30)				Đối chứng (2) (n = 30)				p(1-2)
	D0		D12		D0		D12		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0	2	6,7	0	0	2	6,7	>0,05
Đau ít	1	3,3	23	76,7	2	6,7	17	56,7	
Đau vừa	13	43,4	5	16,6	11	36,6	11	36,6	
Đau nặng	16	53,3	0	0	17	56,7	0	0	
p(D0- D12)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau điều trị ở nhóm nghiên cứu có 2 BN hết đau, 23 BN đau nhẹ, 5BN đau vừa. Sau điều trị ở nhóm chứng có 2 BN hết đau, 17 BN đau nhẹ, 11 BN đau vừa.

Sự khác biệt trước và sau điều trị ở từng nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt kết quả sau điều trị ở 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Nhóm Điểm VAS	Nghiên cứu (n = 30)		Đối chứng (n = 30)	
	D0	D12	D0	D12
$\bar{X} \pm SD$	5,97 $\pm$ 1,63	2,20 $\pm$ 1,18	5,90 $\pm$ 1,75	2,67 $\pm$ 1,47
Mức chênh D0- D12	3,77 $\pm$ 1,13		3,23 $\pm$ 0,93	
p(D0- D12)	<0,05		<0,05	

Nhận xét: Điểm VAS trung bình giảm cả ở 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng

Nhóm nghiên cứu giảm từ 5,97 $\pm$ 1,63 còn 2,20 $\pm$ 1,18, như vậy điểm VAS giảm được 3,77 $\pm$ 1,13

Nhóm chứng giảm từ 5,90 $\pm$ 1,75 còn 2,67 $\pm$ 1,47, giảm được 3,23 $\pm$ 0,93

Sự khác biệt điểm VAS trung bình trước và sau điều trị ở từng nhóm là có ý nghĩa thống kê.

Không có sự khác biệt về điểm VAS trung bình ở 2 nhóm sau điều trị

3.3. Sự cải thiện tầm vận động khớp vai (động tác dạng)

Bảng 3.3. Sự cải thiện tầm vận động khớp vai (động tác dạng)

Bảng Số 3: Sự cải thiện tình trạng khớp gối (động tác đứng)									
Nhóm Mức độ	Nghiên cứu (1) (n = 30)				Đối chứng (2) (n = 30)				p(1-2)
	D0		D12		D0		D12		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0	6	20	0	0	3	10	<0,05
Độ 1	2	6,7	22	73,3	3	10	19	63,3	
Độ 2	21	70	2	6,7	17	57,7	8	26,7	

Độ 3	7	23,3	0	0	10	33,3	0	0	
p(D0- D12)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau điều trị, tầm vận động khớp vai (động tác dạng) có sự cải thiện rõ rệt. Ở nhóm nghiên cứu, sau điều trị còn 2 BN dạng khớp vai độ 2, và có 6 BN dạng khớp vai độ 0.

Ở nhóm chứng, sau điều trị có 3 BN dạng khớp vai độ 0, 19 BN dạng khớp vai độ 1, và 8 BN dạng khớp vai độ 2

Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Sự cải thiện tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)

Bảng 3.4. Sự cải thiện tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)

Nhóm Mức độ	Nghiên cứu(1) (n =30)				Đối chứng(2) (n =30)				p(1-2)
	D0		D12		D0		D12		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0	8	26,7	0	0	3	10	<0,05
Độ 1	2	6,7	15	50	3	10	9	30	
Độ 2	16	53,3	5	16,7	16	53,3	11	36,7	
Độ 3	12	40	2	6,6	11	36,7	7	23,3	
p(D0- D12)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau điều trị, tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) có sự cải thiện rõ rệt. Ở nhóm nghiên cứu, sau điều trị còn 2 BN xoay trong khớp vai độ 3, và có 8 BN xoay trong khớp vai độ 0.

Ở nhóm chứng, sau điều trị có 3 BN xoay trong khớp vai độ 0, 9 BN xoay trong khớp vai độ 1, và 11 BN xoay trong khớp vai độ 2, 7 BN xoay trong khớp vai độ 3

Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.5. Kết quả điều trị chung

Nhóm Mức độ	Nghiên cứu(1) (n = 30)		Đối chứng(2) (n = 30)	
	n	%	n	%
Tốt	7	23,3	3	10
Khá	19	63,3	14	46,7
Trung bình	4	13,4	13	43,3
Kém	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100
p	<0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, nhóm nghiên cứu có 7 BN đạt kết quả tốt, 19 BN đạt kết quả khá, và 4 BN đạt kết quả trung bình

Nhóm chứng có 3 BN đạt kết quả tốt, 14 BN đạt kết quả khá, và 13 BN đạt kết quả

trung bình.

Sự khác biệt về kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.6. Tác dụng không mong muốn:

Trong quá trình điều trị chúng không gặp

trường hợp nào vụng châm, ban đỏ phù nề, sản ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng giảm đau

Đau trong VQKV là một triệu chứng khiến BN phải đi khám và điều trị. Ở cả 2 nhóm chứng và nhóm nghiên cứu, trước điều trị 100% BN đều có triệu chứng đau mức độ từ nhẹ đến nặng. Sau điều trị ở nhóm nghiên cứu có 2 BN hết đau, 23 BN đau nhẹ, 5BN đau vừa. Sau điều trị ở nhóm chứng có 2 BN hết đau, 17 BN đau nhẹ, 11 BN đau vừa.

Sự khác biệt trước và sau điều trị ở từng nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt kết quả sau điều trị ở 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm từ $5,97 \pm 1,63$ còn $2,20 \pm 1,18$, như vậy điểm VAS giảm được $3,77 \pm 1,13$. Điểm VAS trung bình ở nhóm chứng giảm từ $5,90 \pm 1,75$ còn $2,67 \pm 1,47$, giảm được $3,23 \pm 0,93$

Theo Y học cổ truyền, châm cứu thông qua tác dụng vào kinh lạc và huyết có thể đuổi được ngoại tà, thông kinh hoạt lạc. Do đó, có tác dụng giảm đau, chữa bệnh.

Trong Y học hiện đại, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ đau, do đó có tác dụng giảm đau rõ rệt. Ngoài ra, châm cứu còn làm tăng nồng độ các chất như Cortisol, Serotonin, ACTH..., nên có tác dụng làm giảm cơn đau.

4.2. Bàn luận về hiệu quả phục hồi tầm vận động khớp vai

Đau và hạn chế vận động trong VQKV là hai triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân chính làm cho bệnh nhân phải đi điều trị. Biên độ vận động bình thường của khớp vai là dạng tối đa là 180^0 , xoay trong 90^0 .

Tại các thời điểm đánh giá cả hai nhóm BN đều có xu hướng tăng tầm vận động khớp vai.

4.3. Bàn luận về tác dụng điều trị chung. Sau điều trị, nhóm nghiên cứu có 7 BN đạt kết quả tốt, 19 BN đạt kết quả khá, và 4 BN đạt kết quả trung bình

Nhóm chứng có 3 BN đạt kết quả tốt, 14 BN đạt kết quả khá, và 13 BN đạt kết quả trung bình.

Sự khác biệt về kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy, phương pháp sử dụng huyết Kiên tam châm cho kết quả tốt hơn

4.4. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị chúng tôi không gặp trường hợp nào vụng châm, ban đỏ phù nề, sản ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm. Như vậy, có thể thấy đây là phương pháp có tính an toàn cao, dễ áp dụng.

V. KẾT LUẬN

Kiên tam châm có tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động khớp trong điều trị viêm quanh khớp vai

Phương pháp có tính an toàn cao, không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, “Viêm quanh khớp vai”, Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, tr.364 - 374
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Y học, tr.165- 174.
3. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
4. **Vũ Thị Duyên Trang (2013)**, “Đánh giá hiệu quả của vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG CƠ CẤU BỆNH TẬT VÀ CÔNG TÁC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2018, 2019

Phạm Thị Huệ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật và nhận xét công tác điều trị tại khoa Y học cổ truyền, bệnh viện Đại học y Hải Phòng năm 2018, 2019. **Đối tượng:** Tất cả hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân vào khám và điều trị tại khoa trong 2 năm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Bệnh đau lưng chiếm tỷ lệ cao nhất 46,67%, hội chứng cổ vai cánh tay chiếm 30,18%, các bệnh thoái hóa khớp chiếm 8,81%, các bệnh đau thần kinh tọa, liệt VII ngoại biên lần lượt chiếm tỷ lệ 3,58 và 2,84%. Nhóm bệnh nhân thuộc đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,54%, số bệnh nhân nữ đông gấp 1,8 các bệnh nhân nam, trên 62% bệnh nhân vào điều trị từ 60 tuổi trở lên. Phương pháp điều trị kết hợp các thủ thuật với dùng thuốc thang được sử dụng nhiều nhất với 65,48%, đa số các bệnh nhân được dùng kết hợp 2 – 3 thủ thuật. Kết quả điều trị đa số là đỡ với 81,11%, tỷ lệ khỏi bệnh là 11%. **Kết luận:** Bệnh mạn tính, các bệnh cần phục hồi chức năng và các bệnh liên quan đến thoái hóa do tuổi già chiếm ưu thế. Trong số người bệnh nhập viện tại khoa Y học cổ truyền, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, số bệnh nhân nữ đông gấp gần gấp đôi số bệnh nhân nam, bệnh nhân hưu trí và trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao. Phần lớn, bệnh nhân vào khoa được điều trị bằng kết hợp

thủ thuật châm cứu với dùng thuốc thang, tỷ lệ đỡ và khỏi bệnh trên 92%.

Từ khóa: Cơ cấu bệnh tật, điều trị, Khoa Y học cổ truyền bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

SUMMARY

SITUATION OF ILLNESS STRUCTURE AND TREATMENT DEPLOYMENT AT TRADITIONAL MEDICINE DEPARTMENT, HAI PHONG UNIVERSITY HOSPITAL IN 2018, 2019

Objective: Describe the current situation of illness structure and treatment deployment at Traditional Medicine Department, Hai Phong University Hospital in 2018, 2019. **Subjects:** All medical records of patients hospitalized during this two – year period. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** Back pain accounted for the highest rate at 46.67%, neck - shoulder arm syndrome accounted for 30.18%, degenerative joint diseases accounted for 8.81%, diseases of sciatica, peripheral facial nerve palsy accounting for 3.58 and 2.84% respectively. The group of retired patients accounts for the highest proportion of 57.54%, the number of female patients is 1.8 times higher than male patients, over 62% of hospitalized patients aged 60 years and older. The treatment combining procedures with herbal medicine is most commonly used method accounting with 65.48%, most patients were treated using a combination of 2 to 3 procedures and acupuncture. Most patients treated (81.11%) got improvement (of symptoms), the cureative rate was 11%. **Conclusion:** Chronic diseases, diseases requiring rehabilitation in degenerative

*Trường Đại học Y dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Huệ
Email: pthue@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

diseases dominated by old age, nearly twice the number of female patients than men, retirees and over 60 years old. high percentage. Patients entering the department are treated with a method combining acupuncture with the most used herbal medicine, with results of relief and cure over 92%.

Keywords: Disease structure, treatment, Traditional Medicine department Hai Phong University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của các quốc gia sẽ khác nhau vì đặc thù riêng về nhân chủng học, địa lý, văn hóa, tập quán, và điều kiện kinh tế kỹ thuật^{1...} Các nghiên cứu chỉ ra rằng mô hình bệnh tật nước ta vẫn là mô hình bệnh tật của các nước đang phát triển. Số liệu thống kê của Bộ y tế cho thấy gánh nặng bệnh tật và tử vong của các bệnh lây nhiễm đang giảm dần đồng thời với sự gia tăng gánh nặng của tai nạn thương tích và các bệnh không lây.^{1,2}

Theo số liệu về cơ cấu số lượt khám chữa bệnh tại cơ sở y tế nhà nước trong niên giám thống kê năm 2010, xu hướng tỷ trọng các bệnh các bệnh không lây nhiễm gia tăng liên tục ở mức cao. Nếu tỷ trọng này trong năm 1986 chỉ là 39% thì năm 1996 tăng lên 50%, năm 2006 là 62% và chỉ sau 5 năm, đến năm 2010, tỷ trọng này đã tăng thêm 10%, lên mức 72%². Gánh nặng bệnh tật chuyển dịch mạnh sang các bệnh không lây nhiễm.^{2,5}

Để thực hiện tốt công tác khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn, điều trị và chăm sóc người bệnh với chất lượng cao nhất, thực hiện sự công bằng trong khám chữa bệnh.

Xây dựng kế hoạch bệnh viện phải căn cứ vào mô hình bệnh tật, nhu cầu của người bệnh, tình hình trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn của cán bộ.^{2,3}

Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật điều trị tại khoa YHCT năm 2018, 2019.*

2. *Nhận xét công tác điều trị YHCT tại bệnh viện đại học y Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Chất liệu nghiên cứu:** Mẫu bệnh án nghiên cứu (phụ lục kèm theo). Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD – 10).

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả hồ sơ bệnh án của các BN điều trị tại khoa YHCT – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 01/01/2018 đến 31/12/2019 đảm bảo các yêu cầu: Cập nhật đầy đủ các thông tin về ngày vào viện, tuổi, giới, đối tượng, nơi cư trú, tình trạng vào viện, chẩn đoán, phương pháp điều trị bằng YHHĐ và YHCT, kết quả.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

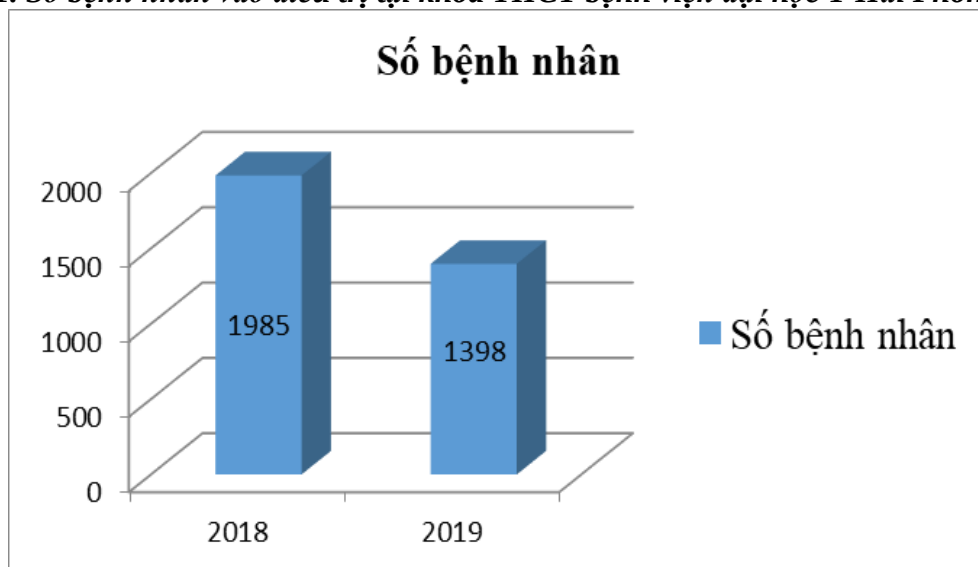
❖ Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các chỉ tiêu chung: tuổi, giới.
- Tuổi, Giới, Nghề nghiệp, nơi cư trú
- Chẩn đoán theo YHHĐ, YHCT (phân loại theo mã ICD 10)
- Phương pháp điều trị
- Kết quả điều trị: Phân thành các mức Khỏi, đỡ, không đỡ, chuyển (tuyển hoặc khoa).
- Thời gian điều trị Trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung về bệnh nhân và tình hình điều trị

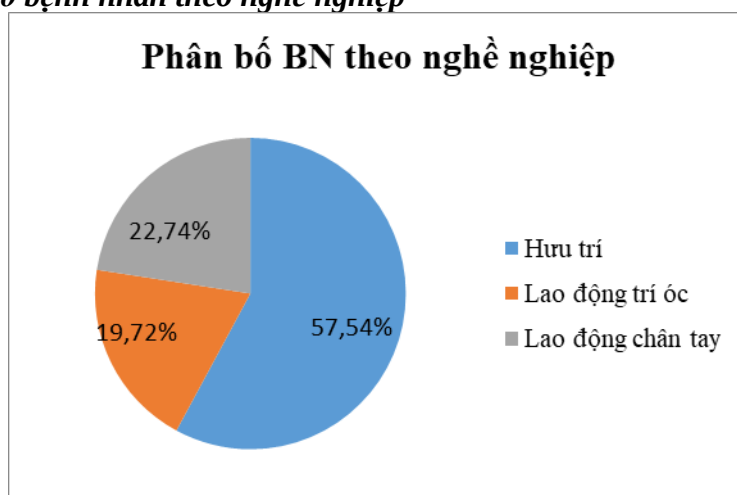
3.1.1. Số bệnh nhân vào điều trị tại khoa YHCT bệnh viện đại học Y Hải Phòng



Biểu đồ 1: Số lượt bệnh nhân vào khám và điều trị

Nhận xét: Số lượt BN vào khám và điều trị tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện đại học y Hải Phòng trong hai năm 2018 và 2019 là 3383, trong đó năm 2018 có 1985 bệnh nhân chiếm 58,62%. Số lượt bệnh nhân năm 2019 là 1398 bệnh nhân chiếm 41,38%, thấp hơn so với năm 2018 là 17,24%.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

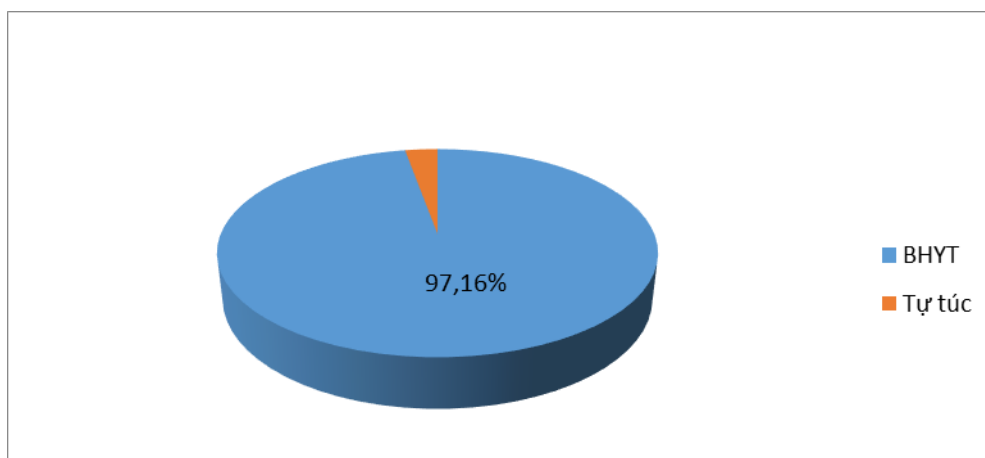
Nhận xét: Bệnh nhân nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất (57,54%), nhóm lao động chân tay chiếm 22,74%, nhóm lao động trí óc chiếm tỷ lệ thấp nhất (19,72%).

3.1.3. Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 18	13	1.07	5	0,23	18	0.53
18 – 34	84	6,94	116	5,34	200	5,91
35 – 60	386	31,89	665	30,62	1051	31,07
Trên 60	728	60,12	1386	63,81	2114	62,49
Tổng	1211		2172		3383	100
%	35,8		64,2		100	
p	<0.05					

Nhận xét: Tuổi trung bình vào khám và điều trị tại khoa là 60,08. Trong đó, BN nhỏ nhất là 6, lớn nhất là 96 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,49%) trong, nhóm tuổi 35 – 60 chiếm 31,07%, nhóm tuổi 18 – 34 chiếm 5,91% và chỉ có 0,53% nhóm tuổi <18. Số lượng BN nữ nhiều gấp 1.8 lần

nam. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Ở cả nam và nữ, nhóm tuổi trên 60 đều chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 60,12% và 63,81%.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo bảo hiểm y tế**Biểu đồ 3: Phân bố bệnh nhân vào khám và điều trị**

Nhận xét: Bệnh nhân vào khám và điều trị tại khoa YHCT bệnh viện Đại học Y Hải Phòng do BHYT chi trả chiếm đa số (97,16%). Chỉ có 2,84% bệnh nhân tự túc.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú: 100% bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa YHCT bệnh viện đại học y Hải Phòng đều ở thành phố Hải Phòng, chủ yếu ở

các quận Ngô Quyền, Hải An, Lê Chân, Dương Kinh,...

3.2. Thực trạng cơ cấu bệnh tật điều trị tại khoa YHCT bệnh viện đại học y Hải Phòng năm 2018 và 2019**3.2.1. Cơ cấu bệnh tật của các bệnh điều trị ở khoa**

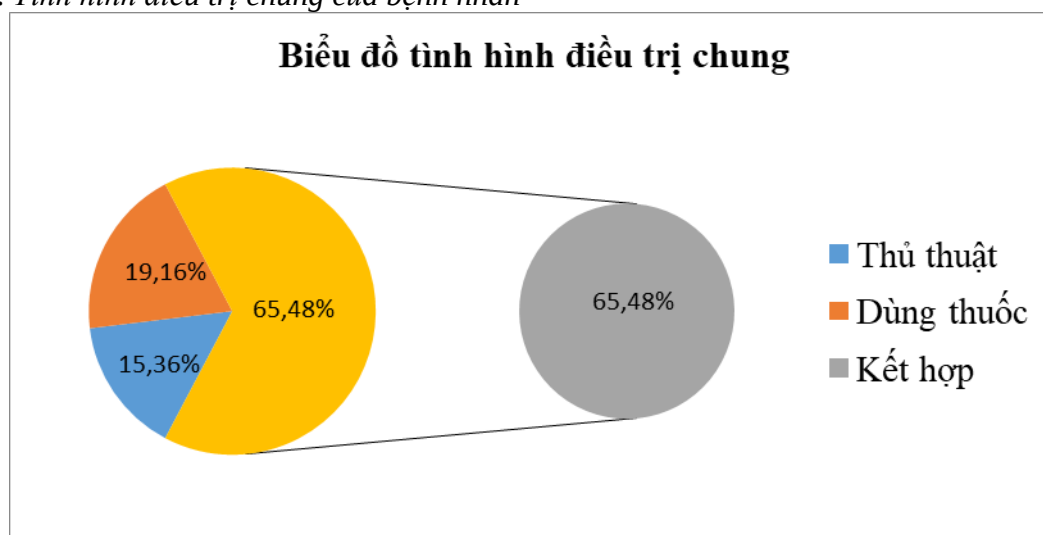
Bảng 2: Phân bố các bệnh chính thường gặp ở khoa YHCT

STT	Tên bệnh	Mã bệnh	Chứng hậu YHCT	n	%
1	Đau lưng	M 54	Yêu thống	1579	46,67
2	HC cổ vai cánh tay	U62.291, U62.181	Kiên tý	1021	30,18
3	Thoái hóa khớp	U62.151, M17,M47	Chứng tý	298	8,81
4	Đau thần kinh tọa	U62.391	Tọa cốt phong	121	3,58
5	Các bệnh bên trong khác của khớp gối	M51, G57	Hạc tất phong	119	3,52
6	Liệt VII ngoại biên	M75	Khẩu nhãn oa tà	96	2,84
7	Di chứng TBMMN	I61, I63, I69, G81	Bán thân bất toại	47	1,39
8	Sỏi thận và niệu quản	U63.361	Lâm chứng	45	1,33
9	Suy nhược thần kinh	U53.222	Thất miên	39	1,15
10	Các bệnh khác	N40, K64.1, U67,...		18	0,53
11	Tổng			3383	100

Nhận xét: Trong số 3833 BN vào điều trị tại khoa trong 2 năm, bệnh đau lưng chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,67%, hội chứng cổ vai cánh tay chiếm 30,18%, các bệnh thoái hóa khớp chiếm 8,81%. Có ít BN vào khám và điều trị tại khoa vì bệnh trùng cá...

3.2.3. Công tác điều trị y học cổ truyền tại bệnh viện Đại học y Hải Phòng

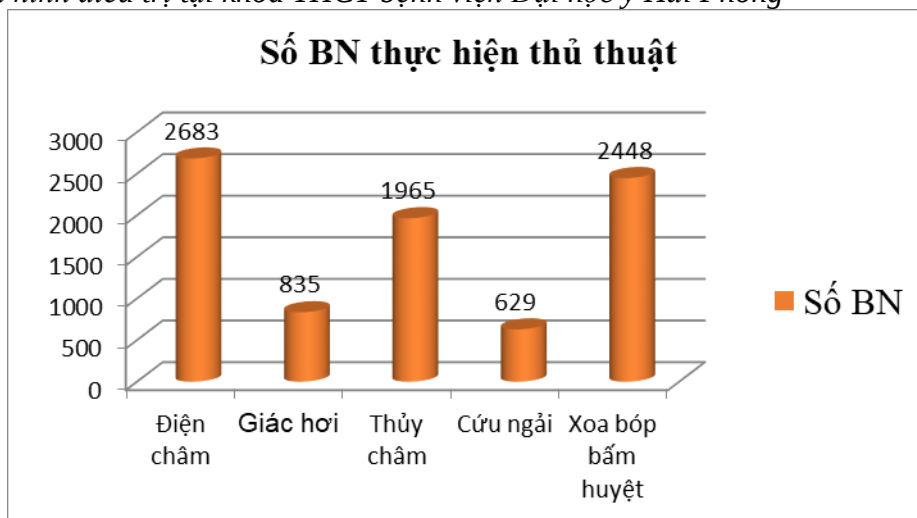
a. Tình hình điều trị chung của bệnh nhân



Biểu đồ 4: Tình hình điều trị chung của bệnh nhân tại khoa YHCT

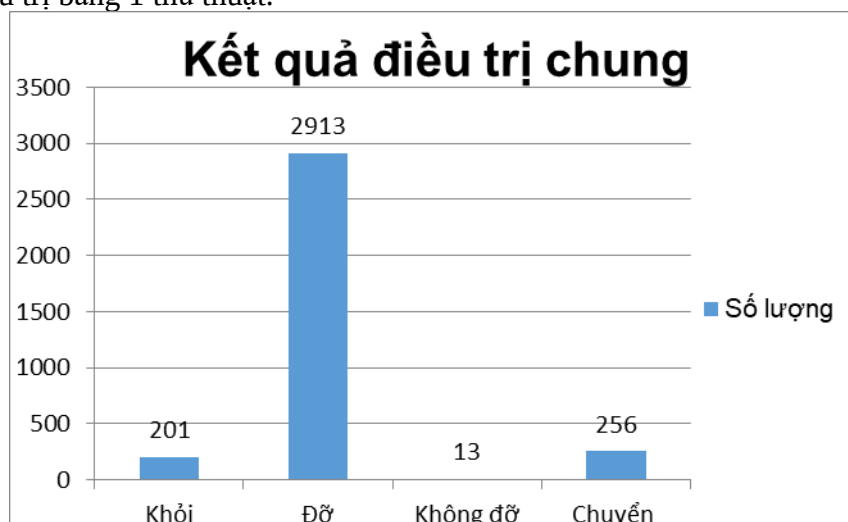
Nhận xét: Có tới 65,48% BN điều trị bằng cả phương pháp dùng thuốc thang kết hợp với thủ thuật tại khoa YHCT. Có 19,16% BN điều trị bằng phương pháp dùng thuốc đơn thuần và 15,36% BN điều trị thủ thuật đơn thuần.

b. Tình hình điều trị tại khoa YHCT bệnh viện Đại học y Hải Phòng

**Biểu đồ 5: Tình hình điều trị bằng thủ thuật tại khoa YHCT**

Nhận xét: Trong số 2735 BN được thực hiện thủ thuật tại khoa, có đến 2683 BN được điều trị điện châm, xoa bóp bấm huyệt có 2448 bệnh nhân được thực hiện. Tổng số lượt thủ thuật được thực hiện là 8560 trên 2735 bệnh nhân, trong đó đa số BN được thực hiện 2 – 3 thủ thuật để điều trị, rất ít BN được điều trị bằng 1 thủ thuật.

- Trong khi đó, 100% BN điều trị bằng phương pháp dùng thuốc tại khoa YHCT bệnh viện Đại học y Hải Phòng được dùng dạng thuốc thang.

3.3. Kết quả điều trị**3.3.1. Kết quả điều trị chung****Biểu đồ 6: Kết quả điều trị chung tại khoa YHCT**

Nhận xét: Nhiều BN có kết quả điều trị đỡ với 2913 BN, số BN chuyển khoa hoặc chuyển tuyến là 256, số BN khỏi là 201. Rất ít BN không đỡ. Không có BN tử vong.

3.3.2. Thời gian điều trị trung bình:

Thời gian điều trị trung bình là $15,80 \pm 2,84$. Thời gian điều trị ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 25 ngày.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồ sơ bệnh án, số ra vào viện tại khoa YHCT bệnh viện đại học y Hải Phòng trong 2 năm 2018 và 2019, tôi có một số kết luận sau:

4.1. Thực trạng cơ cấu bệnh tật điều trị tại khoa YHCT năm 2018, 2019

Bệnh mạn tính, các bệnh cần phục hồi chức năng vào các bệnh liên quan đến thoái hóa do tuổi già chiếm ưu thế. Các bệnh đau lưng gặp nhiều nhất, chiếm 46,67%. Thứ 2 là hội chứng cổ vai cánh tay chiếm 30,18%, các bệnh thoái hóa khớp chiếm 8,81%. Các bệnh đau thần kinh tọa, liệt VII ngoại biên, các bệnh khác của khớp gối lần lượt chiếm tỷ lệ 3,58; 2,84% và 3,52%. Một số bệnh gặp tỷ lệ thấp hơn là: di chứng TBMMN với 1,39%, sỏi thận và niệu quản 1,33%, suy nhược thần kinh 1,15%. Có ít BN vào khám và điều trị vì trúng cá, rối loạn kinh nguyệt,...

4.2. Nhận xét công tác điều trị YHCT tại bệnh viện đại học y Hải Phòng

- Phương pháp điều trị kết hợp các thủ thuật với dùng thuốc thang được sử dụng nhiều nhất với 65,48%, đa số các bệnh nhân được dùng kết hợp 2 – 3 thủ thuật. Kết quả điều trị đa số là đỡ với 81,11%, tỷ lệ khỏi bệnh là 11%.

- Kết quả điều trị: Bệnh nhân đỡ chiếm tỷ lệ cao nhất 81,11%, bệnh nhân không đỡ chỉ

chiếm 0,4%, không có bệnh nhân tử vong. Bệnh nhân phải chuyển tuyến hoặc chuyển khoa chiếm 7,57%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2012).** Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10, (ICD – 10), Anh – Việt. Hướng dẫn sử dụng biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện – Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10, (ICD -10), Anh – Việt, 24 – 109.
2. **Nguyễn Minh Trang (2007).** Mô hình bệnh tật điều trị tại khoa Đông y bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội năm 2005. Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 22-50.
3. **Nguyễn Thị Thu Hà (2013).** Thực trạng cung cấp dịch vụ Y học cổ truyền tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Hà Nam năm 2011. Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 20 – 50.
4. **Nguyễn Thị Trang Nhung, Trần Khánh Long, Bùi Ngọc Linh và cộng sự (2011),** Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam 2008. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 105 – 112.
5. **Phòng Thống kê Y tế - Vụ Kế Hoạch Tài Chính (2010),** Niên giám thống kê y tế 2010. Bộ Y Tế, Hà Nội, 67-67
6. **World Health Organization (2006).** Constitution of the World Health Organization.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SÀNG LỌC VÀ PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ BUỒNG TRỨNG VỚI XÉT NGHIỆM CA-125, HE4 Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG (1-6/2019)

Lưu Vũ Dũng^{1,2}, Phạm Thị Thu Trang¹,
Nguyễn Hùng Cường¹, Vũ Văn Tâm²

TÓM TẮT

Chẩn đoán sớm và sàng lọc ung thư buồng trứng (UTBT) kết hợp giữa lâm sàng với phương tiện chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm chất chỉ điểm u CA125, HE4, Test ROMA. **Mục tiêu:** 1. Tỷ lệ UTBT tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1-6/2019). 2. Khảo sát vai trò và mối liên quan 2 xét nghiệm CA-125, HE4 trong chẩn đoán bệnh lý UTBT. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $40,71 \pm 14,46$ tuổi. Nhóm bệnh nhân UTBT là 9,80%, u lành tính là 90,20%. CA-125 có độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 73,50%. HE4 có độ nhạy là 55,56%, độ đặc hiệu 93,98%. Test ROMA có độ nhạy 88,89%, độ đặc hiệu 73,49%. Kết luận: bệnh nhân có khối u buồng trứng, nên được xét nghiệm thêm chất chỉ điểm u HE4, test ROMA, có thể dự đoán trước được khả năng lành tính hay ác tính của bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, CA 125, HE4, ROMA.

SUMMARY

ASSESSMENT EFFECTIVES OF SCREENING AND EARLY DETECTING OVARIAN CANCER WITH CA125, HE4 TEST IN PATIENTS

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Vũ Dũng

Email: luuvudung1980@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

COMING FOR EXAMINATION AT HAIPHONG OBSTETRICS AND GYNENOLGY HOSPITAL (1-6/20219)

Early diagnosis and screening of ovarian cancer combines clinical with cancer marker CA125, HE4, ROMA Test. **Purposes:** 1. The rate of ovarian cancer in Hai Phong Obstetrics Hospital (1-6/2019). 2. Investigate the role of CA-125, HE4 in the diagnosis of ovarian cancer. **Results:** Average age of subjects is 40.71 ± 14.46 years old. The group of ovarian cancer patients is 9.80%, benign tumors are 90.20%. CA-125 has sensitivity of 66.67%, specificity of 73.50%. HE4 has sensitivity of 55.56%, specificity of 93.98%. ROMA test has sensitivity of 88.89%, specificity 73.49%. **Conclusion:** For patients with ovarian tumors, additional testing of the HE4 tumor marker, ROMA test, should be tested in order to predict the possibility of benign or malignancy.

Keywords: Ovarian cancer, CA 125, HE4, ROMA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBT là một trong những ung thư phụ khoa phổ biến, đứng thứ 3 sau ung thư cổ tử cung và tử cung [4], có tiên lượng xấu nhất và tỷ lệ tử vong cao nhất [6]. Việt Nam (2018) UTBT xếp thứ 21 trong tổng số các loại ung thư với 1.500 ca mắc mới và 856 ca tử vong. Những năm qua, chẩn đoán, điều trị UTBT có nhiều tiến bộ, nhưng kết quả chỉ đạt 30% người bệnh UTBT sống thêm 5 năm sau điều trị. Nguyên nhân do khối u phát

triển không có triệu chứng, các triệu chứng khởi phát chậm và thiếu tầm soát thích hợp dẫn đến chẩn đoán bệnh ở giai đoạn muộn. Rất ít trường hợp (15%) được chẩn đoán có khối u khu trú (giai đoạn 1) khi tỷ lệ sống sau 5 năm là 92% [8]. Chẩn đoán sớm và sàng lọc UTBT thường phải kết hợp lâm sàng với phương tiện chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm chất chỉ điểm u. Đo lường nồng độ dấu ấn CA-125 huyết thanh được sử dụng trong chẩn đoán bản chất khối u buồng trứng, lành tính hay ác tính [1]. Năm 2009, HE4 (human epididymal protein 4) – một dấu ấn u mới được áp dụng trong chẩn đoán ung thư buồng trứng và đã được chấp thuận ở châu Âu, các nước châu Á Thái Bình Dương,... HE4 đã được sử dụng ở Mỹ và FDA chứng nhận [2]. Việt Nam, HE4 bước đầu được áp dụng trong chẩn đoán và theo dõi UTBT. Sự kết hợp xét nghiệm HE4 CA-125, cùng với thuật toán đánh giá nguy cơ UTBT (ROMA) làm tăng độ nhạy của chẩn đoán UTBT ở phụ nữ có khối u vùng chậu hông. Đề tài được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Tỷ lệ ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 6 tháng (1-6/2019).
2. Khảo sát vai trò và mối liên quan 2 xét nghiệm CA-125, HE4 trong chẩn đoán bệnh lý ung thư buồng trứng.

Cách tính chỉ số ROMA:

Phụ nữ trước mãn kinh:	Phụ nữ sau mãn kinh:
$PI = -12.0 + 2.38*[HE4] + 0.0626*[CA125]$	$PI = -8.09 + 1.04*[HE4] + 0.732*[CA125]$
PI: chỉ số dự đoán	PI: chỉ số dự đoán
$ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$	$ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$
$ROMA \geq 7,4\%$: nguy cơ ác tính cao	$ROMA \geq 25,3\%$: nguy cơ ác tính cao
$ROMA < 7,4\%$: nguy cơ ác tính thấp	$ROMA < 25,3\%$: nguy cơ ác tính thấp

2.2.4. Xử lý số liệu: phương pháp thống kê y học Spss 22.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu: không có can thiệp, không ảnh hưởng đến tiến độ điều trị và giữ bí mật thông tin về bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân đã chẩn đoán UTBT tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 1- 6/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ đã chẩn đoán UTBT và có xét nghiệm HE4, CA-125, giải phẫu bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm bệnh mạn tính suy gan, suy thận nặng, suy tim, rối loạn nhịp tim, nhiễm khuẩn nặng khác hoặc đang phải điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch,..

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán UTBT dựa vào lâm sàng và giải phẫu bệnh.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi: dựa vào tuổi mãn kinh ≤ 50 tuổi và > 50 tuổi. Xét nghiệm: CA125, HE4, giải phẫu bệnh, thước ROMA. ROMA test là kết quả kết hợp 2 xét nghiệm CA-125 và HE4, một thuật toán hồi quy đánh giá nguy cơ UTBT ở phụ nữ có khối u vùng tiểu khung.

III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)****3.1.1. Tuổi****Bảng 3.1. Tuổi trung bình của ĐTNC**

	Tuổi ≤ 50	Tuổi > 50
U lành tính	85% (n=34)	91,7% (n=132)
Ung thư buồng trứng	15% (n=6)	8,3% (n=12)
Tuổi trung bình	40,71 ± 14,46	

Nhận xét: Tuổi trung bình của ĐTNC là 40,71±14,46. Nhóm ≤50 tuổi: UTBT (15%). Nhóm >50 tuổi: UTBT (8,3%).

3.1.2. Đặc điểm mô bệnh học**Bảng 3.2. Đặc điểm khối u buồng trứng**

	N = 184	%
U lành	166	90,2
U ác	18	9,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 90,2% u lành tính, 9,8% UTBT.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**3.2.1. Chất chỉ điểm u CA-125****a. CA-125 và nhóm tuổi****Bảng 3.3. Giá trị CA-125 theo nhóm tuổi**

	≤ 50 tuổi		> 50 tuổi	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
CA-125 ≤ 35	98	66,70	30	81,10
CA-125 > 35	49	33,30	7	18,90

Nhận xét: Nhóm ≤ 50 tuổi: CA-125 ≤ 35 (66,70%).

Nhóm > 50 tuổi: CA-125 ≤ 35 (81,10%).

b. Chất chỉ điểm u CA-125 và kết quả Giải phẫu bệnh**Bảng 3.4. Giá trị CA-125 và kết quả Giải phẫu bệnh**

GPB		CA-125 ≤ 35	CA-125 > 35	Tổng
U lành tính	n=166	73,5%	26,5%	90,2%
	Trung vị	15,45 (4,18: 34,38)	77,52 (35,37: 579,0)	19,59 (4,18: 579,0)
U ác tính	n= 18	33,30%	66,70%	9,8%
	Trung vị	27,35 (11,60: 32,7)	102,10 (39,20: 893,8)	47,65 (11,60: 893,8)
Trung vị		21,69 (4,18: 893,8)		

Nhận xét: Trung vị CA-125 của ĐTNC là 21,69. Nhóm u lành tính: CA-125 là 19,59, trong đó nhóm CA-125 ≤ 35 chiếm 73,50%, 15,45.2. Nhóm u ác tính: CA-125 là 47,65, trong đó nhóm CA-125 > 35 chiếm 66,70%, 102,10.

c. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CA-125

Bảng 3.5. Tính độ nhạy và độ đặc hiệu của CA-125

		GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Tuổi ≤ 50	CA-125 ≤ 35	4	94	147
	CA-125 > 35	8	41	
Tuổi > 50	CA-125 ≤ 35	2	28	37
	CA-125 > 35	4	3	
Tổng		18	166	184

Nhận xét: ĐN= 66,67% (12/18), ĐĐH= 73,50% (122/166).

Nhóm ≤ 50 tuổi: ĐN= 66,67% (8/12), ĐĐH= 69,63% (94/135).

Nhóm > 50 tuổi: ĐN= 66,67% (4/6), ĐĐH= 90,32% (28/31).

3.2.2. Chất chỉ điểm u HE4

a. Giá trị trung vị của HE4 **Bảng 3.6. Giá trị HE4 và kết quả Giải phẫu bệnh**

	Tuổi ≤ 50		Tuổi > 50	
	HE4 ≤ 70	HE4 > 70	HE4 ≤ 140	HE4 > 140
U lành tính	N= 125	N= 10	N= 31	N= 0
	42,36 (25,64: 69,80)	118,78 (75,93: 989,90)	46,69 (28,80: 77,16)	0
U ác tính	N= 5	N= 7	N= 5	N= 1
	65,80 (54,28: 67,17)	91,70 (80,20: 101,80)	71,30 (67,80: 102,80)	276,70
Trung vị	44,43		47,72	

Nhận xét: Tuổi ≤ 50, trung vị HE4 là 44,43. Tuổi > 50, trung vị HE4 là 47,72.

b. Độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4

Bảng 3.7. Độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4

		GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Tuổi ≤ 50	HE4 ≤ 70	5	125	147
	HE4 > 70	7	10	
Tuổi > 50	HE4 ≤ 140	5	31	37
	HE4 > 140	1	0	
Tổng		18	166	184

Nhận xét: ĐN= 55,56% (10/18), ĐĐH= 93,98% (156/166). Nhóm ≤ 50 tuổi: ĐN= 58,33% (7/12), ĐĐH= 92,59% (125/135). Nhóm > 50 tuổi: ĐN= 16,67% (1/6), ĐĐH= 100% (31/31).

3.2.3. Test ROMA:

Bảng 3.8. Tính độ nhạy và độ đặc hiệu của test ROMA

		GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng
Tuổi ≤ 50	R < 7,4%	0	94	147
	R ≥ 7,4%	12	41	
Tuổi > 50	R < 25,3%	2	28	37
	R ≥ 25,3%	4	3	
Tổng		18	166	184

Nhận xét: ĐN= 88,89% (16/18), ĐĐH= 73,49% (122/166). Nhóm ≤ 50 tuổi: ĐN= 100% (12/12), ĐĐH= 69,63% (94/135). Nhóm > 50 tuổi: ĐN= 66,67% (4/6), ĐĐH= 90,32% (28/31).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

4.1.1. Tuổi: tuổi trung bình của 184 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u buồng trứng là $40,71 \pm 14,46$. Độ tuổi trung bình mắc bệnh ác tính là $46,44 \pm 11,40$ (n=18), tuổi trung bình mắc bệnh lành tính là $40,08 \pm 14,65$ (n=166).

4.1.2. Giải phẫu bệnh: 184 bệnh nhân u buồng trứng thì có 166 bệnh nhân u lành tính (90,20%) và 18 bệnh nhân UTBT (9,80%).

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Chất chỉ điểm u CA-125: Nghiên cứu 184 bệnh nhân, 166 bệnh nhân u buồng trứng lành tính, 18 bệnh nhân UTBT. Nhóm bệnh nhân u buồng trứng lành tính, có 122/166 (73,50%) bệnh nhân có nồng độ CA-125 bình thường, dao động từ 4,18-34,38 U/mL. Nhóm này có 44/166 (26,5%) CA-125 tăng cao > 35 U/mL, với trung vị nồng độ CA-125 là 77,52, gấp 2,2 lần so với điểm cắt ngang 35 U/mL. Trong nhóm bệnh nhân UTBT, có 12/18 (66,70%) bệnh nhân có tăng nồng độ CA-125, > 35 U/mL, cao nhất là 893,80 U/mL, tăng gấp 25-26 lần ngưỡng 35 U/mL.

CA-125 là một kháng thể đơn dòng được dùng để xác định sự hiện diện của kháng nguyên CA-125. CA-125 bình thường hiện

diện ở lá phôi trong dẫn xuất từ biểu mô mầm, bao gồm phúc mạc và màng ối. Biểu mô buồng trứng không biểu hiện hoạt tính CA-125. Nhiều nguyên nhân lành tính có thể làm tăng CA-125 bao gồm mang thai, lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, viêm tụy,... U lành hay u nang buồng trứng cũng có thể tăng CA-125 ở các mức độ khác nhau. CA-125 còn tăng trong một số ung thư khác ngoài UTBT như ung thư nội mạc tử cung, ung thư phổi, ung thư vú,... Độ đặc hiệu của CA-125 không cao [3], [9]. Nồng độ CA-125 rất có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi quá trình điều trị. Tuy nhiên nồng độ CA-125 trong sàng lọc và phát hiện sớm ung thư buồng trứng vẫn còn nhiều tranh cãi. Mặc dù CA-125 liên quan đến sự thoái lui hay tiến triển của bệnh UTBT, nhưng trong các bệnh u lành tính buồng trứng, xơ gan, viêm màng bụng, viêm nhiễm vùng tiểu khung... CA-125 cũng tăng.

Nghiên cứu này, CA-125 có độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 73,50%. Trong đó, nhóm ≤ 50 tuổi, độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 69,63%; nhóm > 50 tuổi, độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32% (Bảng 3.5). Nghiên cứu của Võ Thành Nhân 2010, n= 31, độ nhạy CA125 93,3%, độ đặc hiệu CA125 56,3% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi

có độ đặc hiệu cao hơn hẳn nhưng độ nhạy thấp hơn.

4.2.2. Chất chỉ điểm u HE4: Nồng độ HE4 phụ thuộc vào tình trạng kinh nguyệt nên đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: ≤ 50 tuổi và > 50 tuổi. Với bệnh nhân u buồng trứng lành tính ($n=166$), nhóm ≤ 50 tuổi: 125/135 (92,59%) bệnh nhân có nồng độ HE4 huyết thanh ≤ 70 pmol/mL, 10/135 (7,41%) bệnh nhân có nồng độ HE4 > 70 pmol/mL, dương tính giả. Nhóm > 50 tuổi: 100% bệnh nhân có nồng độ HE4 bình thường, ≤ 70 pmol/mL, không có trường hợp nào dương tính giả. Với bệnh nhân UTBT ($n=18$), nhóm ≤ 50 tuổi: HE4 > 70 pmol/mL là 7/12 (91,70%) bệnh nhân. Nhóm có 5/12 bệnh nhân HE4 ≤ 70 pmol/mL, âm tính giả 41,67%. Ở bệnh nhân > 50 tuổi, chỉ duy nhất 1 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nhú có HE4 > 140 pmol/mL, 5/6 bệnh nhân có HE4 ≤ 140 pmol/mL, âm tính giả 83,33%. Nghiên cứu của Ronny Drapkin tại Mỹ, nghiên cứu gen mã hóa cho HE4 là một trong những gen phổ biến nhất được xác định trong danh sách các gen biểu hiện trong ung thư biểu mô buồng trứng[10]. Trong khi biểu mô bình thường ở bề mặt buồng trứng không sản sinh HE4; 100% carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung có sản sinh HE4; 50% carcinoma dạng nhầy ít cho kết quả dương tính với HE4. Trung vị nồng độ HE4 trong nghiên cứu này có giá trị gần như tương tự các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu, độ nhạy của HE4 là 55,56%, độ đặc hiệu 93,98%. Trong nhóm ≤ 50 tuổi, HE4 có độ nhạy 58,33%, độ đặc hiệu 92,59%. Trong nhóm > 50 tuổi, độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4 lần lượt là: 16,67% và 100% (Bảng 3.7). HE4 có độ nhạy thấp hơn CA-125 nhưng có độ đặc hiệu cao hơn hẳn. HE4 ít có kết quả dương tính ở bệnh nhân có u lành tính, HE4 tăng

cao ở những bệnh nhân ung thư buồng trứng có CA-125 âm tính, HE4 phân biệt tốt u lành và u ác tính, độ đặc hiệu cao hơn hẳn, đặc biệt nhóm bệnh nhân > 50 tuổi, độ đặc hiệu 100%. Theo nghiên cứu của Võ Thành Nhân và cộng sự 2010, $n = 31$, độ nhạy HE4 92,86% và độ đặc hiệu HE4 82,35% [2]. Độ nhạy HE4 trong nghiên cứu này thấp hơn, song độ đặc hiệu cao hơn đáng kể.

4.2.3. Test ROMA: Kết hợp nồng độ chất chỉ điểm u CA-125 và HE4 hay gọi là test ROMA, một thuật toán hồi quy. Test ROMA có độ nhạy 88,89%, độ đặc hiệu 73,49%. Nhóm ≤ 50 tuổi: độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 69,63%; nhóm > 50 tuổi: độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32% (Bảng 3.8). Nghiên cứu Võ Thành Nhân 2010, $n = 31$, độ nhạy ROMA 88,2%, độ đặc hiệu 64,3% [8]. Nghiên cứu này có độ nhạy rất cao so với các nghiên cứu nước ngoài song độ đặc hiệu lại thấp hơn. Theo Globocan 2012, trong chẩn đoán ung thư buồng trứng, để có dự đoán chính xác khả năng lành tính hay ác tính của khối u buồng trứng, với từng nhóm còn kinh hay mãn kinh mà sử dụng test ROMA[7]. Nhóm mãn kinh, nên sử dụng test ROMA, dự đoán kết quả sẽ chính xác hơn, nhưng nhóm còn kinh, nên sử dụng riêng lẻ nồng độ HE4, sẽ cho kết quả tốt hơn. HE4 đặc hiệu hơn CA-125 trong các bệnh u buồng trứng. HE4 và CA-125 hay ROMA test làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán phân biệt khối u buồng trứng trước mổ, nhưng HE4 đặc hiệu hơn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $40,71 \pm 14,46$ tuổi. Độ tuổi trung bình mắc bệnh ác tính là $46,44 \pm 11,40$ tuổi, tuổi trung bình mắc bệnh lành tính là $40,08 \pm 14,65$ tuổi. Nhóm bệnh nhân ≤ 50 tuổi chiếm

79,89%, bệnh nhân > 50 tuổi chiếm 20,11%. Nhóm bệnh nhân UTBT là 9,80%, u lành tính là 90,20%. Trong nhóm nghiên cứu, CA-125 có độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 73,50%. Trong đó, nhóm ≤ 50 tuổi, độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 69,63%; nhóm > 50 tuổi, độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32%. Trong nhóm nghiên cứu, HE4 có độ nhạy là 55,56%, độ đặc hiệu 93,98%. Trong nhóm ≤ 50 tuổi, HE4 có độ nhạy 58,33%, độ đặc hiệu 92,59%. Trong nhóm > 50 tuổi, độ nhạy 16,67% và độ đặc hiệu 100%. Trong nhóm nghiên cứu, test ROMA có độ nhạy 88,89%, độ đặc hiệu 73,49%. Trong đó, nhóm ≤ 50 tuổi: độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 69,63%; nhóm > 50 tuổi: độ nhạy 66,67%, độ đặc hiệu 90,32%.

VI. KIẾN NGHỊ

Đối với bệnh nhân có khối u buồng trứng, nên được xét nghiệm thêm chất chỉ điểm u HE4, test ROMA, để có thể dự đoán trước được khả năng lành tính hay ác tính của bệnh nhân, từ đó có thể đưa ra phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân, mổ trước hay hóa chất trước, nếu mổ trước thì nên điều trị mổ mở hay mổ nội soi, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Sơn, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Bảo Sơn và cộng sự (2010), "Đột biến gen mã hóa EGFR trong ung thư phổi", Tạp chí nghiên cứu Y học, 3, tr. 30-37.
2. Vũ Thanh Nhân và cộng sự (2010), "Vai trò của HE4 trong chẩn đoán ung thư buồng trứng", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(4), tr. 495-499.
3. Bergmann JF, Bidart JM, Geogre M, et al (1987), "Elevation of CA125 in patients with benign and malignant ascites", Cancer, 59 (213), pp. 7.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA Cancer J Clin, 68(6), pp. 394-424.
5. Chen WQ, Zheng RS, Baade PD, Zhang SW, Zeng HM, Bray F, et al (2016), "Cancer statistics in China, 2015", CA Cancer J Clin, 66, pp. 115-32.
6. Coburn S, Bray F, Sherman M, Trabert B (2017), "International patterns and trends in ovarian cancer incidence, overall and by histologic subtype", Int J Cancer, 140(11), pp. 2451-2460.
7. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013.
8. Howlader N, Noone AM, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2008, National Cancer Institute. Bethesda, MD.
9. Larry Mc Gowan (1978), "Ovarian cancer", Gynecologic Oncology, pp. 383-239.
10. Ronny Drapkin (2005), "Cancer Res", 65 (6), pp. 2162-2169.

TỶ LỆ, BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TRÊN CÁC ĐỐI TƯỢNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hồng Liên^{1,2}, Phạm Văn Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trên các đối tượng thừa cân, béo phì điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

Kết quả: Trên 52 trường hợp thừa cân, béo phì ($BMI \geq 23$) được chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là 78,8%. Các triệu chứng ngủ ngáy, tiểu đêm nhiều lần và đau đầu buổi sáng gặp với tỷ lệ cao. Điểm Epworth nhóm thừa cân, béo phì mắc HCNTTNKN mức nặng và vừa cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc HCNTTNKN ($p < 0,01$). Chỉ số khối cơ thể BMI tăng tỷ lệ thuận và có ý nghĩa thống kê với sự tăng của AHI ($p < 0,05$). Các bệnh đồng mắc của tình trạng thừa cân, béo phì (tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 và rối loạn chuyển hóa lipid máu) gặp với tỷ lệ cao ở những người mắc HCNTTNKN.

Kết luận: Tỷ lệ mắc HCNTTNKN ở người thừa cân, béo phì rất cao (78,8%). Nên tầm soát hội chứng này ở các trường hợp có $BMI \geq 23$ để có tư vấn điều trị và quản lý theo dõi thích hợp.

Từ khóa: Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, thừa cân, béo phì.

SUMMARY

PREVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTIC OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN OVERWEIGHT AND OBESE SUBJECTS AT HAI PHONG UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe the prevalence, clinical characteristic and related factors of obstructive sleep apnea syndrome in overweight and obese subjects treated at Hai Phong University Hospital in 2020.

Methods: Cross-sectional, descriptive study.

Results: 52 subjects with $BMI \geq 23$ had been enrolled and studies with PSG. The results were 41 subjects were with OSA (78,8%), 18 had mild OSAS (34,6%), 15 had moderate OSA (28,8%) and 8 had severe OSA (15,4%). The prevalence of snoring at night, nocturia and headache in the morning in subjects with OSA is high. Epworth score in overweight and obese subjects with severe or moderate OSA was significantly higher than that of subjects without OSA. Body mass index increased proportionally and significantly with AHI. Common comorbidities of overweight and obesity (hypertension, type 2 diabetes and dyslipidemia) were found at a high rate in people with OSA.

Conclusions: The prevalence of OSA in subjects with overweight and obesity was definitely high. Early diagnosis of OSAS in overweight and obese subjects to have appropriate treatment and management.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea, Overweight, Obesity

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Liên
Email: nthlien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn đường thở (Obstructive Sleep Apnea Syndrome: OSAS) mới được biết đến trong vòng bốn thập kỷ qua. Triệu chứng đặc trưng nhất của OSAS là ngủ ngáy. Các nghiên cứu gần đây cho thấy một số trường hợp tử vong đột ngột vào ban đêm trong lúc ngủ có liên quan với OSAS. Trước đây, OSAS thường ít được quan tâm. Nhưng ngày nay, cùng với sự phát triển của khoa học và xã hội, hội chứng này ngày càng được quan tâm hơn và đã đạt được nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Hội chứng ngưng thở khi ngủ (HCNTTNKN) là một bệnh lý thường gặp, gây nhiều biến chứng nguy hiểm và bệnh rất khó được tự phát hiện vì dấu hiệu ngưng thở chỉ xảy ra khi ngủ. Hội chứng ngưng thở khi ngủ là rối loạn đặc trưng bởi sự ngưng thở hoàn toàn hay không hoàn toàn trong khi ngủ dẫn tới tình trạng thiếu ôxy máu. Khi ôxy trong máu giảm đột ngột gây tăng huyết áp và tạo ra gánh nặng cho hệ tim mạch. Khoảng một nửa số người bị HCNTTNKN tắc nghẽn sẽ mắc bệnh cao huyết áp, và có nguy cơ xuất hiện biến chứng đột quỵ (tai biến mạch máu não), suy tim, bệnh về mạch máu... Người bệnh thường không biết mình có vấn đề khi ngủ và tình trạng nặng của nó, người ngủ chung và người trong gia đình thường là người phát hiện được các triệu chứng này của bệnh nhân. Tần suất mắc bệnh chung khoảng 4,1-7,5% ở nam giới và 2,1 – 3,2% ở nữ giới, tần số này tăng lên theo tuổi và theo chỉ số BMI của cơ thể. Tỷ lệ này có thể chiếm tới 50-90% ở những người thừa cân, béo phì. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu:

1. Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trên các đối tượng thừa cân, béo phì điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bao gồm 52 trường hợp có chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 23 (BMI = cân nặng [kg] / chiều cao² [m]) khám tại Khoa khám bệnh và Khoa hô hấp tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng (từ tháng 01/2020 đến 10/2020).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu về lâm sàng gồm tuổi, giới, HA tâm thu/tâm trương, BMI, chu vi vòng bụng, vòng cổ, tình trạng đau đầu buổi sáng, ngủ ngáy, tiểu đêm từ 2 lần trở lên;

- Bệnh nhân trả lời câu hỏi đánh giá mức độ buồn ngủ theo thang điểm Epworth gồm 8 câu hỏi, tổng điểm cao nhất là 24.

- Đo đa ký giấc ngủ được ghi bằng máy polygraphs CID 102L của hãng CIDELEC (Pháp) với phần mềm cùng tên, có tính năng ghi nhận đa kênh và phân tích kết quả tự động. Chúng tôi lấy vào nghiên cứu chỉ số ngưng thở/giảm thở trong 1 giờ (AHI - Apnea Hypopnea Index) và SpO₂ thấp nhất trong đêm. Người bình thường có AHI < 5, bệnh nhân có HCNTTNKN mức nhẹ khi $5 \leq \text{AHI} < 15$, mức vừa khi $15 \leq \text{AHI} < 30$ và mức nặng khi $\text{AHI} \geq 30$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc trưng nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc trưng nhóm bệnh nhân nghiên cứu	Giá trị ghi nhận	
Bệnh nhân nghiên cứu (số lượng, tỷ lệ)	52	100
Bệnh nhân là nam giới	33	63,5
Tuổi trung bình	58,2 ± 11,3	
BMI	26,7 ± 2,1	
HA tâm thu (trung bình, min, max)	132,1 ± 16,3	100–160
HA tâm trương (trung bình, min, max)	82,3 ± 11,1	60 – 105
Chu vi vòng bụng trung bình (cm)	84,3 ± 8,5	73 - 105
AHI ≥ 5 (số lượng, tỷ lệ)	41	78,8

Nhận xét: Trên 52 bệnh nhân nghiên cứu, có 30 bệnh nhân nam (chiếm 58,8%), tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu khá cao (58,2 ± 11,3 tuổi). Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 26,7 ± 2,1. Nghiên cứu cho thấy có 41 bệnh nhân có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (AHI ≥ 5), chiếm 78,8% số bệnh nhân.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của HCNTTNKN phân theo mức độ bệnh

AHI	Ngáy (%)	Tiểu đêm (%)	Đau đầu buổi sáng (%)	Epworth
⁽¹⁾ AHI < 5 (n=11, 21,2%)	18,2	54,5	36,4	4,6 ± 1,9
⁽²⁾ 15 > AHI ≥ 5 (n=18, 34,6%)	38,9*	72,3*	44,4*	5,7 ± 2,2*
⁽³⁾ 30 > AHI ≥ 15 (n=15, 28,8%)	53,3*	66,7*	40,0*	9,0 ± 2,5 [#]
⁽⁴⁾ AHI ≥ 30 (n=8, 15,4%)	87,5**	87,5*	62,5*	13,0 ± 3,9 [#]

* $p > 0,05$ so với ⁽¹⁾, ** $p < 0,05$ so với ⁽¹⁾, # $p < 0,01$ so với ⁽¹⁾

Nhận xét: Trong các trường hợp thừa cân tham gia nghiên cứu, có 34,6% trường hợp mắc HCNTTNKN mức nhẹ, 28,8% trường hợp mắc HCNTTNKN mức vừa và 15,4% trường hợp mắc HCNTTNKN mức nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng ngáy, tiểu nhiều lần về đêm và đau đầu buổi sáng cao hơn ở nhóm thừa cân có HCNTTNKN so với nhóm bệnh nhân không có HCNTKN,

trong đó tỷ lệ ngủ ngáy ở nhóm mắc HCNTTNKN mức nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc hội chứng này ($p < 0,05$).

Điểm Epworth trung bình ở các nhóm HCNTTNKN mức vừa và mức nặng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc HCNTTNKN (với $p < 0,01$).

Bảng 3.3. Đặc điểm nhân trắc học liên quan phân theo chỉ số AHI

AHI	Tuổi	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)	Vòng bụng (cm)	Vòng cổ (cm)	BMI (kg/m ²)
⁽¹⁾ AHI < 5	53,2 ± 9,9	123,2 ± 11,5	79,1 ± 9,2	83,1 ± 8,5	37,3 ± 2,4	24,5 ± 1,2
⁽²⁾ 15 > AHI ≥ 5	59,4 ± 12,4*	139,2 ± 15,5*	85,6 ± 10,1*	82,1 ± 6,4*	37,3 ± 2,4*	26,0 ± 1,9**
⁽³⁾ 30 > AHI ≥ 15	55,9 ± 10,8*	128,0 ± 16,9*	78,3 ± 11,3*	83,4 ± 8,9*	38,3 ± 1,6*	26,7 ± 1,8**
⁽⁴⁾ AHI ≥ 30	66,4 ± 7,6*	136,3 ± 16,9*	86,9 ± 12,8*	92,6 ± 7,9*	39,2 ± 1,5*	27,3 ± 2,4**

* $p > 0,05$ so với ⁽¹⁾, ** $p < 0,05$ so với ⁽¹⁾

Nhận xét: Các giá trị trung bình về tuổi, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương vòng bụng và vòng cổ đều có xu hướng tăng theo mức độ nặng của HCNTTNKN nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chỉ số khối cơ thể BMI tăng tỷ lệ thuận, có ý nghĩa thống kê với sự tăng của chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Tỷ lệ các bệnh đồng mắc trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

AHI	Tăng huyết áp	Đái tháo đường typ 2	Rối loạn lipid máu
⁽¹⁾ AHI < 5 (n = 11)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)
⁽²⁾ 15 > AHI ≥ 5 (n = 18)	8 (44,4%)	6 (33,3%)	13 (72,2%)
⁽³⁾ 30 > AHI ≥ 15 (n = 15)	12 (80%)	7 (46,7%)	9 (60%)
⁽⁴⁾ AHI ≥ 30 (n = 8)	6 (75%)	3 (37,5%)	7 (87,5%)
Tổng	28 (53,8%)	17 (32,7%)	33 (63,5%)

Nhận xét: Tỷ lệ các đối tượng thừa cân mắc tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 hay rối loạn lipid máu khá cao, chiếm tỷ lệ tương ứng là 53,8%, 32,7% và 63,5%. Trong đó các tỷ lệ này đều thấy cao hơn đáng kể ở các nhóm mắc HCNTTNKN mức độ nhẹ, trung bình và nặng so với nhóm thừa cân không mắc hội chứng này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và đặc điểm lâm sàng của HCNTTNKN trên các đối tượng thừa cân, béo phì

Nghiên cứu trên 52 trường hợp thừa cân, béo phì thấy có 41 bệnh nhân có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ≥ 5), chiếm 78,8% tổng số các đối tượng nghiên cứu, trong đó 34,6% trường hợp có HCNTTNKN mức nhẹ ($5 \leq$

AHI < 15), 28,8% trường hợp có HCNTTNKN mức vừa ($15 \leq$ AHI < 30) và 15,4% trường hợp có HCNTTNKN mức nặng (AHI ≥ 30). Bệnh nhân có AHI ≥ 15 kèm các bệnh đồng mắc về tim mạch hay rối loạn chuyển hóa, đái tháo đường hoặc có tình trạng buồn ngủ ban ngày/ảnh hưởng đến vận hành máy móc, tàu xe; hoặc bệnh nhân có AHI ≥ 30 đều có chỉ định bắt buộc hỗ trợ thở áp lực dương liên tục trong đêm (CPAP-

continuous positive airway pressure). Tỷ lệ cao của HCNTTNKN gặp trên các trường hợp thừa cân, béo phì đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu [1], [2], [3], [7], [8]. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ độc lập, quan trọng đối với sự hình thành và tiến triển nặng của HCNTTNKN. Tỷ lệ mắc HCNTTNKN ở người béo phì cao gần gấp đôi so với người có cân nặng trong giới hạn bình thường. Nguyên nhân dẫn đến HCNTTNKN ở người thừa cân, béo phì được cho là do sự lắng đọng chất béo trong các mô xung quanh đường hô hấp trên, kết hợp với tình trạng giảm trương lực cơ vùng hầu họng khi ngủ dẫn đến xẹp và hẹp đường dẫn khí, từ đó gây ra các cơn ngưng thở/giảm thở. Hơn nữa, chất béo tích tụ xung quanh ngực làm giảm tính đàn hồi của lồng ngực và có thể làm tăng nhu cầu oxy. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa HCNTTNKN và béo phì rất phức tạp. Mặc dù có bằng chứng thuyết phục cho thấy rằng béo phì, cũng như béo phì trung tâm, có thể dẫn đến HCNTTNKN và giảm cân giúp cải thiện rõ HCNTTNKN, các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng chính HCNTTNKN có thể gây tăng cân [7], [8].

Các biểu hiện lâm sàng chính gợi ý đến HCNTTNKN gồm ngủ ngáy, đi tiểu nhiều lần trong đêm, đau đầu buổi sáng và tình trạng buồn ngủ/ngủ gà (quá mức) ban ngày - tình trạng này được đánh giá dựa vào thang điểm Epworth. Điểm Epworth ≥ 11 gợi ý cần đo đa ký giấc ngủ hay đa ký hô hấp để xác định HCNTTNKN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có các biểu hiện ngáy, tiểu nhiều lần về đêm và đau đầu buổi sáng đều cao hơn ở nhóm thừa cân có HCNTTNKN so với nhóm thừa cân không mắc HCNTTNKN nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng có thể do tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu khá cao

nên thường có tình trạng tiểu nhiều về đêm vì khó ngủ. Ngáy to là biểu hiện rất gợi ý đến tình trạng hẹp đường dẫn khí cũng như tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Nghiên cứu này thấy có 87,5% trường hợp HCNTTNKN mức nặng có ngáy. Tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thừa cân không mắc HCNTTNKN ($p < 0,05$). Điểm Epworth trung bình ở các nhóm mắc HCNTTNKN mức vừa và mức nặng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc HCNTTNKN (với $p < 0,01$ ở cả hai). Do đó có thể áp dụng thang điểm này trên các trường hợp thừa cân, béo phì để tầm soát nguy cơ mắc HCNTTNKN.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến HCNTTNKN trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3 cho thấy các giá trị trung bình về tuổi, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương vòng bụng và vòng cổ đều có xu hướng tăng theo mức độ nặng của HCNTTNKN nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các nghiên cứu về hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ cho thấy có mối liên quan thuận chiều giữa chu vi vòng bụng, chu vi vòng cổ hay cổ ngắn với hội chứng này [1]. Ở người trưởng thành trên 40 tuổi, chỉ số AHI cũng tăng dần theo tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có thể với cỡ mẫu nhỏ chưa thấy rõ các mối liên quan này. Tuy nhiên, nghiên cứu này đã cho thấy chỉ số khối cơ thể BMI tăng tỷ lệ thuận và có ý nghĩa thống kê với sự tăng của chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ($p < 0,05$).

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ các đối tượng thừa cân mắc tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 hay rối loạn lipid máu khá cao, chiếm tỷ lệ tương ứng là 53,8%, 32,7% và 63,5%. Trong đó, các tỷ lệ này đều thấy cao hơn đáng kể ở các nhóm mắc HCNTTNKN ở cả

ba mức độ so với nhóm thừa cân không mắc hội chứng này. Kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu về liên quan giữa hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với các bệnh lý tim mạch hay các rối loạn chuyển hóa nói chung và với tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 hay rối loạn lipid máu nói riêng [2], [3], [4], [6]. Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ gây tình trạng thiếu oxy ngắt quãng trong đêm, tăng tình trạng stress oxy hóa có thể dẫn đến hàng loạt các rối loạn chuyển hóa và các vấn đề tim mạch ở người bệnh sau này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở các đối tượng thừa cân, béo phì trong nghiên cứu này rất cao (chiếm 78,8%). Các triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh biểu hiện khá rõ trên các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng ngáy, tiểu nhiều lần về đêm và đau đầu buổi sáng cao hơn ở nhóm thừa cân có HCNTTNKN so với nhóm bệnh nhân không có HCNTTNKN (tỷ lệ tương ứng là 53,6%, 73,2%, 46,3% so với 18,2%, 54,5%, 36,4%), trong đó tỷ lệ ngủ ngáy ở nhóm mắc HCNTTNKN mức nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc hội chứng này ($p < 0,05$). Điểm Epworth trung bình ở các nhóm HCNTTNKN mức vừa và mức nặng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc HCNTTNKN (với $p < 0,01$).

BMI tăng tỷ lệ thuận và có ý nghĩa thống kê với sự tăng của chỉ số ngưng thở-giảm thở AHI ở các bệnh nhân mắc HCNTTNKN ($p < 0,05$). Các bệnh đồng mắc hay gặp là tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 và rối loạn chuyển hóa lipid ở các đối tượng thừa cân, béo phì có kèm theo hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Do đó nên tầm soát hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở tất cả các

trường hợp có chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 23 để có tư vấn điều trị và quản lý theo dõi thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hager M Nousseir (2019).** Obesity: the major preventable risk factor of obstructive sleep apnea. *J Curr Med Res Prac*; 4(1):1-5.
2. **Shazia Jehan, Ferdinand Zizi, Seithikurippu RP et al (2017).** Obstructive Sleep Apnea and Obesity: Implications for Public Health. *Sleep Med Disord*; 1(4): 00019.
3. **Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG (2015).** Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* ; 365(9464): 1046-53.
4. **Somers VK, Dyken ME, Clary MP, Abboud FM (2010).** Sympathetic neural mechanisms in obstructive sleep apnea. *J Clin Invest*; 96: 1897-1904.
5. **Davies CW, Crosby JH, Mullins RL, Barbour C, Davies RJ, Stradling JR (2010).** Case-control study of 24 hour ambulatory blood pressure in patients with obstructive sleep apnoea and normal matched control subjects. *Thorax*; 55(9): 736-40.
6. **Luciano F.D, Sônia MT, Vsevolod YP, Geraldo LF (2013).** Obstructive sleep apnea: a cardiometabolic risk in obesity and the metabolic syndrome. *J Am Coll Cardiol*; Aug 13;62(7):569-76.
7. **Ahmed Dalmar, Maharaj Singh, Bennet Pandey et al (2018).** The beneficial effect of weight reduction on adverse cardiovascular outcomes following bariatric surgery is attenuated in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep*; May 1;41(5).
8. **Simon A Joosten 1 2, Jun K Khoo 1, Bradley A Edwards et al (2017).** Improvement in Obstructive Sleep Apnea With Weight Loss is Dependent on Body Position During Sleep. *Sleep*; May 1;40(5).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA LẠI CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG EQ-V TRONG TRÁM BÍT ỐNG TỦY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Trần Thị An Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị nội nha lại trên lâm sàng và X- quang có sử dụng hệ thống EQ-V trong trám bít ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 48 răng của 48 bệnh nhân được chỉ định điều trị tủy lại tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020. **Kết quả và kết luận:** Mẫu nghiên cứu có nữ chiếm 52,09%, nam chiếm 47,91%. Triệu chứng lâm sàng của răng điều trị nội nha thất bại là: đau răng chiếm 83,33%, lung lay răng là 33,33%. Trên phim CT cone beam cho thấy tỷ lệ răng điều trị thất bại do ống tủy không được trám bít hoàn toàn và bỏ sót ống tủy là 33,3%; vỡ răng: 20,83%; trám thiếu: 20,83%; thủng sàn: 4,16%. Có 4,16 % ống tủy được trám kín khít theo 3 chiều trong không gian. Điều trị tủy lại đạt kết quả tốt sau 1 tuần: 91,66%. Sau 6 tháng điều trị, thành công đạt 95,8%. Kết luận: Hệ thống trám bít ống tủy EQV có hiệu quả trong điều trị nội nha.

Từ khóa: Điều trị lại nội nha, hệ thống trám bít ống tủy EQV

SUMMARY

THE ASSESSMENT THE RESULTS OF

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tahuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

ROOT CANAL RETREATMENT BY AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objective: The purpose of this study is assessment the results of root canal retreatment with filling by EQ- V. **Methods:** The descriptive cross sectional study. Forty- eight cases with root canal retreatment after examination and had X-ray. **Results:** Prevalence of endodontic treatment failure in woman is 52.09%, man is 47.91%. These cases with the root canal treatment failure have pain: 83.33%, mobile teeth: 33.33%. On CT cone beam see that lack of apical seal: 33.33 %; teeth fracture: 20.83%; some root canals is not sealed: 20.83%; pulp chamber floor with holes: 4.16%. Filling root canal enough: 4.16%. Good result after filling root canal a week is 91.66%. After 6 months treatment, good result is 95.8%. **Conclusion:** EQ-V had efficacy in filling root canal of retreatment.

Keywords: EQ- V, retreatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha để phục hồi chức năng ăn nhai cho răng bị tổn thương tủy có chỉ định điều trị bảo tồn. Vấn đề được đặt ra đối với các nước trên thế giới là làm sao để mang lại kết quả cao trong điều trị nội nha. Trong đó tạo hình, làm sạch và trám kín ống tủy quyết định sự thành công của điều trị nội nha [1].

Việc trám bít kín ống tủy cũng rất khó khăn đặc biệt là hệ thống ống tủy phức tạp, hơn nữa là trường hợp điều trị tủy lại càng

khó khăn cho việc trám bít ống tủy. Một số phương pháp trám bít ống tủy không đáp ứng được việc kín khít ống tủy chính và một số ống tủy phụ [1], [2].

Hệ thống trám bít ống tủy EQ-V đã được ra đời để nâng cao hiệu quả trám bít ống tủy. Cơ chế là trám bít ống tủy 3 chiều bằng nhiệt. Hiệu quả điều trị của hệ thống này chưa được đánh giá một cách đầy đủ ở Việt nam.

Nghiên cứu hiệu quả trám bít ống tủy chưa được nghiên cứu nhiều. Để rút kinh nghiệm lâm sàng và khuyến cáo sử dụng cho các nha sĩ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài *“Đánh giá kết quả điều trị nội nha lại có sử dụng hệ thống EQ-V trong trám bít ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020”* với mục tiêu sau: Nhận xét kết quả điều trị nội nha lại trên lâm sàng và X-quang có sử dụng hệ thống EQ-V trong trám bít ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 48 bệnh nhân đến khám được chẩn đoán là có răng điều trị nội nha thất bại có chỉ định được điều trị lại tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020.

Bệnh nhân được chẩn đoán là có răng điều trị nội nha thất bại khi có một trong những triệu chứng sau: Đau răng, Sưng nề hoặc có lỗ dò vùng cuống răng, vỡ thân răng, thậm chí có trường hợp không có triệu chứng lâm sàng mà chỉ phát hiện răng đó đã điều trị nội nha thất bại qua chụp Xquang.

Và trên X- Quang cận chóp hoặc CT cone beam xuất hiện một trong các triệu

chứng sau: Hệ thống ống tủy không được trám bít hoàn toàn; hình ảnh dụng cụ gây trong ống tủy; chất trám bít đi quá cuống răng; hình ảnh di lệch lỗ cuống răng; hình ảnh vỡ lớn thân răng; thủng vách chân răng; thủng sàn; trám sót ống tủy

Loại trừ những bệnh nhân có ống tủy tắc, không hợp tác

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

+ Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 10 năm 2020

+ Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được làm thủ tục hành chính, hỏi lý do tới khám và tiền sử.

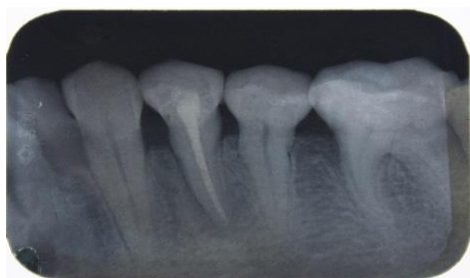
- Khám lâm sàng để xác định vị trí, đặc điểm tổn thương mô cứng, đường rạn nứt răng. Gõ dọc, gõ ngang răng để xác định răng đau, khám độ lung lay của răng, phát hiện lỗ rò và tổn thương nha chu.

- Chụp phim CT cone beam để chẩn đoán và đánh giá tình trạng hệ thống ống tủy, số lượng ống tủy, đánh giá vùng quanh răng và cuống răng trước điều trị. Chụp phim cận chóp trong quá trình tiến hành điều trị nội nha.

- Tiến hành điều trị nội nha bằng trám One Shape có sử dụng máy X-Smart. Bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3%. Sử dụng hệ thống EQ-V để trám bít kín ống tủy



Hình 1: Hệ thống EQ-V



Hình 2: Hình ảnh ống tủy răng đã được trám bít

- Chụp Xquang ngay sau trám ống tủy, khám lâm sàng sau 1 tuần. Khám lâm sàng và chụp Xquang sau 6 tháng. Đánh giá kết quả điều trị sau sau trám bít ống tủy; 1 tuần; 6 tháng theo bảng 2.1; 2.2; 2.3.

Bảng 2.1. Tiêu chí đánh giá XQ sau khi trám bít ống tủy

Kết quả	Tiêu chuẩn đánh giá
Tốt	- Ống tủy trám kín thuôn đều hình côn, không tạo khác - Trám đủ số lượng và đủ chiều dài ống tủy
Trung bình	- Ống tủy trám không tạo được độ thuôn đều hình côn, tạo khác - Trám đủ số lượng và chiều dài ống tủy
Kém	- Gãy dụng cụ - Thủng ống tủy, thủng, rách lỗ cuống răng - Trám sót OT hoặc thiếu chiều dài OT > 2mm hoặc quá cuống

Bảng 2.2. Tiêu chí đánh giá lâm sàng sau trám bít ống tủy 1 tuần

Triệu chứng	Tốt	Trung bình	Kém
Đau răng	Không đau	Đau nhẹ khi nhai	Đau tự nhiên, đau tăng khi ăn nhai
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng	Đỏ, nề, ấn đau
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhiều

Bảng 2.3. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị nội nha sau 6 tháng

Triệu chứng	Thành công	Nghi ngờ	Thất bại
Đau	Không đau	Không đau	Đau tự nhiên
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng, ấn không đau	Đỏ, nề, ấn đau hoặc có lỗ rò
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ hoặc cảm giác khó chịu	Đau nhiều
X quang	Ống tủy kín khít. Tổn thương vùng cuống thu nhỏ	Ống tủy kín khít. Tổn thương vùng cuống không thay đổi.	Ống tủy kín khít, tổn thương vùng cuống to ra

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với độ tin cậy tối thiểu 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ nữ chiếm 52,09%, nam chiếm 47,91%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với $p > 0,05$.

Tuổi của bệnh nhân được phân ra theo 4 nhóm: nhóm tuổi 34-45 có tỷ lệ cao nhất

(41,67%), tiếp theo là nhóm tuổi 45-60 (35,41%); 15-34 tuổi (12,5%); thấp nhất là ở tuổi trên 60 (10,42%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, x-quang của những bệnh nhân có răng điều trị nội nha thất bại**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của răng điều trị nội nha thất bại****Bảng 3.1: Phân bố theo triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Giới	Nam		Nữ		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Đau răng		19	82,6	21	84,0	40	83,33	$>0,05$
Sung lợi		7	30,43	7	28,0	14	29,17	$>0,05$
Lỗ rò		3	13,04	3	12,0	6	12,5	$>0,05$
Vỡ răng		2	8,7	2	8,0	4	8,33	$>0,05$
Không có triệu chứng		3	13,04	3	12,0	6	12,5	$>0,05$

Nhận xét: Bệnh nhân điều trị nội nha thất bại có đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất 83,33%, đau răng có kèm theo sung lợi có tỷ lệ thấp hơn 29,17%, bệnh nhân không có triệu chứng chiếm tỷ lệ đáng kể 12,50%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ về các triệu chứng cơ năng với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Phân bố theo triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Giới	Nam		Nữ		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Lung lay răng		6	26,08	8	32,0	16	33,33	$>0,05$
Sung lợi		7	30,43	7	28,0	14	29,17	$>0,05$
Lỗ rò		3	13,04	3	12,0	6	12,5	$>0,05$
Vỡ răng		5	21,73	3	12,0	8	16,67	$>0,05$
Gỗ đau		19	82,60	21	84,0	40	83,33	$>0,05$

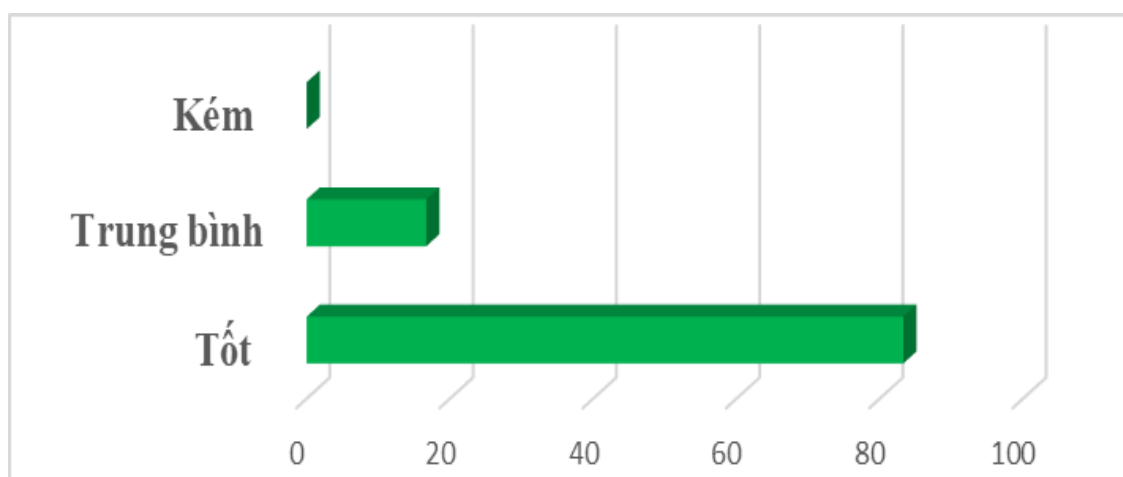
Nhận xét: Răng gỗ đau chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%), tiếp theo là lung lay răng là 33,33%. Khi khám thực thể tỷ lệ vỡ răng tăng lên tới 16,7%. Sự khác biệt giữa nam và nữ về các triệu chứng thực thể không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Đặc điểm X-quang.

Bảng 3.3. Phân bố theo đặc điểm X quang của răng điều trị nội nha thất bại

Đặc điểm X quang răng điều trị nội nha thất bại	Trên phim cận chóp		Trên phim CT cone beam	
	n	%	n	%
Ống tủy không được trám bít hoàn toàn	14	29,17	16	33,33
Hình ảnh dụng cụ gãy trong ống tủy	1	2,08	1	2,08
Chất trám bít đi quá cuống răng	4	8,33	4	8,33
Hình ảnh di lệch lỗ cuống răng	2	4,16	2	4,16
Thủng vách chân răng	0	0	1	2,08
Hình ảnh nứt vỡ răng	8	16,67	10	20,83
Trám ống tủy kín khít	10	20,83	2	4,16
Thủng sàn	2	4,16	2	4,16
Trám sót ống tủy	7	14,62	10	20,83
Tổng số	48	100	48	100

Nhận xét: Trên phim cận chóp: Ống tủy không được trám bít hoàn toàn chiếm tỷ lệ 29,17%; nứt vỡ răng 16,67%; trám sót ống tủy 14,62%. Trên phim CT cone beam ống tủy không được trám bít hoàn toàn và bỏ sót ống tủy là cao hơn: 33,33%; 20,83%. Các biểu hiện khác trên Xquang chiếm tỷ lệ thấp: trám quá cuống là 8,33%, thủng sàn là 4,16%. Tuy nhiên 4,16 % ống tủy được trám kín khít theo 3 chiều trong không gian vẫn thất bại.



Biểu đồ 3.1: Hình ảnh Xquang răng sau hàn ống tủy

Nhận xét: Hình ảnh Xquang sau khi trám bít ống tủy, tốt chiếm tỷ lệ 83,3%; trung bình 16,7%, không có trường hợp kém.

Sau 1 tuần, đánh giá kết quả trên lâm sàng theo tiêu chí của bảng 2.2.

Bảng 3.4: Kết quả điều trị sau 1 tuần

Kết quả \ Nhóm răng	Răng cửa n (%)	Răng hàm nhỏ n (%)	Răng hàm lớn n (%)	Tổng n (%)
Tốt	6 (85,7 %)	10 (90,9%)	29 (96,7%)	44 (91,66%)
Trung bình	1 (14,3%)	1(9,1%)	1 (3.3%)	4 (8,34%)
Kém	0	0	0	0 (0%)
Tổng	7 (100%)	11 (100%)	30 (100%)	48 (100,0%)

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 91,66%. Trong đó, kết quả tốt cao nhất ở răng hàm lớn 96,7%. Không có trường hợp kém.

Bảng 3.5: Kết quả điều trị tùy sau 6 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	46	95,8
Nghi ngờ	2	4,2
Thất bại	0	0,00
Tổng	48	100,00

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 95,8%. Tỷ lệ kết quả nghi ngờ là 4,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu có tỷ lệ là 52,09%; 47,91%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ vì kết quả điều trị nội nha thất bại không phụ thuộc vào giới. Nhóm tuổi 30-45 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,67% đây là nhóm tuổi có tỷ lệ điều trị nội nha cao vì răng tổn thương tùy do nhiều nguyên nhân như là: tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động...và chính là vấn đề sâu răng không được điều trị.

4.2. Kết quả điều trị nội nha lại trên lâm sàng và X- quang có sử dụng hệ thống EQ-V trong trám bít ống tủy

4.2.1 Điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân có răng điều trị nội nha thất bại

Lý do đau răng là lý do chiếm tỷ lệ cao nhất buộc người bệnh đến viện khám bệnh. Một số bệnh nhân có sưng lợi và đau răng kèm theo nhưng vì đau ít nên lý do họ đến là do có sưng lợi. Có 12,50% không có biểu

hiện gì trên lâm sàng, bệnh nhân được phát hiện tình cờ trên X-quang có răng đã điều trị nội nha nhưng không thành công qua khám một số vấn đề của răng khác. Những trường hợp này cần điều trị tùy lại ngay trước khi gây ra biến chứng viêm quanh cuống răng (2),(4).

Triệu chứng cơ năng: Có trường hợp bệnh nhân chỉ có đau răng không kèm theo các triệu chứng khác như sưng tấy mô mềm, lở dò vùng cuống răng. Nhiều trường hợp sưng lợi kèm theo đau răng hoặc vỡ răng có đau răng... Chính vì vậy đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất 83,33% trong các triệu chứng cơ năng. Có 12,50% bệnh nhân có răng điều trị nội nha thất bại không có biểu hiện triệu chứng: không đau, không sưng lợi, không lung lay răng, không có lỗ rò, không vỡ răng.... Không có sự khác biệt giữa nam và nữ về các triệu chứng cơ năng.

Khám thực thể: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,33%. Răng lung lay chiếm 33,33%, chủ yếu là đang đợt cấp và bán cấp của viêm quanh cuống mạn.

Trên phim CT cone beam ống tủy không được trám bít hoàn toàn và bỏ sót ống tủy được phát hiện là: 33,33%; 20,83%, tỷ lệ cao hơn so với phim cận chóp. Tỷ lệ răng điều trị nội nha thất bại do trám ống tủy của nghiên cứu chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Khan M. ở người Pakistan, nghiên cứu của ông trám ống tủy trám thiếu chiếm 34,7% và 17,3% bỏ sót ống tủy (4). Điều này được giải thích là do bác sĩ chưa có kinh nghiệm trong mở tủy và tìm ống tủy [8].

Trám quá cuống trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp và tương tự nghiên cứu của Khan M. là tỷ lệ trám quá cuống chiếm 5,3% (4). Có hai ca cho thấy chất hàn ống tủy nằm trong tổn thương thấu quang ở chóp răng, có thể do trám quá chóp gây phản ứng vùng cuống tạo nang, u hạt, hoặc răng đó có tổn thương chóp răng từ trước nên khi trám bít ống tủy chất hàn dễ đi vào vùng tổn thương đó. Phần lớn thất bại trong điều trị nội nha là do không chụp X- quang răng hoặc phim chụp xấu. X quang không thể thiếu được trong chẩn đoán bệnh và đánh giá kết quả điều trị nội nha (7).

Trong nghiên cứu chúng tôi phát hiện 4,16% răng bị thủng sàn và 4,16 % ống tủy được trám kín khít theo 3 chiều trong không gian vẫn thất bại. Một số ống tủy được trám kín khít theo 3 chiều trong không gian nhưng vẫn thất bại là do chưa làm sạch ống tủy đã hàn (7). Phim CT cone beam với nhiều lát cắt nên tổn thương nhỏ cũng đã phát hiện được. Phim cận chóp là phim 2 chiều nên những đường nứt nhỏ hoặc tổn thương bị che khuất dễ bị bỏ sót. Khi chụp nên với CT cone beam đã phát hiện thêm các ca nứt thân

và cả chân kín đáo. Tổng số bệnh nhân có nứt răng là 10 chiếm 20,83%.

4.2.2. Kết quả điều trị

Đánh giá kết quả ngay sau khi trám ống tủy trên Xquang cho thấy kết quả tốt chiếm tỷ lệ 83,3%, không có trường hợp kém. Tỷ lệ ống tủy trám tốt chưa cao vì một số ống tủy không thuận đều do lỗi bác sĩ tạo hình trước đây.

Sau trám ống tủy 1 tuần, khám lâm sàng cho kết quả tốt chiếm tỷ lệ: 91,66% trong đó tốt ở răng hàm lớn với tỷ lệ cao. Không có trường hợp kém. Có 4 trường hợp không có đau tự nhiên nhưng nhai vào còn đau hoặc khi gõ ngang còn đau nhẹ vì đây là trường hợp răng có tổn thương vùng cuống. Kết quả điều trị này gần tương tự với nghiên cứu của Jianing He và cộng sự năm 2017 [5], kết quả điều trị tủy lại trong nghiên cứu của ông là 90,4%. Số bệnh nhân theo dõi sau 6 tháng là 48 bệnh nhân với tỷ lệ thành công của điều trị tủy sau 6 tháng là 95,8%. So sánh với tỷ lệ thành công trong điều trị tủy lại của một số tác giả như là Keziban Olcay: 88.6%; Gilbert B.E.: 92%, thì nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là cao hơn. Có thể đạt được tỷ lệ thành công cao trong nghiên cứu của chúng tôi là do nghiên cứu đã sử dụng dụng cụ tạo hình hiệu quả và trám bít ống tủy bằng hệ thống EQV đảm bảo ống tủy trám kín khít 3 chiều trong không gian. Mặt khác trong nghiên cứu đã sử dụng dung dịch bơm rửa là NaOCL và đặt Ca (OH)₂ giữa các lần hẹn [3], [6].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận: Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân được điều trị lại nội nha tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020 chúng tôi rút ra kết luận sau:

***Đặc điểm mẫu nghiên cứu:** Nữ có răng điều trị nội nha thất bại là 52,09%, nam có răng điều trị nội nha thất bại là 47,91% ($p > 0,05$), lứa tuổi 34-45 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,67%).

*** Đặc điểm lâm sàng, X quang của điều trị nội nha thất bại**

- Biểu hiện của răng điều trị nội nha thất bại là đau: chiếm cao nhất (83,33 %).

-Trám thiếu ống tủy: 20,83%; nứt vỡ răng; 20,83%; thùng sần hoặc bỏ sót ống tủy (4,16%); (20,83%). Ống tủy được trám kín khít theo 3 chiều trong không gian vẫn thất bại: 4,16%.

- Kết quả điều trị tủy có sử dụng hệ thống EQV trong trám bít ống tủy trên lâm sàng và Xquang:

+ Kết quả điều trị tủy lại đạt kết quả tốt ngay sau trám ống tủy là 83,3%, sau 1 tuần là 91,66%. Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ thành công là 95,8%.

5.2. Khuyến nghị: Hệ thống EQV có hiệu quả cao trong trám bít ống tủy và khuyến nghị các nha sĩ nên sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà (2012).** Chữa răng và Nội nha tập 2, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt

Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. **Chaurasiya S et al (2016).** Endodontic Failures and its Management a review. Int J Oral Health Med Res, 2(5), 144-148.
3. **Gilbert B. E. (2012).** Endodontic retreatment: Achieving success the second time around, Clinical article International, 1-3.
4. **Khan. M et al (2010).** Cause of endodontic treatment Failures- A study. Pakistan Oral & Dental Journal, Vol 30, No1, 232-236.
5. **Jianing He et al (2017).** Clinical and Patient-centered Outcomes of Nonsurgical Root Canal Retreatment in First Molars Using Contemporary Techniques, JOE, Volume 43(2), 231-236.
6. **Keziban Olcay (2019).** Clinical outcomes of non-surgical multiple-visit root canal retreatment: a retrospective cohort study, Odontology, Volume 107, 536-545.
7. **Louis M. Lin, Elizeu A. Pascon (1991).** Clinical, radiographic, and histologic study of endodontic treatment failure. Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology. Volume 71, Issue 5, 525-650.
8. **Yamaguchi M. et al (2018).** Factors that cause endodontic failures in general practices in Japan. BMC Oral Health, Volume 18, 70.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN LO ÂU, TRẦM CẢM TRÊN BỆNH NHÂN LOẠN THẦN DO RƯỢU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI PHÒNG

Phạm Văn Mạnh*, Vương Thị Thủy*, Lương Thị Mai Loan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng.

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành trên 59 bệnh nhân loạn thần do rượu có biểu hiện rối loạn lo âu và/hoặc trầm cảm, điều trị tại khoa Điều trị lạm dụng chất, Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ 01/2020 đến 05/2020. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm: Khí sắc giảm 72,3%, mất quan tâm thích thú 76,6%, giảm năng lượng 89,4%.

Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm: Rối loạn giấc ngủ 100%, rối loạn ăn uống 85,1%, giảm tính tự trọng và lòng tự tin 61,7%, ý tưởng bị tội và không xứng đáng 29,8%, nhìn tương lai ảm đạm và bi quan 38,3%, ý tưởng và hành vi tự sát 10,6%.

Rối loạn lo âu: Rối loạn hoảng sợ 37,2%, rối loạn lo âu lan tỏa 34,9%, rối loạn ám ảnh cưỡng bức 16,3%, ám ảnh sợ khoảng trống 4,7%.

Từ khóa: Lo âu, trầm cảm, rượu.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL FEATURES OF ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN PATIENTS WITH PSYCHOSIS DUE TO ALCOHOL

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Mạnh

Email: pvmạnh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

TREATED AT HAI PHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL

Objectives: Study on clinical features of anxiety and depression disorders in patients with psychosis due to alcohol treated at Hai Phong Psychiatric Hospital.

Methods: The study was conducted on 59 patients diagnosed psychosis due to alcohol, presenting with anxiety and/or depression disorders, treated at Hai Phong Psychiatric Hospital from January to May 2020. This is cross-sectional descriptive study.

Results:

The main symptoms of depression: 72,3% low mood, 76,6% loss of interest in daily activities, and 89,4% reduction of energy.

The common symptoms of depression: Sleep disturbance 100%, eating disorders 85,1%, decrease of self-esteem and self-confidence 61,7%, ideas of guilt and unworthiness 29,8% , reduced positive future-thinking 38,3%, suicidal ideas and behaviors 10,6%.

Anxiety disorder: Panic disorder 37,2%, general anxiety disorder 34,9%, obsessive-compulsive disorder 16,3%, agoraphobia 4,7%.

Keywords: anxiety, depression, alcohol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tâm thần ở bệnh nhân nghiện rượu rất đa dạng và phức tạp bao gồm những triệu chứng rối loạn cảm xúc, hành vi, tư duy... Rối loạn lo âu, trầm cảm là các rối loạn cảm xúc thường gặp ở bệnh nhân loạn thần do rượu [6]. Các triệu chứng này thường bị nhầm lẫn với các bệnh cơ thể khác

như bệnh tim mạch, tiêu hóa.... Bên cạnh đó, trầm cảm còn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến hành vi tự sát nếu không hiện kịp thời. Bởi vậy, nghiên cứu về rối loạn lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân loạn thần do rượu có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong thực hành lâm sàng. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: *“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng”*, với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 59 bệnh nhân loạn thần do rượu có biểu hiện rối loạn lo âu và/hoặc trầm cảm, điều trị tại khoa Điều trị lạm dụng chất, Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ 01/2020 đến 05/2020, thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu theo ICD.10 mã F10.
- Có biểu hiện rối loạn lo âu và/hoặc trầm cảm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý thực tổn ở não (u não, tai biến mạch não,...).
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần nội sinh.
- Bệnh nhân lạm dụng chất gây nghiện khác.
- Bệnh nhân có các bệnh lý cơ thể có thể gây rối loạn cảm xúc.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ: 59 bệnh nhân

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Mẫu bệnh án chuyên biệt phục vụ cho quá trình nghiên cứu.

- Nguồn thông tin khai thác từ: Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân, người nhà, khám lâm sàng toàn diện, tham khảo hồ sơ bệnh án, trắc nghiệm tâm lý.

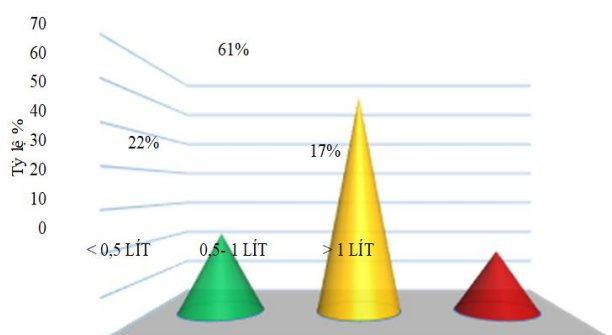
2.2.5. Xử lý số liệu và phân tích

Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

- 100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới.
- Tuổi trung bình: $48,36 \pm 8,523$ tuổi, thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 68 tuổi.
- Thời gian uống rượu: từ 11 – 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 54,2%, từ 16 – 20 năm là 25,4%, <10 năm là 6,8%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2014), thời gian NR trung bình $14,6 \pm 6,5$ năm [4]. Như vậy, sau hàng chục năm NR, rối loạn tâm thần là hậu quả tất yếu của ngộ độc rượu mạn tính.
- Số lượng rượu uống trong ngày



Hình 1. Phân nhóm bệnh nhân theo số lượng rượu uống trong ngày

Bệnh nhân uống từ 0,5 – 1 lít/24h chiếm tỷ lệ cao nhất 61%, bệnh nhân uống > 1lít/24h chiếm tỷ lệ thấp nhất 17%, có 22% bệnh nhân uống < 0,5lít/24h. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân loạn thần do rượu

3.2.1. Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm.

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân LTDR

Các rối loạn	n	Tỷ lệ %	p
Chỉ trầm cảm	16	27,1	$p < 0,05$
Chỉ rối loạn lo âu	12	20,3	
Trầm cảm và rối loạn lo âu	31	52,5	
Cộng	59	100,0	

Trong số 59 bệnh nhân LTDR có biểu hiện rối loạn lo âu, trầm cảm có 27,1% bệnh nhân chỉ có biểu hiện trầm cảm, 20,3% bệnh nhân chỉ có biểu hiện RLLA, 52,5% bệnh nhân vừa có biểu hiện RLLA và trầm cảm. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới. Boschloo L. (2012) đưa ra nhận xét: trong số bệnh nhân trầm cảm do rượu có 60,4% cũng bị RLLA, tương tự 57,4% bệnh nhân RLLA

có biểu hiện trầm cảm [5]. Như vậy có một sự hấp dẫn cao giữa rối loạn lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân LTDR.

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân LTDR

a. Mức độ trầm cảm

Trong số 59 bệnh nhân loạn thần do rượu nghiên cứu, có 47 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm với 3 mức độ: nhẹ, vừa (trung bình) và nặng.

Bảng 4. Mức độ trầm cảm

Mức độ trầm cảm	n	Tỷ lệ %	p
Trầm cảm nhẹ	23	48,9	$p < 0,05$
Trầm cảm vừa	17	36,2	
Trầm cảm nặng	7	14,9	
Cộng	47	100,0	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất: 51,1%, thấp

nhất là trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ 14,9% và trầm cảm vừa là 34%. Theo Lý Trần Tình

(2006), trầm cảm chủ yếu chiếm 55,2% trong đó trầm cảm nhẹ là 7,3%, trầm cảm vừa 37,5%, trầm cảm nặng 10,4% [3]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của tác giả

cách đây nhiều năm, người dân chưa có những hiểu biết đúng về bệnh và thường đến viện khi bệnh đã rõ hay có biểu hiện nặng.

b. Triệu chứng cơ bản của trầm cảm

Bảng 5. Triệu chứng chủ yếu của trầm cảm

Triệu chứng chủ yếu	n = 47	Tỷ lệ %
Khí sắc giảm	34	72,3
Mất quan tâm thích thú	36	76,6
Giảm năng lượng, mệt mỏi	42	89,4

Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm rất phổ biến ở bệnh nhân LTDR. Khí sắc giảm chiếm 72,3%, mất sự quan tâm thích thú là 76,6%, giảm năng lượng và tăng mệt mỏi là 89,4%.

Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả khác: Phạm Văn Mạnh (2017), khí sắc giảm chiếm 68,08%, giảm năng lượng chiếm 67,02%, mất quan tâm thích thú 77,66% [2]. Ở bệnh nhân trầm cảm do rượu, tuy không

còn các sở thích cũ, sao nhãng các thói quen hàng ngày nhưng họ vẫn luôn nghĩ đến rượu, tìm mọi cách để có rượu, không quan tâm đến công việc, đến mọi người xung quanh. Rượu lấn át hết mọi ý nghĩ, quan tâm khác đến người bệnh thờ ơ, không quan tâm đến các sở thích, thú vui trước kia, lười chăm sóc bản thân. Họ luôn than phiền mệt mỏi, cho rằng mình bị kiệt sức, không đảm đương được các công việc mà trước đây họ vẫn làm.

Bảng 6. Triệu chứng phổ biến của trầm cảm

Triệu chứng phổ biến	n= 47	Tỷ lệ %
Giảm sự tập trung chú ý	35	74,5
Giảm tính tự trọng và lòng tự tin	29	61,7
Ý tưởng bị tội và không xứng đáng	14	29,8
Nhìn tương lai ảm đạm, bi quan	18	38,3
Ý tưởng và hành vi tự sát	5	10,6
Rối loạn giấc ngủ	47	100
Mất ngủ đầu giấc	18	38,3
Mất ngủ giữa giấc	4	8,5
Mất ngủ cuối giấc	6	12,8
Mất ngủ toàn bộ	19	40,4
Rối loạn ăn uống	40	85,1
Ăn không ngon miệng, chán ăn	35	74,5
Không ăn	5	10,6

100% bệnh nhân LTDR có biểu hiện trầm cảm bị rối loạn giấc ngủ. Các triệu chứng phổ biến khác gặp với tỷ lệ cao là:

giảm sự tập trung chú ý 74,5%, giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin 61,7%. Rối loạn ăn uống cũng là triệu chứng thường gặp chiếm

85,1%. Ý tưởng bị tội và không xứng đáng 29,8%, nhìn tương lai ảm đạm và bị quan chiếm 38,3%, ý tưởng hoặc hành vi tự sát là 10,6%.

Người bị trầm cảm do rượu cảm thấy buồn bã, thấy vụng, dày vò bản thân, cảm thấy có tội lỗi. Bệnh nhân cho rằng mình là kẻ vô dụng, tương lai của mình rất ảm đạm, và họ nêu ra rất nhiều lý do: không bỏ được rượu, sức khỏe yếu kém không làm được việc, kinh tế khó khăn, vợ con bỏ, nợ nần,... Sự lệ thuộc vào rượu, vòng tròn nghiện ngập dẫn người bệnh đến chỗ bế tắc, không thoát ra được nếu họ không có thái độ kiên quyết

và không có sự giúp đỡ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác như Jalessa P. (2020), Zhoh H. (2017), uống rượu làm tăng nguy cơ tự sát ở những bệnh nhân trầm cảm [8], [9]. NR và trầm cảm được coi là một yếu tố tiên đoán quan trọng về ý tưởng và hành vi tự sát có thể xuất hiện [7]. Những bệnh nhân NR, LDR nên được đánh giá về nguy cơ tự sát bất cứ khi nào họ có triệu chứng trầm cảm, vì điều trị đúng cách có thể thuyên giảm các triệu chứng trầm cảm, giảm tỷ lệ tái phát và giảm thiểu nguy cơ tự sát.

c. Triệu chứng cơ thể của trầm cảm

Bảng 7. Triệu chứng cơ thể của trầm cảm

Triệu chứng cơ thể	n= 47	Tỷ lệ %
Cảm giác đau	37	62,7
Đau đầu	35	59,3
Đau ngực	3	5,1
Đau bụng	10	16,9
Đau cơ xương khớp	16	27,1
Khó thở	18	23,4
Đánh trống ngực	24	51,1
Rối loạn tiêu hóa	22	46,8
Táo bón	7	14,9
Đi ngoài phân lỏng	7	14,9
Vừa táo bón, vừa đi ngoài phân lỏng	8	17
Rối loạn tiểu tiện	17	36,2
Rối loạn bài tiết mồ hôi	28	59,6
Giảm ham muốn tình dục	38	80,9
Sút cân	41	87,2

- Cảm giác đau: Là triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân trầm cảm. Họ thường than phiền đau mỗi nhiều nơi trên cơ thể: đau đầu (59,3%), đau mỗi cơ xương khớp (27,1%),.... Các triệu chứng đau này thường mơ hồ, không khu trú và không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.

- Rối loạn chức năng tình dục: Gặp 80,9% trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Các biểu hiện thường thấy là giảm ham muốn, bất lực. Người bệnh LTDR thường có hoang tưởng ghen tuông, nghi ngờ vợ phản bội dù không có bằng chứng. Họ dò xét, kết tội, theo dõi vợ. Đó có thể là do họ bị dày vò

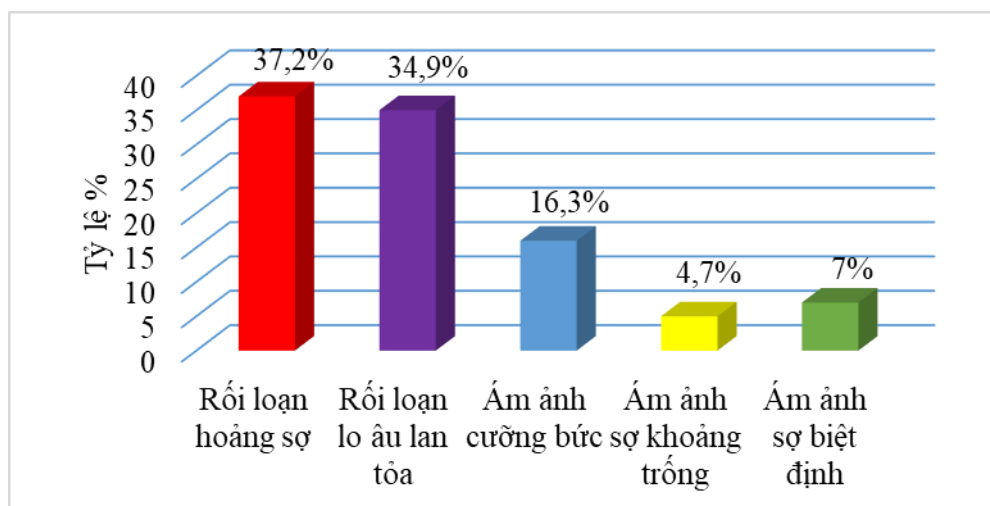
bởi cảm giác bất lực trong tình dục và có thể còn bất lực trong cuộc sống nói chung.

- Rối loạn thần kinh thực vật: cảm giác khó thở (23,4%), tim đập nhanh, đánh trống ngực (51,1%), rối loạn tiêu tiện (36,2%), rối loạn bài tiết mồ hôi (59,6%). Bệnh nhân đi khám bệnh tại nhiều chuyên khoa khác nhau

như: tim mạch, hô hấp, thận - tiết niệu, thần kinh,...và chẩn đoán nhầm thành bệnh khác.

3.2.3. Các loại rối loạn lo âu trên bệnh nhân LTDR

Trong số 59 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, 43 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn lo âu.



Hình 2. Các loại rối loạn lo âu

Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả của một số tác giả: Lý Trần Tình (2006), RLLA lan tỏa 41,7% và rối loạn hoảng sợ là 40,6% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng (2003), triệu chứng RLLA như lo lắng (76,9%), hoảng sợ (66,3%), ác mộng (24,7%), ám ảnh xung động (18,5%) [1].

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 59 bệnh nhân loạn thần do rượu có biểu hiện rối loạn lo âu, trầm cảm được điều trị nội trú tại Khoa Điều trị lạm dụng chất, Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 05/2020, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm: Khí sắc giảm chiếm 72,3%, mất quan tâm thích thú 76,6%, giảm năng lượng và tăng mệt mỏi 89,4%.

- Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm: 100% bệnh nhân có biểu hiện bị rối loạn giấc ngủ, đa số là mất ngủ đầu giấc và mất ngủ toàn bộ, rối loạn ăn uống 85,1%, giảm sút sự

tập trung chú ý 74,5%, giảm tính tự trọng và lòng tự tin 61,7%, ý tưởng bị tội và không xứng đáng 29,8%, nhìn tương lai ảm đạm và bi quan 38,3%, ý tưởng và hành vi tự sát 10,6%.

- Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm: cảm giác đau 62,7%, đánh trống ngực 51,1%, rối loạn tiêu hóa 46,8%, rối loạn tiêu tiện 36,2%, rối loạn bài tiết mồ hôi 59,6%, giảm ham muốn tình dục 80,9%, sút cân 87,2%.

- Rối loạn lo âu: Rối loạn hoảng sợ 37,2%, rối loạn lo âu lan tỏa 34,9%, rối loạn ám ảnh cường bức 16,3%, ám ảnh sợ khoảng trống 4,7%, ám ảnh sợ biệt định 7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Mạnh Hùng, (2003)**, Đặc điểm lâm sàng của loạn thần do rượu với hoang tưởng do rượu và ảo giác chiếm ưu thế, Nội san số đặc biệt 2003, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I, Bộ Y tế, 33-37.
2. **Phạm Văn Mạnh, Nguyễn Văn Dũng, (2017)**, "Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2017", Tạp chí Y học thực hành, 48-51.
3. **Lý Trần Tình, (2006)**, Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Tuấn, (2014)**, Nghiên cứu lâm sàng và hiệu quả điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân loạn thần do rượu, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Boschloo L., Vogelzangs N., (2012)**, "Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders", The British Journal of Psychiatry, 200 (6), 476-484.
6. **Carolina D.W., Fernanda P.M, Alethea Z., (2017)**, "Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: a population-based study", Brazilian Journal of Psychiatry, 40 (1), 1-5.
7. **Holma M, Holma I, Isometsä E, (2020)**, "Comorbid alcohol use disorder in psychiatric MDD patients: A five-year prospective study", J Affect Disord, 267, 283-288.
8. **Jalessa P., Eleanor B., James. O, (2020)**, "Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide", Death Studies, 1-9.
9. **Zhou H., Polimanti R., (2017)**, "Genetic Risk Variants Associated With Comorbid Alcohol Dependence and Major Depression", JAMA Psychiatry, 74 (12), 1234-1241.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG MẤT RĂNG VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG, 2019

Đồng Thị Mai Hương*, Vũ Thị Hiền*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình của người cao tuổi đến khám tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu gồm 104 bệnh nhân là người cao tuổi. Khám và ghi nhận tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị cũng như là yêu cầu điều trị của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tình trạng mất răng: tỷ lệ mất răng chung 82,7%; nữ 84,4%; nam 80,0%. Theo phân loại mất răng của Kennedy – Applegate: loại I 22,6%; loại II 32,8%; loại III 12,5%; loại IV 9,4%; loại V 6,3%; loại VI 16,4%. Số răng mất trung bình hàm trên 3,6 chiếc, hàm dưới 3,8 chiếc, số răng mất trung bình của một người là 7,4 chiếc. Tỷ lệ mất toàn hàm trên 2,3%, mất toàn hàm dưới 2,4% và mất cả hai hàm 0 %. Tỷ lệ bệnh nhân đã có răng giả: 32,6%. Nhu cầu điều trị phục hình và yêu cầu điều trị phục hình. Nhu cầu điều trị theo bác sĩ 70,9%. Tỷ lệ người cao tuổi cần 1 đơn vị phục hình chiếm 13,1%, nhiều đơn vị phục hình chiếm 50,8%, kết hợp 1 đơn vị phục hình với nhiều đơn vị phục hình 27,9%, hàm giả toàn phần chiếm 8,2 %. Yêu cầu điều trị của bệnh nhân 65,1%.

Từ khóa: tình trạng mất răng, nhu cầu điều trị phục hình, người cao tuổi.

SUMMARY

RESEARCH ON THE STATUS OF MISSING TEETH AND NEEDS FOR RECOMMENDATION TREATMENT IN ELDERLY AT HUMAN IN HOSPITAL HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE, 2019

The study aims to assess the loss of teeth and the need for prosthetic treatment of the elderly who come to the dental department of Hai Phong Medical University hospital. Study subjects include 104 patients are elderly patients. Examining and recording the loss of teeth and the need for treatment and treatment requirements of the patient. The research results showed that: Status of tooth loss: the rate of common tooth loss 82.7%; female 84.4%; male 80.0%. According to the classification of tooth loss by Kennedy - Applegate: type I 22.6%; grade II 32.8%; grade III 12.5%; grade IV 9.4%; type V 6.3%; type VI 16.4%. The average number of missing teeth on jaw is 3.6 pieces, lower jaw 3.8, the average number of missing teeth per person is 7.4 pieces. The rate of total loss is over 2.3%, the total loss is less than 2.4% and both functions are 0%. Percentage of patients with dentures: 32.6%. Restoration treatment needs and prosthetic treatment requirements. The need for treatment according to doctors is 70.9%. The proportion of the elderly who need 1 prosthesis unit accounts for 13.1%, many prostheses units account for 50.8%, combining 1 prosthesis unit with many prostheses unit 27.9%, full prosthesis accounting for 8.2%. Treatment requirements of patients 65.1%.

Keywords: tooth loss, need for prosthetic treatment, the elderly.

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Mai Hương

Email: huongdentist79@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe răng miệng đặc biệt quan trọng ở người cao tuổi, vì ngoài các bệnh hệ thống rất dễ mắc phải thì các tổn thương vùng miệng cũng có ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp đến dinh dưỡng, thể chất, tâm lý, giao tiếp và cuối cùng là làm giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi. Trong đó mất răng là một tình trạng thường thấy ở người cao tuổi. Khi một răng mất thì các răng đối diện sẽ trồi, răng kế bên sẽ di lệch, xô lệch, xương ổ răng sẽ bị tiêu đi, làm mất sức nhai. Bệnh sâu răng, nha chu, chấn thương khớp cắn phát sinh đưa đến mất thêm những răng khác. Từ đó ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe răng miệng, thẩm mỹ của nụ cười, khuôn mặt và sức khỏe chung của người cao tuổi[1]. Phục hình răng mất cho người cao tuổi là một việc quan trọng, nó giúp cải thiện chất lượng sống của họ. Tuy nhiên ở góc độ xã hội, các cơ sở chăm sóc người cao tuổi, các trung tâm, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi của chúng ta còn thiếu, phát triển còn chưa đồng bộ, thiếu quy hoạch và chưa đáp ứng yêu cầu về số lượng và chất lượng. Riêng tại thành phố Hải Phòng với mật độ dân số đông thì nhu cầu này là rất cấp thiết. Từ những điều đó thúc đẩy trên chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu đề tài: “ *Tình trạng mất răng, nhu cầu điều trị và yêu cầu điều trị phục hình ở người cao tuổi tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2019*”, với các mục tiêu sau: 1. Mô tả tình trạng mất răng ở bệnh nhân 60 tuổi trở lên đến khám tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. 2. Xác định nhu cầu điều trị phục hình và yêu cầu điều trị phục hình của nhóm

đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân trên 60 tuổi đến khám răng và điều trị. Không mắc bệnh tâm thần, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 4 năm 2019.

2.3 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối:

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

- n: Là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.
- p: Tỷ lệ mất răng trong người cao tuổi theo nghiên cứu của Phạm Văn Việt là 91,1%[2].
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% là 1,96.
- d: Là khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn d là 5,5%

Từ đó ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 104 NCT.

Kỹ thuật chọn mẫu: Kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu trong nghiên cứu của tôi là sử dụng kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích, có nghĩa là những bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y hải phòng, có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được phỏng vấn ngay sau khi khám bệnh, chỉ ngừng thu thập thông tin khi đến hết thời gian nghiên cứu.

Công cụ thu thập thông tin: bệnh án nghiên cứu được thiết kế trên cơ sở mục tiêu, biến số và chỉ số nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: phỏng vấn: họ tên, tuổi, giới, điện thoại liên hệ, khai thác tiền sử và bệnh sử, nguyên nhân mất răng. Khám phát hiện tình trạng mất răng: dụng cụ khám: khay, gương, gắp, thám trầm, bông, cùn. Nguồn ánh sáng sử dụng là ánh sáng điện hoặc ánh sáng trời.

* Khám trong miệng từ cung 1 đến cung 2,3,4. Cung 1: Đánh giá xem có mất răng hay không? Vị trí răng mất. Số lượng răng mất. Phân loại mất răng theo Kennedy và Applegate. Đã có phục hình chưa, có cần thay thế ko. Khám tương tự ở các cung 2,3,4.

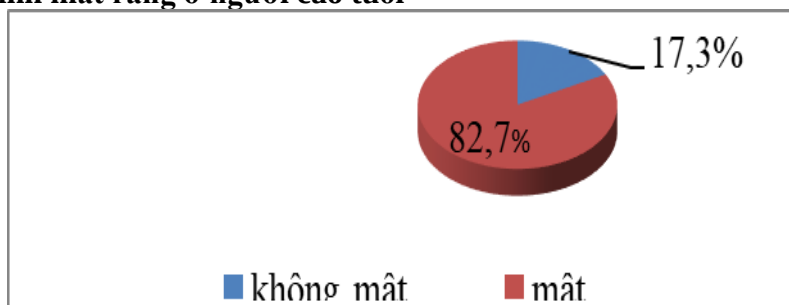
Xử lý số liệu: toàn bộ số liệu sau khi được thu thập sẽ xử lý bằng thuật toán thống kê y học, chương trình SPSS 20

Đạo đức nghiên cứu: Trước khi tham gia nghiên cứu bệnh nhân được thông báo về mục đích, ý nghĩa và quyền lợi của bệnh nhân. Bệnh nhân có quyền từ chối không tham gia bất kỳ thời gian nào bệnh nhân muốn, không gò ép.

Kiểm soát sai lệch thông tin: mỗi bệnh nhân được khám xoay vòng 3 lần cho mỗi điều tra viên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình hình mất răng ở người cao tuổi



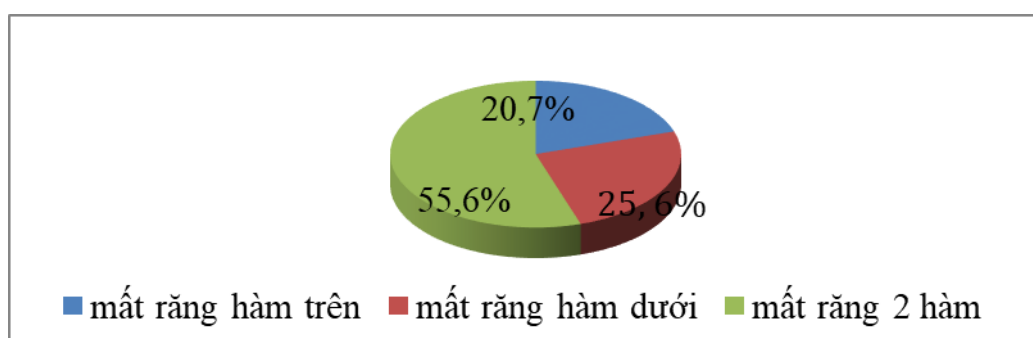
Biểu đồ 1. Tỷ lệ mất răng chung ở NCT

Nhận xét: trong số 104 NCT tham gia nghiên cứu: số NCT mất răng là 86 chiếm 82,7%, số NCT không mất răng là 18 chiếm 17,3%

Bảng 1. Tỷ lệ NCT mất răng theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới tính				Tỷ lệ mất răng chung
	Nam		Nữ		
	Mất răng		Mất răng		
	n	%	n	%	
60 – 64	10	35,7%	18	64,3%	28
65 – 74	15	35,7%	27	64,3%	42
≥ 75	7	43,8%	9	56,2 %	16
Tổng	32	37,2%	54	62,8%	86
P > 0,05					

Nhận xét: Trong tổng số 86 NCT bị mất răng, tỷ lệ nữ giới mất răng chung cao hơn nam giới (62,8% so với 37,2%). Trong đó, ở tất cả các nhóm tuổi, tỷ lệ nữ mất răng đều cao hơn nam. Sự khác biệt về tỷ lệ NCT bị mất răng theo nhóm tuổi và giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 2. Vị trí mất răng chủ yếu ở NCT

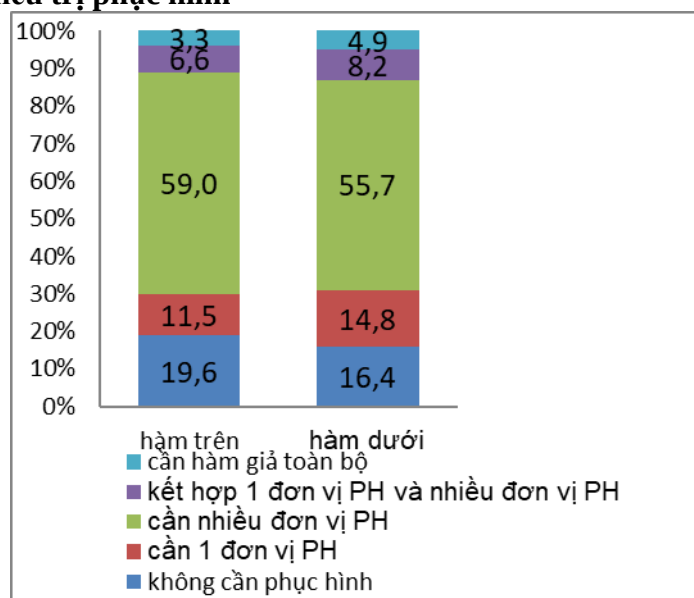
Nhận xét: Kết quả nghiên cứu theo Biểu đồ 2 cho thấy ở NCT mất răng chủ yếu ở cả hàm trên và hàm dưới là 47 người (chiếm 55,6%), chỉ mất răng ở hàm trên là 17 (chiếm 20,7%) và ở hàm dưới là 22 (chiếm 25,6%).

Bảng 2. Tỷ lệ NCT bị mất răng có răng giả theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Răng giả				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
60 – 64	8	28,6	20	71,4	28	100,0
65-74	15	35,7	27	64,3	42	100,0
≥ 75	5	31,3	11	68,7	16	100,0
Tổng	28	32,6	58	67,4	86	100,0
P	P > 0,05					

Nhận xét: Tổng số 82 NCT bị mất răng có 28 NCT đeo răng giả (chiếm 32,6%). Trong đó, nhóm tuổi từ 65-74 có tỷ lệ NCT mất răng có đeo răng giả chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%), nhóm tuổi 60-64 tuổi có tỷ lệ NCT mất răng đeo răng giả thấp nhất (28,6%). Sự khác biệt giữa tỷ lệ NCT bị mất răng có đeo răng giả ở các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

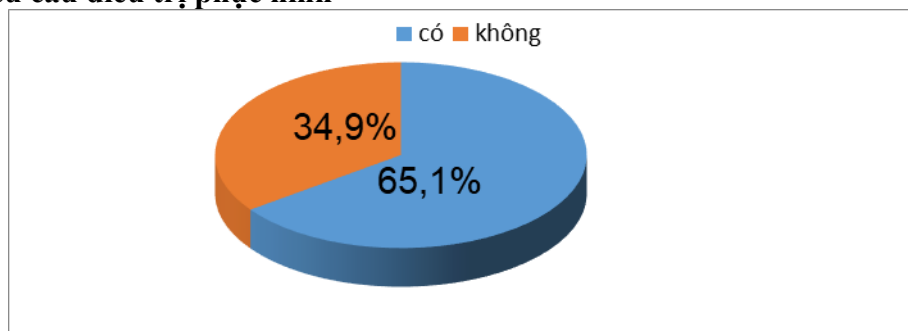
3.2. Nhu cầu điều trị phục hình



Biểu đồ 3. Nhu cầu điều trị phục hình thay thế mất răng

Nhận xét: kết quả nghiên cứu tại Biểu đồ 3. cho thấy, trong tổng số 86 NCT mất răng, tỷ lệ NCT có nhu cầu làm nhiều đơn vị phục hình là cao nhất ở cả hàm trên và hàm dưới (59,0% và 55,7%)

3.3. Yêu cầu điều trị phục hình



Biểu đồ 4. Yêu cầu điều trị mất răng của NCT

Nhận xét: trong số 86 NCT bị mất răng, số NCT được hỏi có yêu cầu điều trị mất răng là 56 người (chiếm 65,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tham gia nghiên cứu có 104 bệnh nhân, trong đó nam chiếm 38,5%, nữ chiếm 61,5% theo thống kê của bộ môn phục hình Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội thì tỷ lệ nữ luôn cao hơn nam, điều này chứng tỏ phần đông nữ giới vẫn quan tâm đến chăm sóc sức khỏe răng miệng hơn nam giới. Nếu so sánh với nghiên cứu của TS. Lê Văn Hợi (2007) “Thực trạng, nhu cầu và chi phí chăm sóc sức khỏe NCT tại một vùng nông thôn Việt Nam”, cũng triển khai tại huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2007 có tỷ lệ nữ là 63,2%, nam là 36,8%, phân bố tỷ lệ NCT về giới hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi[3]. Tuy nhiên nếu so sánh với kết quả nghiên cứu của Đoàn Thu Hương “Đánh giá tình trạng bệnh quanh răng, sự mất răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Hữu Nghị” (2003) có kết quả nam 81%, nữ 19% có sự khác biệt do đặc thù của cơ sở

khám bệnh, tại bệnh viện Hữu nghị dựa vào mức lương để xét tiêu chuẩn được khám bệnh nên tỷ lệ nam cao hơn nữ. Còn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả người cao tuổi đến khám bệnh tại bệnh Đại học y Hải Phòng.

4.2. Tình trạng mất răng: Tỷ lệ mất răng chung là 82,7%, trong đó nhóm tuổi 65-74 là 87,5% và nhóm ≥ 75 là 80,0%. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng với tỷ lệ mất răng ở bệnh nhân trên 60 tuổi là 81,73%. So sánh với nghiên cứu của Trần Văn Trường [4] với bệnh nhân trên 45 tuổi có tỷ lệ mất răng 89,7% thì kết quả của chúng tôi phù hợp. Có thể giải thích sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của tác giả tiến hành tại các tỉnh phía Bắc cách đây đã 18 năm nên trang thiết bị còn hạn chế, labo răng giả chưa cập nhật nhiều như bây giờ cộng với điều trị nhổ bỏ răng nhiều hơn là bảo tồn đã làm cho tỷ lệ mất răng cao. Tỷ lệ mất răng của nữ là 84,4%, của nam là 80,0% điều này cho thấy

không có sự khác nhau về tỷ lệ mất răng ở nam và nữ. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Chu Đức Toàn (2012) cũng không có sự khác biệt nhau về tỷ lệ mất răng ở hai giới (89,6% nữ và 89,3% nam). Số răng mất trung bình ở một người lứa tuổi 60 - 64 là 6,3 chiếc, lứa tuổi 65 - 74 là 6,6 chiếc và trên 75 là 11,7 chiếc. Như vậy số răng mất trung bình của một người tăng dần theo nhóm tuổi và tuổi càng cao thì số răng mất trung bình càng nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Phạm Văn Việt tiến hành nghiên cứu năm 1999, theo các nhóm tuổi, trung bình răng mất mỗi người tăng lên dần: từ 5,04 ở độ tuổi từ 55-64; 9,72 ở độ tuổi 65-74 và tăng tới 14,5 ở tuổi ≥ 75 và Chu Đức Toàn tiến hành nghiên cứu năm 2012, số răng mất trung bình mỗi người ở nhóm 60-65 là 5,1 chiếc, nhóm 65-69 là 6,3 chiếc và nhóm trên 70 là 7,2 chiếc[5].

4.3. Nhu cầu điều trị phục hình: Theo nhu cầu điều trị là 70,9%. Nếu so sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Thắng[6] ở miền Bắc thì nhu cầu làm răng giả là 63,33% thì kết quả của chúng tôi cao hơn. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Minh[1] (2007) với tỷ lệ cần phục hình là 33,4% thì kết quả của chúng tôi cũng cao hơn, sở dĩ có sự khác biệt là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi còn tác giả nghiên cứu đối tượng là người trưởng thành từ 20 - 60 tuổi. Tỷ lệ NCT có nhu cầu làm nhiều đơn vị phục hình là cao nhất ở cả hàm trên và hàm dưới (59,0% và 55,7%). Tỷ lệ NCT cần nhiều đơn vị phục hình chiếm cao nhất 50,8%, thấp nhất là hàm giả toàn phần chiếm 8,2% tương

tự ở các nhóm tuổi. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng (2007)[7]. Cần làm 1 đơn vị phục hình cao nhất ở nhóm tuổi 60-64 (50,0%), thấp nhất ở nhóm tuổi ≥ 75 (12,5%). Cần làm hàm giả toàn phần thấp cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 75 (60,0%) tương tự như kết quả của Hồng Xuân Trọng (2014)[8]. Không có sự khác biệt về nhu cầu phục hình giữa nam và nữ.

4.4. Yêu cầu điều trị phục hình: Theo yêu cầu phục hình của bệnh nhân là 65,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NCT được bác sĩ chỉ định cần điều trị mất răng chiếm tỷ lệ khá cao (70,9%). Nhu cầu điều trị thực tế của NCT bị mất răng được hỏi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chiếm tới 65,1%. Sở dĩ có sự khác nhau giữa của hai tỷ lệ là do đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi 60 - 64 và nhóm tuổi 65 - 69 vẫn cảm thấy rất ổn với tình trạng răng miệng hiện tại của mình. So sánh với kết quả nghiên cứu của Hồng Xuân Trọng (2014)[8] về yêu cầu điều trị là 41,6% thì kết quả chúng tôi cao hơn. Lí do là Hồng Xuân Trọng nghiên cứu trên đối tượng NCT ở các cơ sở chăm sóc người già như mái ấm, chùa nên trong khi đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tình trạng mất răng

- Tỷ lệ mất răng chung 82,7%. Nữ 84,4%. Nam 80,0%

- Theo phân loại mất răng của Kennedy – Applegate: Loại I 22,6%. Loại II 32,8%. Loại III 12,5%. Loại IV 9,4%. Loại V 6,3%. Loại VI 16,4%.

- Số răng mất trung bình hàm trên 3,6

chiếc, hàm dưới 3,8 chiếc, số răng mất trung bình của một người là 7,4 chiếc.

- Tỷ lệ mất toàn hàm trên 2,3%, mất toàn hàm dưới 2,4% và mất cả hai hàm 0%.

- Tỷ lệ bệnh nhân đã có răng giả: 32,6%

5.2. Nhu cầu điều trị phục hình và yêu cầu điều trị phục hình

- Nhu cầu điều trị theo bác sĩ 70,9%

- Tỷ lệ NCT cần 1 đơn vị PH chiếm 13,1%, nhiều đơn vị phục hình chiếm 50,8%, kết hợp 1 đơn vị PH với nhiều đơn vị PH 27,9%, hàm giả toàn phần chiếm 8,2%.

- Yêu cầu điều trị của bệnh nhân 65,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Mạnh Minh (2007)**, “Đánh giá tình trạng mất răng và nhu cầu phục hình cố định ở người trưởng thành tại Hà Nội năm 2006 – 2007”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 1-3.
2. **Phạm Văn Việt (2004)**, “Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 14.
3. **Lê Văn Hối (2012)**, Báo cáo Thực trạng, nhu cầu và chi phí chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại một vùng nông thôn ở Việt Nam, Trường Đại học Y Hà Nội
4. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải, John Spence A, Thomson K.R. (2002)**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 12-18
5. **Võ Thế Quang (2000)**, “Viêm quanh chóp răng”, Bách khoa thư bệnh học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tập III, tr. 523.
6. **Nguyễn Đức Thắng, Nguyễn Lê Thanh, Phùng Thanh Lý (1990)**, “Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng ở các tỉnh phía Bắc”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 10,11, tập 240-241, tr. 7-10.
7. **Trương Mạnh Dũng (2007)**, “Tình trạng mất răng ở người cao tuổi phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội”, Tạp chí Y học thực hành (số 1), tr 4- 5.
8. **Hồng Xuân Trọng (2014)**, “Bốn tình trạng mất răng, nhu cầu và yêu cầu điều trị mất răng ở một số cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2013 “, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 1 năm 2014.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, TẾ BÀO HỌC Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN SINH TỦY TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG – BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Đỗ Thị Thanh Loan*, Nguyễn Ngọc Ánh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang - 36 bệnh nhân rối loạn sinh tủy tại khoa Huyết học lâm sàng – bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải phòng từ 01/2019 đến 09/2019. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, tế bào học ở đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu: Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân rối loạn sinh tủy cho thấy: tỷ lệ nữ: nam là 2:1; thành thị: nông thôn là 1,4:1; tuổi trung bình: $67,7 \pm 12,8$; triệu chứng lâm sàng: thiếu máu (94,4%), xuất huyết (44,5%), nhiễm trùng (27,8); các thể rối loạn sinh tủy: RCMD (47,2%), RAEB-2 (25%), RAEB-1 (11,1%), RA (11,1%), MDS-U (5,6%), trong đó: thể RA: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu, tiểu cầu bình thường; thể RCMD: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu vừa, bạch cầu giảm và tiểu cầu giảm nặng; thể RAEB-1: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nặng, giảm bạch cầu và tiểu cầu giảm vừa; thể RAEB-2: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu rất nặng, số lượng bạch cầu bình thường và tiểu cầu giảm nặng; thể MDS-U: 100% bệnh nhân không có thiếu máu, số lượng bạch cầu bình thường, 50,0% có tiểu cầu bình thường; 50,0% có tiểu cầu giảm nhẹ.

Kết luận: biểu hiện lâm sàng của rối loạn sinh tủy là thiếu máu, xuất huyết, nhiễm trùng; hay gặp nhất thể RCMD, các thể bệnh khác nhau

có các đặc điểm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu khác nhau.

Từ khóa: rối loạn sinh tủy, lâm sàng, tế bào học.

SUMMARY

PATIENTS IN CLINICAL HEMATOLOGY DEPARTMENT – VIET TIEP HOSPITAL HAI PHONG

Cross-sectional descriptive study - 36 patients with Myelodysplastic syndromes patients in Clinical hematology department - Viet Tiep hospital Hai Phong from January 2019 to September 2019. **Objectives:** Description of clinical and cytology of Myelodysplastic syndromes patients in Clinical hematology department - Viet Tiep hospital Hai Phong. Research results: female: male is 2: 1; Urban: rural is 1.4: 1; Average age: 67.7 ± 12.8 ; Clinical symptoms: anemia (94.4%), hemorrhage (44.5%), infection (27.8); Myelodysplastic syndromes's groups: RCMD (47.2%), RAEB-2 (25%), RAEB-1 (11.1%), RA (11.1%), MDS-U (5.6%); RA: the most common mild anemia, the number of leukocytes and platelets are normal; RCMD: most common is moderate anemia, leukopenia and severe thrombocytopenia; RAEB-1: most common severe anemia, leukopenia and moderate thrombocytopenia; RAEB-2: most common anemia is very severe anemia, the number of normal leukocytes and severe thrombocytopenia; MDS-U: 100% of patients do not have anemia, normal leukocytes, 50.0% have normal platelets; 50.0% have a mild thrombocytopenia.

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Loan

Email: dttloan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Conclusion: the clinical of Myelodysplastic syndromes are anemia, hemorrhage, infection; Most often with RCMD, different groups of Myelodysplastic syndromes have different characteristics of erythrocyte, leukocyte and platelet.

Keywords: Myelodysplastic syndromes, clinical, cytology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn sinh tủy là hội chứng hiếm gặp trong cộng đồng, đặc trưng bởi sự biệt hóa bất thường, rối loạn hình thái, giảm một hoặc nhiều dòng tế bào máu và tăng nguy cơ tiến triển thành leucemie cấp dòng tủy. Bệnh gây ra tình trạng thiếu máu, nhiễm trùng, xuất huyết nặng,... làm giảm chất lượng cuộc sống người bệnh, chi phí điều trị tốn kém, có nguy cơ tử vong. Tại Hải Phòng, chưa có nghiên cứu về nhóm bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn sinh tủy tại khoa Huyết học lâm sàng – bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng.*

2. *Mô tả đặc điểm tế bào học ở đối tượng nghiên cứu.*

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung về tuổi, giới, địa dư của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm chung về tuổi, giới, địa dư	n = 33	Tỷ lệ (%)
Nam	12	33,3
Nữ	24	66,7
Thành thị	21	58,3
Nông thôn	15	41,7
< 40	2	5,6

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 36 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn sinh tủy tại khoa Huyết học lâm sàng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại rối loạn sinh tủy theo tiêu chuẩn của WHO năm 2001.

- Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu: những BN không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Chọn mẫu, cỡ mẫu: theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân rối loạn sinh tủy. Chúng tôi chọn được 36 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Tuổi, giới, địa dư, lý do vào viện, thiếu máu, xuất huyết, nhiễm trùng.

+ Cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, xét nghiệm tế bào học tủy xương.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thống kê y học dựa trên chương trình phần mềm SPSS 20.0.

40 – 49	0	0,0
50 - 59	4	11,1
60 – 69	13	36,1
70 – 79	12	33,3
≥ 80	5	13,9
Tuổi trung bình	67,7 ± 12,8	

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ: nam là 2: 1; đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị cao hơn nông thôn, tỷ lệ thành thị: nông thôn là 1,4: 1.

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 67,7 ± 12,8, trong đó nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,1%), 16,7% bệnh nhân dưới 60 tuổi, BN nhỏ nhất 22 tuổi.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	n = 36	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng	10	27,8
Không thiếu máu	2	5,6
Thiếu máu nhẹ	8	22,2
Thiếu máu vừa	11	30,6
Thiếu máu nặng	9	25,0
Thiếu máu rất nặng	6	16,6
Không xuất huyết	20	55,5
Xuất huyết nhẹ	11	30,6
Xuất huyết vừa	4	11,1
Xuất huyết nặng	1	2,8

27,8% bệnh nhân bị nhiễm trùng, chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp (60%), không gặp nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. 94,4% bệnh nhân thiếu máu trong đó thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%), 16,7% bệnh nhân thiếu máu rất nặng. 44,5% bệnh nhân bị xuất huyết trong đó tỷ lệ xuất huyết nhẹ hay gặp nhất (30,6%), 1 bệnh nhân có xuất huyết nặng (cường kinh).

3.2. Đặc điểm tế bào học ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Xếp loại thể bệnh theo WHO 2001 của đối tượng nghiên cứu

Thể bệnh	n = 36	Tỷ lệ (%)
RA	4	11,1
RCMD	17	47,2
RAEB-1	4	11,1
RAEB-2	9	25,0
MDS-U	2	5,6

Thể RCMD gặp nhiều nhất (47,2%), RAEB-2 (25%), MDS-U gặp ít nhất (5,6%).

Bảng 4: phân bố số lượng các tế bào máu ngoại vi vào các nhóm

Tế bào \ Thể bệnh	RA n = 4	RCMD n = 17	RAEB-1 n = 4	RAEB-2 n = 9	MDS-U n = 2	Chung n = 36
HC $\geq$ 120 g/l	0	0	0	0	2 100%	2 5,6%
120 < HC $\leq$ 100 g/l	3 75,0%	2 11,8%	1 25,0%	2 22,2%	0	8 22,2%
100 < HC $\leq$ 80 g/l	1 25,0%	6 35,3%	1 25,0%	2 22,2%	0	11 30,5%
80 < HC $\leq$ 60 g/l	0	5 29,4%	2 50,0%	2 22,2%	0	9 25,0%
HC < 60 g/l	0	4 23,5%	0	3 33,3%	0	6 16,7%
BC > 10 G/l	0	3 17,6%	0	1 11,1%	0	4 11,1%
4 $\leq$ BC $\leq$ 10 G/l	3 75,0%	5 29,4%	1 25,0%	5 55,5%	2 100%	16 44,4%
BC < 4 G/l	1 25,0%	9 52,9%	3 75,0%	3 33,3%	0	16 44,4%
TC $\geq$ 150 G/l	3 75,0%	5 29,4%	1 25,0%	2 22,2%	1 50,0%	12 33,3%
150 < TC $\leq$ 100 G/l	0	1 5,9%	0	2 22,2%	1 50,0%	5 13,9%
100 < TC $\leq$ 50 G/l	1 25,0%	5 29,4%	2 50,0%	2 22,2%	0	9 25,0%
TC < 50 G/l	0	6 35,3%	1 25,0%	3 33,3%	0	10 27,8%

Thể RA: 75% bệnh nhân thiếu máu nhẹ, số lượng BC, TC bình thường.

Thể RCMD: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu vừa, bạch cầu giảm và tiểu cầu giảm nặng lần lượt là 35,3%; 52,9%; 35,3%.

Thể REAB-1: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nặng, giảm bạch cầu và tiểu cầu giảm vừa lần lượt là 50,0%; 75,0%; 50,0%.

Thể RAEB-2: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu rất nặng, số lượng bạch cầu bình thường và tiểu cầu giảm nặng lần lượt là 33,3%; 55,5%; 33,3%.

Thể MDS-U: 100% bệnh nhân không có thiếu máu, số lượng bạch cầu bình thường, 50,0% có tiểu cầu bình thường; 50,0% có tiểu cầu giảm nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

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

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc rối loạn sinh tủy cao gấp 2 lần tỷ lệ bệnh nhân nam, khác với các nghiên cứu của các tác giả khác chỉ ra rằng

nam gặp nhiều hơn nữ. Tỷ lệ bệnh ở người thành thị gặp nhiều hơn nông thôn (1,4: 1).

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $67,7 \pm 12,8$. Nhóm bệnh nhân ở độ tuổi từ 50 trở lên chiếm tỷ lệ rất cao 94,4%, độ tuổi dưới 50 chỉ chiếm 5,6%, tương tự với các nghiên cứu khác chỉ ra rằng bệnh rối loạn sinh tủy hay gặp ở độ tuổi trên 50. Hiện cơ chế bệnh sinh của bệnh chưa rõ ràng, tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ gây bệnh như: tia xạ, hóa chất nhóm benzen, thuốc alkylan, virus, một số bệnh di truyền và quá trình lão hóa của tuổi già. Điều này lý giải bệnh hay gặp ở người lớn tuổi.

- Về triệu chứng lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu thấy có các triệu chứng nhiễm trùng, xuất huyết và thiếu máu, trong đó 94,4% bệnh nhân có thiếu máu, 44,5% bệnh nhân có xuất huyết, 27,8% có nhiễm trùng. Về tình trạng thiếu máu: hay gặp nhất là thiếu máu mức độ vừa với 30,6%, chỉ có 16,6% bệnh nhân có thiếu máu nặng. Xét về tình trạng xuất huyết thấy các bệnh nhân thường gặp xuất huyết nhẹ (30,6%) và vừa (11,1%), chỉ 2,8% bệnh nhân có xuất huyết nặng.

4.2. Đặc điểm tế bào học ở đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thể bệnh RCMD chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2%, các thể còn lại lần lượt là RAEB-2 (25%), RAEB-1 (11,1%), RA (11,1%), MDS-U chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,6%.

- Thể RA: trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 100% bệnh nhân gặp tình trạng thiếu máu trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 75%, không gặp bệnh nhân nào thiếu máu nặng và rất nặng. 75% bệnh nhân có số lượng hồng

cầu và bạch cầu bình thường, chỉ có 1 bệnh nhân có giảm tiểu cầu mức độ vừa và 1 bệnh nhân giảm bạch cầu chiếm lý lệ 25%.

- Thể RCMD: 100% bệnh nhân có thiếu máu, 70,6% bệnh nhân giảm tiểu cầu và 52,9% bệnh nhân giảm bạch cầu. Trong đó xét về tình trạng thiếu máu hay gặp nhất là thiếu máu vừa (35,3%), thiếu máu nhẹ chỉ chiếm 11,8%; xét về giảm tiểu cầu thấy tỷ lệ bệnh nhân có tiểu cầu dưới 50 G/l là cao nhất chiếm 35,3%.

- Thể RAEB1: 100% bệnh nhân nghiên cứu có thiếu máu, giảm bạch cầu và tiểu cầu. Trong đó, về tình trạng thiếu máu thấy 50% bệnh nhân có thiếu máu nặng, không gặp bệnh nhân thiếu máu rất nặng; 50% bệnh nhân giảm tiểu cầu mức độ vừa, 25% có giảm tiểu cầu dưới 50 G/l.

- Thể RAEB2: 100% bệnh nhân có thiếu máu, 77,8% bệnh nhân có giảm tiểu cầu và 33,3% có giảm bạch cầu. Trong đó, về thiếu máu thấy hay gặp nhất là thiếu máu rất nặng (33,3%), các mức độ thiếu máu nhẹ vừa nặng đồng thời chiếm tỷ lệ 22,2%; giảm tiểu cầu nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,3%.

- Thể MDS-U: không gặp bệnh nhân nào thiếu máu, 100% bệnh nhân có giảm bạch cầu và 50% bệnh nhân có giảm tiểu cầu mức độ nhẹ, 50% bệnh nhân có tiểu cầu bình thường.

Từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các thể bệnh rối loạn sinh tủy khác nhau có các đặc điểm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu khác nhau: Thể RA: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu, tiểu cầu bình thường. Thể RCMD: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu vừa, bạch cầu giảm và tiểu cầu giảm nặng. Thể REAB-1: hay gặp nhất

tình trạng thiếu máu nặng, giảm bạch cầu và tiểu cầu giảm vừa. Thể RAEB-2: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu rất nặng, số lượng bạch cầu bình thường và tiểu cầu giảm nặng. Thể MDS-U: 100% bệnh nhân không có thiếu máu, số lượng bạch cầu bình thường, 50,0% có tiểu cầu bình thường; 50,0% có tiểu cầu giảm nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân rối loạn sinh tủy cho thấy:

- Tỷ lệ nữ: nam là 2: 1; thành thị: nông thôn là 1,4: 1.

- Tuổi trung bình: $67,7 \pm 12,8$

- Triệu chứng lâm sàng: thiếu máu (94,4%), xuất huyết (44,5%), nhiễm trùng (27,8).

- Các thể rối loạn sinh tủy: RCMD (47,2%), RAEB-2 (25%), RAEB-1 (11,1%), RA (11,1%), MDS-U (5,6%), trong đó:

Thể RA: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu, tiểu cầu bình thường.

Thể RCMD: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu vừa, bạch cầu giảm và tiểu cầu giảm nặng.

Thể REAB-1: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu nặng, giảm bạch cầu và tiểu cầu giảm vừa.

Thể RAEB-2: hay gặp nhất tình trạng thiếu máu rất nặng, số lượng bạch cầu bình thường và tiểu cầu giảm nặng.

Thể MDS-U: 100% bệnh nhân không có thiếu máu, số lượng bạch cầu bình thường, 50,0% có tiểu cầu bình thường; 50,0% có tiểu cầu giảm nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường (2011)**, “Một số đặc điểm tế bào học ở bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy”, Y học Việt Nam, tháng 4 số đặc biệt, 63-69.
2. **Marc S. Sabatine**, “**Pocket Medicine fourth edition**”, LLW, 2011, Myelodysplastic syndromes: p.5-14.

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN NAM CAO TUỔI MẮC BỆNH GÚT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI 4 BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Đỗ Thị Thanh Loan¹, Đỗ Tuyết Ngọc²,
Nguyễn Thúy Hằng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang - 42 bệnh nhân nam giới cao tuổi mắc bệnh gút tại khoa Nội 4 – bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải phòng từ 01/2020 đến 10/2020. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân nam giới cao tuổi mắc bệnh gút cho thấy: tỷ lệ thành thị: nông thôn là 2,23 : 1; tuổi trung bình: $77,36 \pm 10,66$; 35,71% bệnh nhân béo bụng, 71,43% rối loạn lipid máu, 76,19% tăng huyết áp, 7,14% đái tháo đường, 11,9% rối loạn glucose máu lúc đói, 59,52% bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa; nhóm đối tượng nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa có vòng bụng trung bình cao hơn và nồng độ HDL – cholesterol huyết thanh thấp hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$); nhóm đối tượng nghiên cứu lạm dụng corticoid có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 3,67 lần ở nhóm không lạm dụng corticoid (CI: 1,0 - 13,51, $p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh gút ở bệnh nhân nam lớn tuổi hay gặp ở thành thị. Tỷ lệ tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và rối loạn chuyển hóa ở nhóm nghiên cứu rất cao. Nhóm đối tượng nghiên cứu

có rối loạn chuyển hóa có nồng độ glucose máu lúc đói cao hơn và nồng độ HDL – cholesterol huyết thanh thấp hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$). Nhóm đối tượng nghiên cứu lạm dụng corticoid có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 3,67 lần ở nhóm không lạm dụng corticoid, nhóm đối tượng nghiên cứu béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,7 lần nhóm không béo bụng.

Từ khóa: gút, hội chứng chuyển hóa, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

RESEARCH METABOLIC SYNDROME IN MALE ELDERLY PATIENTS WITH GOUT IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT NO. 4 – VIET TIEP HOSPITAL HAI PHONG

Cross-sectional descriptive study - 42 elderly male patients with gout in Internal Medicine Department no.4 - Viet Tiep Hospital Hai Phong from January 2020 to October 2020. **Objective:** Describe clinical, subclinical and risk factors for metabolic syndrome in study patients. Research results: Through the study of 42 elderly male patients with gout, the ratio of urban: rural areas is 2.23: 1; Average age: 77.36 ± 10.66 ; 35.71% of patients with abdominal obesity, 71.43% dyslipidemia, 76.19% hypertension, 7.14% diabetes, 11.9% fasting blood glucose disorder, 59.52% metabolic syndrome; the study subjects with metabolic syndrome had higher mean abdominal circumference and lower serum HDL - cholesterol concentrations than the non-

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Loan

Email: dttloan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

metabolic group ($p < 0.05$); The study subjects that abused corticosteroids had a risk of metabolic syndrome 3.67 times in the group that did not abuse corticosteroids (CI: 1.0 - 13.51, $p < 0.05$).

Conclusion: Gout in elderly male patients is common in urban areas. The rates of hypertension, dyslipidemia and metabolic disorders in the study group were very high. The study group with metabolic disorders had higher fasting blood glucose levels and lower serum HDL - cholesterol levels than the non-metabolic group ($p < 0.05$). The study group that abused corticosteroids had a risk of metabolic syndrome 3.67 times higher than in the group that did not abuse corticosteroids, the study group of subjects. Abdominal obesity was 2.7 times more likely to develop metabolic syndrome than the non-obese group.

Keywords: Metabolic syndromes, gout, clinical, subclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là bệnh viêm khớp do vi tinh thể, đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp tái phát, có lắng đọng tinh thể muối urat natri trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu. Đây là bệnh do rối loạn chuyển hóa nhân purin, thuộc nhóm bệnh rối loạn chuyển hóa. Bệnh hay gặp ở nam giới, cao tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, rối loạn chuyển hóa. Tại Hải Phòng, chưa có nghiên cứu về nhóm bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới cao tuổi mắc bệnh gút điều trị tại khoa Nội 4 bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng năm 2020.*

2. *Mô tả một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 42 bệnh nhân nam giới tuổi từ 60 mắc bệnh gút được chẩn đoán, điều trị tại khoa Nội 4 - bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu: những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Chọn mẫu, cỡ mẫu: theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân nam từ 60 tuổi mắc bệnh gút. Chúng tôi chọn được 42 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Tuổi, địa dư, tình trạng uống rượu, hút thuốc, lạm dụng corticoid, vòng bụng, huyết áp.

+ Cận lâm sàng: acid uric, glucose, triglycerid, HDL.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn của Bennet – Wood năm 1968:

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi.

b. Hoặc tối thiểu có 2 trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu 2 đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn b.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp theo WHO 2004, phân độ tăng huyết áp theo JNC VI 1996.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì dựa vào BMI cho người châu Á theo IDF 2005.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo WHO 1998.

3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thống kê y học dựa trên chương trình phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung về tuổi, địa dư của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n = 42	Tỷ lệ (%)
Địa dư	Thành thị	29	69,05
	Nông thôn	13	30,95
Tuổi	60 – 69	11	26,19
	70 – 79	10	23,81
	80 – 89	15	35,71
	≥ 90	6	14,29
	Tuổi trung bình	77,36 ± 10,66	

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị cao hơn nông thôn, tỷ lệ thành thị: nông thôn là 2,23:1.

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu 77,36 ± 10,66, trong đó nhóm tuổi từ 80 – 89 chiếm tỷ lệ cao nhất (35,71%), 14,29% bệnh nhân từ 90 tuổi, bệnh nhân lớn nhất 97 tuổi.

Bảng 2: Các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		n = 42	Tỷ lệ (%)
Béo bụng (vòng bụng ≥90 cm)	Có	15	35,71
	Không	27	64,29
Rối loạn lipid máu	Giảm HDL	30	71,43
	Tăng triglycerid	20	47,62
Tăng huyết áp	Độ 1	6	14,29
	Độ 2	15	35,71
	Độ 3	11	26,19
Rối loạn glucose máu	Đái tháo đường	3	7,14
	Rối loạn glucose máu đói	5	11,9
Hội chứng chuyển hóa	Có	25	59,52
	Không	17	40,48

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 35,71% bệnh nhân có béo bụng, tỷ lệ giảm HDL cao với 71,43%, 47,62% bệnh nhân có tăng triglycerid máu.

76,19% bệnh nhân có tăng huyết áp trong đó cao nhất là tăng huyết áp độ 2 (35,71%), tỷ lệ tăng huyết áp độ 3 và độ 1 lần lượt là 26,19% và 14,29%; 23,81% bệnh nhân không có tăng huyết áp.

57,14% đối tượng nghiên cứu có hội chứng chuyển hóa, cao hơn nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hiền làm ở bệnh nhân gút nam giới mọi lứa tuổi là 46%

19,04% bệnh nhân có rối loạn glucose máu trong đó 7,14% bệnh nhân bị đái tháo đường, 11,9% bệnh nhân rối loạn glucose máu lúc đói

Bảng 3: So sánh các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu có và không có hội chứng chuyển hóa

Chỉ tiêu	Nhóm có hội chứng chuyển hóa (n = 25)	Nhóm không hội chứng chuyển hóa (n=17)	p
Acid uric ($\mu\text{mol/l}$)	528,85 $\pm$ 151,44	490,69 $\pm$ 108,31	> 0,05
Glucose đói (mmol/l)	6,42 $\pm$ 1,86	5,15 $\pm$ 1,03	< 0,05
HDL – cholesterol (mmol/l)	0,85 $\pm$ 0,17	1,27 $\pm$ 0,32	< 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,38 $\pm$ 1,21	2,07 $\pm$ 2,79	> 0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	144,6 $\pm$ 16,77	125,29 $\pm$ 16,72	> 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	79,4 $\pm$ 10,24	70,0 $\pm$ 7,91	> 0,05

Nồng độ acid uric trung bình là 511,55 $\pm$ 134,11 ($\mu\text{mol/l}$), nồng độ acid uric trung bình giữa các nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Nhóm đối tượng nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa có nồng độ glucose máu lúc đói cao hơn và nồng độ HDL – cholesterol huyết thanh thấp hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		Nhóm có hội chứng chuyển hóa (n = 25)		Nhóm không hội chứng chuyển hóa (n = 17)		OR, CI95%, p
		n	%	n	%	
Lạm dụng rượu	Có	14		8		OR = 1,43 CI95% (0,46 - 4,93) p > 0.05
	Không	11		9		
Lạm	Có	18	72,0	7	41,18	OR = 3,67

dùng corticoid	Không	7	28,0	10	58,82	CI95%(1,0 - 13,51) p < 0.05
Hút thuốc	Có	10	40,0	7	41,18	OR = 0,95 CI95%(0,27 - 3,34) p > 0.05
	Không	15	60,0	10	58,82	
Tăng acid uric máu	Có	20	80,0	15	88,24	OR = 0,53 CI95%(0,09 - 3,14) p > 0.05
	Không	5	20,0	2	11,76	
Vòng bụng ≥ 90 cm	Có	15	60,0	0	0,0	OR = 2,7 CI95%(1,65 - 4,415) p < 0.05
	Không	10	40,0	17	100,0	

Nhóm đối tượng nghiên cứu lạm dụng corticoid có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 3,67 lần ở nhóm không lạm dụng corticoid (CI: 1,0 - 13,51, p < 0,05), nhóm đối tượng nghiên cứu béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,7 lần nhóm không béo bụng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh gút ở nam giới lớn tuổi gặp ở cả thành thị và nông thôn, tỷ lệ thành thị:nông thôn là 2,23:1.

- Nhóm tuổi trên 80 có tỷ lệ mắc bệnh gút cao nhất với 50,0%, tỷ lệ mắc bệnh gút giảm dần theo tuổi. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của các tác giả khác. Theo y văn, gút là bệnh do rối loạn chuyển hóa nhân purin với đặc điểm là tăng acid uric và lắng đọng tinh thể monosodium urat ở khớp và phần mềm quanh khớp. Các yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm: tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh gút càng cao, sử dụng rượu bia, thói quen ăn uống nhiều thịt, hải sản, phủ tạng động vật, do thuốc, một số bệnh lý mạn tính, dùng 1 số loại thuốc kéo dài,... Điều này lý giải tỷ lệ mắc bệnh gút tăng dần theo tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi.

- 59,52% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có hội chứng chuyển hóa cao hơn nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Thu Hiền nghiên cứu ở mọi lứa tuổi mắc bệnh gút thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa là 46,0%. Trong đó, 35,71% bệnh nhân béo bụng, 71,43% rối loạn lipid máu, 76,19% tăng huyết áp, 7,14% đái tháo đường, 11,9% rối loạn glucose máu lúc đói. Ngày càng nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên hệ của bệnh gút với hội chứng chuyển hóa. Các nghiên cứu đều cho thấy tăng acid uric máu có thể đóng một vai trò trong việc thúc đẩy viêm, tăng huyết áp và bệnh tim mạch, tăng sinh mỡ và tạo mỡ, rối loạn điều hòa insulin và glucose.

- So sánh các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu có và không có hội chứng chuyển hóa trong nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm đối tượng nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa có nồng độ glucose máu lúc đói cao hơn và nồng độ HDL – cholesterol huyết thanh thấp hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa (p < 0,05).

Các chỉ tiêu acid uric, triglycerid, huyết áp của bệnh nhân bị gút có hội chứng chuyển hóa không thấy sự khác biệt với nhóm không có hội chứng chuyển hóa.

4.2. Một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm đối tượng nghiên cứu lạm dụng corticoid có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 3,67 lần ở nhóm không lạm dụng corticoid (CI: 1,0 - 13,51, $p < 0,05$), nhóm đối tượng nghiên cứu béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,7 lần nhóm không béo bụng. Glucocorticoid tăng cao trong máu gây gây béo phì trung ương, tăng huyết áp, tăng lipid máu và không dung nạp glucose. Glucocorticoid làm tăng hoạt động của các enzym tham gia vào quá trình tổng hợp acid béo và thúc đẩy bài tiết lipoprotein gây tích tụ chất béo trung tính trong gan gây giảm độ nhạy cảm insulin của gan góp phần vào sinh lý bệnh của hội chứng chuyển hóa. Glucocorticoid cũng kích thích sự biểu hiện của phosphoenolpyruvate carboxykinase và glucose-6-phosphatase dẫn đến tăng sản lượng glucose ở gan và tăng đường huyết. Trong mô mỡ, glucocorticoid thúc đẩy sự biệt hóa tiền tế bào mỡ thành tế bào mỡ, điều này có thể dẫn đến tăng khối lượng chất béo trong cơ thể. Tuy nhiên, khi đã biệt hóa, các tế bào mỡ phát triển kháng insulin khi có glucocorticoid, giảm hấp thu glucose do insulin kích thích mà không làm thay đổi khả năng liên kết insulin của chúng. Sự giảm độ nhạy cảm với insulin vì glucocorticoid đối kháng với sự chuyển vị do insulin kích thích của các chất vận chuyển glucose từ các ngăn nội bào đến màng sinh chất. Glucocorticoid cũng ức chế sự hấp thu acid amin do insulin

kích thích bởi các tế bào mỡ. Tăng phân giải lipid hoặc oxy hóa lipid cũng có thể liên quan đến sự đề kháng insulin ngoại vi do glucocorticoid gây ra. glucocorticoid là chất chủ vận của thụ thể mineralocorticoid, khi được kích hoạt sẽ dẫn đến giữ muối ở thận và làm tăng huyết áp. Sự biểu hiện của cả 11 β -HSD1 và 11 β -HSD2 trong thận cho thấy sự chuyển đổi lẫn nhau của các glucocorticoid trơ và hoạt động được duy trì ở trạng thái cân bằng để quá trình hoạt hóa mineralocorticoid có thể được kiểm soát ở mô. Glucocorticoid dư thừa do tăng hoạt tính 11 β -HSD1 hoặc giảm hoạt động 11 β -HSD2 dẫn đến hoạt hóa mineralocorticoid và tăng huyết áp. Glucocorticoid cũng làm tăng co mạch ở động mạch chủ thông qua 11 β -HSD1 trong tế bào nội mô động mạch chủ có thể là cơ chế thứ 2 gây tăng huyết áp do glucocorticoid. Béo phì trung tâm được cho là bước khởi đầu của tiến trình bệnh sinh hội chứng chuyển hóa. Mỡ nội tạng tiết ra một loạt các chất có hoạt tính sinh học gọi là các adipocytokine như leptin, resistin, yếu tố hoại tử α (TNF α), interleukin-6 (IL-6), và angiotensin II dẫn tới kháng insulin, cùng với chất ức chế hoạt hóa plasminogen (PAI-1), có liên quan đến các bệnh mạch máu do tắc mạch. Đáng chú ý, adiponectin - một adipocytokine quan trọng bảo vệ chống lại sự phát triển của ĐTĐ2, tăng huyết áp, viêm, xơ vữa động mạch và bệnh mạch máu - bị giảm ở những người có tích tụ mỡ nội tạng, và điều này có thể liên quan nhân quả đến hội chứng chuyển hóa. Các hợp chất khác được sản xuất bởi các mô mỡ có thể là nguyên nhân gây hội chứng chuyển hóa, là các axit béo tự do không ester hóa (FFAs).

Với sự hiện diện của kháng insulin, quá trình huy động FFAs từ triglyceride tích trữ ở mô mỡ gia tăng. Tại gan, FFAs làm tăng sản xuất glucose và triglyceride, bài tiết VLDL, tạo thành một vòng luẩn quẩn. FFAs cũng làm giảm nhạy cảm insulin ở cơ bằng cách ức chế sự hấp thu glucose, tăng sản xuất fibrinogen và PAI-1.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân nam giới cao tuổi mắc bệnh gút cho thấy:

- Tỷ lệ thành thị: nông thôn là 2,23:1
- Tuổi trung bình: $77,36 \pm 10$
- 35,71% bệnh nhân béo bụng, 71,43% rối loạn lipid máu, 76,19% tăng huyết áp, 7,14% đái tháo đường, 11,9% rối loạn glucose máu lúc đói, 59,52% bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa.

- Nhóm đối tượng nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa có nồng độ glucose máu lúc đói cao hơn và nồng độ HDL – cholesterol huyết

thanh thấp hơn nhóm không rối loạn chuyển hóa ($p < 0,05$).

- Nhóm đối tượng nghiên cứu lạm dụng corticoid có nguy cơ bị hội chứng chuyển hóa gấp 3,67 lần ở nhóm không lạm dụng corticoid (CI: 1,0 - 13,51, $p < 0,05$), nhóm đối tượng nghiên cứu béo bụng có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,7 lần nhóm không béo bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Hiền (2015)**, “Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút”, luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thy Khuê (2007)**, “Hội chứng chuyển hóa”, Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr. 503-508.
3. **Gabrielle E. Thottam và cs (2017)**, “Gout and Metabolic syndrome: a tangled web”, Current Rheumatology Reports volume 19, number 60.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐẠT MỤC TIÊU KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI MỘT SỐ XÃ THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2016

Nguyễn Thị Thuý Hiếu*, Nguyễn Văn Hùng*,
Phạm Văn Hán*, Nguyễn Thị Thắm*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 749 bệnh nhân tăng huyết áp đang được điều trị tại 06 xã, thành phố Hải Phòng, từ tháng 06 năm 2016 đến tháng 12 năm 2016 nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố liên quan đến việc không đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp là không tuân thủ thuốc điều trị (OR=8,58; 95%CI: 5,57 – 13,23), không hoạt động thể lực (OR=3,61; 95%CI: 2,20 – 5,919), mắc bệnh đái tháo đường kèm theo (OR=2,95; 95%CI: 1,55 – 5,63), có thói quen ăn mặn (OR=3,76; 95%CI: 2,50 – 5,65) và chỉ số eo mông tăng (OR=1,62; 95%CI: 1,01 – 2,61).

Từ khóa: Huyết áp, mục tiêu điều trị, xã, Hải Phòng

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH FAILURE TO ACHIEVE BLOOD PRESSURE TARGET IN HYPERTENSIVE PATIENTS TREATED IN SOME COMMUNES OF HAI PHONG CITY IN 2016

The cross-sectional study conducted with 749 hypertensive patients in 06 communes of Hai Phong city, from May 2016 to December 2016,

aimed to describe factors associated with failure to achieve blood pressure target. The study results showed that factors associated with failure to achieve blood pressure target included: Non-adherence to drug treatment (OR = 8.58; 95%CI: 5.57 - 13.23), physical inactivity (OR = 3.61; 95%CI: 2.20 - 5.92), people with diabetes (OR = 2.95; 95%CI: 1.55 - 5.63), salty diet (OR = 3.76; 95%CI: 2.50 - 5.65) and the waist-hip ratio increase (OR = 1.62; 95%CI: 1.01 - 2.61).

Keywords: hypertension, treatment target, commune, Hai Phong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm ngày càng có xu hướng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam, trong đó có bệnh tăng huyết áp (THA). Tổ chức Y tế thế giới ước tính có khoảng 1,13 tỷ người trên thế giới bị THA, phần lớn (2/3) sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. THA được mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng”, hầu hết những người bị THA không biết về vấn đề này vì nó có thể không có dấu hiệu hoặc triệu chứng cảnh báo [10]. Tại Việt Nam, theo báo cáo kết quả điều tra các yếu tố nguy cơ của một số bệnh không lây nhiễm năm 2015, tỷ lệ hiện mắc THA là 18,9%, trong đó con số đáng lo ngại là tỷ lệ người được phát hiện, quản lý điều trị THA, còn rất thấp. Trong số người THA, chỉ có 43,1% từng được chẩn đoán bởi bác sỹ trước đó (tương đương với 56,9% chưa được phát hiện), tỷ lệ

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Hiếu
Email: ntthieu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

THA được quản lý tại cơ sở y tế chỉ có 13,6% [1]. Bên cạnh đó nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế, người bệnh còn chưa tuân thủ nghiêm chỉnh điều trị, năng lực cơ sở y tế còn chưa cao, các hoạt động tầm soát phát hiện sớm bệnh còn ít... Thực trạng này dẫn đến thách thức lớn trong việc đạt được mục tiêu kiểm soát tăng huyết áp tại Việt Nam. THA là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài. Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch” [2]. Tổ chức Y tế thế giới tiếp tục khẳng định vai trò của việc duy trì huyết áp trong giới hạn cho phép nhằm hạn chế các tai biến như bệnh mạch vành và đột quỵ não. Do đó, việc không kiểm soát được huyết áp chính là nguyên nhân gây ra những gánh nặng bệnh tật của THA. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến không đạt huyết áp mục tiêu điều trị ở người mắc THA đang điều trị tại 06 xã thành phố Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên thường trú tại địa bàn nghiên cứu từ 3 tháng trở lên.

Bệnh nhân THA là bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc hạ áp hoặc được chẩn đoán trong đợt khám sàng lọc của nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 6 xã: xã Quốc Tuấn, xã Bát Trang huyện An Lão; xã Đoàn Lập, xã Bạch Đằng huyện Tiên Lãng; xã Trần Dương, xã Hòa Bình huyện Vĩnh Bảo thành phố Hải Phòng, từ tháng 06 năm 2016 đến tháng 12 năm 2016.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được áp dụng theo công thức:

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

Tính toán cỡ mẫu với $Z_{1-\alpha/2}=1,96$; $d=0,04$; $p=0,23$ (theo nghiên cứu của tác giả Hồ Văn Hải với tỷ lệ bệnh nhân THA đạt mục tiêu điều trị là 23,0% [3]) được 425 bệnh nhân. Lấy hệ số mẫu là 1,5 và dự kiến 10% từ chối tham gia, cỡ mẫu là 702 bệnh nhân. Thực tế nghiên cứu tiến hành trên 749 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Bước 1: Chọn huyện/xã: Chọn ngẫu nhiên 03 huyện ngoại thành Hải Phòng, tại mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 01 xã và 01 xã có điều kiện tự nhiên xã hội tương đồng với xã đã chọn, như vậy có 06 xã được chọn để nghiên cứu.

Bước 2: Tại mỗi xã, lập danh sách bệnh nhân tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên đang được điều trị.

Bước 3: Chọn đối tượng nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, chọn hộ đầu tiên theo cách “quay cò chai”, các hộ tiếp theo được chọn về phía bên phải theo phương pháp “công liền công” cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.6. Biến số nghiên cứu, tiêu chuẩn đánh giá

Các biến số nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị THA, tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt/không đạt huyết áp mục tiêu, mối liên quan giữa huyết áp không đạt mục tiêu và các yếu tố như tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng bụng, tỷ số eo mông, thói quen ăn mặn, hút thuốc lá, uống rượu/bia, hoạt động thể lực, tuân thủ thuốc điều trị, mắc

bệnh đái tháo đường kèm theo và cơ sở điều trị.

Các tiêu chuẩn đánh giá: Chỉ số vòng bụng tăng (nam ≥ 90 cm; nữ ≥ 80 cm); chỉ số eo mông tăng (nam $>0,9$; nữ $>0,8$); uống rượu có nguy cơ (Uống quá 2 đơn vị

rượu/ngày đối với nam giới và 1 đơn vị rượu/ngày đối với nữ giới); thói quen ăn mặn; hoạt động thể lực theo khuyến cáo (≥ 30 phút/ngày, 5-7 ngày/tuần); hút thuốc lá (đang hút hoặc đã bỏ dưới 12 tháng); tuân thủ thuốc điều trị.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán huyết áp đạt mục tiêu điều trị theo Bộ Y tế năm 2010 [2]

Kiểm soát HA	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
Đạt mục tiêu	< 140	và	< 90
Không đạt mục tiêu	≥ 140	và/hoặc	≥ 90

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Phòng vấn trực tiếp người dân thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn và tiến hành khám sàng lọc tăng huyết áp, đo cân nặng, chiều cao, vòng bụng, vòng mông tại nhà người dân. Điều tra viên là cán bộ y tế xã và sinh viên Y6 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, điều tra viên được tập huấn về công cụ điều tra và thống nhất các nội dung phỏng vấn bởi nghiên cứu viên.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

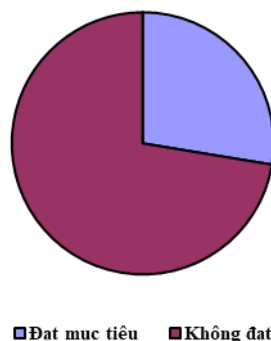
Số liệu sau khi được làm sạch, được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó được trích xuất sang phần mềm SPSS 22.0 để phân tích, xử lý. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. Sử

dụng các test thống kê: Chi-square test tính toán giá trị OR và khoảng tin cậy 95%CI để đánh giá mối liên quan giữa các biến độc lập và biến phụ thuộc, phân tích hồi quy logistic để kiểm soát các yếu tố nhiễu, đo lường một số yếu tố liên quan đến huyết áp đạt mục tiêu điều trị.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai với sự đồng ý của lãnh đạo địa phương, đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích và tự nguyện tham gia nghiên cứu, toàn bộ thông tin thu thập được quản lý bởi nghiên cứu viên, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ



Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị có huyết áp đạt mục tiêu (n=749)

Trong số 749 bệnh nhân đã điều trị THA chỉ có 207 (27,6%) bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu điều trị.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến huyết áp đạt mục tiêu điều trị (n=749)

Biến số		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (95% CI)	p	aOR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	1			
	50 – 59 tuổi	1,25; (0,64 - 2,47)	0,514		
	≥ 60 tuổi	1,63; (0,87 - 3,05)	0,123		
Giới tính	Nam	1			
	Nữ	1,12 ; (0,81 - 1,55)	0,509		
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	< 18,5	1,25; (0,75 - 2,10)	0,396		
	18,5-22,9	1			
	23,0 – 24,9	1,16; (0,81 - 1,66)	0,418		
Hút thuốc lá	Không	1			
	Có	1,21; (0,77 - 1,89)	0,440		
Uống rượu có nguy cơ	Không	1			
	Có	0,84 ; (0,38 - 1,88)	0,833		
Vòng bụng	Bình thường	1		1	
	Tăng	1,79 (1,26 - 2,54)	0,001	1,32; (0,84 - 2,08)	0,229
Chỉ số eo hông	Bình thường	1		1	
	Tăng	2,25 ; (1,54 - 3,22)	<0,001	1,62; (1,01 - 2,61)	0,046
Thói quen ăn mặn	Không	1		1	
	Có	3,84; (2,38 - 4,82)	<0,001	3,76; (2,50 - 5,65)	< 0,001
Tuân thủ thuốc điều trị	Có	1		1	
	Không	8,68 ; (5,79-12,99)	< 0,001	8,58; (5,57 - 13,23)	< 0,001
Tiền sử mắc bệnh đái tháo đường kèm theo	Không	1		1	
	Có	2,62 ; (1,48 - 4,63)	0,001	2,95; (1,55 - 5,63)	0,001
Hoạt động thể lực	Có	1		1	
	Không	3,29; (1,12 - 5,08)	<0,001	3,61; (2,20 - 5,92)	< 0,001

Cơ sở điều trị	Trạm Y tế xã	1		1	
	Nơi khác	1,27; (1,27 - 3,49)	< 0,001	0,936; (0,41 - 2,16)	0,877
p = 0,000 , R² = 39,1%					

Trong mô hình phân tích đa biến chỉ còn 5 yếu tố làm tăng nguy cơ điều trị không đạt huyết áp mục tiêu là không tuân thủ thuốc điều trị (OR=8,58; 95%CI: 5,57-13,23), không hoạt động thể lực (OR=3,61; 95%CI: 2,20-5,92), tiền sử mắc bệnh đái tháo đường kèm theo (OR=2,95; 95%CI: 1,55-5,63), có thói quen ăn mặn (OR=3,76; 95%CI: 2,50-5,65) và chỉ số eo/mông lớn (OR=1,62; 95%CI: 1,01-2,61).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa không kiểm soát được huyết áp với không tuân thủ điều trị thuốc, hoạt động thể lực không theo khuyến cáo, tình trạng mắc đái tháo đường kèm theo, có thói quen ăn mặn và chỉ số eo/mông lớn. Bệnh nhân THA cần điều trị thuốc hạ áp cùng với thay đổi lối sống để đạt hiệu quả kiểm soát tối ưu [2]. Tuân thủ điều trị là sự hợp tác tự nguyện của bệnh nhân sử dụng thuốc theo đơn đã được kê bao gồm thời gian sử dụng thuốc, liều dùng và số lần dùng. Tuân thủ điều trị tốt đặc biệt quan trọng với bệnh mạn tính như bệnh THA bởi vì, bệnh mạn tính nói chung và THA nói riêng thường phải sử dụng lâu dài nhiều hơn 1 loại thuốc và sự tuân thủ điều trị có xu hướng giảm dần theo thời gian. Tuân thủ điều trị thuốc trong THA sẽ giúp bệnh nhân kiểm soát được huyết áp, phòng tránh các biến chứng nguy hiểm của bệnh, giúp bệnh nhân

vẫn làm việc bình thường, kéo dài tuổi thọ và nâng cao chất lượng cuộc sống. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 49,1% bệnh nhân THA đang điều trị thuốc tuân thủ điều trị và bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc có nguy cơ không đạt huyết áp mục tiêu gấp 8,58 lần bệnh nhân tuân thủ điều trị (95%CI: 5,57-13,23). Nghiên cứu của Alain Menanga và cộng sự nghiên cứu trên 440 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại 1 bệnh viện ở Cameroon cho thấy chỉ có khoảng hơn 60% bệnh nhân THA tuân thủ dùng thuốc điều trị và không tuân thủ dùng thuốc sẽ làm tăng nguy cơ không kiểm soát huyết áp gấp 3,99 lần so với tuân thủ tốt điều trị bằng thuốc tăng huyết áp (95%CI: 2,20-7,23) [8]. Nguyễn Thị Thắm và cộng sự nghiên cứu trên 255 bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng cũng cho thấy tuân thủ điều trị THA mức độ trung bình làm tăng 3,42 lần nguy cơ không kiểm soát được huyết áp so với nhóm tuân thủ điều trị thuốc mức độ tốt theo thang điểm Morisky [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ điều trị có thể lý giải là do các nghiên cứu trên thực hiện tại cộng đồng khác nhau và các đối tượng nghiên cứu ở các vùng miền khác nhau hoặc do cách đánh giá tuân thủ khác nhau, thời gian nghiên cứu cách nhau nhiều năm nên bệnh nhân cũng có nhận thức về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị thuốc khác nhau. Tuy nhiên, điểm đáng chú ý trong các nghiên cứu trên đều cho thấy việc không tuân thủ điều trị thuốc

huyết áp sẽ làm gia tăng nguy cơ không kiểm soát được huyết áp. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy những người có tiền sử mắc bệnh đái tháo đường kèm theo làm tăng nguy cơ huyết áp không được kiểm soát lên 2,95 lần (95%CI: 1,55-5,63). Nghiên cứu tại Tây Nam Ethiopia cũng cho thấy mắc bệnh đái tháo đường, đặc biệt là kiểm soát đường huyết kém có nhiều khả năng làm tăng nguy cơ huyết áp không đạt mục tiêu [9]. Hiệu quả của thay đổi lối sống có thể ngăn ngừa hoặc làm chậm khởi phát THA và giảm các biến cố tim mạch. Hạn chế ăn mặn (<5g muối/ngày) với bệnh nhân tiền THA và THA, tăng cường hoạt động thể lực với một chương trình hợp lý (30 phút/ngày), giảm cân trong trường hợp thừa cân, béo phì và vòng eo dưới 80 cm với nữ và dưới 90 cm với nam...là những khuyến cáo mức IA (việc áp dụng khuyến cáo là đem lại hiệu quả điều trị và có lợi, đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc phân tích gộp) [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo sẽ làm tăng nguy cơ không kiểm soát được huyết áp 3,61 lần so với những người hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo (95%CI: 2,20-5,92), kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thắm và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng (OR=2,93, p<0,05) [6]. Thói quen ăn mặn cũng làm tăng nguy cơ không kiểm soát được huyết áp lên 3,76 lần (95%CI: 2,50-5,65). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu thực hiện tại phía Bắc Ethiopia năm 2019 cho thấy việc không tuân

thủ chế độ ăn ít muối làm tăng nguy cơ huyết áp không được kiểm soát lên 1,98 lần (95%CI: 1,18- 3,31) [7]. Tác giả Dương Thị Hương và cộng sự nghiên cứu trên 394 bệnh nhân được quản lý và điều trị THA tại bệnh viện đa khoa Ưông Bí năm 2018 thấy ăn giảm muối và tăng rau củ có liên quan đến kiểm soát huyết áp (OR=2,02, 95%CI: 1,17- 3,49, p<0,05) [24]. Kết quả cho thấy những người có chỉ số eo mông tăng (nam > 0,9; nữ > 0,8) làm tăng nguy cơ huyết áp không đạt mục tiêu điều trị lên 1,62 lần (95%CI: 1,01- 2,61) [5].

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 749 người điều trị THA, chỉ có 27,6% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu. Một số yếu tố liên quan đến không đạt huyết áp mục tiêu bao gồm: không tuân thủ thuốc điều trị (OR=8,58; 95%CI: 5,57 – 13,23), không hoạt động thể lực theo khuyến cáo (OR=3,61; 95%CI: 2,20 – 5,919), tiền sử mắc bệnh đái tháo đường kèm theo (OR=2,95; 95%CI: 1,55 – 5,63), có thói quen ăn mặn (OR=3,76; 95%CI: 2,50 – 5,65) và chỉ số eo mông tăng (OR=1,62; 95%CI:1,01 – 2,61).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế - Cục quản lý khám chữa bệnh.** Tăng cường điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm Y tế xã. <https://kcb.vn/tang-cuong-dieu-tri-quan-ly-tang-huyet-ap-va-dai-thao-duong-tai-tram-y-te-xa.html>, 2018.
2. **Bộ Y tế - Cục quản lý khám chữa bệnh.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- <https://kcb.vn/vanban/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap>.
3. **Hồ Văn Hải và cộng sự.** Hiệu quả mô hình quản lý - điều trị bệnh tăng huyết áp ở người lớn tại y tế xã, ấp thuộc Huyện Xuyên Mộc. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu, ứng dụng KH&CN giai đoạn 2013-2015. 2015; tập IX: 46-53.
 4. **Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam.** Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp. <http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>, 2018.
 5. **Dương Thị Hương, Lê Văn Điệp và cộng sự.** Các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại bệnh viên Ưông Bí, tỉnh Quảng Ninh năm 2018. Tạp chí Y học dự phòng. 2018; 28 (9):41-46.
 6. **Nguyễn Thị Thắm, Nguyễn Thị Thúy Hiếu và cộng sự.** Thực trạng kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng. Tạp chí Y học dự phòng. 2019; 29 (9): 55.
 7. **Aberhe W, Mariye T, Bahrey D.** Prevalence and factors associated with uncontrolled hypertension among adult hypertensive patients on follow-up at Northern Ethiopia, 2019: cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2020 Jul 15;36:187.
 8. **Menanga A, Edie1 S, et al.** Factors associated with blood pressure control amongst adults with hypertension in Yaounde, Cameroon: a cross-sectional study. Cardiovasc Diagn Ther. 2016 Oct; 6(5): 439–445.
 9. **Muleta S, Melaku T, Chelkeba L.** Blood pressure control and its determinants among diabetes mellitus co-morbid hypertensive patients at Jimma University medical center, South West Ethiopia. Clin Hypertens. 2017 Dec 27; 23:29. doi: 10.1186/s40885-017-0085-x. eCollection 2017.
 10. **WHO.** Hypertension. Available at website <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, 2019.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM DA MŨ Ở TRẺ SƠ SINH

Chu Thị Hà*, Nguyễn Bùi Bình*, Vũ Thị Ánh Hồng*,
Nguyễn Thị Thúy Hương*, Hoàng Thị Bằng*

TÓM TẮT

Viêm da mũ là một nhóm các bệnh nhiễm trùng da do vi sinh vật gây bệnh, gây ra các tổn thương da có chứa hoặc tiết mủ.

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da mũ tại khoa sơ sinh bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng năm 2019-2020. 2. Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của các bệnh nhân trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: gồm tất cả trẻ sơ sinh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm da mũ, theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới 2015. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả và bàn luận: tuổi trung bình của trẻ sơ sinh viêm da mũ là $12,4 \pm 4,7$ ngày tuổi, bệnh gặp chủ yếu vào mùa hè; tổn thương chính là mụn mủ, trợt da và chảy dịch; vùng tổn thương chủ yếu là đầu mặt cổ: 56,9%; phân lập vi khuẩn tại vị trí tổn thương thì vi khuẩn *S. aureus* chiếm 98%, 2% là vi khuẩn *S. pyogenes*. *S. aureus* nhạy với Amykacin 98%, Vancomycin 94%, kháng Penicilin 79%. Liên cầu nhạy cảm với Gentamycin, Amykacin, Ceftazidim. Bệnh có thể dùng kháng sinh uống hoặc tiêm, đa số trẻ sau điều trị được ra viện. Các yếu tố liên quan đến điều trị gồm: số lượng hình thái tổn thương, mẹ viêm da cùng thời điểm.

Kết luận: viêm da mũ là bệnh thường gặp ở trẻ sơ sinh, dễ phát hiện. Nguyên nhân gây bệnh là do vi khuẩn và bệnh có thể điều trị khỏi.

Từ khóa: sơ sinh, viêm da.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF DERMATITIS NEWBORN

Dermatitis is a group of skin infections caused by pathogenic microorganisms, which causes skin lesions that contain or produce pus.

Objectives: 1. Describe the clinical and subclinical characteristics of dermatitis patients at the neonatology department of Hai Phong Children's Hospital in 2019-2020. 2. Comment on treatment results and some factors related to treatment results of above patients.

Subjects and research methods: including all newborns eligible for a diagnosis of dermatitis, according to World Health Organization standards 2015. Method: horizontal description.

Results and discussion: average age of patient dermatitis was 12.4 ± 4.7 days old, the disease mainly occurred in summer, the main injuries were pustules, slips and discharge. The most common affected areas were head, face, and neck: 56.9%; Isolation of bacteria at the injury site, *S. aureus* bacteria accounted for 98%, 2% was *S. pyogenes* bacteria. *S. aureus* was sensitive to Amykacin 98%, vancomycin 94%, and Penicillin 79%. Streptococcus was sensitive to Gentamycin, Amykacin, and Ceftazidim. The disease can be treated with antibiotics orally or

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà
Email: hact96@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

intravenously, most children after treatment were discharged from the hospital. Factors related to treatment including number of injuries, dermatitis at the same time.

Conclusion: Purulent dermatitis is a common disease in infants and easy to detect. It is caused by bacteria, and the disease can be cured.

Keywords: newborn, dermatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da mủ (VDM) là một nhóm các bệnh nhiễm trùng da do vi sinh vật gây bệnh, gây ra các tổn thương da có chứa hoặc tiết mủ [4]. Viêm da mủ gồm bệnh hậu bối, viêm nang lông, hội chứng phỏng da do tụ cầu, đinh nhọt, chốc, hăm kẽ, viêm móng và quanh móng, viêm quầng. Bệnh gây ngứa, đau nhức, khó chịu cho trẻ và có thể gây những biến chứng nguy hiểm như viêm cầu thận cấp, nhiễm khuẩn huyết. Nguyên nhân gây bệnh VDM chủ yếu hiện nay là do tụ cầu và liên cầu, có thể phối hợp với một số vi khuẩn khác [5]. Tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đề cập đến bệnh này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da mủ tại khoa sơ sinh bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng năm 2019-2020.

2. Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả trẻ sơ sinh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm da mủ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm da mủ: theo Tổ chức Y tế Thế giới 2015 [6]: chủ yếu

dựa vào triệu chứng lâm sàng, nuôi cấy vi khuẩn tại vị trí tổn thương.

Lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng: ngứa hoặc đau rát (ở trẻ thể hiện ở sự khó chịu, quấy khóc).

+ Triệu chứng thực thể: mụn mủ hoặc bóng mủ đứng riêng rẽ hoặc tập trung thành đám trên nền da đỏ, phù nề. Hoặc đám vảy tiết màu vàng và trợt đỏ. Vị trí tổn thương thường gặp ở đầu, mặt, cổ, chân tay và các nếp gấp, có thể có hạch lân cận.

+ Triệu chứng kèm theo: sốt, quấy khóc, bú kém, nôn, tiêu chảy, đại tiện, đại máu...

Cận lâm sàng: nuôi cấy vi khuẩn xác định nguyên nhân viêm da mủ

- Thời gian nghiên cứu: Từ 1/2019 đến 4/2020.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa sơ sinh – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu: 51

- Nội dung nghiên cứu: được xây dựng theo mục tiêu nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Đặc điểm chung của con và của mẹ: tuổi, giới, địa dư...

+ Lâm sàng: da tổn thương (vị trí, hình thái...); bệnh kèm theo

+ Cận lâm sàng: máu, nuôi cấy vi khuẩn...

Mục tiêu 2: Kết quả điều trị

+ Thời gian, phương pháp điều trị, kết quả

+ Một số yếu tố liên quan đến điều trị: tổn thương da, mẹ viêm da cùng thời điểm

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da mủ.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi vào viện

Tuổi vào viện	<7 ngày	7-14 ngày	>14 ngày
n (%)	9 (17,6)	24 (47,1)	18 (35,3)

Nhận xét: Trẻ sơ sinh >7- 14 ngày tuổi được phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1%. Tuổi trung bình được chẩn đoán viêm da mủ là $12,4 \pm 4,7$ ngày.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý của mẹ (n=51)

Bệnh lý của mẹ	n	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	0	0
Đái tháo đường	1	1,9
Viêm da	11	21,6
Không có bệnh kèm theo	39	76,5

Nhận xét: Đa số mẹ bệnh nhân không có bệnh kèm theo chiếm 76,5%, có 11 trường hợp có mẹ bị viêm da kèm theo chiếm 21,6%, 1,9% mẹ bị đái tháo đường.

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo mùa

Mùa	Xuân	Hè	Thu	Đông
n (%)	9 (17,7)	25 (49)	7 (13,7)	10 (19,6)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ viêm da mủ vào mùa hè cao nhất chiếm 49,0%, mùa xuân 17,7% và mùa thu chiếm 13,7%, mùa đông chiếm 19,6%.

Bảng 4: Lý do vào viện

Lý do vào viện	Tổn thương trên da	Quấy khóc	Sốt
n (%)	51 (100%)	15 (29,4%)	1 (2%)

Nhận xét: 100% bệnh nhân vào viện vì có thương tổn trên da. Lý do đi kèm tổn thương da là quấy khóc (29,4%), sốt (2%).

Bảng 5: Phân bố bệnh nhân theo hình thái tổn thương da

Hình thái tổn thương da	n (%)
Mụn mủ	51 (100)
Bọng mủ	3 (5,9)
Mụn nước	10 (19,6)
Vảy tiết	7 (13,7)
Trợt, chảy dịch	23 (45,1)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có biểu hiện ngoài da như 100% trường hợp đều có mụn; 45,1% có trợt, chảy dịch; 13,7% có vảy tiết; còn lại là mụn nước và bọng mủ.

Bảng 6: Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương

Vị trí	Số lượng (n=51)	Tỷ lệ (%)
Đầu mặt cổ	29	56,9
Chân, tay	14	27,5
Thân mình	13	25,5
Các nếp gấp, kẽ	4	7,8
Toàn thân	10	19,6

Nhận xét: Vị trí thường gặp nhất trong bệnh VDM là vùng đầu mặt cổ chiếm 56,9%, tiếp theo là chân, tay chiếm 27,5%.

Bảng 7: Đặc điểm nuôi cấy vi khuẩn

Nuôi cấy vi khuẩn	Tụ cầu	Liên cầu
n (%)	50 (98)	1 (2)

Nhận xét: Kết quả nuôi cấy vi khuẩn tại vị trí tổn thương chủ yếu là tụ cầu vàng chiếm 98,0%, liên cầu chiếm 2,0%.

Bảng 8: Kết quả kháng sinh đồ và nuôi cấy vi khuẩn *S. aureus*

Các loại kháng sinh	Nhạy cảm %	Kháng trung gian %	Kháng %
Penicillin	4,0	17,0	79,0
Ampicillin	0	84,0	16,0
Oxacillin	2,0	96,0	2,0
Cefotaxim	42,0	52,0	6,0
Vancomycin	94,0	4,0,0	2,0
Clindamycin	20,0	36,0	44,0
Chloramphenicol	62,0	30,0	8,0
Erythromycin	4,0	70,0	26,0
Gentamycin	72,0	16,0	12,0
Co-trimoxazol	66,0	24,0	12,0
Amykacin	98,0	1,0	1,0,0
Ceftazidim	42,0	4,0	54,0

Nhận xét: Vi khuẩn *S.aureus* còn nhạy với Cefotaxim chiếm tỷ lệ 42%, Gentamycin 72%, Amykacin 98%, Vancomycin 94%, Co-trimoxazol 66%, Ceftazidim 42%, Chloramphenicol 62% và kháng Penicilin 79%.

Bảng 9: Kết quả kháng sinh đồ và nuôi cấy vi khuẩn *S. pyogenes*

Các loại kháng sinh	Nhạy cảm %	Kháng trung gian %	Kháng %
Penicillin	0	100	0
Ampicillin	0	100	0
Oxacillin	0	100	0
Cephalotin	0	100	0
Cefotaxim	0	100	0
Vancomycin	0	100	0
Clindamycin	0	100	0
Chloramphenicol	0	100	0
Erythromycin	0	100	0
Gentamycin	100	0	0
Co-trimoxazol	0	100	0
Amykacin	100	0	0
Ceftazidim	100	0	0

Nhận xét: Kết quả nhạy cảm của liên cầu với Gentamycin, Amykacin, Ceftazidim là 100%.

3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm da mủ ở trẻ sơ sinh

Bảng 10: Các phương pháp điều trị viêm da mủ trẻ sơ sinh

Phương pháp	Chấm xanh methylen	Kháng sinh uống	Kháng sinh tiêm
n (%)	51 (100)	9 (21,4)	42 (78,6)

Nhận xét: Có 100% dùng xanhmethylen, kháng sinh được dùng ở tất cả trẻ sơ sinh, trong đó có 21,4% dùng đường uống và 78,6% đường tiêm.

Bảng 11: Kết quả điều trị

Kết quả	Khỏi	Đỡ	Nặng, tử vong
n (%)	31 (60,8)	20 (39,2)	0 (0)

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy, 60,8% bệnh nhân khỏi, ra viện; 39,2% bệnh nhân đỡ, xin về và không có trường hợp tử vong.

Bảng 12: Mối liên quan giữa số hình thái tổn thương với kết quả điều trị

Kết quả \ Hình thái tổn thương	Một hình thái		Nhiều hình thái		Tổng	P OR 95%CI
	n	%	n	%		
Khỏi	24	77,4	7	22,6	31	0,001 8,0 2,23- 28,60
Đỡ	6	30	14	70	20	
Tổng	30	58,8	21	41,2	51	

Nhận xét: Số trẻ trong nhóm có một hình thái tổn thương có tỷ lệ khỏi cao hơn nhóm trẻ có nhiều hình thái tổn thương ($p < 0.05$).

Bảng 13: Liên quan giữa tiền sử mẹ viêm da cùng thời điểm với kết quả điều trị.

Kết quả \ Mẹ viêm da cùng thời điểm	Không		Có		Tổng	P OR
	n	%	n	%		
Khỏi	28	90,3	3	9,7	31	0,01 6,2 1,40- 27,58
Đỡ	12	60	8	40	20	
Tổng	40	78,4	11	21,6	51	

Nhận xét: Những trẻ có mẹ bị viêm da cùng thời điểm thì tỷ lệ khỏi bệnh thấp hơn nhóm trẻ mẹ không bị viêm da ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sơ sinh viêm da mủ

Theo kết quả nghiên cứu, trẻ sơ sinh từ 7-14 ngày tuổi được chẩn đoán bệnh viêm da mủ xuất chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1%, tiếp theo là nhóm trẻ trên 14 ngày tuổi với tỷ lệ 35,3%, độ tuổi 0-7 ngày tuổi chiếm tỷ lệ thấp

nhất 17,6%. Như vậy đa phần các gia đình bệnh nhân sau khi phát hiện con bị tổn thương da thì đều cho con đi khám ngay.

Trẻ viêm da mủ đa số mẹ không có bệnh kèm theo chiếm 76,5%, mẹ bị viêm da kèm theo chiếm 21,6%, 1,9% mẹ bị đái tháo đường. Mẹ bị đái tháo đường cũng làm con tăng nguy cơ bị viêm da mủ [4].

Tỷ lệ trẻ viêm da mủ vào mùa hè cao nhất chiếm 49,0%, mùa xuân 17,7% và mùa thu chiếm 13,7%, mùa đông chiếm 19,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như Bisno AL [6].

Triệu chứng thương tổn trên da gặp ở tất cả bệnh nhân, quấy khóc là triệu chứng kèm theo chiếm tỷ lệ 29,4%, sốt chỉ chiếm 2%. Những tổn thương trên da trẻ là lí do chính mà gia đình trẻ đưa trẻ đến bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái [1].

Tất cả bệnh nhân vào viện da đều có mủ, 45,1% có trọt, chảy dịch, 13,7% có vảy tiết, tiếp đến là mụn nước, bóng mủ chiếm các tỷ lệ (19,6%, 5,9%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái 100% bệnh nhân có mụn mủ, trọt, chảy dịch 87,6%, bóng mủ và mụn nước đều chiếm 56,7% [1]. Khi bị ngứa, đa phần các bệnh nhân có thể gãi hoặc sờ chạm vào, nên da vùng đó dễ có vết trọt, càng dễ bội nhiễm và tạo những vảy tiết màu vàng.

Vị trí thường gặp nhất trong bệnh VDM là đầu mặt cổ chiếm 56,9%, tiếp theo là chân, tay chiếm 27,5%, tiếp theo là thân mình, toàn thân, các nếp gấp kẽ (25,5%; 19,6; 7,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái, vị trí thường gặp nhất là đầu mặt cổ 96,7%, tiếp theo là chân tay 76,7%, thân mình 33,3%, nếp gấp 16,7%[1]. Theo nghiên cứu của Umashankar N, Belliappa Pemmanda (2018) vị trí phổ biến nhất là vùng đầu mặt cổ (48,4%) [5]. Những vùng da có lỗ chân lông to, hay tiếp xúc với môi trường bên ngoài hoặc những cơ thể có tuyến dầu phát triển thì nguy cơ bị các bệnh về da cao hơn.

Đa số trường hợp viêm da mủ trẻ sơ sinh có kết quả nuôi cấy ra vi khuẩn *S. aureus* chiếm 98%, 2% là *S. pyogene*. Theo nghiên cứu của Abdallah và cộng sự (2007) đã tìm thấy 64,6% tổng số chủng là *S. aureus* [2].

Theo kết quả nghiên cứu thì vi khuẩn *S. aureus* còn nhạy với Gentamycin 72%, Amykacin 98%, Vancomycin 94%, kháng Penicilin 79%. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái, *S. aureus* còn nhạy cảm với Gentamycin 76,7%, Amikacin 76,7%, Vancomycin 66,7%, nhạy cảm thấp với các kháng sinh khác và theo nghiên cứu của Singh A và cộng sự viêm da mủ *S. aureus* rất mẫn cảm (> 80%) với Amoxicillin cộng với Sulbactam, Amikacin, Cefoperazone, Tobramycin, và Amoxicillin cộng với Clavulanate, và nhạy cảm vừa phải (70-77,2%) với Gentamicin, Ampicillin, nhạy cảm thấp (8,3-14,6%) được ghi nhận với Fluoroquinolones và Cephalixin. Từ kết quả trên ta thấy tình trạng kháng Penicillin trong bệnh viêm da mủ ngày càng tăng và tỷ lệ trẻ viêm da mủ tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng vẫn còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh. Điều này giúp các bác sĩ lâm sàng lựa chọn kháng sinh khi chưa có kết quả kháng sinh đồ.

4.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm da mủ ở trẻ sơ sinh

Tất cả trẻ viêm da mủ được điều trị bằng xanh methylen và kháng sinh, trong đó có 21,4% kháng sinh uống và 78,6% kháng sinh tiêm.

Khi nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị số trẻ trong nhóm có một hình thái tổn thương có tỷ lệ khỏi cao hơn nhóm trẻ có nhiều hình thái tổn thương ($p < 0.05$). Điều này cũng được tác giả Buckingham SC và cộng sự nói đến trong

nghiên cứu của mình [3]. Những trẻ có mẹ bị viêm da cùng thời điểm thì tỷ lệ khỏi bệnh thấp hơn nhóm trẻ mẹ không bị viêm da ($p < 0.05$).

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da mủ

- Tuổi trung bình của trẻ sơ sinh viêm da mủ lúc vào viện là $12,4 \pm 4,7$ ngày tuổi.

- Tỷ lệ trẻ viêm da mủ vào mùa hè cao nhất chiếm 49,0%.

- Tất cả trẻ vào viện vì có thương tổn trên da, quấy khóc (29,4%), sốt (2%).

- Hình thái tổn thương da chủ yếu là mụn mủ, có trọt, chảy dịch, ít gặp hơn là bong mủ, mụn nước.

- Vị trí tổn thương da thường gặp nhất là vùng đầu mặt cổ chiếm 56,9%, tiếp theo là chân, tay, thân mình, ít gặp hơn là các nếp gấp kẽ.

- Đa số trường hợp viêm da mủ được phân lập cho kết quả vi khuẩn *S. aureus* 98%, 2% là vi khuẩn *S. pyogenes*.

- Kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn *S. aureus* nhạy với Gentamycin 77%, Amykacin 98%, Vancomycin 94%, Co-trimoxazol 66%, Cefotaxim 42% Chloramphenicol 62% và kháng Peniciline 79%. Liên cầu nhạy cảm với Gentamycin, Amykacin, Cefotaxim.

- Đa số trẻ viêm da mủ có CRP, bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, chỉ số gan, thận trong giới hạn bình thường.

5.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm da mủ ở trẻ sơ sinh

- Các phương pháp điều trị: chấm xanh methylen tại chỗ, kháng sinh.

- Đa số trẻ sơ sinh viêm da mủ sau điều trị được ra viện.

- Các yếu tố liên quan đến điều trị gồm: số lượng hình thái tổn thương, mẹ viêm da cùng thời điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quý Thái, Hà Thị Thanh Nga, Nguyễn Thị Hải Yến, Lưu Kim Thanh (2011), "Đánh giá độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh trong bệnh viêm da mủ tại khoa da liễu bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2010", Tạp chí Da liễu học Việt Nam, số 05, tr 52.
2. Abdallah M, Zaki SMI, El-Sayed A, Erfan D. Evaluation of secondary bacterial infection of skin diseases in Egyptian in- and out-patients and their sensitivity to antimicrobials. Egyptian Dermatol Online J 2007;3:1-15.
3. Buckingham SC, McDougal LK, Cathey LD, et al. Emergence of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at a Memphis, Tennessee Children's Hospital. Pediatr Infect Dis J2004;23:619–624.
4. Empinotti, J. C., Uyeda, H., Ruaro, R. T., Galhardo, A. P., & Bonatto, D. C. (2012). Pyodermitis. Anais Brasileiros de Dermatologia, 87(2), 277–284.
5. Umashankar N, Pemmanda B, Gopkumar P, Hemalatha AJ, Sundar PK, Prashanth HV. Effectiveness of topical green tea against multidrug-resistant *Staphylococcus aureus* in cases of primary pyoderma: An open controlled trial. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2018;84(2):163-168.
6. World Health Organization. (2015). Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. World Health Organization.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG CỦA RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH THEO PARANT 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG, 2020

Phạm Thanh Hải*

TÓM TẮT

Răng khôn hàm dưới (RKHD) mọc ở độ tuổi trưởng thành từ 18 tuổi đến 25 tuổi và thường hay mọc lệch, ngầm trong đó phân loại lệch ngầm Parant 2 chiếm chủ yếu. Hình thái và vị trí mọc răng khôn có liên quan chặt chẽ với các biến chứng của nó. Chẩn đoán RKHD mọc lệch và các biến chứng chủ yếu dựa vào khám lâm sàng và chụp Xquang để hỗ trợ và lập kế hoạch điều trị. Do đó mục tiêu nghiên cứu của đề tài nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và xquang của răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant 2 tại bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 răng khôn hàm dưới cho thấy lứa tuổi hay gặp là 18-29, chiếm tỷ lệ 77,8%, hình thái loại II chiếm 65,0%, mọc lệch gần $\geq 45^\circ$ gặp nhiều nhất (76,7%), chân răng gặp nhiều nhất là chân chệch, chiếm 38,3%, tỷ lệ chân răng khôn hàm dưới tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới là cao nhất, chiếm 56,7%.

Từ khóa: RKHD, Parant 2

SUMMARY

CLINICAL AND XRAY FEATURES OF IMPACTED WISDOM TEETH AT PARANT 2 AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2020

Mandibular wisdom teeth are usually erupted at the age of 18 to 25, and are commonly

impacted, in which mostly are Parant 2 classification. Their morphology and position are tiredly associated with its complications. In order to support and make treatment plan, diagnosis of wisdom teeth and their complications are based on clinical and xray features. Therefore, the aim of this study is to describe clinical and xray features of wisdom teeth at Haiphong Medical University Hospital. A cross sectional study on 60 teeth showed that the common age detected of wisdom teeth was from 18 to 29 and account for 78%, class II of morphology was 65%, mesial impaction was the most common (76,7%), root are close to nerve was the highest at 56,7%.

Keywords: wisdom teeth, Parant 2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) hay còn gọi là răng số 8 hàm dưới là răng mọc cuối cùng trên cung hàm ở độ tuổi trưởng thành từ 18 tuổi đến 25 tuổi. Răng khôn hàm dưới trong xương hàm, bị kẹt bởi các tổ chức xung quanh và do những bất thường trong quá trình phát triển mô phôi, sự bất hài hòa về kích thước răng và xương hàm nên hay mọc lệch trục [3].

Hình thái và vị trí mọc răng khôn có liên quan chặt chẽ với các biến chứng của nó. Những biến chứng thường gặp như: viêm mô tế bào, sâu mất xa và tiêu xương răng số 7, sâu RKHD, ngoài ra có thể gây đau dây thần kinh lan tỏa hoặc khu trú, nặng hơn nữa có thể gặp viêm tấy lan tỏa (Phlegmon) gây nguy hiểm tới tính mạng [1].

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính:

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Chẩn đoán RKHD mọc lệch và các biến chứng chủ yếu dựa vào khám lâm sàng và chụp Xquang để hỗ trợ và lập kế hoạch điều trị [6]. Tới nay, ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về lâm sàng, Xquang và kết quả phẫu thuật RKHD mọc lệch, ngầm. Tuy nhiên tại Hải Phòng công trình nghiên cứu còn ít do đó mục tiêu nghiên cứu của đề tài là: Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang của răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant 2 ở những bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II trên bệnh nhân tới khám và điều trị tại khoa răng hàm mặt bệnh viện trường Đại học Y Hải Phòng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- RKHD trên bệnh nhân từ 18 đến 40 tuổi
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

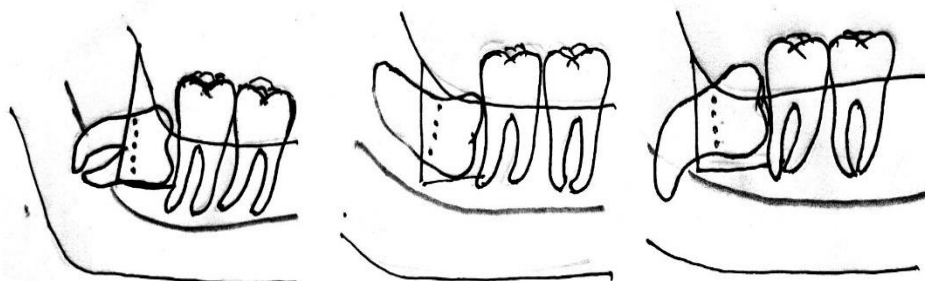
- Bệnh nhân có bệnh mạn tính chưa ổn định: tăng huyết áp, tiểu đường...
- Bệnh nhân có rối loạn về máu, tâm thần, mang thai, xạ trị

Phân loại Parant II:

Nhổ răng cần mở một phần xương ổ răng và cắt cổ răng:

Kỹ thuật: Dùng mũi khoan Tungsten để cắt ngang qua cổ răng 8, sau đó dùng bẫy để lấy một phần thân răng và chân răng 8 lên. Chỉ định:

- + RKHD lệch gần ngang, thấp, kẹt răng số 7, chân chụm thẳng hay cong.
- + RKHD ngầm đứng nằm chìm sâu, chân chụm to hay hai chân cong hình móc câu.
- + Răng 8 nằm ngầm sâu lệch xa góc, hay răng nằm ngang. Răng 8 lệch phía lưỡi



Hình 2.1. RKHD lệch gần ngang, thấp, kẹt răng số 7[4]

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.
- Thời gian: Từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho điều tra mô tả cắt ngang, xác định tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần chọn.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ở mức độ ý nghĩa thống kê 95%.

P: tỷ lệ RKHM lệch ngầm tuổi theo nghiên cứu trước ($p = 0,15$) [8].

d: độ chính xác mong muốn của kết quả nghiên cứu, $d = 0,01$.

Lấy $p = 0,15$ ta tính được $n = 49$, để tăng độ tin cậy cho cỡ mẫu $n=60$

* Chọn mẫu: Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, sẽ được chọn cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã nghiên cứu 60 răng, trên 55 bệnh nhân.

2.5. Các biến số dùng trong nghiên cứu

Tên biến	P/loại biến		Tiêu chí đánh giá	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
	Định tính	Định lượng			
Chiều gần xa RKHD	x		Loại I, II, III theo phân loại của Pell, Gregory	Khám LS X quang	Phiếu khám Phim panorama
Độ sâu RKHD	x		Vị trí A1, A2, B, C theo Pell và Gregory		
Trục RKHD	x		Thẳng góc, nằm ngang, lộn ngược, lệch gần, xa, má, lưỡi.		
Hình dạng chân răng	x		Cong, thẳng, chệch, chụm, dui trống	X quang Hình ảnh sau khi nhổ răng	Panorama Ảnh chụp răng sau nhổ
Tương quan chân RKHD với ORD	x		ORD tiếp xúc phía má, lưỡi, chóp chân RKHD. ORD không tiếp xúc phía má, lưỡi, chóp chân RKHD. Chân RKHD bao quanh có, không tiếp xúc với ORD	X quang	Phim Conebeam CT

2.6. Phân tích số liệu:

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và Xquang của răng khôn hàm dưới mọc lệch

3.1.1. Phân bố số lượng bệnh nhân theo tuổi – giới

Bảng 3.1. Phân bố số lượng bệnh nhân theo tuổi – giới

Nhóm	Giới		Tuổi	
	Nam	Nữ	≤ 30	≥ 30
Tổng				
n	21	39	48	12
%	35,0	65,0	80,0	20,0

Nhận xét: Tỷ lệ nữ gấp nhiều hơn nam, trong khi lứa tuổi dưới 30 gấp nhiều hơn lứa tuổi trên 30.

3.1.2. Phân bố hình thái mọc răng khôn hàm dưới theo chiều ngang

Bảng 3.2. Phân bố hình thái mọc răng khôn hàm dưới theo khoảng cách (Pell, Gregory và Winter)

Nhóm \ Giới	Nam	Nữ	Tổng	P
I	23,4%	40,0%	31,7%	< 0,05
II	75,0%	55,0%	65,0%	
III	1,6%	5,0%	3,3%	
Tổng	100,0%	100,0%	100,0%	

Nhận xét: Loại hình II chiếm tỉ lệ nhiều nhất (65%). Sự phân bố hình thái mọc răng khôn hàm dưới theo giới tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.1.3. Phân bố hình thái theo hướng mọc lệch gần của răng khôn hàm dưới

Bảng 3.3. Hình thái mọc lệch gần răng khôn hàm dưới

Nhóm \ Giới	Nam	Nữ	Tổng	P
<45°	21,6 %	25,0%	23,3%	> 0,05
≥ 45°	78,4%	75,0%	76,7%	
Tổng	100,0%	100,0%	100,0%	

Nhận xét: Số răng mọc lệch $\geq 45^\circ$ chiếm tỷ lệ rất cao trong số bệnh nhân có răng mọc lệch gần đến nhổ răng ở cả hai nhóm. Sự phân bố hình thái mọc lệch gần theo giới không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.1.4. Phân bố hình thái theo hướng mọc lệch gần của răng khôn hàm dưới

Bảng 3.4. Phân bố hình dạng chân răng

Hình dạng chân răng \ Nhóm	Chung	
	n	%
Chùm	20	33,3
Thẳng	13	21,7
Cong	18	30,0
Chẽ	23	38,3
Dùi trống	3	5,0

Nhận xét: Tỷ lệ hình dạng chân kẽ, chùm, cong hay gấp nhất lần lượt là 38,3%, 33,3% và 30%. Chân dùi trống chiếm ít nhất chỉ 5%.

3.1.5. Phân bố hình thái theo tương quan chân răng khôn hàm dưới với ống TK răng dưới

Bảng 3.5. Tương quan chân R8 với ống TK răng dưới

Tương quan \ Giới	Nam	Nữ	Tổng	P
Chân răng không tiếp giáp ống răng dưới	51,8%	31,6%	41,7%	< 0,05

Tiếp giáp ống răng dưới	46,7%	66,7%	56,7%	
Chân răng nằm trong ống răng dưới	1,5%	1,7%	1,6%	
Tổng	100,0%	100,0%	100,0%	

Nhận xét: Tỷ lệ chân răng hàm dưới không tiếp giáp và có tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới chiếm đa số lần lượt là (41,7% và 56,7%). Trong đó tỉ lệ ống răng dưới nằm trong chân răng rất thấp chiếm 1,6%. Tỉ lệ phân bố tương quan chân răng khôn hàm dưới với ống thần kinh răng dưới theo giới khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, xquang của bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch.

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Về giới tính

Tỷ lệ nam và nữ có sự khác nhau 65% ở nữ, 35% ở nam (Bảng 3.1). Do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, không mang tính chất đại diện cho một quần thể nên khó có thể rút ra kết luận sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê hay không.

Về tuổi

Theo nghiên cứu của tôi ở lứa tuổi dưới 30 tuổi có 48 trường hợp răng khôn mọc lệch chiếm 80%, và lứa tuổi trên 30 tuổi có 12 trường hợp chiếm 20% (Bảng 3.1). Lứa tuổi trẻ hơn chiếm đa số trong nghiên cứu, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trước.

So sánh với các tác giả khác về độ tuổi sung đầu:

- Mai Đình Hưng, trên 30 tuổi chiếm 30%, dưới 30 tuổi 70% [3]

4.1.2. Về hình thái mọc của răng khôn hàm dưới theo chiều ngang

Cũng trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy loại II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,0% (Bảng 3.2). Kết quả cho thấy đại đa số răng khôn hàm dưới thiếu chỗ khi mọc (kích thước gần xa thân răng khôn hàm dưới lớn hơn khoảng cách phía xa răng 7 đến bờ trước

ngành lên xương hàm dưới). Răng khôn hàm dưới chìm ngằm hoàn toàn trong ngành lên xương hàm dưới chiếm tỷ lệ rất thấp 3,3%. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Tiến Vinh, 2010 [5]. Trong đó thì sự phân bố tỉ lệ 3 loại có sự khác biệt giữa nam và nữ.

4.1.3. Về hướng mọc lệch gần của RKHD

Qua nghiên cứu 60 trường hợp răng khôn hàm dưới mọc lệch gần, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ lệch gần $>45^\circ$ gặp nhiều hơn lệch gần $\leq 45^\circ$ (Bảng 3.3). Sự phân bố góc lệch gần theo giới khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Trần Quốc Khánh, 2001 [5].

4.1.4. Về đặc điểm hình dạng chân răng:

Qua nghiên cứu 60 răng khôn hàm dưới mọc lệch (Bảng 3.4) thì ta thấy có 33,3% là chân chụm, 21,7% là chân thẳng, 30% là chân cong, 38,3% là chân chề, và 5% là chân dùi trống. Như vậy ta thấy tỷ lệ chân dùi trống là ít nhất, còn tỷ lệ chân chề là nhiều nhất. Như vậy các răng được phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu của có mức độ khó nhỏ của hai nhóm là trung bình

4.1.5. Về tương quan chân răng hàm dưới với ống thần kinh răng dưới:

Qua nghiên cứu 60 răng khôn hàm dưới mọc lệch (Bảng 3.5) thì ta thấy tỷ lệ số răng mà không tiếp giáp với ống răng dưới là 41,7%, tiếp giáp với ống răng dưới là 56,7%,

và tỷ lệ ống răng dưới nằm trong chân răng là 1,7%. Như vậy tỷ lệ chân răng khôn hàm dưới tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới là cao nhất, và điều đó chứng tỏ các răng được phẫu thuật đều ở mức độ dễ nhỏ. Sự phân bố tương quan này theo giới khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng x quang răng khôn hàm dưới mọc lệch với 60 trường hợp được khám và điều trị tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Tôi rút ra được kết luận như sau:

- Tỷ lệ gặp bệnh nhân nữ (chiếm 63,6%) nhiều hơn nam.
- Lứa tuổi hay gặp là 18-29, chiếm tỷ lệ 77,8%
- Hình thái mọc răng khôn hàm dưới theo chiều ngang gặp nhiều nhất là loại II, chiếm 65,0%.
- Răng khôn hàm dưới mọc lệch gần $\geq 45^\circ$ gặp nhiều nhất (76,7%).
- Dạng chân răng gặp nhiều nhất là chân chẻ, chiếm 38,3%.
- Tỷ lệ chân răng khôn hàm dưới tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới là cao nhất, chiếm 56,7%.

Kiến nghị: kết quả nghiên cứu phần nào đã cho thấy các đặc điểm hình thái lâm sàng và x quang hay gặp của răng khôn hàm dưới, theo parasrt 2 góp phần hỗ trợ chẩn đoán và điều trị. Cần những nghiên cứu trong tương

lai với cỡ mẫu lớn hơn để có thể củng cố tính tham khảo cho y văn chuyên ngành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Y Duyên (1995)**, Góp phần nghiên cứu viêm nhiễm vùng hàm mặt do biến chứng RKHD, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Xuân Hoè (1973)**, "Tổng kết kinh nghiệm nhổ răng khôn mọc lệch theo phương pháp đòn bẩy 3 năm 1971-1973", Nội san RHM, tr.45-47.
3. **Mai Đình Hưng (1973)**, "Tổng kết 83 trường hợp phẫu thuật RKHD", Nội san RHM, tr. 67-72.
4. **Mai Đình Hưng (1977)**, "Phẫu thuật nhổ răng khôn và răng ngầm", "Các phẫu thuật khác trong miệng", RHM tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 228-232, 232-240.
5. **Trần Quốc Khánh (2001)**, Nhận xét về hình thái răng khôn hàm dưới mọc lệch gần ở tuổi trưởng thành và xử trí, Luận văn thạc sỹ, Đại Học Y Hà Nội
6. **Vũ Đức Nguyên (2010)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm khó dưới gây mê nội khí quản, Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội, tr. 69.
7. **Nguyễn Tiến Vinh (2010)**, "Nhận xét tình trạng mọc răng và kết quả xử lý các tai biến ở bệnh nhân có răng khôn hàm dưới tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội", Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II.
8. **Archer LE (1975)**, "Impacted teeth", Oral and Maxillofacial surgery, W.B. saunders company, 250-390.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA GHÉP KHỐI FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU SAU NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG, 2020

Phạm Thanh Hải*

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF) đang được ứng dụng rộng rãi trên thế giới trong việc thúc đẩy lành thương huyết ở răng số 8 sau nhổ. Tuy nhiên quy trình tạo PRF cũng như hiệu quả điều trị vẫn còn gây nhiều tranh cãi. **Mục tiêu:** của đề tài này nhằm đánh giá kết quả lành thương của ghép khối PRF sau nhổ răng số 8. **Phương pháp nghiên cứu:** 60 răng số 8 (RKHD) của bệnh nhân được chia ngẫu nhiên ra làm 2 nhóm chứng và nhóm ghép PRF, đánh giá sự lành thương thông qua các chỉ số sưng, đau, chảy máu, khít hàm hay viêm huyết ở răng. **Kết quả:** cho thấy có sự nhanh liền thương, giảm đau, giảm sưng, giảm khít hàm ở nhóm ghép PRF trong tuần đầu sau phẫu thuật nhổ răng 8.

Từ khóa: RKHD, fibrin giàu tiểu cầu

SUMMARY

EFFICACY OF PLATELET RICH FIBRIN AFTER MANDIBULAR WISDOM TEETH EXTRACTION

Introduction: Recently, platelet rich fibrin (PRF) is widely used to enhance healing process of alveolar socket after wisdom teeth removal. However, it is still controversial in the efficacy as well as in the protocol of PRF. **Method:** The aim of this study were to investigate the healing

effect of PRF after wisdom teeth removal. 60 teeth were divided to 2 groups (control and PRF treated group) then healing ability were assessed by pain, swelling, hemorrhage, trismus and inflammation. **Study outcome:** treatment of PRF enhance the healing of alveolar socket after wisdom teeth extraction.

Keywords: wisdom teeth, PRF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới có thời gian hình thành muộn hơn, lâu hơn và nằm ở vị trí liên quan với nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng và có xu hướng mọc chìm, mọc lệch do thiếu chỗ, gây nên nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân. Do đó phẫu thuật nhổ răng khôn là một phẫu thuật khá là khó và nhiều biến chứng.

Để ngăn chặn hay giảm bớt các biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới như sưng, đau, khít hàm... và làm tăng qua trình lành thương, nhiều loại thuốc, công nghệ sinh học đã được nghiên cứu và phát triển. Một trong số đó là khối fibrin giàu tiểu cầu (platelet rich fibrin – PRF). PRF được phát triển bởi Choukroun và cộng sự (2001) tại Pháp, là một thể hệ thứ hai của tiểu cầu đậm đặc được sử dụng rộng rãi để thúc đẩy quá trình lành thương mô mềm và mô cứng [4]. Tuy nhiên hiệu quả điều trị của PRF vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Ở Việt Nam, các công trình nghiên cứu về vấn đề này còn ít và có nhiều hạn chế. Vì vậy, để góp phần

*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính:

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

làm rõ hơn về hiệu quả PRF với lành thương sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới, chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch có ghép khối PRF của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant 2 trên bệnh nhân tới khám và điều trị tại khoa răng hàm mặt bệnh viện trường Đại Học Y Hải Phòng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- RKHD trên bệnh nhân từ 18 đến 40 tuổi
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính chưa ổn

định: tăng huyết áp, tiểu đường...

- Bệnh nhân có rối loạn về máu, tâm thần, mang thai, xạ trị

Phân loại Parant II:

Nhổ răng cần mở một phần xương ổ răng và cắt cổ răng:

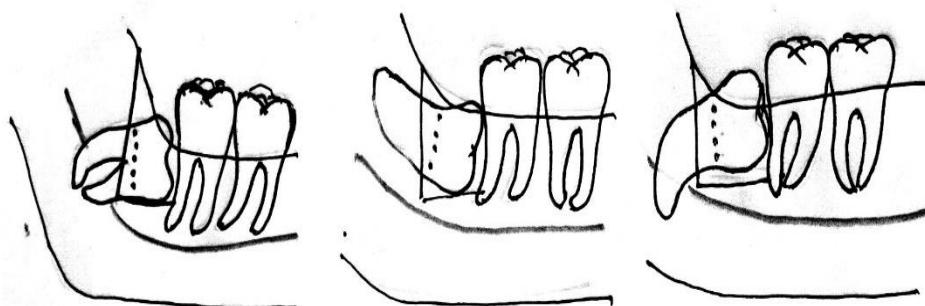
Kỹ thuật: Dùng mũi khoan Tungsten để cắt ngang qua cổ răng 8, sau đó dùng bẫy để lấy một phần thân răng và chân răng 8 lên.

Chỉ định:

+ RKHD lệch gần ngang, thấp, kẹt răng số 7, chân chụm thẳng hay cong.

+ RKHD ngằm đứng nằm chìm sâu, chân chụm to hay hai chân cong hình móc câu.

+ Răng 8 nằm ngằm sâu lệch xa góc, hay răng nằm ngang. Răng 8 lệch phía lưỡi



Hình 2.1. RKHD lệch gần ngang, thấp, kẹt răng số 7 [2]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng có đối chứng

2.3. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{(\alpha, \beta)}^2 \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n : Cỡ mẫu nghiên cứu

p_1 : Tỷ lệ viêm huyết ổ răng của nhóm ghép PRF

p_2 : Tỷ lệ viêm huyết ổ răng của nhóm

không ghép PRF

Ở đây chúng tôi chọn $p_1 = 0.99$ và $p_2 = 0.88$ từ nghiên cứu của R. Hoaglin [6]

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0.1$

β : Xác suất của việc phạm sai lầm loại II, chọn $\beta = 0.5$

Tra bảng giá trị: $Z_{(\alpha, \beta)}^2 = 2.7$

Từ đó, tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 26$ RKHD cho từng nhóm. Lấy $n=30$ mỗi nhóm.

2.4. Cách chọn mẫu

Bệnh nhân được tư vấn và lựa chọn tự nguyện ghép hoặc không ghép PRF. Qua đó chúng tôi lấy được n=30 mỗi nhóm

2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Trước điều trị: Các bệnh nhân được lấy

thông tin điền vào Bệnh án và chụp phim Panorama, Conebeam CT.

- Sau phẫu thuật: Bệnh nhân được khám lâm sàng sau 1-3-7 ngày.

2.6. Biến số nghiên cứu

Tên biến	Loại biến		Tiêu chí đánh giá	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
Mức độ sưng [6]		x	Đo S ₁ S ₂ , S ₃ S ₄ và tính trung bình (mm)	Đo đạc	Thước dây mềm
Mức độ đau [5]		x	Bệnh nhân tự chấm theo thang điểm đánh giá mức độ đau	Phỏng vấn bệnh nhân	Thang điểm đau
Mức độ chảy máu [7]		x	Bác sĩ khám lâm sàng bệnh nhân	Khám lâm sàng	Phiếu khám
Viêm huyết ổ răng [5]	x		Bác sĩ khám lâm sàng bệnh nhân sau 7 ngày	Khám lâm sàng	Phiếu khám
Mức độ hạn chế há miệng [4]		x	Độ há ngậm miệng trước nhổ trừ đi độ hạ ngậm miệng sau nhổ	Đo đạc	Thước đo mềm
Mức độ liền thương [6]	x		Bác sĩ khám lâm sàng bệnh nhân sau 7 ngày	Khám lâm sàng	Phiếu khám

2.7. Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.1. Phân bố số lượng bệnh nhân theo tuổi – giới

Nhóm		Nhóm ghép PRF		Nhóm không ghép		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	12	40,0	9	30,0	21	35,0	0,41
	Nữ	18	60,0	21	70,0	39	65,0	7
Nhóm tuổi	≤ 30	25	83,3	23	76,7	48	80,0	0,51
	> 30	5	16,7	7	23,3	12	20,0	9

Nhận xét: Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam ở cả hai nhóm, trong khi lứa tuổi dưới 30 gặp nhiều hơn lứa tuổi trên 30 ở cả hai nhóm. Tuy nhiên phân bố về giới và tuổi giữa hai nhóm ghép PRF và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đánh giá mức độ đau theo thời gian theo dõi sau phẫu thuật (theo VAS)

Bảng 3.2. Mức độ đau theo thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian \ Nhóm	Nhóm ghép PRF (n=30)		Nhóm không ghép (n=30)		P
	Điểm	SD	Điểm	SD	
Sau 1 ngày	4,56	1,23	5,84	1,26	<0,05
Sau 3 ngày	2,33	0,89	3,76	1,02	<0,05
Sau 7 ngày	0	0	0,30	0,00	

Nhận xét: Mức độ đau của nhóm không ghép ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 3 ngày cao hơn của nhóm ghép PRF. Sau 7 ngày, mức độ đau không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

- Ngày đầu tiên sau phẫu thuật: chỉ số đau ở nhóm không ghép là 5.84 ± 1.26 điểm cao hơn ở nhóm ghép là 4.56 ± 1.23 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Ngày thứ 3 sau phẫu thuật: chỉ số đau của nhóm không ghép và nhóm ghép lần lượt là 3.76 ± 1.02 điểm và 2.33 ± 0.89 điểm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau giữa hai nhóm, với $p < 0,05$

- Ngày thứ 7 sau phẫu thuật, chỉ số đau của nhóm không ghép là 0,3 điểm và không gặp trường hợp nào ở nhóm ghép.

3.3. Đánh giá tình trạng sưng sau phẫu thuật

Bảng 3.3. Đánh giá tình trạng sưng sau phẫu thuật

Thời gian \ Nhóm	Nhóm ghép PRF (n=30)		Nhóm không ghép (n=30)		P
	Chỉ số % sưng nề	Độ lệch chuẩn	Chỉ số % sưng nề	Độ lệch chuẩn	
1 ngày	8.15	1.43	10.46	3.98	<0,05
3 ngày	3.41	1.88	5.82	2.49	<0,001
7 ngày	0.0	0.0	0.09	0.47	>0,05

Nhận xét: Số liệu của bảng trên cho thấy

- Ngày thứ nhất sau phẫu thuật: chỉ số sưng nề của nhóm không ghép là $10.46 \pm 3.98\%$ cao hơn của nhóm ghép là $8.15 \pm 1.43\%$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 3 ngày: tỷ lệ sưng giảm ở cả 2 nhóm. Nhóm không ghép có chỉ số sưng nề là $5.82 \pm 2.49\%$ cao hơn ở nhóm ghép là

$3.41 \pm 1.88\%$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Ngày thứ 7 sau phẫu thuật: chỉ số sưng nề được thấy ở nhóm không ghép là $0.09 \pm 0.47\%$ và không gặp trường hợp nào ở nhóm ghép.

3.4. Đánh giá tình trạng viêm huyết ổ răng sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Đánh giá tình trạng viêm huyết ổ răng sau phẫu thuật

Viêm huyết ổ răng	Nhóm ghép RPF		Nhóm không ghép	
	n	%	n	%
Sau 1 ngày	1	3,3	3	10
Sau 3 ngày	0	0	1	3,3
Sau 7 ngày	0	0	0	0
Tổng	1	3,3	4	13,3

Nhận xét: kết quả ở bảng trên thấy

- Sau phẫu thuật một ngày, nhóm có ghép PRF có 1 trường hợp bị viêm huyết ổ răng (chiếm 3,3%) thấp hơn của nhóm chứng (chiếm 10,0%).

- Sau phẫu thuật 3 ngày, có 1 trường hợp viêm huyết ổ răng ở nhóm chứng.

- Sau 7 ngày, cả hai nhóm không có trường hợp nào viêm huyết ổ răng.

3.5. Mức độ liên thương ổ răng của nhóm ghép PRF và không ghép PRF

Bảng 3.5. Mức độ liên thương huyết ổ răng của 2 nhóm

Mức độ liên thương ổ răng	Nhóm ghép RPF		Nhóm không ghép		p
	n	%	n	%	
Loại 0	29	96,6	26	86,6	0,339
Loại 1	1	3,3	1	3,3	
Loại 2	0	0	3	10	
Loại 3	0	0	0	0	
Loại 4	0	0	0	0	
Tổng	30	100,0	30	100,0	

Nhận xét: Kết quả ở bảng trên thấy

- Nhóm ghép PRF: mức độ liên thương hoàn toàn chiếm 96,6% và chỉ có 1 trường hợp có mức độ liên thương loại 1 (nghĩa là hở 1 thành xương).

- Nhóm không ghép: mức độ liên thương hoàn toàn (chiếm 86,6%) cao hơn không liên thương. Mức độ liên thương loại 2 chiếm 10,0% và loại 1 chiếm 3,3%.

Có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Về giới tính

Tỷ lệ nam và nữ có sự khác nhau (Bảng 3.1), tuy nhiên phân bố theo giới ở hai nhóm ghép và không ghép nó không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Về tuổi

Theo nghiên cứu của tôi ở lứa tuổi dưới 30 tuổi có 48 trường hợp răng khôn mọc lệch chiếm 80%, và lứa tuổi trên 30 tuổi có 12 trường hợp chiếm 20% (Bảng 3.1). Lứa tuổi trẻ hơn chiếm đa số trong nghiên cứu, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trước. So sánh với các tác giả khác về độ tuổi sưng đau:

- Nguyễn Xuân Hòa, trên 30 tuổi chiếm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

34%, dưới 30 tuổi 64% [1].

- Mai Đình Hưng, trên 30 tuổi chiếm 30%, dưới 30 tuổi 70% [2].

4.2. Đánh giá mức độ đau của nhóm ghép và nhóm không ghép PRF

Về mức độ đau, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá cho cả 2 nhóm. Đây là phương pháp đánh giá khá tin cậy, cho phép so sánh với kết quả của nhiều tác giả trên thế giới.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy mức độ đau ở nhóm PRF và nhóm chứng sau phẫu thuật 1 ngày là $4,56 \pm 1,23$ và $5,84 \pm 1,26$. Ở thời điểm sau 3 ngày, chỉ số đau của nhóm ghép PRF là $2,33 \pm 0,89$ và của nhóm chứng là $3,67 \pm 1,02$. Sau 7 ngày, chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp đau nhẹ ở nhóm không ghép PRF nên thang điểm đau chỉ là 0,3. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nhiều các nghiên cứu trước đây của các tác giả trên thế giới như Kamal [7].

4.3. Đánh giá mức độ sưng của nhóm ghép và nhóm không ghép PRF

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ sưng của nhóm không ghép cao (10,46%) hơn nhóm ghép là $(8,15\%) \pm 1,45$. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Kết quả khá tương đồng với các tác giả Caymaz hay Daugela [3,5].

4.4. Đánh giá mức độ viêm huyết ổ răng của nhóm ghép và không ghép PRF

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tình trạng viêm huyết ổ răng ở nhóm ghép PRF ít hơn hẳn về số lượng cũng như mức độ so với nhóm không ghép ở tất cả các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 1 ngày, chúng tôi thấy 1 trường hợp ở nhóm ghép PRF có tình trạng viêm nhiễm, trong khi ở

nhóm không ghép có 3 trường hợp có biểu hiện viêm. Sau 3 ngày, tình trạng viêm ổ răng ở cả 2 nhóm có sự cải thiện đáng kể, chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp ở nhóm không ghép còn viêm nhiễm ở mức độ nhẹ và vừa. Sau 7 ngày, chúng tôi thấy cả 2 nhóm đều không có trường hợp nào bị viêm huyết ổ răng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều các nghiên cứu của Hoaglin [2].

4.5. Mức độ liền thương ổ răng của nhóm ghép PRF và không ghép PRF

Bảng 3.5 cho thấy tình trạng liền thương ổ răng ở nhóm ghép PRF nhiều hơn hẳn về số lượng cũng như mức độ so với nhóm không ghép ở thời điểm theo dõi sau phẫu thuật 7 ngày. Nghiên cứu của Sharma và cộng sự [8] ở 100 bệnh nhân có ghép PRF sau nhổ răng khôn. Tác giả chia mức độ liền thương làm 5 loại, từ 0 đến 4 lần lượt là 0: không lộ thành xương, 1: chỉ lộ một thành xương, 2: lộ hai thành xương, 3: lộ 3 thành xương và 4: lộ 4 thành xương. Nghiên cứu đưa ra kết quả, mức độ liền thương ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày là $2,62 \pm 0,48$, sau 3 ngày là $1,60 \pm 0,49$, sau 7 ngày là $0,60 \pm 0,49$ và đến cuối tuần thứ 2, không có thành xương nào lộ ra ở bất kỳ vị trí nào ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị ghép khối PRF sau nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch với 60 trường hợp được phẫu thuật tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, đã cho thấy hiệu quả giảm viêm, sưng, đau sau phẫu thuật khá rõ ràng của khối PRF trong thời gian lành thương mô mềm 1 tuần sau phẫu thuật.

Kiến nghị: Nên sử dụng PRF tự thân để ghép vào ổ răng sau nhỏ để cải thiện quá trình lành thương. Cần có các nghiên cứu có thời gian theo dõi dài hơn nữa để đánh giá đầy đủ hơn tính ưu việt của PRF trong ghép xương ổ răng sau nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Hoà (1973)**, "Tổng kết kinh nghiệm nhổ răng khôn mọc lệch theo phương pháp đòn bẩy 3 năm 1971-1973", Nội san RHM, tr.45-47.
2. **Mai Đình Hưng (1973)**, "Tổng kết 83 trường hợp phẫu thuật RKHD", Nội san RHM, tr. 67-72.
3. **Caymaz M.G., Uyanik L.O (2019)**, Comparison of the effect of advanced platelet-rich fibrin and leukocyte- and platelet-rich fibrin on outcomes after removal of impacted mandibular third molar: A randomized split-mouth study, Niger J Clin Pract. 22(4):546-552
4. **Choukroun J., Diss A.** Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part V: histologic evaluations of PRF effects on bone allograft maturation in sinus lift. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2006;101(3):299–303.
5. **Daugela P., Grimuta V. (2018)**, Influence of leukocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF) on the outcomes of impacted mandibular third molar removal surgery: A split-mouth randomized clinical trial., Quintessence Int. 49(5):377-388.
6. **Hoaglin DR, Lines GK.(2013)**, Prevention of localized osteitis in mandibular third-molar sites using platelet-rich fibrin. Int J Dent. 2013, pp.1-4
7. **Kamal A., Salman B.,et al. (2020)**, The Efficacy of Concentrated Growth Factor in the Healing of Alveolar Osteitis: A Clinical Study, International Journal of Dentistry, Volume 2020, pp.1-9
8. **Sharma A., Aggarwal N., et al. (2017)**, Effectiveness of platelet-rich fibrin in the management of pain and delayed wound healing associated with established alveolar osteitis (dry socket). Eur J Dent. 11(4):508-513.

NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HÓA HỌC CỦA VỎ HÀNH TÍM (*ALLIUM ASCALONICUM*)

Ngô Thị Quỳnh Mai*, Trần Thị Ngân*,
Nguyễn Thị Thu Phương*

TÓM TẮT

Hành tím (*Allium ascalonicum* L., Liliaceae) là một cây được sử dụng phổ biến trong y học cổ truyền cũng như làm gia vị. Để làm phong phú thêm dữ liệu hóa thực vật của loài này cũng như chứng minh sự liên quan giữa thành phần hóa học và tác dụng sinh học, đề tài tiến hành nghiên cứu về thành phần hóa học của vỏ hành tím khô. Kết quả cho thấy sự có mặt của alcaloid, anthranoid, flavonoid, chất béo và phân lập được một flavonoid là quercetin trong vỏ hành tím (*Allium ascalonicum* L.).

Từ khóa: hành tím, *Allium ascalonicum*, flavonoid.

SUMMARY

STUDY ON PHYTOCONSTITUENT OF ONION DRIED LEAVES (*ALLIUM ASCALONICUM*)

Allium ascalonicum L., a species belong to Liliaceae, has been commonly used in traditional medicine as well as food. This study was been undertaken to investigate the phytoconstituent of this plant. The results showed that dried leaves of *A. ascalonium* contain alcaloid, anthranoid, flavonoid, lipid. Additionally, one flavonoid (quercetin) was isolated.

Keywords: purple onion, *Allium ascalonicum*, flavonoid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Allium là một chi lớn với hơn 500 loài thuộc họ Liliaceae. Tuy nhiên chỉ một vài trong số đó được dùng làm thực phẩm, như Tỏi (*A. sativum*), Hành tây (*A. cepa*), Hẹ (*A. odorum*), Tỏi tây (*A. ampeloprasum*), Hành hoa (*A. fistulosum*)... Những cây này được sử dụng rộng rãi trong thực phẩm do vị cay và thơm của chúng. Ở một số quốc gia nó còn được dùng do ý nghĩa tôn giáo [7]. Ở Việt Nam, một số loài *Allium* được sử dụng phổ biến. Hành hoa được dùng trong y học dân gian Việt Nam như một loại thuốc giúp ra mồ hôi, lợi tiểu sát trùng, chữa đau răng, sắc uống lấy nước chữa sốt, cảm, nhức đầu. Hẹ được dùng làm thuốc chữa ho, kiết lỵ, giun kim. Tỏi cũng được dùng chữa lỵ, cao huyết áp và rét căn [1]. Các loài *Allium* được đặc trưng bởi các chất thiosulfinate trong thành phần hóa học, các chất được hình thành do hoạt động của enzyme alliinase. Ngoài ra chúng còn chứa polyphenol, steroid.

Hành tím (*Allium ascalonicum*, Liliaceae) phân bố rộng và được coi là một trong những loài *Allium* quan trọng nhất được sử dụng phổ biến làm gia vị và thực phẩm ở châu Á. Ngoài ra nó còn được sử dụng như một loại thuốc dân gian từ lâu đời. Trong hành tím có chứa nhiều flavone, các hợp chất chứa sulfur, và các dẫn xuất polyphenol khác. Theo một nghiên cứu của Yun Yang, Hành tím có hàm lượng phenol toàn phần lên đến 114.7 ± 10.0 mg/100 g,

***Trường Đại học Y Dược Hải phòng**

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai
Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

cao hơn nhiều so với 10 loài Hành tây được khảo sát trong cùng nghiên cứu. Các thành phần hóa học này có liên quan đến nhiều tác dụng đáng chú ý như hạ cholesterol máu, chống đông máu, kháng vi sinh vật, chống oxy hóa...[8]

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về các loài *Allium* trên thế giới, tuy nhiên dữ liệu về thành phần hóa học của *A. ascalonicum* còn rất hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài “**Nghiên cứu thành phần hóa học của vỏ Hành tím (*Allium ascalonicum*)**” với các mục tiêu sau:

- Khảo sát thành phần hóa học vỏ hành tím bằng các phản ứng hóa học,
- Phân lập và xác định cấu trúc 1-2 chất từ vỏ hành tím.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Vỏ Hành tím thu tại Hải Phòng vào tháng 8 năm 2019, có tên khoa học là *Allium ascalonicum* L. thuộc họ Alliaceae. Mẫu được loại tạp, rửa và phơi khô để tiếp tục tiến hành nghiên cứu.



Hình 1. Vỏ Hành tím

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• Định tính thành phần hóa học

Định tính sơ bộ thành phần hóa học bằng các phản ứng hóa học đặc trưng [3].

• Chiết xuất và phân lập

Chiết xuất bằng phương pháp ngâm lạnh với ethanol 96° ở nhiệt độ phòng. Dịch chiết được thu hồi dung môi dưới áp suất giảm bằng máy cô quay chân không đến khối lượng không đổi thu được cao toàn phần. Cao toàn phần được phân đoạn với các dung môi có độ phân cực tăng dần: chloroform, ethylacetat và nước thu được cao các phân đoạn tương ứng.

Dùng các phương pháp sắc ký lớp mỏng, sắc ký cột hở để phân lập và tinh chế.

• Xác định cấu trúc bằng các phương pháp phổ

Các chất phân lập được xác định cấu trúc dựa vào các phương pháp phổ NMR 1 chiều và 2 chiều, UV, các chỉ số vật lý. Cùng với đó là so sánh với tài liệu tham khảo để xác nhận các cấu trúc.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chiết xuất và phân đoạn dược liệu

314,08g vỏ Hành tím đã phơi khô, loại tạp và rửa được cắt nhỏ, ngâm lạnh 2 lần với ethanol 96°, mỗi lần ngâm trong 48h, lọc qua bông thu được 7,5L dịch chiết. Dịch chiết được gộp lại và cất loại dung môi dưới áp suất giảm thu được 18,49g cao ethanol toàn

phần (VHT). Lấy 18,40g cao ethanol hòa tan vào nước ấm vừa đủ tạo thành hỗn dịch rồi lắc, chiết phân đoạn lần lượt với cloroform (50ml x 3 lần), ethyl acetat (50ml x 3 lần). Các dịch chiết cloroform, ethyl acetat, nước được tách riêng, cất loại dung môi dưới áp suất giảm thu được các phần cần tương ứng: cần phân đoạn cloroform (VHC: 1,713g),

cần phân đoạn ethyl acetat (VHEA: 3,123g), cần phân đoạn nước (VHN: 4,881g).

3.2. Khảo sát thành phần hóa học

• **Khảo sát thành phần hóa học bằng các phản ứng định tính.** Định tính các nhóm chất hữu cơ có trong mẫu nghiên cứu bằng các phản ứng hóa học thường quy. Kết quả được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1. Kết quả định tính các nhóm chất trong vỏ Hành tím

STT	Nhóm chất	Phản ứng định tính	Kết quả	Kết luận
1	Saponin	Hiện tượng tạo bọt	-	Không có
2	Alcaloid	TT. Mayer	+	Có
		TT. Dragendorff	+	
		TT. Bouchardat	+	
		Acid picric 1%	+	
3	Anthranoid	Pư Borntrager	+++	Có
4	Glycosid tim	Pư Liebermann - Burchardat	-	Không có
		Pư Baljet	+	
		Pư Legal	+	
		Pư Keller - Kiliani	-	
5	Flavonoid	Pư với Cyanidin	++	Có
		Pư với kiềm loãng	+++	
		Pư với hơi ammoniac	+++	
		Pư với FeCl ₃ 5%	+++	
6	Coumarin	Pư đóng mở vòng lacton	-	Không có
		Pư với TT diazo	-	
		Pư với FeCl ₃ 5%	+++	
7	Tanin	Pư với FeCl ₃ 5%	+	Không có
		Pư với chì acetat 10%	+	
		Pư với gelatin 1%	-	
8	Đường khử	Pư với TT. Fehling	-	Không có
9	Chất béo	Vết mờ trên giấy lọc	+++	Có
10	Acid hữu cơ	Pư với Na ₂ CO ₃	-	Không có
11	Carotenoid	Pư với H ₂ SO ₄ đ	-	Không có

Chú thích:

(-): phản ứng âm tính

(+): phản ứng dương tính

(++): phản ứng dương tính rõ

(+++): phản ứng dương tính rất rõ

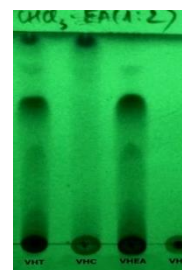
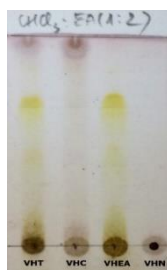
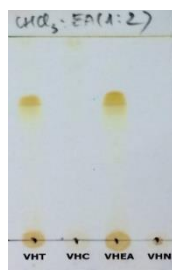
Từ các kết quả thu được, sơ bộ kết luận vỏ Hành tím chứa alcaloid, anthranoid, flavonoid và chất béo.

Mặc dù không có glycoside tim do phản ứng Liebermann - Burchardat âm tính

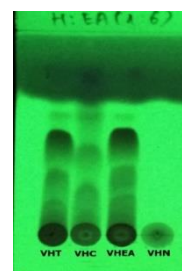
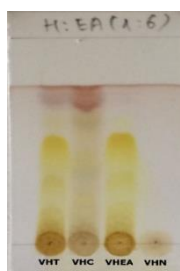
(không chứa khung steroid) và phản ứng Keller - Kiliani âm tính (không chứa đường), nhưng lại có các phản ứng dương tính của phân vòng lacton (phản ứng với thuốc thử Baljet và phản ứng Legal).

• **Khảo sát thành phần hóa học bằng sắc ký lớp mỏng**

Hệ 1



Hệ 2



Ánh sáng thường trước
khi phun thuốc thử

Ánh sáng thường sau khi
phun thuốc thử

λ 254 sau khi phun thuốc
thử

Hình 2. Sắc ký đồ cao toàn phần và các phân đoạn vỏ Hành tím

Cao toàn phần VHT và 3 phân đoạn: VHC, VHE và VHN được tiến hành với 2 hệ dung môi:

- Hệ 1: cloroform:ethyl acetate (1:2)
- Hệ 2: n-hexan:ethyl acetate (1:6)

Thuốc thử hiện màu: dung dịch H_2SO_4 10% trong ethanol

Quan sát bản mỏng ở ánh sáng thường, ở bước sóng 254 nm và sau hiện màu bản mỏng bằng dung dịch H_2SO_4 10% trong ethanol. Kết quả thu được trong hình 2.

3.3. Phân lập và xác định cấu trúc

• **Chiết xuất và phân lập hợp chất**

Vỏ Hành tím sau khi loại tạp, phơi khô và chiết xuất với 3 dung môi có độ phân cực khác nhau thu được VHT, VHC, VHEA và VHN. Sau khi khảo sát các phân đoạn bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng, phân đoạn VHEA có các vết bắt màu vàng đậm khi hiện màu với thuốc thử H_2SO_4 10%, do đó được chọn để tiến hành sắc ký cột hử pha thuận với pha tĩnh silicagel (0.04 – 0.063 mm) và pha động sử dụng hệ dung môi n- hexan: ethyl acetat (1:2). Kết quả thu được 4 phân đoạn (ký hiệu VHEA1 đến VHEA4) với khối lượng tương ứng là 0,019g; 0,038g; 1,811g;

0,077g. Trong đó VHEA3 thu được là một chất kết tinh hình kim, màu vàng.

• **Xác định cấu trúc hóa học**

Chất VHEA3 được đo phổ UV-VIS và phổ công hưởng từ hạt nhân để xác định cấu trúc.

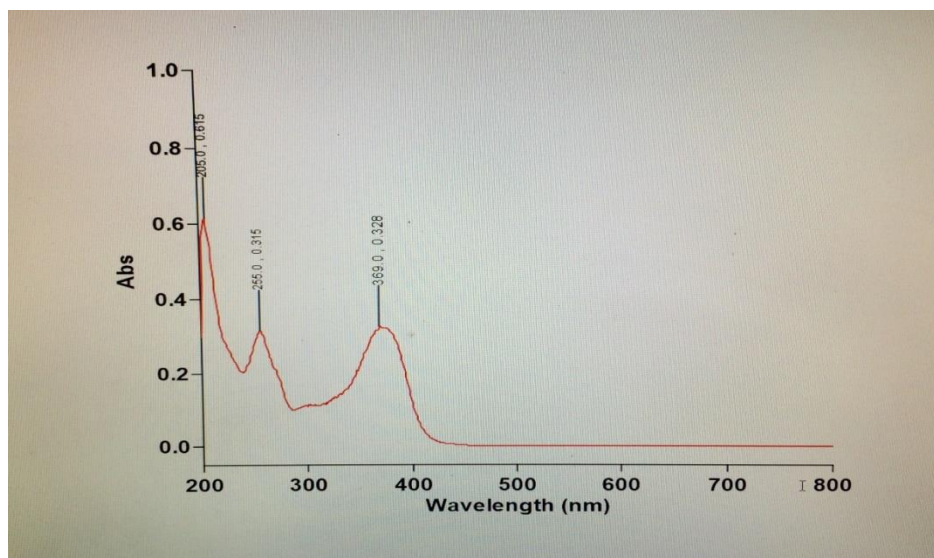
Phổ UV-VIS

Tiến hành:

Mẫu thử: Dung dịch VHEA3 có nồng độ 1µg/mL.

Mẫu trắng: Methanol.

Quét phổ mẫu thử với dải bước sóng từ 200 nm-800 nm.



Hình 3. Phổ hấp thụ UV-VIS của VHEA3

Kết quả quét phổ trong hình 3 cho thấy, mẫu thử có 2 bước sóng cực đại là 255 nm và 369 nm. Kết quả này phù hợp với bước sóng cực đại của mẫu quercetin chuẩn đã được công bố dữ liệu từ trước là 255 nm và 372 nm [6]. Sau khi so sánh với quercetin

chuẩn, ta càng có thêm nhiều bằng chứng để gợi ý chất phân lập được là quercetin.

Phổ công hưởng từ hạt nhân

Phổ ^1H -NMR (MeOD, 400 MHz) và phổ ^{13}C -NMR (MeOD, 100 MHz): xem bảng 2.

Bảng 2. Dữ liệu phổ ^1H -NMR, ^{13}C -NMR của VHEA3 so sánh với quercetin

Vị trí	VHEA3		Quercetin [4]	
	δ_{H}^* (số H, độ bội, J=Hz)	δ_{C}^*	δ_{H}^* (số H, độ bội, J=Hz)	δ_{C}^*
1				
2		148.7		147.7
3		137.3		135.7
4		177.3		176.8
5		162.4		160.7

6	6.15 (1H, brs)	99.2	6.20 (1H, d, J = 2.0 Hz)	98.2
7		165.5		163.9
8	6.36 (1H, brs)	94.4	6.40 (1H, d, J = 2.0 Hz)	94.5
9		158.2		156.1
10		104.5		103.0
1'		121.7		121.9
2'	7.71 (1H, brs)	116.0	7.65 (1H, d, J = 2.1 Hz)	115.0
3'		146.2		145.0
4'		148.0		145.8
5'	6.86 (1H, d, J = 8.0)	116.2	6.85 (1H, d, J = 8.4 Hz)	115.6
6'	7.61 (1H, d, J = 8.0)	124.1	7.50 (1H, dd, J = 8.4, 2.1 Hz)	124.5

VHEA3 thu được là một chất kết tinh hình kim, màu vàng. Có hấp thụ cực đại tại 369 nm và 255 nm, đặc trưng cho các chất có khung flavonoid. Phân tích phổ ^{13}C -NMR cho thấy chất VHEA3 có 15 carbon, trong đó có 1 carbon của nhóm carbonyl ($\text{C}=\text{O}$), 12 carbon nhân thơm và 2 carbon của liên kết đôi. Dữ liệu phổ ^1H -NMR cũng cho thấy 5 tín hiệu của proton thuộc 5 nhóm methin thuộc vòng benzene. Trong đó có 3 tín hiệu tạo thành hệ ABX ở 7.71 (1H, brs, H-2'); 6.86 (1H, d, J = 8.0, H-5') và 7.61 (1H, d, J = 8.0, H-6'); 2 tín hiệu 6.15 (1H, brs, H-6) và 6.36 (1H, brs, H-8) tạo thành hệ AB. So sánh

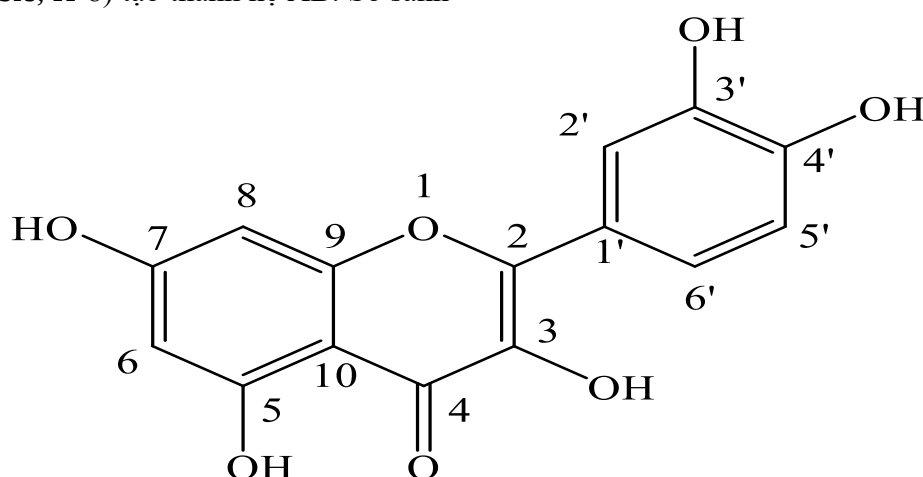
với dữ liệu phổ của quercetin trong tài liệu tham khảo cho thấy sự tương đồng. Do đó ta có thể khẳng định **VHEA3** là **quercetin**, có công thức phân tử là $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_7$.

Từ dữ liệu phổ UV-VIS, SKLM, NMR của chất thu được, cùng với việc đối chiếu với các tài liệu tham khảo, chất VHEA3 được xác định là quercetin (2-(3,4-dihydroxyphenyl)-3,5,7-trihydroxy-4H-chromen-4-one).

Công thức phân tử: $\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_7$

Phân tử khối: 302.24

Công thức cấu tạo:



Hình 4. Công thức cấu tạo của quercetin

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về khảo sát thành phần hóa học

Kết quả định tính bằng phản ứng hóa học

Sau khi thực hiện định tính sơ bộ các nhóm chất có trong mẫu bằng các phản ứng hóa học đặc trưng cho thấy dược liệu này chứa các hợp chất thuộc nhóm alkaloid, anthranoid, flavonoid và chất béo. Trong đó, mẫu nghiên cứu dương tính mạnh với flavonoid, nhóm hợp chất có nhiều tác dụng sinh học quan trọng.

Kết quả định tính bằng sắc ký lớp mỏng

Sau khi sử dụng một số hệ dung môi khai triển, có 2 hệ dung môi được lựa chọn để định tính các chất có trong dịch chiết vỏ Hành tím với các phân đoạn cloroform, phân đoạn ethyl acetat và phân đoạn nước là

- Hệ cloroform:ethyl acetate (1:2)
- Hệ n-hexan:ethyl acetate (1:6)

Từ đó định hướng cho việc kiểm nghiệm thành phần hóa học của dược liệu cũng như các loài khác trong chi Allium.

Trong các phân đoạn thu được, phân đoạn ethylacetat có các vết màu vàng rõ nhất chứng tỏ phân đoạn này chứa chủ yếu là flavonoid, ít tạp chất khác nên được lựa chọn trong giai đoạn phân lập các hoạt chất.

4.2. Về kết quả phân lập và xác định cấu trúc

Đề tài đã phân lập được 01 hợp chất từ phân đoạn ethyl acetat của mẫu nghiên cứu. Dựa theo đặc điểm lý hóa, phổ cộng hưởng từ hạt nhân NMR (^1H -NMR, ^{13}C -NMR) đồng thời đối chiếu các tài liệu đã công bố đã

xác định được hợp chất đó là quercetin - một flavonol aglycones. Quercetin đã được chứng minh có nhiều tác dụng sinh học đáng chú ý như: hoạt tính kháng khuẩn, chống oxy hóa, ức chế kết tập tiểu cầu; ức chế xanthin oxidase, bảo vệ gan, giảm acid uric; ức chế protein kinase, phospholipase A2; hạ huyết áp, kháng virus, chống viêm, kháng khuẩn và giãn cơ bắp, ngăn ngừa khối u tăng sinh [2, 5].

Với nhiều tác dụng nêu trên, vỏ Hành tím là một dược liệu tiềm năng góp phần phòng và điều trị các bệnh có tỷ lệ người mắc cao trong xã hội hiện nay như: tăng huyết áp, huyết khối, tiểu đường, gout...

Việc chiết xuất và phân lập ra hợp chất quercetin từ vỏ Hành tím đã bổ sung thêm thông tin về thành phần hóa học và cung cấp thêm bằng chứng cho tác dụng sinh học quan trọng của loài này nói riêng và chi Allium nói chung.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra sự có mặt của các nhóm chất hữu cơ chính trong vỏ Hành tím gồm: alkaloid, anthranoid, flavonoid và chất béo. Một flavonoid chính cũng đã được phân lập và xác định cấu trúc là quercetin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lợi Đỗ Tất Lợi:** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học; 2004:181-182.
2. **Viện dược liệu:** Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, vol. tập 1: NXB Khoa học và kỹ thuật; 2004:903-908.

3. **Farnsworth NR:** Biological and phytochemical screening of plants. *Journal of pharmaceutical sciences* 1966, 55(3):225-276.
4. **Aisyah LS, Yun YF, Herlina T, Julaeha E, Zainuddin A, Nurfarida I, Hidayat AT, Supratman U, Shiono Y:** Flavonoid compounds from the leaves of *Kalanchoe prolifera* and their cytotoxic activity against P-388 murine leukemia cells. *Natural Product Sciences* 2017, 23(2):139-145.
5. **Boots AW, Haenen GR, Bast A:** Health effects of quercetin: from antioxidant to nutraceutical. *European journal of pharmacology* 2008, 585(2-3):325-337.
6. **Wang J, Gao H, Zhao J, Wang Q, Zhou L, Han J, Yu Z, Yang F:** Preparative separation of phenolic compounds from *Halimodendron halodendron* by high-speed counter-current chromatography. *Molecules* 2010, 15(9):5998-6007.
7. **Seyfi P, Mostafaie A, Mansouri K, Arshadi D, Mohammadi-Motlagh HR, Kiani A:** In vitro and in vivo anti-angiogenesis effect of shallot (*Allium ascalonicum*): a heat-stable and flavonoid-rich fraction of shallot extract potently inhibits angiogenesis. *Toxicology in vitro : an international journal published in association with BIBRA* 2010, 24(6):1655-1661.
8. **Yang J, Meyers KJ, van der Heide J, Liu RH:** Varietal differences in phenolic content and antioxidant and antiproliferative activities of onions. *Journal of agricultural and food chemistry* 2004, 52(22):6787-6793.

NGHIÊN CỨU BẢO CHẾ HỆ PHÂN TÁN RẮN CHỨA IBUPROFEN

Vũ Thị Quỳnh¹, Đỗ Thị Thùy Dương¹,
Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Nguyễn Thị Trâm²

TÓM TẮT

Hệ phân tán rắn chứa ibuprofen được bào chế bằng phương pháp đun chảy sử dụng tá dược mang polyethylen glycol (PEG). Hệ phân tán rắn chứa ibuprofen bào chế được đánh giá về độ hòa tan và phổ nhiễu xạ tia X. Đề tài lựa chọn tá dược mang PEG 6000 và tỷ lệ được chất/tá dược là 1:7 (kl/kl). Kết quả độ hòa tan của HPTR ibuprofen/PEG 6000 (1:7 kl/kl) trong dung dịch đệm pH 7,2 đạt 63,6% sau 5 phút và khoảng 100% sau 10 phút; phổ nhiễu xạ tia X chứng tỏ ibuprofen trong HPTR tồn tại chủ yếu ở dạng vô định hình. Như vậy, khi bào chế ibuprofen dạng hệ phân tán rắn là tăng nhanh quá trình hòa tan của dược chất, thích hợp để bào chế dạng thuốc giải phóng nhanh

Từ khóa: hệ phân tán rắn, ibuprofen; polyethylen glycol

SUMMARY

PREPARATION OF IBUPROFEN SOLID DISPERSION

Solid dispersion of ibuprofen was prepared by melting method with polyethylene glycol 4000/6000 and characterized by dissolution studies, X-Ray diffraction. Solid dispersion improved the dissolution of ibuprofen compared to pure drug and solid dispersion with ibuprofen/PEG 6000 1:7 (w/w) was the greatest effect. The dissolution was 63,6% after 5 minutes

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quỳnh

Email: vtquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

and approximately 100% after 10 minutes. X-Ray diffraction indicated that ibuprofen in solid dispersion was almost amorphous, while pure ibuprofen was crystalline.

Keywords: Solid dispersion; ibuprofen; polyethylene glycol

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ibuprofen là một dược chất thuộc nhóm chống viêm không steroid (NSAIDs) được sử dụng phổ biến trong điều trị viêm và đau từ nhẹ đến vừa [1]. Theo bảng phân loại sinh dược học, ibuprofen thuộc nhóm II, có tính thấm tốt nhưng độ tan kém [7]. Khi sử dụng theo đường uống, tốc độ hòa tan là bước hạn chế tốc độ hấp thu của dược chất. Để bào chế viên giải phóng nhanh cần thiết cải thiện độ tan và độ hòa tan của ibuprofen.

Công nghệ bào chế hiện đại có nhiều biện pháp nhằm cải thiện độ tan, độ hòa tan của dược chất khó tan trong nước như tạo phức với cyclodextrin, bào chế dạng tiểu phân nano, hệ phân tán rắn... Trong đó hệ phân tán rắn (HPTR) cho thấy có hiệu quả cao làm tăng khả năng hòa tan của các dược chất ít tan như azithromycin, piroxicam, silymarin... [5]. Nhằm cải thiện độ tan và độ hòa tan của ibuprofen để hướng tới bào chế viên giải phóng nhanh, chúng tôi lựa chọn biện pháp bào chế hệ phân tán rắn. Đề tài “Nghiên cứu bào chế hệ phân tán rắn chứa ibuprofen” được thực hiện với mục tiêu chính sau: Xây dựng công thức bào chế hệ phân tán rắn chứa ibuprofen.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu

Ibuprofen (Trung Quốc, TC NSX), PEG 4000; PEG 6000 (Trung Quốc - TC NSX). KH_2PO_4 , NaOH và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị nghiên cứu

Máy thử hòa tan Logan; máy quang phổ UV-VIS Agilent Cary 60; máy đo pH, tủ sấy Froilabo và các thiết bị khác

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp xác định độ tan của ibuprofen

Cân lượng dư ibuprofen cho vào ống nghiệm dung tích 15 ml, thêm 10 ml môi trường thử, khuấy liên tục bằng khuấy từ trong 24 giờ, ở nhiệt độ 25°C , tốc độ 150 rpm. Sau đó ly tâm ở tốc độ 4000 vòng/phút trong 30 phút, dịch thu được lọc qua màng $0,22\ \mu\text{m}$. Định lượng hàm lượng ibuprofen trong dịch thu được.

2.3.2. Phương pháp bào chế HPTR ibuprofen bằng phương pháp đun chảy

Cân và đun chảy tá dược trên nồi cách thủy ở nhiệt độ 60°C , thêm từ từ ibuprofen vào tá dược đã chảy lỏng, khuấy liên tục cho đến khi thu được dung dịch trong suốt. Làm lạnh ngay dung dịch trên băng nước đá đồng thời khuấy liên tục cho đến khi dung dịch đông rắn hoàn toàn. Thu sản phẩm và bảo quản trong lọ thủy tinh kín, điều kiện hút ẩm.

2.3.4. Phương pháp đánh giá hệ phân tán rắn

*Định lượng ibuprofen trong HPTR bằng phương pháp quang phổ hấp thụ UV-VIS

Mẫu chuẩn và mẫu thử: cân một lượng

ibuprofen nguyên liệu hoặc HPTR chứa lượng ibuprofen thích hợp được pha loãng bằng dung dịch đệm phosphate pH 7,2 tới nồng độ thích hợp. Mẫu trắng: đệm phosphate pH 7,2. Đo độ hấp thụ của mẫu chuẩn và mẫu thử tại bước sóng 265 nm.

* Phương pháp đánh giá độ hòa tan

Dựa trên tài liệu tham khảo [2], tiến hành thử độ hòa tan đối với mẫu ibuprofen nguyên liệu và các mẫu HPTR với các điều kiện thử:

- Thiết bị thử: Máy thử độ hòa tan Logan, loại giỏ quay.

- Môi trường thử: 900ml dung dịch đệm phosphat pH 7,2.

- Tốc độ: 100 vòng/phút.

- Nhiệt độ môi trường hòa tan: $37 \pm 0,5^\circ\text{C}$.

- Mẫu thử: ibuprofen nguyên liệu hoặc HPTR tương đương 200 mg ibuprofen.

- Thời điểm lấy mẫu: 5; 10; 15 phút.

Tại mỗi thời điểm lấy mẫu, hút ra 8 ml dịch hòa tan, rồi bổ sung ngay 8 ml dung dịch môi trường thử. Dịch hòa tan được lọc qua giấy lọc và pha loãng bằng dung dịch đệm pH 7,2 đến nồng độ ibuprofen thích hợp. Hàm lượng ibuprofen trong mẫu hòa tan được đánh giá bằng phương pháp đo quang phổ hấp thụ UV-VIS.

* Phương pháp đo phổ nhiễu xạ tia X.

Mẫu được giữ trong bộ giữ mẫu và đưa vào thiết bị. Quét mẫu từ góc 2° - 50° với tốc độ quay góc $\theta = 1^\circ/\text{phút}$, nhiệt độ 25°C .

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu

Mỗi thí nghiệm làm 3 lần và lấy kết quả trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát độ tan của ibuprofen nguyên liệu trong các dung môi khác nhau

Tiến hành đánh giá độ tan của ibuprofen trong nước và dung dịch đệm phosphate pH 7,2

Bảng 1. Độ tan của ibuprofen nguyên liệu trong các dung môi khác nhau

Môi trường thử	Độ tan (mg/ml)
Nước cất	0,74
Đệm phosphate pH 7,2	7,93

Nhận xét: Ibuprofen rất ít tan trong nước, tan tốt trong dung dịch kiềm như dung dịch đệm phosphate pH 7,2.

Bào chế HPTR ibuprofen với tá dược mang PEG 4000 bằng phương pháp đun chảy

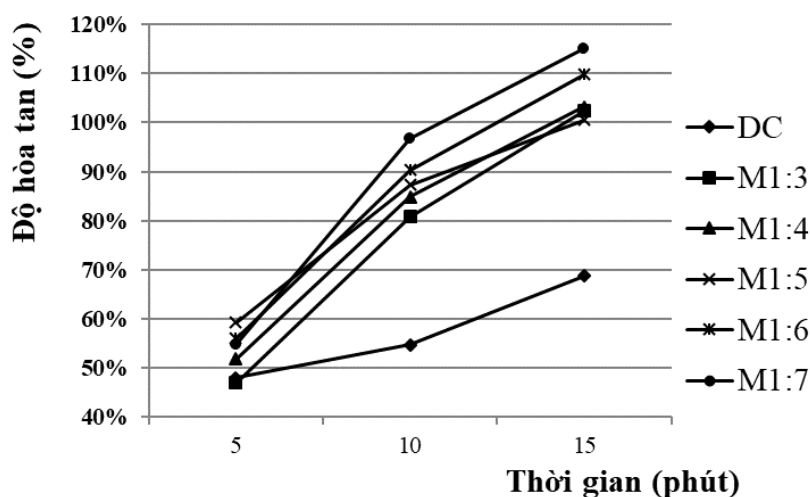
Tiến hành bào chế các mẫu HPTR khi thay đổi tỷ lệ ibuprofen so với PEG 4000 từ 1:3 đến 1:7 (kl/kl).

Bảng 2. Bảng công thức thành phần HPTR với PEG 4000

Tên mẫu	IBP (g)	PEG 4000 (g)	Tỷ lệ DC/TD (kl/kl)
M1:3	0,3	0,9	1:3
M1:4	0,3	1,2	1:4
M1:5	0,3	1,5	1:5
M1:6	0,3	1,8	1:6
M1:7	0,3	2,1	1:7

Bảng 3. Kết quả độ hòa tan của ibuprofen từ mẫu ibuprofen nguyên liệu và HPTR với PEG 4000

Thời gian (Phút)	Độ hòa tan (%)					
	DC	M1:3	M1:4	M1:5	M1:6	M1:7
5	48,0	47,0	51,8	59,3	56,0	54,9
10	54,7	80,8	84,9	87,4	90,3	96,7
15	68,8	102,4	103,2	100,5	109,7	115,0



Hình 1. Đồ thị biểu diễn độ hòa tan của ibuprofen từ mẫu ibuprofen nguyên liệu và HPTR với PEG 4000

Nhận xét: HPTR với PEG 4000 làm tăng rõ rệt độ hòa tan của ibuprofen so với nguyên liệu và độ hòa tan tăng khi tỷ lệ dược chất/PEG 4000 thay đổi từ 1:3 đến 1:7 (kl/kl). Độ hòa tan của ibuprofen nguyên liệu đạt 68,8% sau 15 phút. Các mẫu HPTR có độ hòa tan trên 80% sau 10 phút, trong đó mẫu có tỷ lệ dược chất/PEG 4000 = 1:7 (kl/kl) đạt

độ hòa tan 54,9% sau 5 phút và 96,7% sau 10 phút.

Bào chế HPTR ibuprofen với tá dược mang PEG 6000 bằng phương pháp đun chảy

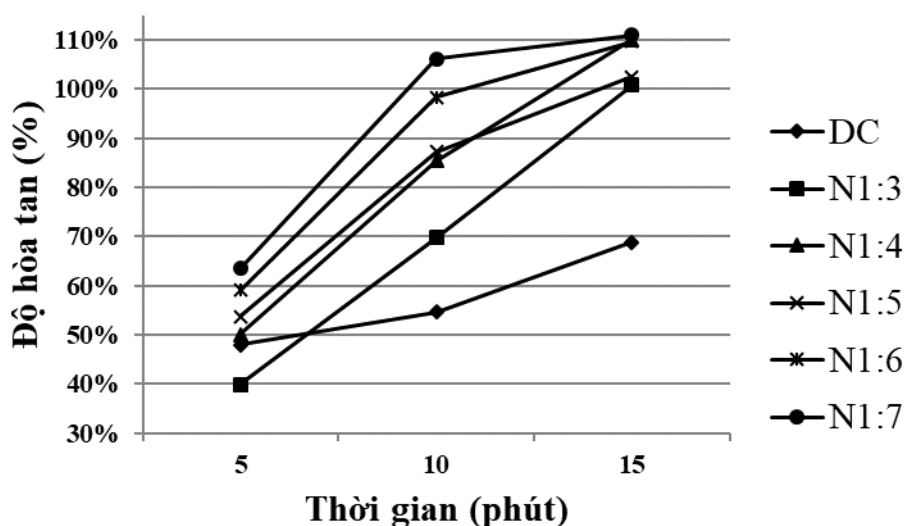
Tiến hành bào chế các mẫu HPTR khi thay đổi tỷ lệ ibuprofen so với PEG 6000 từ 1:3 đến 1:7 (kl/kl).

Bảng 4. Bảng công thức thành phần HPTR với PEG 6000

Tên mẫu	IBP (g)	PEG 6000 (g)	Tỷ lệ DC/TD (kl/kl)
N1:3	0,3	0,9	1:3
N1:4	0,3	1,2	1:4
N1:5	0,3	1,5	1:5
N1:6	0,3	1,8	1:6
N1:7	0,3	2,1	1:7

Bảng 5. Kết quả độ hòa tan của ibuprofen từ mẫu ibuprofen nguyên liệu và HPTR với PEG 6000

Thời gian (Phút)	Độ hòa tan (%)					
	DC	N1:3	N1:4	N1:5	N1:6	N1:7
5	48,0	39,9	50,0	53,8	59,1	63,6
10	54,7	69,8	85,4	87,3	98,3	106,2
15	68,8	100,9	110,0	102,5	109,7	111,0



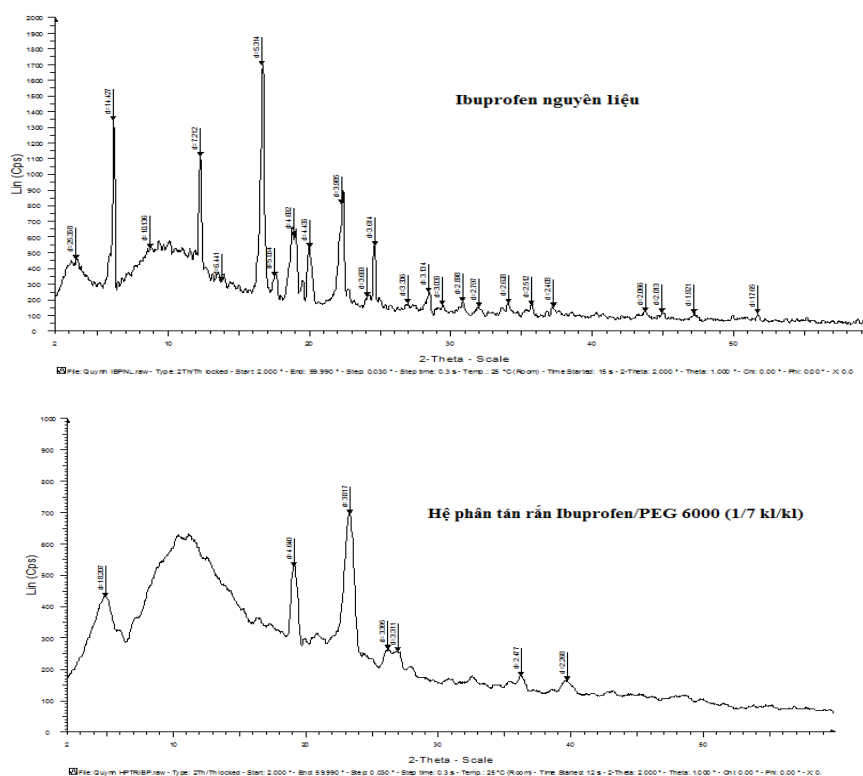
Hình 2. Đồ thị biểu diễn độ hòa tan của ibuprofen từ mẫu ibuprofen nguyên liệu và HPTR với PEG 6000

Nhận xét: HPTR bào chế với tá dược PEG 6000 làm tăng rõ rệt độ hòa tan của ibuprofen so với nguyên liệu và độ hòa tan tăng khi tỷ lệ dược chất/PEG 6000 thay đổi từ 1:3 đến 1:7(kl/kl). Các mẫu HPTR đều có độ hòa tan trên 80% sau 10 phút, trong đó mẫu có tỷ lệ dược chất/PEG 6000 là 1:7 (kl/kl) đạt độ hòa tan 63,6% sau 5 phút và khoảng 100% sau 10 phút.

Như vậy: Khi bào chế hệ phân tán rắn chứa ibuprofen với chất mang PEG 4000 và PEG 6000 bằng phương pháp đun chảy đều tăng độ hòa tan của dược chất so với nguyên

liệu. Đặc biệt với tỷ lệ ibuprofen/PEG 6000 1:7 (kl/kl) có độ hòa tan đạt 63,6% sau 5 phút và khoảng 100% sau 10 phút. Bên cạnh đó, trong quá trình bào chế và bảo quản, tá dược PEG 4000 dễ hút ẩm, làm thay đổi thể chất của sản phẩm, ảnh hưởng đến độ ổn định của HPTR. Do đó, đề tài lựa chọn bào chế HPTR với chất mang PEG 6000 tỷ lệ dược chất/tá dược = 1:7 (kl/kl).

Kết quả phổ nhiễu xạ tia X. Tiến hành quét phổ nhiễu xạ tia X của ibuprofen nguyên liệu, HPTR ibuprofen/PEG 6000 (1:7 kl/kl). Kết quả được thể hiện ở hình 3



Hình 3. Phổ nhiễu xạ tia X mẫu ibuprofen nguyên liệu, HPTR ibuprofen/PEG 6000 (1:7 kl/kl)

Nhận xét: phổ nhiễu xạ tia X của ibuprofen nguyên liệu nhiều peak nhọn cho thấy dược chất tồn tại chủ yếu ở dạng kết tinh. Phổ của HPTR số lượng đỉnh giảm rõ

rệt và ít đỉnh nhọn, dược chất tồn tại ở dạng kết tinh thấp, phần lớn dược chất trong HPTR tồn tại dạng vô định hình. Như vậy khi bào chế HPTR, ibuprofen chuyển từ

dạng tinh thể có độ tan thấp sang dạng vô định hình có độ tan cao hơn, cải thiện độ hòa tan của dược chất.

IV. BÀN LUẬN

Ibuprofen là dược chất thuộc nhóm NSAIDs được chỉ định trong các trường hợp viêm và đau từ nhẹ đến trung bình. Khi bào chế ở dạng viên giải phóng nhanh, ibuprofen cho tác dụng giảm đau và chống viêm nhanh hơn so với dạng thuốc viên quy ước. Theo bảng phân loại sinh dược học, ibuprofen thuộc nhóm II (tính thấm tốt và độ tan kém) vì vậy để bào chế được dạng thuốc giải phóng nhanh cần thiết cải thiện độ tan và độ hòa tan của dược chất. Đề tài lựa chọn bào chế hệ phân tán rắn sử dụng tá dược mang PEG 4000/6000 và phương pháp bào chế đun chảy vì quy trình đơn giản, dễ thực hiện, không sử dụng các dung môi hữu cơ độc hại [3], [4], [6]. Kết quả cho thấy, HPTR sử dụng tá dược PEG 6000 và tỷ lệ dược chất/tá dược = 1:7 (kl/kl) có độ hòa tan ibuprofen cao hơn nhiều so với nguyên liệu, độ hòa tan đạt 63,6% sau 5 phút và khoảng 100% sau 10 phút. Phổ nhiễu xạ tia X chứng minh khi bào chế HPTR, ibuprofen chuyển từ dạng kết tinh là chủ yếu sang dạng vô định hình, đây là một trong những cơ chế làm tăng độ tan và độ hòa tan của dược chất khi bào chế HPTR.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được công thức bào chế HPTR ibuprofen: tá dược mang PEG 6000; tỷ lệ dược chất/tá dược = 1/7 (kl/kl). Kết quả độ hòa tan của HPTR trong dung dịch đệm pH 7,2 đạt 63,6% sau 5 phút và khoảng 100% sau 10 phút; phổ nhiễu xạ tia

X của HPTR ibuprofen/PEG 6000 (1:7 kl/kl) chứng tỏ ibuprofen trong HPTR tồn tại chủ yếu ở dạng vô định hình. Như vậy, khi bào chế ibuprofen dạng hệ phân tán rắn là tăng nhanh quá trình hòa tan của dược chất, thích hợp để bào chế dạng thuốc giải phóng nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015)**, Dược thư quốc gia Việt Nam, NXB Khoa học và kỹ thuật, pp. 786-789.
2. **The United States Pharmacopeia and National Formulary (USP 36-NF 31) (2013)**, pp 3877.
3. **Gupta Madan Mohan, Mitul G., et al. (2011)**, "Enhancement of dissolution rate of ibuprofen by preparing solid dispersion using different methods", International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, 3, pp. 204-206.
4. **Hussain M. Delwar, Saxena Vipin, et al. (2012)**, "Ibuprofen-phospholipid solid dispersions: Improved dissolution and gastric tolerance", International Journal of Pharmaceutics, 422(1), pp. 290-294.
5. **Leuner Christian, Dressman Jennifer (2000)**, "Improving drug solubility for oral delivery using solid dispersions", European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics, 50(1), pp. 47-60.
6. **Newa M., Bhandari K. H., et al. (2008)**, "Preparation and evaluation of immediate release ibuprofen solid dispersions using polyethylene glycol 4000", Biol Pharm Bull, 31(5), pp. 939-45.
7. **Potthast H., Dressman J. B., et al. (2005)**, "Biowaiver monographs for immediate release solid oral dosage forms: ibuprofen", J Pharm Sci, 94(10), pp. 2121-31.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG CÁC MẢNH XƯƠNG SỌ VỠ NHIỀU MẢNH BẢO QUẢN LẠNH SÂU TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN VÀ CÔNG NGHỆ MÔ GHÉP – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Đình Tiệp*, Trần Thị Thanh Bình*,
Phạm Thị Thu Thủy*, Khổng Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 396 mẫu xương sọ vỡ từ hai mảnh trở lên, được bảo quản lạnh sâu tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ Mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2007 đến 2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $38,52 \pm 17,19$, độ tuổi 18 – 60 chiếm 77,7%. 87,1% người là nam giới. Nguyên nhân vỡ sọ chủ yếu do tai nạn giao thông (90,7%). 82,6% mẫu sau phẫu thuật mở sọ sạch. 75,3% mẫu xương gửi có 2 mảnh vỡ. Kết quả cấy khuẩn lần 1 và 2 đều âm tính (100%). Tỷ lệ ghép lại đạt 47,5%.

Từ khóa: bảo quản lạnh sâu, mảnh xương sọ

SUMMARY

SITUATION OF THE DEEP TEMPERATURE CRYOPRESERVATION OF MULTIPLE – FRAGMENT BROKEN SKULL AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Study on 396 samples have at least 2 pieces of skull, deep temperature cryopreserved at Center of IVF and Tissue Engineering, Ha Noi Medical University Hospital from 2007 to 2017.

Results: Mean age was 38.52 ± 17.19 , 77.7% of cases aged 18 – 60. 87.1% of cases are

male. The traffic accidents was the main cause (90.7%). 82.6% cases were clean after decompressive craniectomy. 75.3% cases had 2 pieces. Bacterial culture: 100% negative. Cranioplasty: 47.5%.

Keywords: cryopreservation, fragment skull

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau một chấn thương sọ não nặng, đa phần bệnh nhân đều phải tiến hành phẫu thuật mở sọ giải áp. Khi tình trạng bệnh nhân cho phép, phẫu thuật tái tạo hộp sọ được tiến hành để giảm thiểu các ảnh hưởng do khuyết sọ, trả lại tính thẩm mỹ, sự tự tin cho bệnh nhân. Hiện nay có rất nhiều vật liệu được sử dụng để tái tạo mảnh sọ bị khuyết [1], vật liệu được ưu tiên lựa chọn vẫn là mảnh xương sọ tự thân của bệnh nhân do có những ưu điểm như: sẵn có, rẻ tiền, tránh được sự thải loại... [2]. Trong thời gian chờ ghép lại, mảnh xương sọ phải được bảo quản tạm thời. Với cách bảo quản dưới da bụng trước đây, bản thân người bệnh phải chịu thêm hai cuộc mổ, đồng thời dễ bị nhiễm trùng, miếng xương bị tiêu, hoặc di lệch gây khó khăn cho người bệnh. Khi kỹ thuật bảo quản lạnh sâu ra đời, đã giúp khắc phục được các nhược điểm trên [3].

Labo bảo quản mô thuộc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học y Hà Nội từ khi thành lập đến nay đã bảo quản hơn 12000 mẫu xương sọ.

*Trường Đại học Y Dược Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tiệp
Email: ddtiep@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Trong các trường hợp gửi xương sọ thì những mẫu xương sọ vỡ nhiều mảnh được cho là sẽ phức tạp hơn trong xử lý, tiềm ẩn nhiều nguy cơ hơn, chất lượng sau ghép cũng sẽ bị ảnh hưởng nhiều. Vì vậy, để khảo sát thực trạng các mẫu xương sọ như vậy gửi bảo quản tại Trung tâm, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: “*Khảo sát tình trạng mảnh xương sọ vỡ nhiều mảnh bảo quản lạnh sâu tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khả năng sử dụng để ghép trở lại cho bệnh nhân*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

396 mẫu xương sọ vỡ từ hai mảnh trở lên, được bảo quản lạnh sâu tại Trung tâm

Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ Mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2007 đến 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang – hồi cứu. Thu thập các thông tin trên hồ sơ của bệnh nhân, kết hợp với khai thác bằng phỏng vấn qua điện thoại, số liệu được ghi vào bảng kiểm.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch trước khi nhập vào máy. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 với test thống kê thích hợp trong y học.

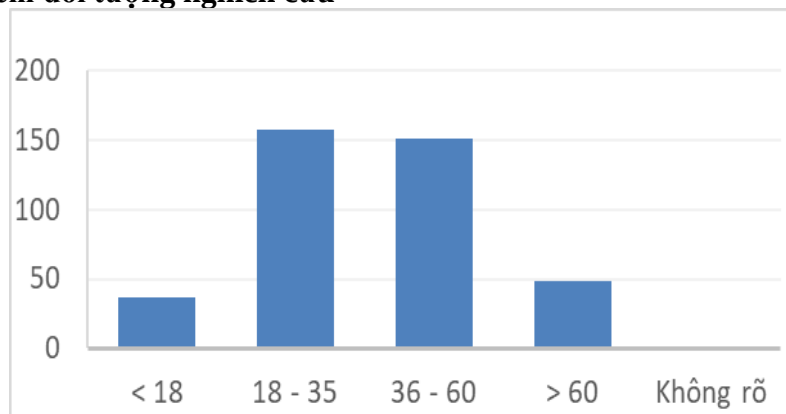
2.3. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu có sự đồng thuận của đối tượng nghiên cứu và thông tin về đối tượng chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

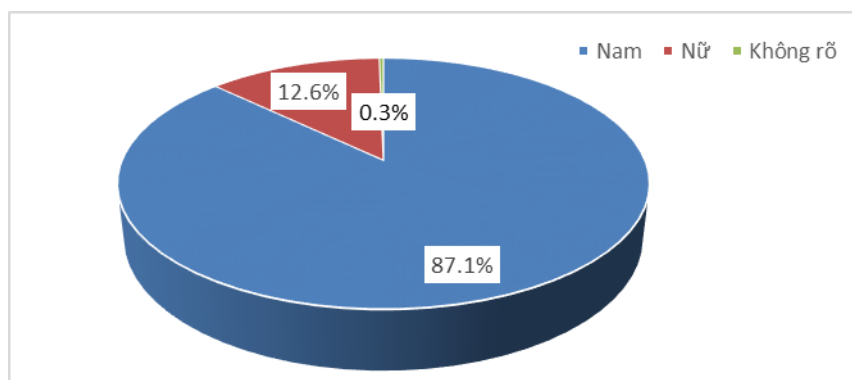
Sau khi tiến hành thu thập số liệu từ Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi thu được các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



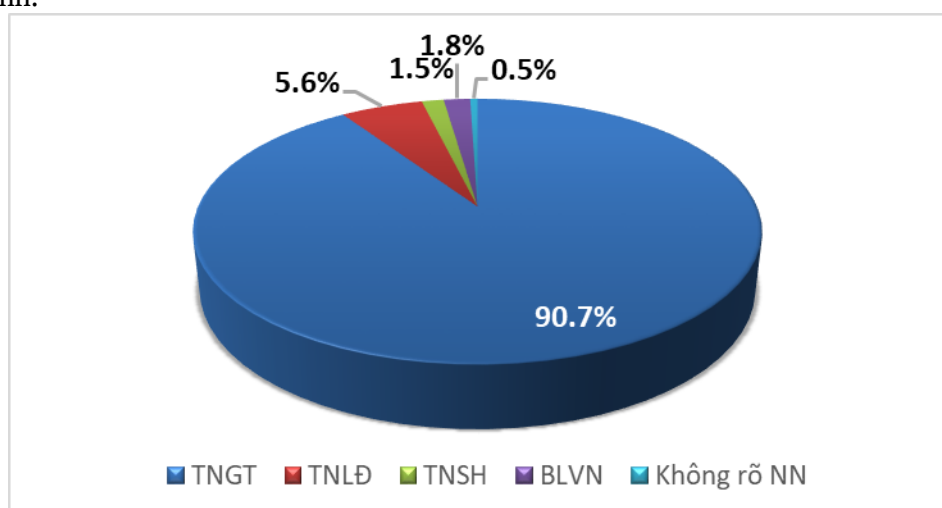
Biểu đồ 1. Phân bố tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân gửi là 38.52 ± 17.19 , bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi và lớn tuổi nhất là 83 tuổi. Đa số bệnh nhân nằm trong khoảng 18 đến 60 tuổi (308 bệnh nhân, chiếm 77.7%).



Biểu đồ 2. Giới tính của bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Trong tổng số 396 bệnh nhân thì nam giới chiếm đa số: 345 bệnh nhân, tương đương tỷ lệ 87.1%. Nữ giới chiếm tỷ lệ 12.6%. Có 1 trường hợp bệnh nhân không có thông tin giới tính.



Biểu đồ 3. Nguyên nhân tiến hành phẫu thuật mở sọ

Nhận xét: Đa số bệnh nhân mở sọ sau tai nạn giao thông: 359 trường hợp (90.7%). Nguyên nhân khác: tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, bệnh lý về não chiếm tỷ lệ nhỏ.

Bảng 1. Số mảnh vỡ trong một mẫu bảo quản

Số mảnh xương	Số mẫu	
	n	%
2 mảnh	298	75.3
3 mảnh	60	15.2
4 mảnh	15	3.8
5 mảnh	12	3.0
6 mảnh	5	1.3
7 mảnh	3	0.8
8 mảnh	3	0.8
Tổng	396	100

Nhận xét: Số mảnh vỡ trong mỗi mẫu nghiên cứu trong khoảng 2 – 8 mảnh. $\frac{3}{4}$ số mẫu có 2 mảnh vỡ. Số mảnh vỡ càng nhiều tỷ lệ mẫu gửi càng giảm.

3.2. Yếu tố liên quan đến quy trình bảo quản

Bảng 2. Tình trạng mảnh xương sọ trước và sau bảo quản lạnh sâu

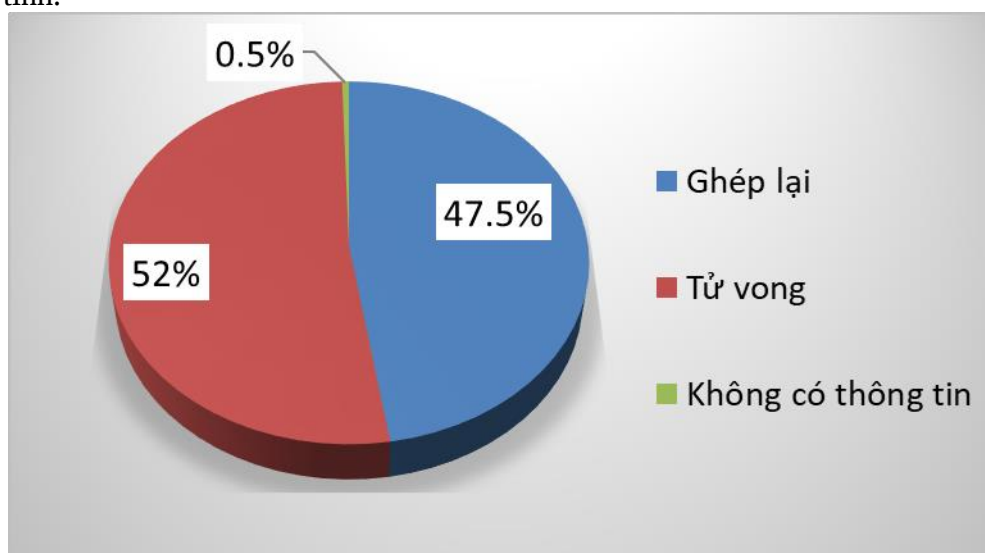
Đặc điểm	Cân cơ, máu tụ				
	Trước bảo quản			Sau bảo quản	
	Có	Không	Không rõ	Có	Không
n	63/396	327/396	6/396	0	396
Tỷ lệ	15.9 %	82.6 %	1.5%	0	100%

Nhận xét: Trước bảo quản có 15,9% mẫu có cân cơ máu tụ. Tất cả các mẫu đều được xử lý rồi mới đưa vào bảo quản, do đó sau bảo quản các mẫu đều sạch.

Bảng 3. Tình hình cấy khuẩn và kết quả cấy khuẩn

Lần cấy khuẩn	Tình hình cấy khuẩn		Kết quả cấy khuẩn	
	Có	Không	Dương tính	Âm tính
Lần 1 (trước bảo quản)	43/396 10,9%	353/396 89,1%	0	43 100%
Lần 2 (trước ghép lại)	153/396 38,6%	243/396 61,4%	0	153 100%

Nhận xét: Trong tổng số 396 mẫu xương trong nghiên cứu có 43 mẫu được cấy khuẩn lần 1 (10,9%); 153 mẫu cấy lần 2 (38,6%). Trong cả 2 lần cấy khuẩn, 100% số mẫu đều cho kết quả âm tính.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật ghép lại

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được ghép lại và tử vong không chênh lệch nhiều (47,5% ghép lại – 52% tử vong).

IV. BÀN LUẬN

Từ biểu đồ 1, 2 và 3 cho thấy bệnh nhân có mẫu xương sọ gửi tại trung tâm tập trung nhiều nhất ở độ tuổi 18 – 60 (77% số bệnh nhân), nam giới nhiều hơn nữ giới (gấp khoảng 7 lần) và nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn giao thông (hơn 90%). Kết quả này phù hợp với thực tế và tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó [4],[5],[6]. Độ tuổi 18 – 60 là độ tuổi lao động, con người tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội, hoạt động giao thông, do đó tỷ lệ gặp chấn thương ở nhóm này cũng cao nhất. Người nam giới khi lao động thường làm những công việc nặng hơn nữ giới nên dễ gặp phải tai nạn lao động hơn; khi tham gia giao thông thường là người cầm lái, nếu có tai nạn xảy ra sẽ hay gặp chấn thương vùng đầu hơn người ngồi sau. Tình trạng sử dụng rượu, chất kích thích khi tham gia giao thông gây gia tăng tai nạn cũng thường gặp ở nam giới hơn nữ giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số mẫu xương vỡ 2 mảnh chiếm tỷ lệ cao nhất, tới 75,3%. Số mảnh vỡ của mẫu càng nhiều thì tỷ lệ gặp càng thấp. Những mẫu vỡ nhiều hơn 8 mảnh được xếp vào nhóm vỡ vụn, thường gặp sau một chấn thương rất mạnh, khả năng liền của những mẫu xương này kém, tỷ lệ được ghép trở lại cũng rất thấp nên không cần thiết tiến hành nghiên cứu sâu hơn trên nhóm này.

Quy trình bảo quản lạnh sâu mẫu xương sọ đòi hỏi các nhà phẫu thuật cũng như nhân viên bảo quản tuân thủ rất nghiêm ngặt từng bước trong quy trình. Từ khâu lấy mẫu xương sọ, khâu vận chuyển từ nơi phẫu thuật về Trung tâm, khâu xử lý mảnh xương và

cuối cùng là khâu chiếu xạ và cấy khuẩn lần 2 trước khi ghép lại. Chỉ cần làm không tốt, không đảm bảo một trong các khâu, đều có thể ảnh hưởng đến chất lượng mẫu xương, chất lượng bảo quản, và cuối cùng là ảnh hưởng đến hiệu quả sau ghép lại cho bệnh nhân.

Trước nghiên cứu của chúng tôi, Quách Thị Yến cũng tiến hành nghiên cứu tương tự tại cùng địa điểm với các mẫu xương gửi từ 2002 - 2010, kết quả cho thấy có 76,9% mẫu xương không cân cơ, máu tụ và khi cấy khuẩn cả 2 lần đều có một số mẫu dương tính [7]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, trước bảo quản chỉ có 15,9% mẫu có cân cơ, máu tụ; tất cả các kết quả cấy đều âm tính. Điều đó cho thấy sau thời gian dài hoạt động, công tác phổ biến kiến thức về kỹ thuật bảo quản đến các bác sĩ ngoại khoa của các bệnh viện đã được cải thiện; quy trình của bảo quản, quá trình xử lý mẫu xương sau khi mở hộp sọ được đảm bảo hơn rất nhiều.

Về tỷ lệ bệnh nhân ghép lại, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 47,5%, thấp hơn và chỉ bằng 70% tỷ lệ ghép lại của Quách Thị Yến (61,8%) [7]. Giữa hai nghiên cứu có sự khác biệt về chọn mẫu: Nguyễn Thị Yến nghiên cứu trên tất cả các mẫu gửi còn chúng tôi lựa chọn các mẫu vỡ nhiều mảnh, loại bỏ các ca vỡ đơn giản. Như vậy có thể thấy khi lực tác động gây tổn thương là rất mạnh, xương sọ vỡ thành nhiều mảnh thì khả năng hồi phục sẽ thấp hơn rõ rệt so với vỡ đơn mảnh. Khi tiến hành ghép trở lại thì các trường hợp vỡ đơn mảnh cũng dễ dàng hơn trong việc tái thiết vòm sọ để đảm bảo được hình dáng và chức năng như ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 396 mẫu xương sọ vỡ từ hai mảnh trở lên, được bảo quản lạnh sâu tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ Mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2007 đến 2017 thấy: độ tuổi hay gặp là 18 – 60, nam giới nhiều hơn nữ giới và nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. 82,6% mẫu sau phẫu thuật mở sọ sạch. 75,3% mẫu xương gửi có 2 mảnh vỡ. Kết quả cấy khuẩn lần 1 và 2 tất cả đều âm tính. Tỷ lệ ghép lại đạt 47,5% (thấp hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu tương tự được thực hiện trên cả mẫu vỡ đơn mảnh và nhiều mảnh)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zanotti B, Zingaretti N, Verlicchi A, et al. (2016)**, Cranioplasty: Review of Materials, J Craniofac Surg, Nov; 27(8): 2061 – 2072
2. **Fan MC, Wang QL, Sun P, et al. (2018)**, Cryopreservation of Autologous Cranial Bone Flaps for Cranioplasty: A Large Sample Retrospective Study, World Neurosurgery, Jan; 109: e853 – e859.
3. **Rosinski CL, Chaker AN, Zakrzewski J, et al (2019)**, Autologous Bone Cranioplasty: A Retrospective Comparative Analysis of Frozen and Subcutaneous Bone Flap Storage Methods, World Neurosurg, Nov; 131:e312-e320.
4. **Bùi Thanh Thủy, Trần Chiến (2018)**. Đánh giá quy trình bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ người tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 462(1), 41 – 44.
5. **Nguyễn Đình Hưng, Nguyễn Công Tô, Vũ Văn Hoè và cộng sự (2017)**. Hiệu quả giảm áp lực nội sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Tạp chí Y học Việt Nam, 454(2), 1 – 4.
6. **Vũ Minh Hải, Phạm Thị Tĩnh (2017)**. Kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam, 455(2), 48 – 50.
7. **Quách Thị Yến, Ngô Duy Thìn (2012)**. Đặc điểm hình thái các mảnh xương sọ bảo quản lạnh sâu tại labo bảo quản mô ĐHY HN từ 2002 đến 2010 – liên quan giữa tình trạng mảnh xương và khả năng nhiễm khuẩn. Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 3C, 228 – 233.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ TỪ 6 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI

Nguyễn Thị Trang*, Nguyễn Ngọc Sáng*,
Vũ Văn Quang*, Nguyễn Thị Ngọc Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới mức độ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em. **Đối tượng:** 134 bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/06/2016 đến 31/05/2017. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ trai mắc thiếu máu nhiều hơn trẻ gái. Thiếu máu thiếu sắt gặp nhiều hơn ở nhóm 6 - 23 tháng (71,7%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là da xanh, niêm mạc nhợt (92%), biếng ăn (70,9%). Các chỉ số số lượng hồng cầu, Hemoglobin, sắt huyết thanh và Ferritin huyết thanh đều giảm. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới thiếu máu thiếu sắt nặng là trẻ đẻ nhẹ cân, cai sữa sớm, có tiền sử tiêu chảy và suy dinh dưỡng với $p < 0,05$. **Kết luận:** Thiếu máu thường gặp ở trẻ từ 6 - 23 tháng tuổi, với đặc điểm thiếu máu thiếu sắt hồng cầu nhỏ nhược sắc, thường gặp thiếu máu mức độ nhẹ. Các yếu tố liên quan tới thiếu máu thiếu sắt nặng là trẻ đẻ nhẹ cân, cai sữa sớm, có tiền sử tiêu chảy và suy dinh dưỡng.

Từ khóa: thiếu máu, thiếu sắt, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang
Email: nttrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

DETERMINANTS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONG CHILDREN FROM 6 MONTHS TO 5 YEARS

Objective: To describe clinical epidemiology characteristics and risk determinants of iron deficiency anemia among children. **Subjects:** 134 children with iron deficiency anemia treated in Haiphong Children's hospital from 01/06/2016 to 31/05/2017. **Method:** Cross sectional study. **Results:** The proportion of boys with anemia is higher than girls. Iron deficiency anemia was more common in the 6 - 23 months group (71.7%) The most common clinical symptoms were pale skin, pale mucous membranes (92%) and anorexic (70.9%). Red Blood Cell, Hemoglobin, serum iron and ferritin were decreased. Among the low birth weight, early weaning, a history of diarrhea and malnutrition had a significant effect on anemia ($p < 0.05$). **Conclusions:** Anemia is common in children from 6 to 23 months with characteristic of iron deficiency anemia and hypochromic microcytic anemia, mild anemia is common. Among the low birth weight, early weaning, a history of diarrhea and malnutrition had a significant effect on anemia.

Keywords: anemia, iron deficiency, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, dẫn đến giảm nồng độ Hemoglobin trong một đơn vị thể tích máu [1]. Nếu bệnh không được điều trị sẽ gây

những hậu quả nghiêm trọng đến với trẻ. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em có sự dao động lớn tại các quốc gia phát triển và đang phát triển, đó là tại các quốc gia phát triển tỷ lệ thiếu máu ít hơn so với các quốc gia đang phát triển [1]. Nguyên nhân thiếu máu phổ biến nhất ở trẻ em liên quan tới tình trạng thiếu dinh dưỡng, đặc biệt là thiếu sắt [2],[3],[4]. Mức độ thiếu máu nhẹ thường chiếm tỷ lệ cao và ít ảnh hưởng hơn tới sinh hoạt, cuộc sống của trẻ. Tuy nhiên, thiếu máu mức độ vừa và nặng thì ảnh hưởng rất nhiều tới sự phát triển thể chất của trẻ cũng như các hoạt động thể chất, sinh hoạt hàng ngày. Tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, hàng năm có nhiều bệnh nhi vào điều trị vì thiếu máu, trong đó nhiều trường hợp là thiếu máu thiếu sắt. Vậy, đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ thiếu máu thiếu sắt tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng như thế nào? Yếu tố nào liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở những trẻ trên? Là những câu hỏi cần được giải đáp. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/06/2016 đến 31/05/2017.*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt mức độ nặng ở các bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Gồm 134 trẻ được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/06/2016 đến 31/05/2017.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhi từ 6 tháng đến 5 tuổi, được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt theo tiêu chuẩn WHO năm 2001:

+ Hb < 110 g/l

+ Ferritin huyết thanh < 30 ng/ml

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chảy máu, rối loạn chảy máu, xuất huyết

- Truyền máu hoặc phẫu thuật trong 2 tháng gần đây.

2.1.4. Tiêu chuẩn về mức độ thiếu máu:

- Thiếu máu nhẹ: $90 \leq \text{Hb} < 110 \text{ g/l}$

- Thiếu máu vừa: $60 \leq \text{Hb} < 90 \text{ g/l}$

- Thiếu máu nặng: $30 \leq \text{Hb} < 60 \text{ g/l}$

- Thiếu máu rất nặng: $\text{Hb} < 30 \text{ g/l}$

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Về dịch tễ học lâm sàng: tuổi, giới, địa dư, chiều cao, cân nặng, lý do vào viện, tiền sử, da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay, móng chân, tóc, lông, biếng ăn, mệt mỏi, chậm phát triển,...

+ Về cận lâm sàng: xét nghiệm công thức máu, huyết đồ, sắt huyết thanh, Ferritin huyết thanh,...

+ Về các yếu tố liên quan: cân nặng lúc sinh, tình trạng dinh dưỡng, yếu tố dinh dưỡng, tiền sử bệnh tật, tiền sử sản khoa, tiền sử dinh dưỡng phát triển,...

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Mỗi bệnh nhân có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu, trong đó ghi chép đầy đủ họ và tên trẻ, tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, lý do vào viện, bệnh sử, tiền sử, các yếu tố liên quan, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị chăm sóc...

- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 20.0, tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test khi bình phương, có sự khác nhau khi $p < 0,05$, So sánh 2 số trung bình bằng t-test, có sự khác nhau khi $p < 0,05$, Tính OR để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với mức độ thiếu máu.

Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được sự đồng ý cho phép của Hội đồng Y Đức Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và gia đình bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu phục vụ cho khoa học, không phục vụ bất cứ mục tiêu nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm dịch chung của 134 trẻ thiếu máu:

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giới	Trẻ trai	100	74,6
	Trẻ gái	34	25,4
Địa dư	Nội thành	49	36,6
	Ngoại thành	85	63,4
Tuổi (tháng)	6 - <12	47	35,1
	12 - <24	49	36,6
	24 - <35	23	17,2
	36 - <48	8	6,0
	48 - <60	7	5,1

Bảng 1 cho thấy kết quả cho thấy bệnh ưu thế ở trẻ trai. Độ tuổi từ 6 đến 24 tháng chiếm tỉ lệ thiếu máu cao nhất.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt (n=134):

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Mệt mỏi	75	56
Hoa mắt chóng mặt	15	11,2
Ăn kém	95	70,9
Kém tập trung	7	5,2
Da xanh niêm mạc nhợt	123	92
Móng tay khô có vết khía	6	4,5
Rụng tóc, tóc khô dễ gãy	9	6,7
Nhịp tim nhanh	65	48,5

Bảng 2 cho thấy da xanh niêm mạc nhợt là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 92%.

Bảng 3: Kết quả xét nghiệm máu của 134 bệnh nhi thiếu máu

Chỉ số	Min	Max	X ± SD
Chỉ số HC trưởng thành			
RBC (T/l)	2,25	5,15	4,09 ± 0,85
Hb (g/l)	57	89	75,6 ± 10,86

MCV (fL)	36,5	79,9	65,92 ± 8,5
MCH (pg)	13	31,3	20,81 ± 3,84
MCHC (g/l)	209	377	305,87 ± 23,94
Nồng độ sắt huyết thanh			
< 4 µmol/l	62 (46,3%)		
4- 7 µmol/l	52 (38,8%)		
>7- 27 µmol/l	20 (14,9%)		
Nồng độ Ferritin			
< 15 ng/mL	99 (73,9%)		
15- 30 ng/mL	35 (26,1%)		

Bảng 3 cho thấy các chỉ số RBC, Hb trung bình đều giảm. Các chỉ số MCV, MCH, MCHC giảm cho thấy hồng cầu nhỏ, nhược sắc. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ cao, nồng độ sắt huyết thanh trung bình là $4,46 \pm 2,46$ (µmol/L). Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ Ferritin < 15 ng/mL là 73,9%.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu thiếu sắt (n=134)

Yếu tố liên quan	Thiếu máu nặng	Thiếu máu vừa	Tổng	OR (95% CI)	p
Đẻ non	13 (9,7%)	25 (18,6%)	38 (28,3%)	1,33 (0,55- 3,19)	> 0,05
Nhẹ cân	18 (13,4%)	9 (6,7%)	27 (20,1%)	7,72 (3,05- 19,53)	< 0,05
Cai sữa sớm	41 (30,6%)	29 (21,6%)	70 (52,2%)	3,4 (1,52- 7,62)	< 0,05
Bú mẹ hoàn toàn < 6 tháng	38 (28,3%)	89 (66,4%)	127 (94,7%)	1,07 (0,17- 8,35)	> 0,05
Chế độ ăn dặm không đúng	38 (28,3%)	88 (65,7%)	126 (94%)	1,29 (0,25- 6,71)	> 0,05
Tiền sử viêm phổi	15 (10,9%)	36 (26,9%)	51 (37,8%)	0,967 (0,45- 2,1)	> 0,05
Tiền sử tiêu chảy	35 (26,1%)	25 (18,6%)	60 (44,7%)	2,8 (1,22- 6,51)	< 0,05
Có suy dinh dưỡng	22 (16,4%)	17 (12,7%)	39 (29,1%)	2,418 (1,01- 5,71)	< 0,05

Bảng 4 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới thiếu máu thiếu sắt mức độ nặng ở trẻ em là cân nặng sơ sinh thấp, cai sữa sớm, tiền sử mắc bệnh tiêu chảy và tình trạng suy dinh dưỡng với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Về một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em

Về đặc điểm dịch tễ học:

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số trẻ trai mắc thiếu máu nhiều hơn trẻ gái. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chaparro [1] và Akbari [5]

- Thiếu máu thiếu sắt gặp ở tất cả các giai đoạn phát triển của trẻ, trong đó nhóm tuổi từ 6 tháng đến 23 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,7%. Ở giai đoạn dưới 2 tuổi, cơ thể phát triển nhanh, nhu cầu sắt tăng cao, dễ thiếu sắt khi cung cấp không đầy đủ. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Perrine và cộng sự [6].

- Theo nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là da xanh niêm mạc nhợt (chiếm 92%), ăn kém (70,9%), hoa mắt chóng mặt (chiếm 11,2%) ... Đây là nhóm triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân thiếu máu, không có triệu chứng đặc hiệu cho nhóm bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các chỉ số số lượng hồng cầu, Hemoglobin trung bình đều giảm. Các chỉ số MCV, MCH, MCHC giảm cho thấy hồng cầu nhỏ, nhược sắc. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Koren [7].

- Sắt huyết thanh là sắt gắn trên transferrin và có thể được vận chuyển đến các tế bào. Nếu thiếu sắt, sắt huyết thanh giảm và ngược lại. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 46,3% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh rất thấp ($<4\mu\text{mol/L}$). Đồng thời, nồng độ sắt trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,46 \pm 2,46 (\mu\text{mol/L})$.

- Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ ferritin $< 15\text{ng/mL}$ chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,9%.

Về một số yếu tố liên quan tới thiếu máu thiếu sắt mức độ nặng

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố như: nhẹ cân lúc sinh, cai sữa sớm, bệnh tiêu chảy và tình trạng suy dinh dưỡng có liên quan tới thiếu máu vừa và nặng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Về mối liên quan giữa tiền sử trẻ đẻ nhẹ cân lúc sinh với nguy cơ thiếu máu nặng, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vendt [3]. Về yếu tố cai sữa sớm có nguy cơ bị thiếu máu nặng cao hơn gấp 3,4 lần trẻ cai sữa đúng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Joo EY [2]. Các yếu tố khác có liên quan tới thiếu máu nặng như bệnh tiêu chảy và tình trạng suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Semba R.D [8].

V. KẾT LUẬN

- Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh lý thiếu máu ở trẻ từ 6 tháng- 5 tuổi, Hb trung bình là $95 \pm 10 \text{ g/l}$. Bệnh thiếu máu thiếu sắt có đặc điểm là hồng cầu nhỏ nhược sắc, kích thước không đều ($\text{MCV } 65 \pm 8$; $\text{MCH } 20 \pm 3$), sắt huyết thanh giảm ($4 \pm 2 \text{ ng/l}$), nồng độ Ferritin thường dưới 15 ng/ml .

- Các yếu tố liên quan ý nghĩa thống kê tới thiếu máu nặng, đó là trẻ đẻ nhẹ cân, cai sữa sớm, có tiền sử tiêu chảy và suy dinh dưỡng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả và bàn luận nói trên, chúng tôi có một số khuyến nghị sau đây:

1. Cần phát hiện sớm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ dưới 5 tuổi, nhất là trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi, đặc biệt khi trẻ có suy dinh dưỡng hay cân nặng lúc sinh thấp.

2. Những nghiên cứu hơn nữa về thiếu máu thiếu sắt là cần thiết để có các giải pháp điều trị và phòng bệnh thích hợp.

3. Tuyên truyền rộng rãi tới các bà mẹ về thiếu máu thiếu sắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chaparro CM, Suchdev PS (2019).** Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2019;1450(1):15–31.
2. **Joo EY, Kim KY, Kim DH, Lee J-E, Kim SK (2016).** Iron deficiency anemia in infants and toddlers. *Blood Res.* Dec 2016;51(4):268–73.
3. **Vendt N, Grünberg H, Leedo S, Tillmann V, Talvik T (2007).** Prevalence and causes of iron deficiency anemias in infants aged 9 to 12 months in Estonia. *Med Kaunas Lith.* 2007;43(12):947–52.
4. **Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT (2020).** Iron deficiency anaemia revisited. *J Intern Med.* 2020;287(2):153–70.
5. **Akbari M, Moosazadeh M, Tabrizi R, Khatibi SR, Khodadost M, Heydari ST, et al (2017).** Estimation of iron deficiency anemia in Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Hematol Amst Neth.* May 2017;22(4):231–9.
6. **Gupta PM, Perrine CG, Mei Z, Scanlon KS (2016).** Iron, Anemia, and Iron Deficiency Anemia among Young Children in the United States. *Nutrients.* 30 2016;8(6).
7. **Koren G, Ross L, Zwang O, Benari O (2020).** The prevalence of iron deficiency anemia among African asylum seeking children residing in Tel Aviv. *Isr J Health Policy Res [Internet].* 25 Nov 2019 [cited 4 Dec 2020];8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876069/>
8. **Semba RD, de Pee S, Ricks MO, Sari M, Bloem MW (2008).** Diarrhea and fever as risk factors for anemia among children under age five living in urban slum areas of Indonesia. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis.* Dec 2008;12(1):62–70.

KÍCH THƯỚC THẬN BÌNH THƯỜNG Ở TRẺ EM TỪ 6-10 TUỔI TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Trần Xuân Bách¹, Trần Văn Việt², Nguyễn Ngọc Sáng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kích thước thận bình thường của trẻ em từ 6 – 10 tuổi trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT) và mối tương quan với một số chỉ số nhân trắc. **Đối tượng:** 100 trẻ từ 6 – 10 tuổi, không có bệnh lý về thận – tiết niệu. Mỗi nhóm tuổi có 10 nam và 10 nữ. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Một số chỉ số trung bình kích thước thận (cm) trên phim CT:

6 tuổi: Thận phải: Nam (dài: $7,31 \pm 0,42$; rộng: $3,46 \pm 0,18$; dày: $3,13 \pm 0,12$). Nữ (dài: $7,30 \pm 0,36$; rộng: $3,46 \pm 0,18$; dày: $3,16 \pm 0,13$). Thận trái: Nam (dài: $7,85 \pm 0,28$; rộng: $3,67 \pm 0,15$; dày: $3,21 \pm 0,18$). Nữ (dài: $7,44 \pm 0,29$; rộng: $3,67 \pm 0,15$; dày: $3,05 \pm 0,19$).

7 tuổi: Thận phải: Nam (dài: $8,42 \pm 0,36$; rộng: $3,30 \pm 0,14$; dày: $3,21 \pm 0,13$). Nữ (dài: $8,15 \pm 0,27$; rộng: $3,30 \pm 0,14$; dày: $3,16 \pm 0,17$). Thận trái: Nam (dài: $8,98 \pm 0,30$; rộng: $3,72 \pm 0,16$; dày: $3,15 \pm 0,10$). Nữ (dài: $8,20 \pm 0,43$; rộng: $3,45 \pm 0,17$; dày: $3,16 \pm 0,13$).

8 tuổi: Thận phải: Nam (dài: $8,46 \pm 0,27$; rộng: $3,56 \pm 0,16$; dày: $3,26 \pm 0,18$). Nữ (dài: $8,07 \pm 0,27$; rộng: $3,54 \pm 0,18$; dày: $3,24 \pm 0,14$). Thận trái: Nam (dài: $79,1 \pm 3,6$; rộng: $3,79 \pm 0,19$; dày: $3,45 \pm 0,14$). Nữ (dài: $8,52 \pm 0,23$; rộng: $3,75 \pm 0,18$; dày: $3,40 \pm 0,15$).

9 tuổi: Thận phải: Nam (dài: $8,44 \pm 0,24$; rộng: $3,75 \pm 0,17$; dày: $3,25 \pm 0,15$). Nữ (dài: $8,17 \pm 0,28$; rộng: $3,82 \pm 0,21$; dày: $3,26 \pm 0,16$).

Thận trái: Nam (dài: $9,16 \pm 0,33$; rộng: $4,03 \pm 0,17$; dày: $3,38 \pm 0,18$). Nữ (dài: $8,83 \pm 0,34$; rộng: $3,86 \pm 0,17$; dày: $3,38 \pm 0,16$).

10 tuổi: Thận phải: Nam (dài: $8,67 \pm 0,28$; rộng: $3,96 \pm 0,13$; dày: $3,3 \pm 0,18$). Nữ (dài: $8,67 \pm 0,28$; rộng: $3,82 \pm 0,15$; dày: $3,27 \pm 0,15$). Thận trái: Nam (dài: $9,19 \pm 0,26$; rộng: $4,24 \pm 0,17$; dày: $3,75 \pm 0,16$). Nữ (dài: $8,61 \pm 0,29$; rộng: $3,97 \pm 0,17$; dày: $3,76 \pm 0,17$).

- Có mối tương quan tuyến tính thuận giữa chiều dài thận phải và tuổi, chiều cao, cân nặng với hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,67$, $r = 0,80$, $r = 0,78$ ($p < 0,001$). Chiều dài thận trái cũng có mối tương quan tuyến tính thuận với tuổi, chiều cao, cân nặng theo hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,66$, $r = 0,79$, $r = 0,77$ ($p < 0,001$).

Kết luận: Các chỉ số kích thước thận ở trẻ nam lớn hơn trẻ nữ, thận trái lớn hơn thận phải và tăng dần theo tuổi. Các chỉ số kích thước thận có mối tương quan tuyến tính thuận với tuổi, chiều cao và cân nặng của trẻ.

Từ khóa: Kích thước thận, trẻ em, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

NOMAL SIZE OF KIDNEY IN COMPUTED TOMOGRAPHY IN CHILDREN FROM 6 TO 10 YEARS OLD

Objective: To determine normal kidney sizes in computed tomography (CT) images and correlation among some kidney sizes with age, height, weight in children from 6 to 10 years old.

Subject: 100 children from 6 to 10 years old without renal diseases. There are 10 boys and 10 girls in one age group children. **Method:** Cross-sectional study. **Results:** Kidney sizes (cm) in CT images:

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Bách

Email: txbach@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

6 years old: Right kidney: Boy (length: $7,31 \pm 0,42$; width: $3,46 \pm 0,18$; thickness: $3,13 \pm 0,12$). Girl (length: $7,30 \pm 0,36$; width: $3,46 \pm 0,18$; thickness: $3,16 \pm 0,13$). Left kidney: Boy (length: $7,85 \pm 0,28$; width: $3,67 \pm 0,15$; thickness: $3,21 \pm 0,18$). Girl (length: $7,44 \pm 0,29$; width: $3,67 \pm 0,15$; thickness: $3,05 \pm 0,19$).

7 years old: Right kidney: Boy (length: $8,42 \pm 0,36$; width: $3,30 \pm 0,14$; thickness: $3,21 \pm 0,13$). Girl (length: $8,15 \pm 0,27$; width: $3,30 \pm 0,14$; thickness: $3,16 \pm 0,17$). Left kidney: Boy (length: $8,98 \pm 0,30$; width: $3,72 \pm 0,16$; thickness: $3,15 \pm 0,10$). Girl (length: $8,20 \pm 0,43$; width: $3,45 \pm 0,17$; thickness: $3,16 \pm 0,13$).

8 years old: Right kidney: Boy (length: $8,46 \pm 0,27$; width: $3,56 \pm 0,16$; thickness: $3,26 \pm 0,18$). Girl (length: $8,07 \pm 0,27$; width: $3,54 \pm 0,18$; thickness: $3,24 \pm 0,14$). Left kidney: Boy (length: $79,1 \pm 3,6$; width: $3,79 \pm 0,19$; thickness: $3,45 \pm 0,14$). Girl (length: $8,52 \pm 0,23$; width: $3,75 \pm 0,18$; thickness: $3,40 \pm 0,15$).

9 years old: Right kidney: Boy (length: $8,44 \pm 0,24$; width: $3,75 \pm 0,17$; thickness: $3,25 \pm 0,15$). Girl (length: $8,17 \pm 0,28$; width: $3,82 \pm 0,21$; thickness: $3,26 \pm 0,16$). Left kidney: Boy (length: $9,16 \pm 0,33$; width: $4,03 \pm 0,17$; thickness: $3,38 \pm 0,18$). Girl (length: $8,83 \pm 0,34$; width: $3,86 \pm 0,17$; thickness: $3,38 \pm 0,16$).

10 years old: Right kidney: Boy (length: $8,67 \pm 0,28$; width: $3,96 \pm 0,13$; thickness: $3,3 \pm 0,18$). Girl (length: $8,67 \pm 0,28$; width: $3,82 \pm 0,15$; thickness: $3,27 \pm 0,15$). Left kidney: Boy (length: $9,19 \pm 0,26$; width: $4,24 \pm 0,17$; thickness: $3,75 \pm 0,16$). Girl (length: $8,61 \pm 0,29$; width: $3,97 \pm 0,17$; thickness: $3,76 \pm 0,17$).

- Right kidney length and age, height, weight has the positive correlation with $r = 0,67$, $r = 0,80$, $r = 0,78$ ($p < 0,001$). Left kidney length and age, height, weight has the positive correlation with $r = 0,66$, $r = 0,79$, $r = 0,77$ ($p < 0,001$).

Conclusions: Kidney sizes in boy were bigger than girl, left kidneys were bigger than right kidneys and increase according to age. Kidney sizes correlated with age, height, weight.

Keywords: Kidney size, Children, Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích thước và chức năng thận có liên hệ chặt chẽ với nhau. Ở những trẻ bình thường, kích thước thận ở các lứa tuổi khác nhau do đó biểu hiện chức năng cũng khác nhau. Trong các trường hợp bệnh lý về thận - tiết niệu có sự thay đổi rõ rệt về kích thước thận dẫn đến sự thay đổi về chức năng thận. Do đó việc đánh giá kích thước thận là một việc làm cần thiết trong việc chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt các bệnh lý về thận - tiết niệu. Có thể đánh giá kích thước thận bằng cách trực tiếp qua mổ tử thi hoặc đánh giá gián tiếp qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như X-quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính chụp cộng hưởng từ. Trong đó chụp CT là một phương pháp đánh giá tin cậy, cho độ chính xác cao. [1],[2],[3]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu kích thước thận bình thường ở trẻ em trên siêu âm [1]. Tuy nhiên theo hiểu biết của chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào về kích thước thận bình thường của trẻ em từ 6 – 10 tuổi trên phim chụp CT. Kích thước thận bình thường ở trẻ từ 6 – 10 tuổi trên phim CT như thế nào là câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Xác định một số chỉ số kích thước thận bình thường ở trẻ em từ 6 – 10 tuổi trên phim CT.*

2. *Mô tả mối tương quan giữa kích thước thận với một số chỉ số nhân trắc ở lứa tuổi này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bao gồm 100 trẻ từ 6 đến 10 tuổi vào khám tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và

Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương trong năm 2020. Tất cả các trẻ này đều có chỉ định chụp CT đa dãy ổ bụng bởi những bệnh lý không liên quan đến thận – tiết niệu (như viêm ruột thừa, đau bụng,...). Chiều cao, cân nặng của trẻ nằm trong giới hạn bình thường so với tuổi (theo giá trị sinh học người Việt Nam bình thường). Tất cả bệnh nhi và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức y sinh học trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng phê duyệt. Toàn bộ thông tin bệnh nhi được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang. Dữ liệu về mỗi bệnh nhi được thu thập dựa vào một mẫu chung theo mục tiêu đã đề ra. Các trẻ được hỏi và khám bệnh toàn diện. Cân nặng của trẻ được đo bằng cân có độ chính xác đến 0,1kg.

Thước đo chiều cao và cân được sản xuất theo tiêu chuẩn chất lượng. Các thông tin về xét nghiệm ure, creatinin huyết thanh được thu thập trong bệnh án. Trẻ được chụp CT bằng máy cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò (16 dãy): Máy nhãn hiệu Somatom Emotion, hãng sản xuất Siemens (Đức). Các thông số chụp trên máy như sau: Chế độ cắt: xoắn ốc; Colimation: 0,625mm × 16 hoặc 1,25 × 8; Độ dày lát cắt: 5mm; Pitch: 1 – 1,5. Tiến hành xác định trục của thận trên mặt phẳng Sagital sau đó tiến hành đo chiều cao, chiều rộng của thận trên mặt phẳng Coronal đi qua trục của thận; Đo bề dày của thận trên mặt phẳng Axial đi qua rốn thận.

Người đọc phim và các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có nhiều kinh nghiệm.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.1 tính các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình bằng T-test; Tính hệ số tương quan r

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kích thước thận bình thường trên phim CT ở trẻ 6 – 10 tuổi

Bảng 1: Chiều dài trung bình thận ở trẻ 6 – 10 tuổi

Tuổi	Giới	Thận phải (cm)	Thận trái (cm)	p
6	Nam (n = 10)	7,31 ± 0,42	7,85 ± 0,28	> 0,05
	Nữ (n = 10)	7,30 ± 0,36	7,44 ± 0,29	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
7	Nam (n = 10)	8,42 ± 0,36	8,98 ± 0,30	> 0,05
	Nữ (n = 10)	8,15 ± 0,27	8,20 ± 0,43	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
8	Nam (n = 10)	8,46 ± 0,27	9,00 ± 0,24	> 0,05
	Nữ (n = 10)	8,07 ± 0,27	8,52 ± 0,23	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
9	Nam (n = 10)	8,44 ± 0,24	9,16 ± 0,33	> 0,05
	Nữ (n = 10)	8,17 ± 0,28	8,83 ± 0,34	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
10	Nam (n = 10)	8,67 ± 0,28	9,19 ± 0,26	> 0,05
	Nữ (n = 10)	8,45 ± 0,22	8,61 ± 0,29	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	

Bảng 1 cho thấy chiều dài thận tăng dần theo tuổi, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chiều dài trung bình thận ở nam lớn hơn so với nữ và trong cùng một giới thì chiều dài trung bình thận trái lớn hơn so với thận phải. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Chiều rộng thận trung bình ở trẻ 6 – 10 tuổi

Nhóm tuổi	Giới	Thận phải (cm)	Thận trái (cm)	p
6	Nam (n = 10)	$3,46 \pm 0,18$	$3,67 \pm 0,15$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,38 \pm 0,42$	$3,47 \pm 0,16$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
7	Nam (n = 10)	$3,24 \pm 0,41$	$3,72 \pm 0,16$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,30 \pm 0,14$	$3,45 \pm 0,17$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
8	Nam (n = 10)	$3,56 \pm 0,16$	$3,79 \pm 0,19$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,54 \pm 0,18$	$3,75 \pm 0,18$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
9	Nam (n = 10)	$3,75 \pm 0,17$	$4,03 \pm 0,17$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,82 \pm 0,21$	$3,86 \pm 0,17$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
10	Nam (n = 10)	$3,96 \pm 0,13$	$4,24 \pm 0,17$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,82 \pm 0,15$	$3,97 \pm 0,17$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	

Bảng 2 cho thấy chiều rộng thận trung bình tăng dần theo tuổi, chiều rộng thận trái lớn hơn so với thận phải, ở nam lớn hơn so với nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Bề dày thận trung bình ở trẻ 6 – 10 tuổi

Nhóm	Giới	Thận phải (cm)	Thận trái (cm)	p
6	Nam (n = 10)	$3,13 \pm 0,12$	$3,21 \pm 0,18$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,16 \pm 0,13$	$3,05 \pm 0,19$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
7	Nam (n = 10)	$3,21 \pm 0,13$	$3,15 \pm 0,10$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,16 \pm 0,17$	$3,16 \pm 0,13$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
8	Nam (n = 10)	$3,26 \pm 0,18$	$3,45 \pm 0,14$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,24 \pm 0,14$	$3,40 \pm 0,15$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
9	Nam (n = 10)	$3,25 \pm 0,15$	$3,38 \pm 0,18$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,26 \pm 0,16$	$3,38 \pm 0,16$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	
10	Nam (n = 10)	$3,3 \pm 0,18$	$3,75 \pm 0,16$	$> 0,05$
	Nữ (n = 10)	$3,27 \pm 0,15$	$3,76 \pm 0,17$	$> 0,05$
	p	$> 0,05$	$> 0,05$	

Bảng 3 cho thấy bề dày của thận tăng dần theo tuổi. Bề dày thận trái lớn hơn thận phải và ở nam lớn hơn nữ ($p < 0,05$).

Bảng 4. Thể tích thận trung bình ở trẻ 6 – 10 tuổi

Tuổi	Giới	Thận phải (cm ³)	Thận trái (cm ³)	p
6	Nam (n = 10)	41,68 ± 6,16	48,53 ± 5,69	> 0,05
	Nữ (n = 10)	41,23 ± 8,82	41,39 ± 4,72	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
7	Nam (n = 10)	46,11 ± 8,33	55,34 ± 5,90	> 0,05
	Nữ (n = 10)	44,74 ± 5,82	47,13 ± 6,77	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
8	Nam (n = 10)	51,69 ± 6,82	61,75 ± 6,44	> 0,05
	Nữ (n = 10)	48,74 ± 6,22	57,06 ± 6,72	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
9	Nam (n = 10)	54,12 ± 6,56	65,64 ± 8,62	> 0,05
	Nữ (n = 10)	53,59 ± 7,29	60,57 ± 7,81	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
10	Nam (n = 10)	59,63 ± 7,11	76,82 ± 8,71	> 0,05
	Nữ (n = 10)	55,45 ± 6,06	67,60 ± 7,99	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	

Bảng 4 cho thấy thể tích thận của trẻ nam lớn hơn so với trẻ nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thể tích thận trái và thận phải ở các lứa tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Mối tương quan giữa các chỉ số kích thước thận với tuổi, chiều cao, cân nặng

- Mối tương quan giữa chiều dài thận phải với tuổi, chiều cao, cân nặng: Chiều dài thận phải có mối tương quan tuyến tính thuận với tuổi, chiều cao, cân nặng theo các phương trình tương quan và hệ số tương quan khác nhau. $y = 0,25x + 6,11$ ($r = 0,67$; $p < 0,001$), $y = 0,05x + 1,63$ ($r = 0,80$; $p < 0,001$), $y = 0,07x + 6,23$ ($r = 0,78$; $p < 0,001$) lần lượt là các phương trình tương

quan, hệ số tương quan giữa chiều dài thận phải với tuổi, chiều cao và cân nặng.

- Mối tương quan giữa chiều dài thận trái với tuổi, chiều cao, cân nặng: Tương tự như chiều dài thận phải, chiều dài thận trái cũng có mối tương quan tuyến tính thuận với tuổi, chiều cao, cân nặng lần lượt theo các phương trình tương quan là: $y = 0,29x + 6,25$ ($r = 0,66$; $p < 0,001$), $y = 0,06x + 1,09$ ($r = 0,79$; $p < 0,001$), $y = 0,08x + 6,37$ ($r = 0,77$; $p < 0,001$).

Trong đó y là chiều dài thận phải hoặc trái, x là tuổi hoặc chiều cao hay cân nặng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kích thước thận bình thường ở trẻ 6 – 10 tuổi trên phim CT

- Kích thước thận theo tuổi: Bảng 1, 2, 3, 4 ở trên cho thấy các chỉ số kích thước thận có sự tăng dần theo tuổi, sự khác biệt về kích thước thận giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác [1],[2],[3].

- Kích thước thận theo giới: Bảng 1, 2, 3, 4 ở trên cho thấy chiều dài, chiều rộng, bề dày của thận ở trẻ nam đều lớn hơn trẻ nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chiều dài trung bình thận trái lớn hơn so với thận phải sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả một số nghiên cứu trong và ngoài nước [1],[2],[4].

- Sự khác biệt giữa kích thước thận phải và thận trái: Bảng 1 cho thấy thận trái dài hơn thận phải. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước [1],[2],[4],[5],[6]. Chiều rộng thận trái cũng lớn hơn thận phải, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác [2],[7]. Bề dày của thận trái cũng lớn hơn thận phải, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đó [1],[8]. Thể tích thận trái lớn hơn thận phải, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi phù hợp nghiên cứu kích thước thận trên phim chụp CT của trẻ em ở Hàn Quốc của Chan Won Park và cộng sự [2], Trần Thị Thắm và cộng sự khi nghiên cứu kích thước siêu âm thận ở trẻ bình thường 6 – 10 tuổi cũng cho nhận xét tương tự [1].

4.2. Về tương quan giữa một số chỉ số kích thước thận với tuổi, chiều cao, cân nặng

- Tương quan giữa chiều dài thận với

tuổi: Chiều dài thận phải và thận trái có mối tương quan tuyến tính thuận với tuổi, hệ số tương quan $r = 0,67$ với thận phải, $r = 0,66$ với thận trái; phương trình tương quan giữa chiều dài thận phải với tuổi có dạng $y = 0,25x + 6,11$; thận trái là $y = 0,29x + 6,25$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chan Won Park khi nghiên cứu kích thước thận ở trẻ em Hàn Quốc trên phim chụp CT (5), cũng như một số nghiên cứu trên siêu âm [1],[7].

- Tương quan giữa chiều dài thận với chiều cao: Chiều dài thận phải và thận trái có mối tương quan tuyến tính thuận, mức độ chặt với chiều cao cơ thể. Chiều dài thận phải tương quan với chiều cao theo phương trình $y = 0,05x + 1,63$ và $r = 0,80$; đối với thận trái là $y = 0,06x + 1,09$ và $r = 0,79$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chan Won Park trên phim CT [2] và một số nghiên cứu của Trần Thị Thắm, Nguyễn Ngọc Sáng, Vũ Văn Quang [1], Gavela, Sanchez bayle, Gomez [7].

- Tương quan giữa chiều dài thận với cân nặng: Chiều dài thận phải và trái có mối tương quan thuận với cân nặng, mức độ tương quan chặt với hệ số tương quan $r = 0,67$ ở thận phải và $r = 0,77$ ở thận trái. Phương trình hồi quy tuyến tính giữa chiều dài thận phải với cân nặng là $y = 0,78x + 6,23$; ở thận trái là $y = 0,08x + 6,37$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Chan Won Park [2] và Gavela, Sanchez bayle, Gomez Mardones [7].

Hạn chế của đề tài: cỡ mẫu thuận tiện trên bệnh nhi đến khám không có bệnh lý tiết niệu và tiêu hoá, không phải cỡ mẫu trẻ bình thường trên cộng đồng. Nhưng vẫn có giá trị để tham khảo, đánh giá bất thường về hình thái. Không đánh giá được chức năng thận bình thường. Nhóm nghiên cứu hy vọng sẽ

thực hiện được nghiên cứu đo kích thước thận trên phim chụp cắt lớp vi tính ở trẻ em bình thường với cỡ mẫu lớn hơn nữa để có thể đánh giá chính xác hơn về các đặc điểm kích thước thận trên phim chụp cắt lớp vi tính của trẻ em Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và bàn luận nói trên chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Kích thước thận bình thường ở trẻ em 6 – 10 tuổi trên phim chụp CT tăng dần theo tuổi. Thận trái lớn hơn thận phải. Thận ở nam lớn hơn thận ở nữ.

- Chiều dài thận có tương quan tuyến tính thuận với tuổi, chiều cao, cân nặng của trẻ. Trong đó, tương quan giữa chiều dài thận với chiều cao là chặt chẽ hơn cả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thắm, Nguyễn Ngọc Sáng, Vũ Văn Quang.** Kích thước siêu âm thận ở trẻ em bình thường từ 6 đến 10 tuổi, Luận văn Thạc sĩ y học: Đại học Y Dược Hải Phòng; 2012.
2. **Chan Won Park, Nali Yu, Sin Weon Yun, Soo Ahn Chae, Na Mi Lee, Dae Yong Yi, et al.** Measurement and Estimation of Renal Size by Computed Tomography in Korean Children. J Korean Med Sci. 2017;32(3):p.448-56.
3. **Ho Sik Shin, Byung Ha Chung, Sang Eun Lee, Woo Jin Kim, Hong Il Ha, Chul Woo Yang.** Measurement of kidney volume with multi-detector computed tomography scanning in young Korean. Yonsei Med J. 2009;50:p.262–5.
4. **Safak AA, Simsek E., Bahcebasi T.** Sonographic assessment of the normal limits and percentile curves of liver, spleen, and kidney dimensions in healthy school-aged children. J Ultrasound Med, 24. 2005;24(10):p.1359-64.
5. **Drnasin K, Saraga M, Capkun V.** Ultrasonographic assessment of kidney dimensions in first six months of life. Coll Antropol;35(3). 2011:p.733-7.
6. **John J, Jeff Pugach, Manoj patel.** The renal length nomogram: a multivariable approach. The Journal of urology. 2002;Vol.168:p. 2149 - 52.
7. **Gavella. T, Sanchez bayle.M, Gomez Mardones. G, et al.** Ultrasonographic study of kidney size in children. Nefrologia. 2006;Vol. 26 (3):p.325-9.
8. **Alev Kadioglu.** Renal measurements, including length, parenchymal thickness and medullary pyramid thickness in healthy children: what are the normative ultrasound values? AJR, 194. 2010:p. 509- 15. .

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH CÚM MÙA TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Vũ Thị Ánh Hồng*, Nguyễn Ngọc Sáng*,
Tô Thanh Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng của bệnh cúm mùa tại Bệnh Viện Trẻ Em Hải Phòng, Việt Nam. **Đối tượng:** 2009 bệnh nhi được chẩn đoán cúm mùa điều trị tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 1/5/2019 đến 30/4/2020. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt cao nhiệt độ sốt trung bình là $39.14 \pm 0.2^{\circ}\text{C}$, ho (96%) và đau họng (91%). Các triệu chứng khác như chảy mũi, nôn, co giật, đau đầu, viêm kết mạc và đau cơ ít phổ biến hơn. Kết quả test nhanh: cúm A (78%), cúm B (21%), cả A và B (1%). Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường. Biến chứng và các yếu tố liên quan: Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng là 944/2009 (44.9%). Biến chứng phổ biến nhất là viêm phế quản (20%) và viêm phổi (16%). Các biến chứng khác như viêm tai giữa, đồng thời viêm tai giữa và viêm phổi, tiêu chảy và viêm xoang ít gặp hơn. Trẻ không được tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc cúm gấp 2.94 lần trẻ được tiêm phòng. **Kết luận:** Cúm mùa có triệu chứng chủ yếu là sốt, biến chứng thường gặp là nhiễm trùng đường hô hấp. Nên tiêm phòng cúm cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên để phòng ngừa nguy cơ mắc cúm cũng như làm giảm nhẹ khả năng mắc các biến chứng và giảm mức độ nặng của biến chứng gây ra bởi bệnh cúm.

Từ khoá: Cúm mùa, trẻ em, biến chứng, tiêm phòng, Hải Phòng, Việt Nam.

SUMMARY

THE CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COMPLICATIONS OF INFLUENZA AT HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL, VIETNAM

Objective: To describe the clinical epidemiological characteristics and complications of influenza at Haiphong Children's Hospital, Vietnam. **Subjects:** 2009 children with influenza at Haiphong Children's Hospital from 1/5/2019 to 30/4/2020. **Methods:** Case-series study. **Results:** Clinical epidemiological characteristics: The main symptoms were high fever, mean temperature was $39.14 \pm 0.2^{\circ}\text{C}$, cough (96%) and sore throat (91%). Other symptoms such as runny nose, vomiting, convulsions, headache, conjunctivitis, and myalgia were less common. The results of test: influenza A (78%), influenza B (21%), both A and B (1%). Most patients had a normal white blood cell count. Complications and related factors: The proportion of patients with complications was 944/2009 (44.9%). The most common complications were bronchitis (20%) and pneumonia (16%). Other complications such as otitis media, and otitis media and pneumonia, diarrhea and sinusitis were less common. Children who had not received influenza vaccination were 2.94 times more likely to get influenza than children vaccinated. **Conclusions:** The main symptom of influenza was fever; the most common complication was respiratory tract

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ánh Hồng

Email: vtahong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

infection. Influenza vaccination should be given to children at the age of 6 months and older to prevent the risk of influenza as well as reduce the complications and the severity of complications caused by influenza.

Keywords: Influenza, children, complications, vaccination, Haiphong, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm là một bệnh truyền nhiễm thường gặp ở đường hô hấp, với các triệu chứng như sốt, đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, sổ mũi, đau họng và ho (4). Bệnh có tỷ lệ mắc cao, xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp với các triệu chứng nhẹ nhưng cũng có diễn biến đa dạng, phức tạp gây nên các biến chứng về hô hấp, tim mạch, thần kinh, thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Bệnh cúm mùa gây ra bởi các virus thuộc họ Orthomyxoviridae, gồm 3 type là A, B và C trong đó type A hay gây ra các vụ dịch lớn.

Tại Việt Nam, trong 10 năm gần đây, hàng năm ghi nhận khoảng từ 1 triệu đến 1,8 triệu trường hợp mắc hội chứng cúm, nguyên nhân chủ yếu do các chủng vi rút cúm A(H3N2), cúm A(H1N1) và cúm B gây ra các biến chứng nặng và tử vong trên mọi lứa tuổi trong đó có trẻ em. Tại Việt Nam đã có các nghiên cứu về bệnh cúm mùa. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào đi sâu về vấn đề này.

Vậy bệnh cúm mùa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như thế nào? Biến chứng ra sao? Là những câu hỏi cần được giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh cúm mùa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/05/2019 đến 30/04/2020.*

- *Mô tả các biến chứng của bệnh cúm mùa và các yếu tố liên quan ở các bệnh nhân trên*

Hy vọng với kết quả thu được sẽ góp phần vào công tác chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh cúm mùa, một bệnh thường gặp ở nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 2009 bệnh nhi được chẩn đoán cúm mùa điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1/5/2019 đến 30/4/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhi dưới 16 tuổi, được chẩn đoán cúm mùa dựa vào yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng (theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2011 (4).

+ Ca bệnh nghi ngờ: Có yếu tố dịch tễ: Sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm mùa lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân cúm mùa. Lâm sàng có sốt (thường trên 38°C), đau nhức cơ toàn thân và có một trong số các biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở. Hình ảnh chụp X-quang phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi. Xét nghiệm công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.

+ Ca bệnh xác định: Có các tiêu chuẩn của ca bệnh nghi ngờ: Xét nghiệm dương tính với virus cúm bằng kỹ thuật RT-PCR hoặc real time RT-PCR hoặc nuôi cấy virus đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hoặc thông tin không đầy đủ theo yêu cầu của phiếu điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

- **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** 2009 bệnh nhi. Cách chọn mẫu: theo phương pháp thuận tiện: Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán vào điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian từ 1/5/2019 đến 30/4/2020.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Dịch tễ học lâm sàng: địa dư, tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, các triệu chứng khi vào viện: sốt, ho, họng đỏ, chảy nước mũi, khó thở, ...

+ Cận lâm sàng: công thức máu, CRP huyết thanh, test cúm, Xquang ngực khi có biến chứng viêm phổi, ...

+ Chẩn đoán các biến chứng: viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa, ... dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh.

Xác định mối liên quan giữa biến chứng và tiêm phòng cúm:

- **Phương pháp xét nghiệm virus cúm:**

Quicktest là test nhanh xác định cúm A/B dựa trên xét nghiệm sắc ký miễn dịch định tính nhanh, đơn dòng để phát hiện kháng nguyên cúm A/B từ dịch tiết ở mũi, họng, được thực hiện tại khoa Vi sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Dữ liệu về mỗi bệnh nhi được thu thập vào một mẫu bệnh án riêng theo mục tiêu chung đề ra. Tính số lượng và tỷ lệ phần trăm; Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; tính OR, CI; So sánh tỷ lệ phần trăm bằng χ^2 test, tính p. Nếu $p < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.

Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng Đạo đức y sinh học trường Đại học Y được Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

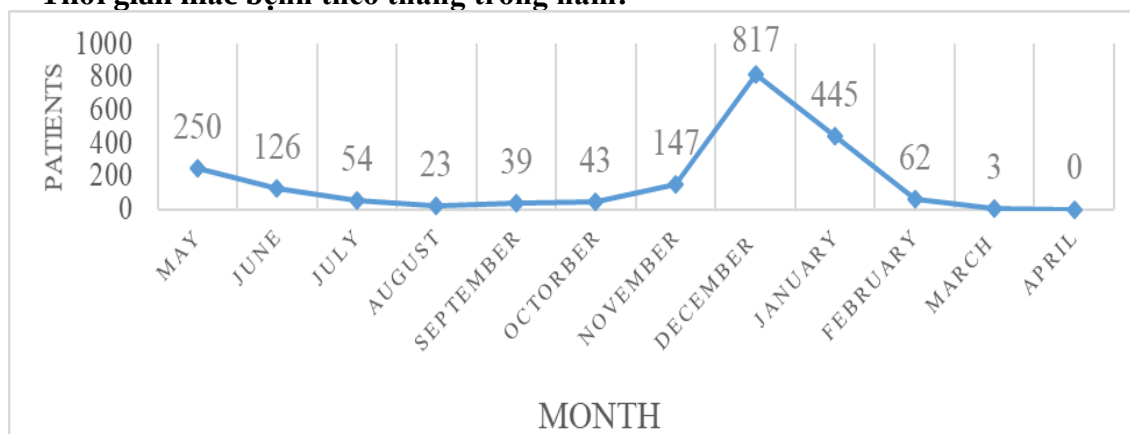
Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của các bệnh nhi mắc cúm mùa

Đặc điểm dịch tễ học	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Tuổi < 6 tháng	128	6,4
Tuổi 6 – < 12 tháng	230	11,4
Tuổi 12 – < 60 tháng	1228	61,1
Tuổi ≥ 60 tháng	423	21,1
Tuổi trung bình (tháng)	$39,99 \pm 0,68$	
Nam	1181	58,8
Nữ	827	41,2
Nông thôn	1340	66,7
Thành thị	669	32,8
Đã tiếp xúc với BN cúm mùa	72	4,0
Không tiếp xúc với BN cúm mùa	1937	96,0
Đã tiêm vắc xin cúm	129	6,4
Chưa tiêm vắc xin cúm	1880	93,6

Lý do đến khám:		
Sốt	1235	61,5
Sốt + ho	506	25,2
Sốt + co giật	190	9,5
Ho	49	2,4

Bảng 1 chỉ ra rằng: Tuổi mắc bệnh: Nhiều nhất là các trẻ từ 12 đến 60 tháng tuổi chiếm 61.1%. Số bệnh nhi nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,43. Sự khác biệt giữa hai nhóm nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Số trẻ sống ở nông thôn gấp 2 lần số trẻ sống ở thành thị. Hầu hết các bệnh nhi không xác định được nguồn lây nhiễm, chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhi có tiếp xúc với người bị cúm mùa. Đa số trẻ chưa được tiêm phòng cúm. Sốt là lý do chính gia đình đưa trẻ đến khám.

- Thời gian mắc bệnh theo tháng trong năm:



Hình 1. Phân bố bệnh nhân cúm mùa theo tháng trong năm

Hình 1 cho thấy: Bệnh cúm mùa xuất hiện quanh năm trong đó cao nhất từ tháng 12 cho đến tháng 1. Số bệnh nhân cũng tăng lên vào tháng 5 và tháng 6.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhi lúc mới vào viện

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Sốt nhẹ	234	11,6
Sốt vừa	1105	55,0
Sốt cao	668	33,3
Nhiệt độ trung bình	$39,14 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	
Ho	1935	96,3
Chảy nước mũi	819	40,8
Họng đỏ	1836	91,4
Đau đầu	58	2,9
Viêm kết mạc	11	0,5
Co giật	184	9,2
Nôn	145	7,2
Đau cơ	13	0,6

Bảng 2 chỉ ra rằng: Đa số trẻ nhập viện đều sốt với chủ yếu là sốt cao $>38.5^{\circ}\text{C}$, nhiệt độ sốt trung bình là $39,14 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$. Hầu hết trẻ đều có triệu chứng ho, ngoài ra còn gặp triệu chứng chảy nước mũi (40.8%), viêm họng đỏ,...

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Hemoglobin giảm	491	24,4
Hemoglobin bình thường	1518	75,6
Bạch cầu tăng	702	34,9
Bạch cầu giảm	95	4,7
Bạch cầu bình thường	1212	60,3
Tiểu cầu tăng	46	2,3
Tiểu cầu bình thường	1861	92,6
Tiểu cầu giảm	102	5,1
CRP huyết thanh		
CRP huyết thanh $\geq 12\text{mg/l}$	387	19,3
CRP huyết thanh $< 12\text{mg/l}$	1622	80,7
Influenza A dương tính	1568	78,0
Influenza B dương tính	424	21,1
Influenza A + B dương tính	17	0,8

Bảng 3 cho thấy tổng phân tích tế bào máu: bạch cầu đa số bình thường. Chỉ có một số ít bệnh nhi giảm huyết sắc tố và tiểu cầu. Đa số các bệnh nhân có giá trị CRP dưới 12mg/l . Số bệnh nhi nhiễm cúm A là cao nhất, sau đó đến cúm B. Chỉ có một số ít bệnh nhi nhiễm đồng thời cả A và B.

3.2. Biến chứng và các yếu tố liên quan

Trong 2009 trẻ bị cúm mùa, có 904 (44,9%) trẻ mắc các biến chứng.

Bảng 4. Các biến chứng xảy ra ở bệnh nhi nghiên cứu

Biến chứng	Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Viêm phế quản	397	19,8
Viêm phổi	315	15,7
Viêm tai giữa	66	3,3
Viêm phổi và viêm tai giữa	64	3,2
Tiêu chảy cấp	60	3,0
Viêm xoang trán	2	0,1

Bảng 4 cho thấy viêm phế quản là biến chứng hay gặp nhất ngoài ra còn gặp một số các biến chứng khác: viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy cấp, viêm xoang trán.

Bảng 5. Liên quan giữa biến chứng và tiêm phòng cúm mùa

Biến chứng	Có tiêm phòng cúm	Không tiêm phòng cúm	Tổng	OR (95% CI)	P
Không	90	1015	1105	1.97 (1.336 - 2.895)	<0.001
Có	39	865	904		
Tổng	129	1880	2009		

Bảng 5 cho thấy trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc các biến chứng khi bị cúm cao gấp 1.97 lần trẻ được tiêm phòng cúm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

- **Giới tính:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy tỷ lệ mắc ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, với nam/nữ là 1,43, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- **Địa dư:** Tỷ lệ bệnh nhi cúm mùa sống ở nông thôn cao gấp 2 lần so với ở thành thị. Theo những nghiên cứu trước đó, tình hình bệnh cúm mùa thông thường chỉ có sự sai khác giữa các vùng có đặc điểm khí hậu nóng lạnh hay độ ẩm khác nhau. Do nhiệt độ và độ ẩm thấp là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của virus cúm nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào ghi nhận sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị (5). Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trẻ bị cúm mùa ở nông thôn cao hơn có thể là do tình hình vệ sinh, cách ly trẻ bệnh chưa được tốt, còn nhiều ổ lưu giữ mầm bệnh trong khi việc sử dụng vắc xin cúm cho trẻ chưa được phổ biến như thành phố.

- **Tuổi:** phần lớn bệnh nhi mắc bệnh là trên 12 tháng tuổi chiếm 82,8%, cao nhất trong độ tuổi từ 12 - 60 tháng (61,1%). Tuổi trung bình trẻ mắc cúm mùa trong nghiên cứu của chúng tôi là $39,99 \pm 0,68$ tháng tuổi. Điều này có thể được giải thích do trẻ nhỏ hơn 6 tháng ít tiếp xúc với nguồn lây và thường được bú mẹ hoàn toàn sẽ được nhận

kháng thể từ mẹ nên sức đề kháng với virus tốt hơn. Những trẻ từ 1 - 5 tuổi là những trẻ đến tuổi tới trường mầm non nên tiếp xúc nhiều hơn với các nguồn bệnh nên khả năng nhiễm bệnh cao hơn. Ở trẻ trên 5 tuổi có hệ thống miễn dịch tốt hơn, đã tạo được kháng thể chống lại virus gây bệnh do đó tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn so với nhóm 1 - 5 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác (7,8).

- **Mùa:** chúng tôi thấy bệnh cúm lưu hành quanh năm, tương tự như các nghiên cứu trước đó (5,6) bệnh nhi cúm mùa tập trung nhiều vào mùa đông xuân. Nguyên nhân cơ bản của dịch bệnh theo mùa và sự thay đổi về thời gian của chúng vẫn chưa được hiểu đầy đủ nhưng có lẽ bao gồm: các yếu tố dân số (tỷ lệ miễn dịch đặc hiệu với các chủng lưu hành, tình trạng dinh dưỡng), các yếu tố hành vi (đông đúc, mở trường học, du lịch hàng không), các yếu tố virus (tính thay đổi kháng nguyên, độc lực, khả năng truyền bệnh) và các yếu tố môi trường (độ ẩm, nhiệt độ).

- **Tiền sử tiếp xúc:** nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có một số ít trẻ có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây bệnh (3,6%). Kết quả này thấp hơn kết quả của một số tác giả khác. Sikora C, Fan S và cộng sự (7) ở Edmonton, Canada nghiên cứu 87 gia đình

và những người cùng sống trong gia đình (262 người) mà có ít nhất 1 người có xét nghiệm khẳng định nhiễm cúm A (H1N1) thì thấy: 28,7% gia đình có thêm trên 1 người mắc và 22,9% gia đình có thêm 2 người mắc. Hiện nay, người dân đã được tiếp cận nhiều hơn với các thông tin về bệnh cúm mùa và ý thức được khả năng lây truyền của bệnh nên có thể hạn chế sự lây truyền cho người khác. Cũng có thể do cha mẹ chưa biết rõ nguồn lây bệnh của trẻ (trường lớp học, công viên, khu tập thể....) do vậy tỷ lệ này của chúng tôi còn thấp.

- **Lý do vào viện:** kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng: trong 2009 bệnh nhi cúm mùa nhập viện thì có tới 61.5% trẻ vào vì sốt; 2,4% trẻ vào do ho và 9.5% trẻ có sốt kèm theo co giật; có đến 25.2% trẻ vào vì ho và sốt.

- **Việc tiêm phòng cúm:** tỉ lệ bệnh nhi đã được tiêm phòng cúm chỉ chiếm 6.4%. Có đến 93.6% bệnh nhi không được tiêm phòng trước đó cho thấy số trẻ được bảo vệ bởi miễn dịch chủ động là rất thấp. Mặc dù cúm mùa là bệnh truyền nhiễm nhưng tỉ lệ tiêm phòng thấp có thể giải thích do tiêm phòng cúm mùa không nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Vì vậy rất nhiều bậc phụ huynh không có thông tin về tác dụng của vắc xin này. Bên cạnh đó, dù phương tiện thông tin đại chúng đã phát triển, dân trí nâng cao nhưng giá thành của vắc xin cúm vẫn khá cao so với thu nhập của người Việt Nam, điều này dẫn đến số trẻ có điều kiện tiêm phòng cúm chiếm tỉ lệ khá thấp.

- **Sốt:** có 99,7% trẻ có triệu chứng sốt. Kết quả này tương đương với kết quả của một số tác giả khác như có 99,33% trẻ có

biểu hiện sốt, trong nghiên cứu của Silvennoinen cũng đạt 95% (8). Nhiệt độ sốt của các bệnh nhi này được phân bố ở 3 mức độ nhẹ, trung bình và nặng (theo nhiệt độ cao nhất trong quá trình bệnh của mỗi trẻ) với tỷ lệ không đều nhau, trong đó các trẻ có sốt từ 38,5 đến 39 độ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,7%, tiếp đó là sốt cao trên 39 độ chiếm 33,4% số trẻ sốt nhẹ dưới 38,5 độ là ít nhất 11,6%.

- **Ho** cũng là một triệu chứng rất hay gặp cùng với sốt khi trẻ mắc cúm mùa chiếm 96.3%, kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đó là 93,95% (8). Ho có thể là biểu hiện của hội chứng viêm long đường hô hấp trên nhưng cũng có thể là triệu chứng của biến chứng viêm phế quản, viêm phổi do căn nguyên virus hoặc do bội nhiễm vi khuẩn làm cho bệnh tiến triển nặng lên. Vì vậy, trẻ cần phải khám kỹ và theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng này.

- **Chảy nước mũi:** Có 819 bệnh nhi có triệu chứng chảy nước mũi chiếm 40.8% trong tổng số bệnh nhi cúm mùa, cũng là một dấu hiệu của viêm long đường hô hấp nên tỷ lệ có triệu chứng này là khá cao.

- **Họng đỏ:** kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1839 bệnh nhi có tình trạng viêm họng chiếm 91,4% tổng số trẻ cúm mùa nhập viện, tỷ lệ này cao hơn so với triệu chứng chảy nước mũi, là 2 vị trí mà virus xâm nhập đầu tiên.

- **Các triệu chứng khác:** các triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng và không giống nhau giữa các bệnh nhi, trong đó số bệnh nhi có triệu chứng nôn là 7.2%, co giật là 9.2%, đau đầu 2.9%, viêm kết mạc 0.5%, đau cơ ở trẻ lớn 0.6%.

- **Bạch cầu trong máu ngoại vi:**

1212/2009 trẻ có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường chiếm 60,3%; tăng chiếm 34,9% trẻ và giảm chiếm 4,7% trẻ.

- **CRP huyết thanh:** có 19.3% bệnh nhi có tăng CRP > 12mg/L. CRP là một kết quả đánh giá tình trạng nhiễm trùng, trong những bệnh nhi cúm mùa khi chưa có bội nhiễm vi khuẩn CRP thường không tăng.

- **Xét nghiệm tìm virus gây bệnh:** có 1568 bệnh nhi dương tính với cúm A chiếm 78%, 424 bệnh nhi dương tính với cúm B chiếm 21,1%, còn lại 0,8% bệnh nhi dương tính với cả A và B. Như vậy cúm A chiếm một ưu thế hơn hẳn so với cúm B.

4.2. Về biến chứng và các yếu tố liên quan

- **Tỷ lệ mắc biến chứng:** Trong số 2009 trẻ nhập viện điều trị vì cúm mùa có 904 trẻ có ít nhất một biến chứng chiếm 45%.

- **Liên quan giữa biến chứng và tiêm phòng cúm:** Phân tích dữ liệu cho thấy, trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ bị mắc các biến chứng khi nhiễm cúm so với nhóm có tiêm phòng vẫn mắc cúm OR là 1.96 với khoảng tin cậy 95% dao động từ 1.336 đến 2.895 cho thấy trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc các biến chứng do cúm gấp 1.96 lần trẻ được tiêm phòng. CDC và Hiệp hội Nhi khoa Mỹ AAPPP khuyến cáo nên tiêm phòng Cúm cho trẻ nhỏ từ 6 tháng tuổi trở lên. Điều này không chỉ giúp giảm tỉ lệ mắc bệnh Cúm mà đồng thời còn làm giảm khả năng bị biến chứng cũng như mức độ nặng của biến chứng gây ra bởi cúm so với những trẻ không được tiêm phòng.

- **Các biến chứng thường gặp:** biến chứng hay gặp nhất là viêm phế quản và viêm phổi với tỷ lệ lần lượt là 19.8% và

15.7%,... tiếp theo viêm tai giữa là 3.3%, 3% bệnh nhi ỉa chảy cấp có hoặc không dấu hiệu mất nước; 3.2% bệnh nhi có cả viêm phổi và viêm tai giữa, 0.1% bệnh nhi có biến chứng viêm mũi xoang, không có biến chứng thần kinh hay tim mạch. Trong số các bệnh nhi có biến chứng của chúng tôi không có bệnh nhi nào có biến chứng nặng như suy hô hấp, thở máy hay mất nước nặng,... Tất cả đều tiến triển tốt trong quá trình điều trị và khỏi hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

- Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Tuổi mắc bệnh trung bình là $39,99 \pm 0,68$ tháng. Số bệnh nhi nam nhiều hơn nữ, tuổi mắc bệnh. Bệnh xảy ra quanh năm nhưng chủ yếu vào mùa đông xuân.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt cao nhiệt độ sốt trung bình là $39.14 \pm 0.2^{\circ}\text{C}$, ho (96%) và đau họng (91%).

Số trẻ mắc cúm A (78%), cúm B (21%), cả A và B (1%)

Các xét nghiệm: công thức máu, CRP huyết thanh hầu hết trong giới hạn bình thường.

- Biến chứng và các yếu tố liên quan

Tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng còn cao (44.9%). Biến chứng phổ biến nhất là viêm phế quản (20%) và viêm phổi (16%), ngoài ra còn gặp viêm tai giữa, tiêu chảy và viêm xoang. Trẻ chưa được tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc bệnh gấp 2.94 lần trẻ đã được tiêm phòng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nên tiêm phòng cúm cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên để phòng ngừa nguy cơ mắc cúm cũng như làm giảm nhẹ khả năng mắc các

biến chứng và giảm mức độ nặng của biến chứng gây ra bởi bệnh cúm. Bệnh cúm mùa có tỉ lệ biến chứng cao do đó cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Những nghiên cứu hơn nữa tại cộng đồng là cần thiết để xác định tần suất mắc bệnh, các yếu tố nguy cơ của cúm mùa để phòng bệnh và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li CK, Choi BC, Wong TW.** Influenza-related deaths and hospitalizations in Hong Kong: a subtropical area. *Public Health*. 2006;120(6):517-24.
2. **Coffin SE, Zaoutis TE, Rosenquist AB et al.** Incidence, complications, and risk factors for prolonged stay in children hospitalized with community-acquired influenza. *Pediatrics*. 2007;119(4):740-8.
3. **Bramley AM, Bresee J, Finelli L.** Pediatric influenza. *Pediatr Nurs*. 2009;35(6):335-45.
4. **Bộ Y Tế.** Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cúm mùa, năm 2011. 2011.
5. **Lowen AC, Mubareka S, Steel J, Palese P.** Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature. *PLoS Pathog*. 2007;3(10):1470-6.
6. **Bresee J, Hayden FG.** Epidemic influenza--responding to the expected but unpredictable. *N Engl J Med*. 2013;368(7):589-92.
7. **Sikora C, Fan S, Golonka R, et al.** Transmission of pandemic influenza A (H1N1) 2009 within households: Edmonton, Canada. *J Clin Virol*. 2010;49(2):90-3.
8. **Silvennoinen H, Peltola V, Lehtinen P.** Clinical presentation of influenza in unselected children treated as outpatients. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28(5):372-5.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG GÒ MÁ - CUNG TIẾP TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Minh Tuấn*, Nguyễn Thái Hòa*

TÓM TẮT

Nhằm đi sâu tổng hợp để đánh giá một cách đầy đủ và hệ thống kết quả của phương pháp phẫu thuật điều trị gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít. Qua nghiên cứu 91 bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp tại khoa Răng-Hàm-Mặt bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2019-2020, thấy rằng: về đặc điểm dịch tễ học: Tuổi: lứa tuổi lao động chính chiếm nhiều nhất 21- 40 (60,5%); Giới: nam nhiều hơn nữ gấp 10 lần cho thấy chấn thương tổn hại đến nguồn lao động xã hội.

Đặc điểm lâm sàng: số ca gãy kín nhiều hơn (63,7%). Tổn thương phối hợp: gặp nhiều nhất là vỡ xoang hàm trên (80,2%) số ca. Hình thái trên X-quang: hay gặp nhất là gãy cung tiếp (33%). Tỷ lệ gãy từ 3 đường trở lên chiếm 79,1% cho thấy GMCT thường gây phức tạp.

Điều trị phẫu thuật gãy xương GMCT: Thời gian từ tai nạn tới trước 2 tuần đầu sau gãy xương GMCT 82,4%, thuận lợi cho điều trị phẫu thuật. Đặt nẹp ở nhiều hơn 3 vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất 82,4% do gãy nhiều đường. Kết quả điều trị phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít: Kết quả sau 3-6 tháng đánh giá chung về thẩm mỹ và chức năng là tốt lên tới: 94,5%.

Từ khóa: Gãy xương GMCT; Kết hợp xương nẹp vít

SUMMARY

THE RESULTS OF THE TREATMENT ZYGOMATIC FRACTURES AT VIET TIET HOSPITAL HOSPITAL

Aiming to go into the synthesis to fully and systematically evaluate the results of the surgical treatment of zygomatic fracture followed by mini-plate. Through a study of 91 patients with zygomatic fracture at the Odonto and Stomatology of Huu Nghi Viet Tiet Hospital Hai Phong in 2019-2020, found that: epidemiological characteristics: Age: working ages 21 to 40 account for the most (60,5%); Gender: Men are 10 times more than women; is showing the harmful effect to social

Clinical features: more closed fracture (63.7%). Combination injury: the most common is maxillary sinus fracture (80.2%). Morphology on the radiograph: the most common is fracture of zygomatic process (33%). The rate of fracture over 3 lines 79,1% show the serious trauma happened.

Surgical treatment: The time from the accident to 2 weeks after the fracture is 82.4%, is an advantage for surgeon treatment. The numbers of mini plate is from 3 positions have the highest cases 82,4%. Result of mini plate treatment method: the evaluation about esthetic and function after 3-6 months is good evaluation: 94.5%.

Keywords: Zygomatic fractures; Miniplate surgeon

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một tai nạn thường gặp trong đời sống hàng ngày, trong đó xương gò má là một xương được coi là lá

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: nmtuan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

chấn của mặt, dễ chấn thương.

Xương gò má góp phần tạo dựng nên đặc điểm khuôn mặt của mỗi người, gây xương gò má ảnh hưởng tới thẩm mỹ và nhiều chức năng cơ bản như: nhai, phát âm, nhìn và các di chứng thứ phát. Trong điều kiện hiện nay việc điều trị gãy xương gò má, cung tiếp di lệch ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng đòi hỏi phải phẫu thuật chỉnh hình. [1].

Chúng tôi chọn đề tài: *“Đánh giá kết quả điều trị gãy xương gò má-cung tiếp tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp”*, với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, xquang gãy xương gò má-cung tiếp của bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp 2019-2020.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật có định gãy xương gò má-cung tiếp bằng nẹp vít hợp kim ở những bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán là gãy xương gò má-cung tiếp, được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện.

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: các bệnh nhân điều trị tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 11/2019 tới tháng 11/2020.

(chúng tôi thu thập được n=91 bệnh nhân).

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm dịch tễ học: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương

+ Đặc điểm hình thái trên kết quả Xquang gãy xương gò má-cung tiếp.

+ Điều trị gãy xương GMCT: phương pháp điều trị được sử dụng tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là phẫu thuật với hệ thống cố định là nẹp vít hợp kim có thể có gia cố chỉ thép chống xoay, giữ mảnh nhỏ.

+ Kết quả điều trị: dựa vào tiêu chí đánh giá kết quả điều trị gãy XGMCT của Lâm Ngọc Ân (Viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh) và Nguyễn Quốc Trung (Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội) theo 3 phương diện giải phẫu, thẩm mỹ, chức năng với 3 mức tốt, khá, xấu. [1]

- Các thông tin của Phiếu nghiên cứu được nhập liệu trên bảng tính Excel của phần mềm Microsoft Office 2016. Xử lý số liệu bằng bảng thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

3.1.1. Phân bố theo giới:

Trong thống kê này cho thấy: tỷ lệ chấn thương gãy xương gò má cung tiếp-cung tiếp tại Khoa Răng hàm mặt bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng xảy ra ở nam giới (91,2%) cao hơn gấp 10 lần so với ở nữ giới (8,8%).

3.1.2. Phân bố theo nhóm tuổi:

Tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp cao nhất ở lứa tuổi 21-30 (34,1%), kế đến ở lứa tuổi 31-40 (26,4%). Vậy lứa tuổi lao động chính từ 21 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ lớn 60,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng chấn thương

3.2.1. Phân bố theo hình thái lâm sàng

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp vào điều trị thuộc hình thái chấn thương là 58 bệnh nhân

gãy kín (63,74%) cao gần gấp đôi so với 33 bệnh nhân gãy hở.

3.2.2. Phân bố theo tổn thương phổi hợp

Trong các tổn thương phổi hợp vỡ xoang hàm trên (80,22%), sau đó là gãy kết hợp nhiều xương hàm mặt (40,66%) và cuối cùng là chấn thương sọ não (31,87%). Ít gặp nhất là gãy xương chi trên và chi dưới (8,8%).

3.2.3. Phân bố theo hình thái trên XQ gãy XGMCT

Tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng gãy cung tiếp đơn thuần chiếm tỷ lệ (33%), sau đó là gãy di lệch xoay trong (17,6%) và gãy không di lệch là (16,5%). Gãy phức tạp nhiều đường chiếm ít: 8,7%.

3.2.4. Phân bố số lượng đường gãy XGMCT

Bảng 3.1. Phân bố theo số lượng đường gãy XGMCT

Số đường gãy	Số BN	Tỷ lệ
Một đường gãy	0	0
Hai đường gãy	19	20,9%
Ba đường gãy	47	51,7%
Bốn đường gãy	15	16,5%
Gãy phức tạp dập nát	10	10,9%
Tổng cộng	91	100%

Từ số liệu nghiên cứu thấy: tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp 3 đường chiếm số lượng lớn nhất (51,7%), số lượng đường nhiều dạng dập nát 10,9%.

3.2.5. Phân bố vị trí gãy xương trong các ca gãy XGMCT

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tỷ lệ BN chấn thương tại vị trí cung tiếp (đường nối xương gò má – cung tiếp xương thái dương) chiếm (94,5%). Số lượng đường gãy tại vị trí khớp gò má – hàm trên ít nhất chỉ (64,9%). Gãy vùng quanh ổ mắt là vị trí bờ ngoài ổ mắt (79,1%) và bờ dưới ổ mắt (69,2%).

3.3. Điều trị gãy xương gò má cung tiếp

3.3.1. Thời gian từ sau tai nạn tới lúc phẫu thuật:

Số ca điều trị trước phẫu thuật là từ 4-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (76,9%), tiếp đến là các ca từ 15-30 ngày (17,6%), còn từ 3 ngày trở xuống là ít nhất (5,5%). Không có ca nào tới sau 30 ngày trong nghiên cứu này.

3.3.2. Phân bố ca bệnh theo vị trí và số nếp kết hợp xương:

Vị trí được kết hợp xương nhiều nhất là cung tiếp (81,3%), sau đó là bờ dưới ổ mắt (63,7%), ít nhất là khớp gò má-hàm trên (52,7%). Trên cơ sở thực tế trong phẫu thuật một bệnh nhân có thể được kết hợp xương ở 1, 2, 3 hoặc 4 vị trí tùy theo chấn thương gãy cụ thể.

3.4. Kết quả điều trị chấn thương xgmct:

3.4.1. Kết quả điều trị sau 3 - 6 tháng sau BN ra viện:

Bảng 3.2. Đánh giá về giải phẫu, thẩm mỹ, chức năng sau 3-6 tháng

Kết quả ra viện	Giải phẫu		Thẩm mỹ		Chức năng	
	N	%	N	%	N	%
Tốt	86	94,5%	80	87,9%	86	94,5%
Khá	5	5,5%	11	12,1%	5	5,5%
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng số	91	100%	91	100%	91	100%

Kết quả điều trị chung sau 3-6 tháng cũng cho thấy tỷ lệ đánh giá lành thương sau điều trị là tốt tới 94,5%. Kết quả kém là 0%.

3.5. Mối liên quan giữa kết quả điều trị với một số yếu tố

3.5.1. Liên quan với thời gian trước phẫu thuật

Bảng 3.3. Liên quan với thời gian trước phẫu thuật với kết quả điều trị

Thời gian		Tốt	Khá	OR	95%CI của OR	P
Từ 1 đến 3 ngày n=5 (100%)	n	5	0	0	0,00-0,24	<0,001
	%	100%	0%			
Từ 4 đến 15 ngày n=70 (100%)	n	69	1			
	%	98,6%	1,4%			
Từ 15 đến 30 ngày n=16 (100%)	n	12	4			
	%	75%	25%			

Nghiên cứu thấy rằng các bệnh nhân đến viện sớm trong vòng 3 ngày đầu và trong vòng 2 tuần sau tai nạn gãy phức xương GMCT có kết quả điều trị tốt hơn nhiều so với bệnh nhân đến muộn hơn, tỷ lệ có kết quả điều trị tốt có khác biệt rõ ràng (với $p < 0,001$).

3.5.2. Liên quan với số đường gãy xương:

Bảng 3.4. Liên quan với số đường gãy xương với kết quả điều trị

Thời gian		Tốt	Khá	OR	95%CI của OR	P
Dưới 2 đường n=19 (100%)	n	19	0	3,12	1,63-7,22	<0,001
	%	100 %	0%			
Từ 3 đến 4 đường n=62 (100%)	n	61	1			
	%	98,4%	1,6%			
Gãy phức tạp dập nát n=10 (100%)	n	6	4			
	%	60%	40%			

Nghiên cứu chỉ ra các bệnh nhân gãy xương GMCT có số đường gãy càng ít thì điều trị kết quả có tỷ lệ điều trị tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhân gãy nhiều hơn 5 đường, dập nát ($p < 0,001$).

3.5.3. Liên quan với số nếp vết khi phẫu thuật

Bảng 3.5. Liên quan với số nẹp với kết quả điều trị

Số nẹp		Tốt	Khá	OR	95%CI của OR	P
Từ 1-4 nẹp	n	66	1	7,21	3,34-11,45	<0,001
	%	98,5%	1,5%			
Từ 5 nẹp trở lên	n	20	4			
	%	83,3%	16,7%			

Từ so sánh trên chúng tôi thấy những bệnh nhân khi phẫu thuật phải cố định ít hơn 5 nẹp có tỷ lệ kết quả điều trị tốt nhiều hơn rõ rệt các bệnh nhân phải cố định nhiều hơn 5 vị trí. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học:

Chấn thương xảy ra ở nam cao gấp 10 lần so với số ca nữ giới đồng thời lứa tuổi lao động vàng từ 21 đến 40 tuổi chiếm 60,5% các ca chấn thương. Đây là lứa tuổi tham gia các hoạt động xã hội nhiều nhất, thường xuyên tham gia giao thông, là tuổi lao động chính nên tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp là cao nhất sẽ ảnh hưởng đến nhân lực xã hội, yêu cầu điều trị thẩm mỹ cao. Kết quả này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu lứa tuổi tổng từ 18-39 của Hoàng Tiến Công (2016) với 58 ca là 75,9% [2], và Đặng Xuân Lộc (2015) với 112 ca là 73,2% [3]

4.2. Đặc điểm lâm sàng chấn thương:

Phân loại Gãy kín (63,74%) cao gần gấp đôi loại còn lại, loại gãy này thuận lợi hơn nhiều trong điều trị, ít nguy cơ sẹo xấu, nhiễm trùng.

Tổn thương phối hợp vỡ xoang hàm trên là phổ biến nhất (80,22%), một bệnh nhân có

thể bị nhiều tổn thương phối hợp hoặc chỉ đơn lẻ.

Hình thái xquang gãy cho thấy hay gặp gãy cung tiếp do là tiếp điểm yếu, mảnh dễ gãy trong cả va đập trực tiếp cũng như đòn lực.

Số lượng đường gãy 3 đến 5 đường chiếm 79,1%, số lượng đường nhiều dạng dập nát do va chạm trực tiếp quá mạnh, bn tới với chấn thương nặng cũng chiếm tới 10,9%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh [5] nghiên cứu với tỷ lệ bn có 3, 4 đường gãy chiếm đa số với 73,2% ($p < 0,05$).

Về vị trí gãy xương chúng tôi thấy tỷ lệ vị trí cung tiếp là lớn nhất chiếm đại đa số ca (94,5%) điều trị tại khoa răng hàm mặt bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Các kết quả này khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Hồng Minh [5] nghiên cứu trên 108 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung Ương Huế

Vị trí gãy	Nguyễn Thị Hồng Minh	Nguyễn Minh Tuấn
Gò má – Thái dương	87,9%	94,5%
Bờ dưới ổ mắt	86,1%	79,1%
Bờ ngoài ổ mắt	74,1%	69,2%
Khớp gò má – hàm trên	45,3%	69,4%

4.3. Điều trị gãy gò má cung tiếp:

Mục đích của điều trị gãy phức tạp xương GMCT là phục hồi lại chức năng, thẩm mỹ, làm các đầu gãy liền đúng vị trí và đảm bảo 3 yêu cầu:

- Nắn chỉnh lại xương gãy
- Cố định xương gãy trực tiếp hay gián tiếp
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra

Cả 3 yêu cầu có liên quan thứ tự mật thiết với nhau. [6]

Trong nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân đều được cố định xương bằng hệ thống nẹp vít với nhiều đường rạch do nhiều tổn thương gãy phức tạp.

4.3.1. Thời gian từ sau tai nạn tới lúc phẫu thuật:

Bệnh nhân được điều trị trong thời gian từ qua 3 ngày đến 2 tuần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (76,9%) có thể thấy do đặc thù của bệnh viện tuyến khu vực như địa điểm nghiên cứu sẽ đón BN sau các sơ cứu tuyến dưới (quận, huyện, bệnh viện hạng 2 khác) thường sẽ qua vài ngày đầu với thủ tục vận chuyển bệnh nhân lên trên điều trị hoặc do quá trình theo dõi các chấn thương nguy hiểm hơn đặc biệt như chấn thương sọ não tại chuyên khoa Ngoại sọ não rồi mới chuyển về điều trị vùng hàm mặt khi sọ não ổn định. Tỷ lệ này tương tự các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thế Hạnh 89,7% [3], Nguyễn Thị Hồng Minh 77,7% [5] ($p < 0,05$)

4.3.2. Phân bố ca bệnh theo vị trí và số nẹp kết hợp xương:

Thống kê của nghiên cứu chúng tôi thấy: Số lượng nẹp dùng trên 1 bệnh nhân gãy XGMCT trong đa số trường hợp là 3-4 nẹp với 51 ca (56,0%). Nghiên cứu chúng tôi tương đồng quan điểm điều trị đặt nẹp vít xương ưu tiên vững ổn lành thương (đa số ca

dùng 3-4 nẹp) của tác giả Nguyễn Thế Hạnh [3], Trần Phan Chung Thủy [7] và có khác với nghiên cứu Nguyễn Thị Hồng Minh [5] với quan điểm tiết kiệm chi phí do nẹp vít đắt hơn chỉ thép, định cố định nên cố gắng chỉ dùng chủ yếu là 1-2 nẹp.

4.4. Kết quả điều trị chấn thương xgmct:

Sau 3-6 tháng tỷ lệ đánh giá về giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng sau điều trị là tốt tới 94,5%, cũng tương đồng với Hoàng Tiến Công là 93,1% [2], Nguyễn Thị Hồng Minh 95,4% [5]. Không có bệnh nhân nào xếp loại kết quả kém.

4.5. Mối liên quan kết quả điều trị với một số yếu tố

Liên quan đến thời gian trước phẫu thuật thấy: Bệnh nhân đến viện muộn qua tuần thứ hai sau tai nạn kết quả điều trị tốt chỉ còn 75% còn lại chỉ có đánh giá điều trị là khá chiếm 25% số ca nghiên cứu.

Liên quan với số đường gãy: cho thấy các bệnh nhân gãy xương GMCT có số đường gãy ít dưới 4 đường có khả năng điều trị tốt hơn gấp nhiều lần các bệnh nhân gãy phức tạp xương GMCT dập nát với 95%CI=1,63-7,22.

Liên quan với số nẹp vít khi phẫu thuật: Những bệnh nhân khi phẫu thuật chỉ cần cố định ít từ 1-4 nẹp vít so với các ca phải sử dụng từ 5 nẹp cố định xương có khả năng có kết quả điều trị tốt hơn qua tính toán thấy kết quả điều trị trong nhóm bị đánh giá chỉ ở mức khá ít hơn 11,1 lần các bệnh nhân phải cố định nhiều hơn 5 vị trí với 95%CI=3,34-11,45.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 91 bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp tại khoa Răng Hàm-Mặt

bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng trong năm 2019-2020, rút ra được một số điểm kết luận như sau:

4.1. Đặc điểm chung:

- Tuổi: lứa tuổi lao động chính (21-40) chiếm nhiều nhất
- Nam giới (91,2%) cao hơn gấp 10 lần so với ở nữ giới (8,8%).

4.2. Đặc điểm về lâm sàng:

- Đau chói khi ấn điểm gãy 100%. Triệu chứng bầm quanh ổ mắt 76,9%, biến dạng sưng nề gò má 83,5%, chảy máu mũi sau chấn thương (67,3%)
- Tổn thương phối hợp hay gặp là vỡ xoang hàm trên 80,2%. Cần chú ý trong đó có 31,9% có các sang chấn cơ năng và thực thể tới sọ não

4.3. Đặc điểm về Xquang:

- Phân loại: Gãy xương GMCT phức tạp, với tỷ lệ 8,7%, gãy đơn thuần cao 33%)
- Tỷ lệ gãy nhiều từ 3 đường xương GMCT là đa số: 3 đường 51,7%, 4 đường 16,5% và nhiều hơn, đập nát là 10,9%

4.4. Điều trị phẫu thuật gãy XGMCT:

- Thời gian từ tai nạn tới trước 2 tuần đầu tiên sau gãy xương GMCT 82,4%, bn vào viện trễ từ tuần thứ hai tới trước 30 ngày là 17,6%
- Đặt nẹp ở 3-4 vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất 56%, cố định tại đến 5 nẹp 26,4%

4.5. Kết quả điều trị:

- Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít:
- Kết quả điều trị sau 3-6 tháng Tốt: 94,5%; Khá: 5,5%; Kém: 0,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Ngọc Ân. (2001).** “Một số ý kiến bổ sung trong cách phân loại gãy xương khối

mặt”, Tạp chí Y học Việt Nam, 264 (10), Trg 132 -136

2. **Hoàng Tiến Công, Vũ Ngọc Tú và cs (2016),** “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương gò má tại Khoa Răng hàm mặt – Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên”, Bản tin Y dược học miền núi số 1 năm 2016, Trang 01 -06
3. **Nguyễn Thế Hạnh (2006),** “Nhận xét lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít”, Luận văn Thạc sĩ y học Trường Đại học Răng Hàm Mặt.
4. **Đặng Xuân Lộc (2015),** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương gò má cung tiếp tại Bệnh viện quân y 121”, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh viện quân y 121 năm 2015. Trang 26 - 33.
5. **Nguyễn Thị Hồng Minh (2008),** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy kín phức tạp xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít”, Luận án chuyên khoa cấp II Trường đại học Y dược Huế
6. **Trần Ngọc Quảng Phi - Nguyễn Tài Sơn (2015),** “Gãy phức hợp gò má từ phân loại đến điều trị”, Nhà xuất bản Y Học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Trần Phan Chung Thủy (2014),** “Tình hình chấn thương gãy xương gò má tại khoa tai mũi họng Bệnh viện Chợ rẫy”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18, Phụ bản số 2/2014. Trang 355 – 360.
8. **Nguyễn Quốc Trung (1997),** “Nghiên cứu hình thái lâm sàng, phương pháp điều trị gãy xương gò má cung tiếp tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội 1993-1997”, Luận văn Thạc sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC CHO BỆNH NHÂN LAO TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG NĂM 2019

**Đỗ Thị Bích Diệp*, Phạm Văn Trường*,
Trương Đình Phong*, Nguyễn Thị Thu Phương***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên. Hiện nay, bệnh lao thực sự trở thành gánh nặng cho toàn cầu, bệnh vượt qua tầm kiểm soát của nhiều nước trên thế giới. Cung ứng thuốc điều trị lao an toàn đầy đủ, kịp thời là một trong những nhiệm vụ trong chiến lược phòng chống lao quốc gia.

Mục tiêu: Đề tài được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát danh mục thuốc sử dụng cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019 và khảo sát hoạt động bảo quản, cấp phát và sử dụng thuốc cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm báo cáo tổng kết cuối năm của bệnh viện, tổng kết công tác được; danh mục thuốc sử dụng năm 2019; báo cáo xuất nhập tồn hàng quý của năm 2019 tại khoa Dược, hoạt động bảo quản và cấp phát, sử dụng thuốc.

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu, thông qua thu thập các quy trình, tài liệu liên quan đến hoạt động lựa chọn, mua sắm, cấp phát và sử dụng thuốc, báo cáo tổng kết khoa dược, bệnh viện trong năm 2019.

Kết quả: Có 16 thuốc điều trị lao được sử dụng, trong đó các thuốc điều trị lao hàng 1 toàn bộ đều được sản xuất trong nước, các thuốc điều

trị lao hàng 2 phần lớn được nhập khẩu. Thuốc có số lượng DDD sử dụng cao nhất là Rifampicin (27,99%). Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước chiếm tỷ trọng cao nhất (73,97%). Hoạt động bảo quản được thực hiện theo nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”. Nhóm A chỉ chiếm 20,2% số hàng dự trữ nhưng chiếm tới 80% tổng giá trị của kho. Hoạt động cấp phát thuốc cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú, cấp phát thuốc trong chương trình chống lao cho tuyến huyện, xã được tuân thủ đúng theo quy trình. Hoạt động thông tin thuốc có được triển khai chủ yếu là thông tin về danh mục thuốc bệnh viện, nhắc nhở cách bảo quản thuốc...

Kết luận: Hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện luôn đảm bảo an toàn, đảm bảo, kịp thời phục vụ cho công tác điều trị cho bệnh nhân lao. Các hoạt động thông tin thuốc đang được triển khai nhằm cung cấp các thông tin cho cán bộ y tế.

Từ khóa: cung ứng thuốc, điều trị, bệnh lao

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF MEDICINE SUPPLY ACTIVITIES FOR LABOR PATIENTS IN HAI PHONG LUNG HOSPITAL IN 2019

Background: Tuberculosis is an infectious disease caused by the tuberculosis bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Currently, tuberculosis really becomes a burden on the world, the disease is beyond the control of many countries around the world. Adequate and timely safe provision of TB medicines is one of the tasks in the national TB prevention strategy.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Bích Diệp

Email: bichdiepdhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Purpose: The topic is implemented with 2 goals: Survey of drug list used for TB patients at Hai Phong Lung Hospital in 2019 and survey of activities of storage, dispensing and use of drugs for TB patients at Hai Phong Hospital Lung Disease in 2019.

Materials and methods:

- Materials include the hospital's year-end summary report, pharmaceutical work review; the list of medicines used in 2019; Quarterly report on import-export inventory for 2019 at the Faculty of Pharmacy, activities of storage, distribution and use of drugs.

- Methods: retrospective description, through the collection of procedures and documents related to drug selection, procurement, dispensing and use activities, and final reports on pharmacy and hospital departments in 2019.

Results: There were 16 medicines used for TB treatment, of which the first-line TB medicines were all manufactured domestically, the second-row TB medicines were mostly imported. The drug with the highest amount of DDD used is Rifampicin (27.99%), with the highest proportion of state budget funding (73.97%). Storage activities are implemented according to the principle of "Good storage practices". Group A accounts for only 20.2% of the inventory but accounts for 80% of the total value of the warehouse. Inpatient and outpatient medicine dispensing and drug delivery in the district and commune anti-tuberculosis program were followed strictly according to the process. Drug information was deployed mainly information on hospital drug list, reminders on how to preserve drugs.

Conclusion: Drug supply activities in hospitals always ensure safety, assurance and timely service for the treatment of TB patients. Drug information activities are being implemented to provide information for health workers.

Keywords: drug supply, treatment, tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 80 – 85% tổng số ca bệnh) [3], [5]. Hiện nay, bệnh lao thực sự trở thành gánh nặng cho toàn cầu, bệnh vượt qua tầm kiểm soát của nhiều nước trên Thế giới [2]. Năm 2018, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã có ước tính 10,4 triệu trường hợp mắc lao mới (tương đương 28.500 BN/ngày). Ở Việt Nam, gánh nặng bệnh lao vẫn còn đang rất nặng nề, đứng thứ 16 trong 30 nước có số bệnh nhân lao cao nhất thế giới và xếp thứ 15/30 nước có tình hình đa kháng và siêu kháng lao cao [6].

Bệnh viện Phổi Hải Phòng là một bệnh viện chuyên khoa hạng II cấp thành phố, đã hoàn thành các mục tiêu của chương trình chống lao về đảm bảo cung ứng đầy đủ thuốc men, trang thiết bị y tế, phương tiện chẩn đoán cho Bệnh viện và các đơn vị trong mạng lưới chống lao ở Hải Phòng.

Cung ứng thuốc an toàn, đầy đủ và kịp thời là một trong những nhiệm vụ quan trọng để đảm bảo hiệu quả sử dụng thuốc, trong đó có thuốc điều trị lao trong chương trình phòng chống lao quốc gia [4], [1]. Tại Hải Phòng, chưa có nghiên cứu về hoạt động cung ứng thuốc điều trị lao. Vì vậy, xuất phát từ yêu cầu thực tế trên và dựa trên lý thuyết của khoa học quản lý, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Thực trạng hoạt động cung ứng cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019”* với mục tiêu:

● *Khảo sát danh mục thuốc sử dụng cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019.*

● *Khảo sát hoạt động bảo quản, cấp phát và sử dụng thuốc cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Báo cáo tổng kết cuối năm của bệnh viện, tổng kết công tác dược; danh mục thuốc sử dụng của bệnh viện từ 01/01/2019 – 31/12/2019; báo cáo xuất nhập tồn hàng quý của năm 2019 tại khoa Dược; hoạt động bảo quản và cấp phát, sử dụng thuốc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/01/2019 – 31/12/2020.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Hải Phòng, Số 568 Trần Tất Văn, Phường Tràng Minh, Quận Kiến An, Thành phố Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu thông qua thu thập các quy trình, tài liệu liên quan đến hoạt động lựa chọn, mua sắm, cấp phát và sử dụng thuốc, báo cáo tổng kết khoa dược, bệnh viện trong năm 2019.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khảo sát danh mục thuốc sử dụng cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019.

3.1.1. Danh mục thuốc điều trị lao năm 2019

a. *Cơ cấu danh mục thuốc và giá trị sử dụng theo nhóm tác dụng dược lý*

Danh mục thuốc chung năm 2019 có tổng 15 nhóm tác dụng dược lý: nhóm thuốc điều trị lao có số lượng nhiều thứ hai (16 thuốc, 13,91%). Về giá trị sử dụng, nhóm thuốc điều trị lao chiếm tỷ lệ lớn nhất (6.384.145.830 VNĐ chiếm 35,00%).

b. *Nhóm thuốc điều trị lao trong cơ cấu thuốc theo biệt dược gốc và generic*

Thuốc generic có giá trị 16.057.966.088 VNĐ chiếm 88,04%, biệt dược gốc có giá trị là 2.182.233.316 VNĐ chiếm 11,96%.

c. *Đặc điểm của các thuốc điều trị lao sử dụng tại bệnh viện năm 2019*

Trong các thuốc điều trị lao, các thuốc điều trị lao hàng 1 toàn bộ đều là các thuốc được sản xuất trong nước.

d. *Số lượng DDD các thuốc điều trị lao năm 2019*

Thuốc có số lượng DDD sử dụng cao nhất là Rifampicin (299.422,25 DDD, 27,99%); thứ hai là Ethambutol (294.665,67 DDD, 27,54%); thuốc có số lượng DDD sử dụng thấp nhất là Acid 4- aminosalicylic (198,72 DDD, 0,018%).

3.1.2. Kinh phí mua thuốc điều trị lao

Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước chiếm tỷ trọng cao nhất (4.723.659.752 VNĐ, 73,97%), quỹ toàn cầu cho lao kháng thuốc (1.520.348.875 VNĐ, 23,82%).

3.2. Khảo sát hoạt động bảo quản, cấp phát và sử dụng thuốc cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019

3.2.1. Hoạt động bảo quản, tồn trữ thuốc điều trị lao

a. *Hoạt động bảo quản*

Hệ thống kho dược để bảo quản thuốc

- Diện tích: 3 kho thuốc bao gồm kho thuốc trung ương (kho chính) (25m²), kho thuốc nội trú (kho lẻ) (30m²) và kho 33 Lê Đại Hành (25m²). Tất cả các kho đều được lát gạch men đảm bảo vệ sinh, rộng rãi, thoáng mát, kho được xếp chính giữa các khoa, thuận tiện cho các khoa lâm sàng đến lĩnh thuốc.

- Trang thiết bị: Các kho thuốc được trang bị đầy đủ trang thiết bị phục vụ hoạt động cung ứng thuốc: điều hòa, quạt, tủ lạnh, bình cứu hỏa, tủ kệ đựng thuốc, nhiệt ẩm kế....với tình trạng hoạt động tốt, đáp ứng yêu cầu cho việc bảo quản.

b. Kiểm tra chất lượng bảo quản tại kho

Khoa Dược đã thực triển khai nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”, được đánh giá tốt bao gồm các nội dung: Nhiệt độ ngày trong kho từ 25 - 27°C, độ ẩm trong ngày từ 65-70%, bình chữa cháy, 3 kiểm tra – 3 đối chiếu, 5 chống.

3.2.2. Tồn trữ thuốc điều trị lao

Phân tích ABC cho thuốc điều trị lao tồn kho

Các thuốc trong nhóm thuốc A, B, C bao gồm:

- Nhóm A: Rifampicin 150mg (viên), Tuber (viên), Turbezid (viên).

- Nhóm B: Ethambutol 400mg (viên), Pyrazinamid 500 mg (viên), Isoniazid 300 mg (viên), Streptomycin 1g (lọ), Levofloxacin 500 mg (viên).

- Nhóm C: Moxifloxacin 400mg (viên), Kanamycin 1g (ống), Clofazimin 100mg (viên), Linezolid 600mg (viên), Prothionamid 250mg (viên), Cycloserin 250 mg (viên), Levofloxacin 250 mg (viên), Acid 4- aminosalicyclic 5.52 g (gói).

Nhóm A chỉ chiếm 20,2% số hàng dự trữ nhưng chiếm tới 80% tổng giá trị của kho. Nhóm B chỉ chiếm 31,7% số hàng dự trữ và 17% tổng giá trị của kho. Nhóm C chiếm 48,1% số hàng dự trữ và 3% tổng giá trị của kho.

• Phân tích thuốc điều trị lao tồn kho theo quý

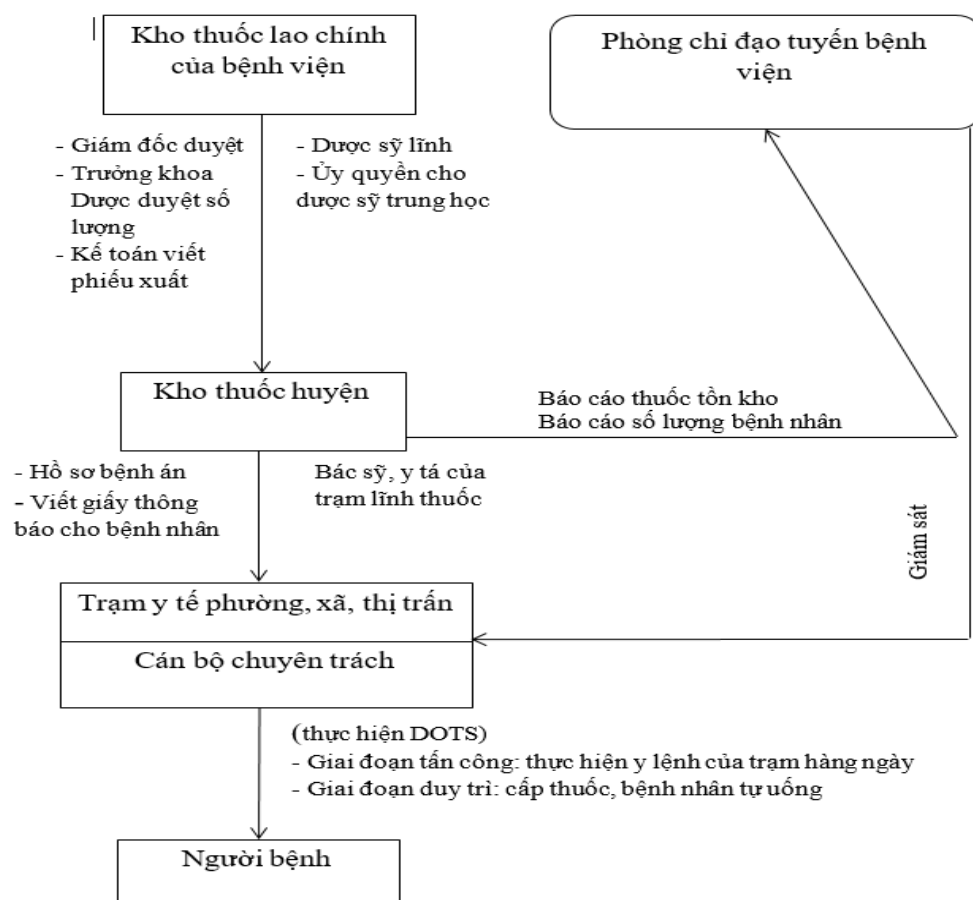
Bảng 3.1. Giá trị của thuốc điều trị lao tồn kho năm 2019

STT	Quý	Số lượng tồn kho cuối quý (Đv:1.000 VNĐ) (1)	Lượng sử dụng trung bình một tháng trong quý (Đv:1.000 VNĐ) (2)	Thời gian sử dụng thuốc dự trữ (tháng) (3)= (1)/(2)
1	Quý I	1.377.889	363.238	3,8
2	Quý II	1.030.497	346.404	3,0
3	Quý III	1.231.622	410.847	3,0
4	Quý IV	1.443.298	481.965	3,0

3.2.3. Hoạt động cấp phát thuốc

a. Cấp phát thuốc điều trị lao cho tuyến huyện

- Quy trình cấp phát thuốc tuyến huyện



Hình 3.1. Quy trình cấp phát thuốc điều trị lao cho tuyến huyện

- Hoạt động phân phối thuốc điều trị lao cho các khu vực trọng Hải Phòng

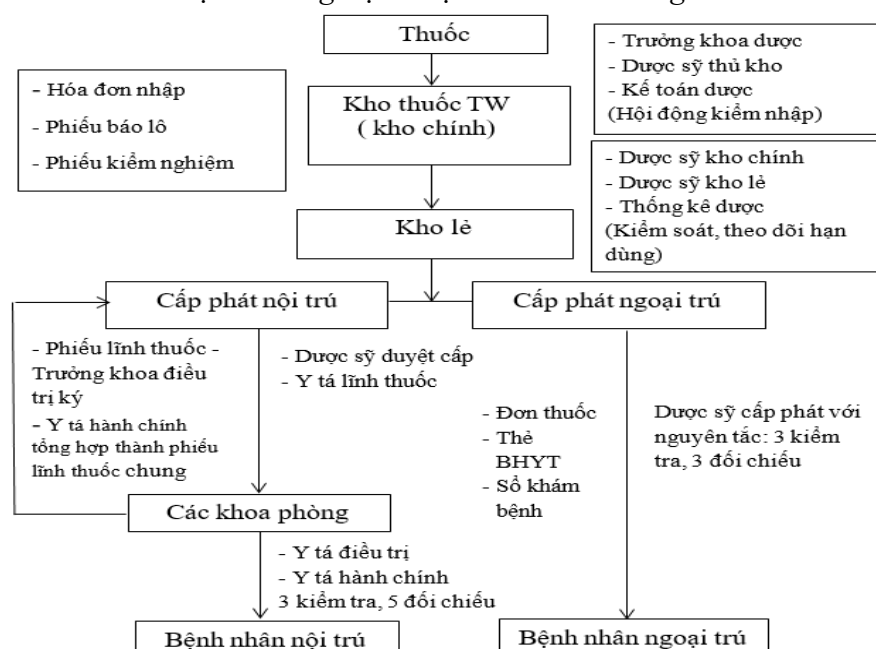
Hoạt động phân phối thuốc cho các khu vực trong Hải Phòng khá đồng đều, không có sự chênh lệch lớn giữa khu vực nội thành và ngoại thành.

Bảng 3.2. Phân phối thuốc điều trị lao cho các khu vực của Hải Phòng

STT	Thuốc	Khu vực	Nội thành		Ngoại thành	
			Số lượng	Giá trị (VNĐ)	Số lượng	Giá trị (VNĐ)
1	Pyrazinamid 500 mg (viên)		34.755	47.127.780	46.792	63.449.952
2	Rifampicin 150 mg (viên)		9.025	9.593.575	31.959	33.972.417
3	Streptomycin 1g (lọ)		4.758	20.449.884	5.411	23.256.478
4	Turbezid (viên)		107.869	280.459.400	125.708	326.840.800
5	Tuber (viên)		371.727	557.590.500	406.537	609.805.500
6	Ethambutol 400mg (viên)		449.740	425.004.300	381.123	360.161.235

7	Isoniazid 300 mg (viên)	102.728	43.145.760	30.995	13.017.900
8	Levofloxacin 500mg (viên)	1.140	2.154.600	4.139	7.822.710
9	Levofloxacin 250 mg (viên)	34.353	30.986.406	43.857	39.559.014
10	Moxifloxacin 400mg (viên)	1.903	21.734.163	1.572	17.953.812
11	Kanamycin 1g (ống)	4.035	231.173.220	4.054	232.261.768
12	Cycloserin 250 mg (viên)	19.175	126.190.675	22.086	145.347.966
13	Prothionamide 250mg (viên)	27.280	56.851.520	27.005	56.278.420
14	Linezolid 600mg (viên)	1.474	51.681.388	233	8.169.446
15	Acid 4-aminosalicylic 5,52	568	17.363.760	60	1.834.200
16	Clofazimine 100mg (viên)	1.285	31.664.970	417	10.275.714
Tổng			1.953.171.901		1.950.007.332

b. Cấp phát thuốc điều trị lao trong Bệnh viện Phổi Hải Phòng



Hình 3.2. Quy trình cấp phát thuốc chống lao tại bệnh viện

Quy trình cấp phát thuốc điều trị lao tuân thủ quy trình chung của bệnh viện.

3.2.4. Sử dụng thuốc tại bệnh viện

Hoạt động giám sát chỉ định chưa được triển khai rộng rãi, dược sỹ có vai trò không nhiều trong việc sử dụng thuốc tại khoa lâm sàng.

Khoa Dược duyệt phiếu lĩnh thuốc nội trú hằng ngày nhằm quản lý số lượng và chủng loại thuốc xuất ra khỏi kho. Các khoa lâm sàng tổng hợp số phiếu lĩnh tại khoa vào một phiếu lĩnh thuốc chung, mang đến khoa Dược để lĩnh thuốc.

Hoạt động thông tin thuốc chủ yếu là thông tin về danh mục thuốc bệnh viện. Năm 2019, khoa Dược đã nhận thu nhận được 12 trường hợp báo cáo ADR được nhân viên của khoa tập hợp lại và gửi lên Trung tâm quốc gia về thông tin và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Danh mục thuốc điều trị lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2019

Tổng số thuốc điều trị lao là 16 thuốc (chiếm tỷ lệ 35% giá trị sử dụng). Các thuốc điều trị lao hàng 1 toàn bộ đều được sản xuất trong nước. Thuốc có số lượng DDD sử dụng cao nhất là Rifampicin (27,99%). Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước chiếm tỷ trọng cao nhất (73,97%), nguồn kinh phí từ ngân sách địa phương chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,19%).

4.2. Hoạt động bảo quản, tồn trữ, cấp phát và sử dụng thuốc điều trị lao

Hoạt động bảo quản được thực hiện theo nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”. Nhóm A chỉ chiếm 20,2% số hàng dự trữ nhưng chiếm tới 80% tổng giá trị của kho. Nhóm B chỉ chiếm 31,7% số hàng dự trữ và 17% tổng giá trị của kho. Nhóm C chiếm

48,1% số hàng dự trữ và 3% tổng giá trị của kho. Hoạt động cấp phát thuốc cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú, cấp phát thuốc trong chương trình chống lao cho tuyến huyện, xã được tuân thủ đúng theo quy trình xây dựng. Hoạt động thông tin thuốc có được triển khai chủ yếu là thông tin về danh mục thuốc bệnh viện....

V. KIẾN NGHỊ

Với Bệnh viện cần tăng cường sự phối hợp giữa khoa Dược và các khoa lâm sàng để đảm bảo sử dụng thuốc điều trị lao an toàn cho bệnh nhân. Trong quá trình điều trị, cần nhắc sự ưu việt của từng loại thuốc điều trị lao, từ đó đưa ra ý kiến để góp phần xây dựng danh mục thuốc cho CTCLQG ngày càng hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài chính (2018), "Quy định quản lý và sử dụng kinh phí sự nghiệp thực hiện Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020, ban hành kèm theo Thông tư số 26/2018/TT-BTC ngày 21/03/2018.", pp.
2. Bình Nguyễn Thanh Bình (2015), Dịch tễ được học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp. 23-24.
3. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao", pp. 1.
4. Bộ Y tế (2011), "Thông tư 22/2012/TT-BYT Quy định tổ chức và hoạt động của khoa dược bệnh viện", pp.
5. Bộ Y tế (2009), "Hướng dẫn quản lý bệnh lao", Chương trình phòng chống lao quốc gia, pp.
6. WHO (2019), Global tuberculosis report, Retrieved, from.

MÔ TẢ CHIẾN LƯỢC MARKETING HỖN HỢP CỦA CÔNG TY TNHH NOVOPHARM GIAI ĐOẠN 2016 - 2019

Phạm Văn Trường*, Đỗ Thị Bích Diệp*,
Trương Đình Phong*, Nguyễn Thị Thu Phương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Marketing đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động của nhà sản xuất kinh doanh [2]. Marketing trong lĩnh vực Dược phẩm khác với những ngành khác, nó chịu tác động bởi các quy luật đặc thù của ngành Dược và các văn bản quy phạm pháp luật của ngành [1].

Mục tiêu: Đề tài được thực hiện với 2 mục tiêu: Mô tả các chiến lược marketing hỗn hợp của công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 – 2019 và nhận xét kết quả hoạt động kinh doanh của công ty TNHH Novopharm sau khi áp dụng chiến lược marketing hỗn hợp thông qua một số chỉ tiêu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm báo cáo tài chính, báo cáo hoạt động kinh doanh và danh mục sản phẩm và giá sản phẩm, danh mục đại lý phân phối của công ty TNHH Novopharm trong giai đoạn 2016 - 2019

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu cắt ngang, thu thập thông tin.

Kết quả: Đến năm 2019, công ty có tổng cộng 37 sản phẩm, phát triển theo cả 3 chiều: chiều dài, chiều rộng, chiều sâu. Công ty áp dụng linh hoạt các chiến lược giá: chiến lược giá linh hoạt, chiến lược giá khuyến mãi, chiến lược giá xâm nhập, chiến lược giá và được phân phối theo 2 kênh: kênh trực tiếp và kênh gián tiếp. Ngoài ra, công ty đã sử dụng các công cụ xúc tiến và hỗ

trợ kinh doanh như quảng cáo, quà tặng, kích thích tiêu thụ, quan hệ công chúng... Doanh thu của công ty tăng mạnh qua các năm, doanh thu cao nhất vào năm 2019 đạt 29324,99 triệu đồng.

Kết luận: Công ty sử dụng đa dạng 4 chiến lược trong marketing hỗn hợp và đạt được doanh thu tăng mạnh trong 4 năm.

Từ khóa: marketing dược phẩm, chiến lược marketing hỗn hợp, công ty TNHH

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE MIXED MARKETING STRATEGY OF NOVOPHARM COMPANY LIMITED FOR THE PERIOD 2016 - 2019

Background: Marketing plays an important role in the activities of manufacture and trade [2]. Marketing in the pharmaceutical sector is different from other industries, it is influenced by specific laws and legal documents of the pharmacy industry [1].

Purpose: The topic is implemented with 2 goals:

- Description of the mixed marketing strategies of Novopharm Co., Ltd. for the period 2016 – 2019 and comments on business results of Novopharm Co., Ltd after applying a mixed marketing strategy through a number of targets.

Materials and methods:

- Materials: include financial statements, business performance reports, product portfolio and product prices, and the list of distribution agents of Novopharm Co., Ltd. in the period 2016 - 2019.

- Methods: describe retrospective cross-section, collect information.

Results: By 2019, the company has a total of 37 products, developed in all 3 dimensions:

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm: Phạm Văn Trường

Email: truongdhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

length, width, and depth. The company applies flexibly to pricing strategies: flexible pricing strategies, promotional pricing strategies, intrusion pricing strategies, and pricing strategies and is distributed in two channels: direct and indirect channels. In addition, the company has used promotional tools and business support such as advertising, gifts, stimulating consumption, public relations ... The company's revenue has increased sharply over the years, the highest revenue, in 2019 reached 29324.99 million VND.

Conclusion: The company uses four diverse strategies in its marketing mix and has seen a dramatic increase in sales over four years.

Keywords: pharmaceutical marketing, marketing mix strategy, limited company

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Marketing đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động của nhà sản xuất kinh doanh [2], [5]. Marketing trong lĩnh vực Dược phẩm khác với những ngành khác, nó chịu tác động bởi các quy luật đặc thù của ngành Dược và các văn bản quy phạm pháp luật của ngành [1]. Hiện tại các doanh nghiệp trong và ngoài nước đang đồng loạt tham gia cạnh tranh trong chiến lược phát triển ngành Dược Quốc gia năm 2020 và giai đoạn đến năm 2030. Mục tiêu chung của các doanh nghiệp là cung ứng đầy đủ và kịp thời các loại thuốc có nguồn gốc rõ ràng, chất lượng và giá thành hợp lý [4], [6]. Đứng trước sự cạnh tranh ngày càng trở nên khốc liệt, để tồn tại và phát triển, các doanh nghiệp không ngừng đưa ra các chiến lược kinh doanh nói chung và chiến lược marketing nói riêng để đạt được các mục tiêu về doanh số, lợi nhuận, khối lượng sản phẩm và thị phần của mình [3].

Như vậy, mỗi doanh nghiệp đều đặt ra câu hỏi rằng phải sử dụng công cụ marketing - hỗn hợp như thế nào, phối hợp các công cụ làm sao để phát huy hiệu quả tối đa trong

việc phát triển kinh doanh, và mang về nhiều lợi nhuận nhất.

Công ty TNHH Novopharm là một doanh nghiệp mới thành lập được 5 năm, đã và đang dần khẳng định vị thế của mình trong vai trò cung ứng thuốc và thiết bị y tế đến với người dân trên khắp cả nước. Trước môi trường cạnh tranh ngày càng trở nên khốc liệt, để tiếp tục phát triển, công ty luôn phải đổi mới và nâng cao năng lực cạnh tranh của mình.

Để tìm hiểu về các chiến lược marketing của công ty TNHH Novopharm, chúng tôi tiến hành đề tài: “Mô tả chiến lược marketing hỗn hợp của công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019” với các mục tiêu:

- Mô tả các chiến lược marketing hỗn hợp của công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019.

- Nhận xét kết quả hoạt động kinh doanh của công ty TNHH Novopharm sau khi áp dụng chiến lược marketing hỗn hợp thông qua một số chỉ tiêu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Báo cáo tài chính, báo cáo hoạt động kinh doanh của công ty trong giai đoạn 2016 – 2019; Danh mục sản phẩm và giá sản phẩm, danh mục đại lý phân phối trong giai đoạn 2016 - 2019.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: tại trụ sở làm việc của công ty TNHH Novopharm.

- Thời gian nghiên cứu: từ năm 2016 đến năm 2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang thông qua thu thập số liệu được thu thập bằng phương pháp mô tả thông qua cách tiếp

cận thực tế kinh doanh, trao đổi với cán bộ công ty về các hoạt động marketing của công ty và hồi cứu số liệu từ các nguồn tài liệu có sẵn của công ty qua báo cáo, hồ sơ, sổ sách..

2.4. Xử lý số liệu

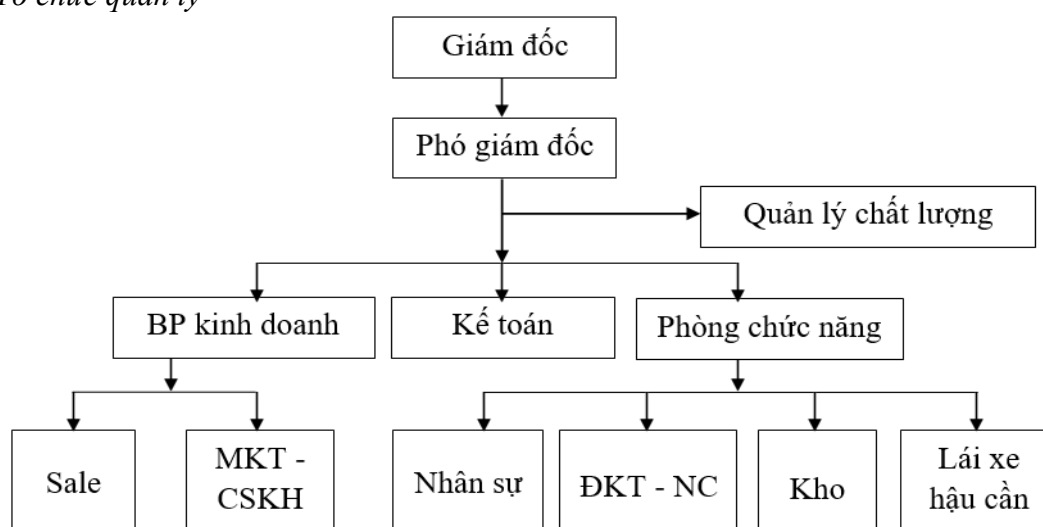
Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả các chiến lược marketing hỗn hợp của Công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019.

3.1.1. Việc thực hiện các quy định về tổ chức quản lý và nhân sự

a. Tổ chức quản lý



Hình 1. Sơ đồ cơ cấu tổ chức của công ty TNHH Novopharm

Công ty TNHH Novopharm đã thiết lập một cơ cấu tổ chức theo chức năng. Trong đó, từng chức năng quản lý được tách riêng do một bộ phận đảm nhiệm, được minh họa bằng sơ đồ tổ chức phù hợp với nhiệm vụ kinh doanh của doanh nghiệp.

b. Nhân sự. Cơ cấu nhân sự của công ty năm 2019 bao gồm 260 nhân viên, trình độ DSDH chiếm tỷ lệ 30,77%, nằm trong ban giám đốc và các bộ phận chủ chốt, chịu trách nhiệm chuyên môn về dược và quản lý điều hành hoạt động kinh doanh của công ty.

3.1.2. Chính sách sản phẩm

Chiến lược phát triển sản phẩm

- Chiến lược phát triển danh mục phẩm theo chiều rộng

Bảng 1: Danh mục phát triển sản phẩm theo chiều rộng năm 2019

STT	Sản phẩm	Tổng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc	17	45,94
2	TPCN	14	37,84
3	MP	3	8,11
4	TBYT	3	8,11
Tổng		37	100

Công ty áp dụng chiến lược tất cả 4 nhóm hàng của công ty, bao gồm: thuốc, thiết bị y tế, mỹ phẩm và thực phẩm chức năng với cộng 37 sản phẩm. Trong đó, nhóm sản phẩm thuốc là nhiều nhất (17 sản phẩm, 45,94%). Mỹ phẩm và thiết bị y tế chiếm tỉ lệ thấp nhất (mỗi loại chiếm 8,11%).

- Danh mục phát triển sản phẩm theo chiều dài

Danh mục phát triển sản phẩm theo chiều dài của công ty đối với nhóm hàng mắt có 4 sản phẩm với các hoạt chất khác nhau. Ngoài ra, công ty còn áp dụng với nhiều nhóm hàng khác như: nhóm sản phẩm dùng trong Sản khoa có 8 sản phẩm, nhóm các sản phẩm dùng trong Nhi khoa có 10 sản phẩm,...

- Danh mục phát triển sản phẩm theo chiều sâu

Với cùng một sản phẩm nhưng công ty đưa ra nhiều sản phẩm với hình thức, hàm lượng khác nhau. Như sản phẩm thuốc nhỏ mắt Novotane Ultra có các loại hình thức là tộp 1ml, hộp 2ml, hộp 5ml, hộp 10ml,...

3.1.3. Chính sách giá

a. Chiến lược một giá:

Việc thực hiện chính sách này giúp cho công ty đảm bảo được uy tín với khách hàng, định giá và quản lý giá dễ dàng. Điều này thực hiện đúng theo nhiệm vụ của marketing được là thuốc bán ra đúng giá.

b. Chiến lược giá khuyến mãi

Hầu hết các mức hỗ trợ bán hàng một số sản phẩm của công ty tại thời điểm tháng 09 năm 2019 đều từ 10 - 15%.

c. Chiến lược giá linh hoạt

Bảng 2: Mức giá một số sản phẩm của công ty (VNĐ)

STT	Sản phẩm	Hoạt chất	Đơn vị	Đơn giá		
				Bán online	Nhà thuốc	Phòng khám
1	Cynamus	Carbocistein	Hộp	60,000	42,000	38,000
2	Oralebic	Fexofenadin hydroclorid	Hộp	130,000	88,000	70,000
3	Novolebic		Hộp	150,000	110,000	94,000
4	Imanok	Isotretinoin	Hộp	100,000	70,000	67,000

3.1.4. Chính sách phân phối

Tổ chức mạng lưới phân phối

Công ty sử dụng phối hợp cả 2 kênh phân phối:

- Kênh phân phối trực tiếp: Sản phẩm của công ty trực tiếp đến tận tay người sử dụng thông qua bộ phận Chăm sóc khách hàng với doanh số tiêu thụ sản phẩm qua kênh này chiếm khoảng 5 - 7% tổng doanh thu.

- Kênh phân phối gián tiếp: Sản phẩm của công ty đến với người sử dụng qua trung gian bán lẻ là các nhà thuốc, quầy thuốc,

bệnh viện, phòng khám, các cơ sở y tế. Doanh thu qua kênh phân phối này chiếm 93 - 95% tổng doanh thu.

Cơ cấu khách hàng: Khách hàng gián tiếp là chủ yếu, trong đó, số lượng quầy thuốc, nhà thuốc chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 54,63% và số lượng khách hàng là kênh bệnh viện chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,89%).

Cơ cấu khách hàng theo địa điểm địa lý: khu vực Hà Nội là nơi có doanh thu tiêu thụ cao nhất cùng với số lượng khách hàng nhiều nhất (1130 khách hàng năm 2019), chiếm 23,90% tổng doanh thu. Sau đó đến khu vực

miền Nam, với số lượng khách hàng là 935 khách, tương đương 19,19% tổng doanh thu.

Chiến lược xúc tiến và hỗ trợ kinh doanh

3.1.5. Chiến lược kéo, chiến lược đẩy

❖ **Chiến lược kéo:** công ty bán hàng trực tiếp trên website của công ty, khách hàng gọi điện mua hàng trực tiếp thông qua bộ phận chăm sóc khách hàng.

❖ **Chiến lược đẩy:** đẩy mạnh lượng tiêu thụ của các mặt hàng, công ty thường triển khai bằng các chính sách khuyến mại, tặng quà cho các nhà thuốc, bác sĩ, chiết khấu cho các trung gian,...

Các công cụ trong chiến lược xúc tiến và hỗ trợ kinh doanh

Công ty sử dụng linh hoạt công cụ xúc tiến như sau:

❖ **Quảng cáo:** Với thông điệp truyền thông "Novocare - Cam kết tận tâm cho sự sáng tạo và chất lượng", công ty sử dụng nhiều hình thức quảng cáo: xây dựng website riêng Novocare.vn để giới thiệu về công ty, cung cấp thông tin về sản phẩm cho người tiêu dùng tham khảo, hỗ trợ khách hàng 24/24.

❖ **Quà tặng:** tặng quà vào những dịp đặc biệt như: dịp đầu năm mới; ngày thầy thuốc Việt Nam, tặng áo blouse cho các bác sĩ, chủ nhà thuốc, quầy thuốc,...

❖ **Kích thích tiêu thụ (Khuyến mãi):** Một số hình thức khuyến mãi được vận dụng: mức hỗ trợ bán hàng, phiếu dự thưởng.

Bảng 3: Một số hình thức khuyến mãi của công ty

Thời gian	Tên sản phẩm	Hình thức
Tặng thêm sản phẩm cùng loại		
04/2019	Oralegic	Mua 10 tặng 1
11/2019	Peron 150ml	Mua 4 tặng 1
Tặng quà vật dụng gia đình		
10/2016 đến nay	Sinh nhật khách hàng key	Tặng bình thủy tinh cho những khách hàng key của công ty nhân dịp sinh nhật.

❖ **Quan hệ công chúng (PR)**

Hoạt động PR của công ty được thực hiện qua các hình thức sau:

- PR đối ngoại:

+ Tổ chức hội thảo: tham gia cùng các hãng dược phẩm lớn trong và ngoài nước.

+ Tài trợ hoạt động cộng đồng: tham gia nhiều hoạt động từ thiện xã hội như: tổ chức câu lạc bộ bệnh nhân đái tháo đường...

- PR đối nội: thực hiện tốt chế độ chính sách khen thưởng đối với nhân viên như tiền thưởng dịp lễ tết, bồi dưỡng nhân viên; tổ chức các hoạt động giúp đẩy mạnh đoàn kết gắn bó và tin tưởng giữa nhân viên cũng như

khách hàng với công ty.

❖ **Bán hàng trực tiếp (Người giới thiệu thuốc)**

Một số hoạt động của bán hàng trực tiếp như gặp các bác sĩ, phòng khám, nhà thuốc để giới thiệu, cung cấp, trao đổi thông tin về sản phẩm, thuyết phục...

I.2. Nhận xét một số kết quả của hoạt động marketing hỗn hợp đối với công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019.

● **Các chỉ tiêu về doanh thu**

Doanh thu của doanh nghiệp tăng mạnh trong giai đoạn năm 2016 – 2019. Tổng

doanh thu năm 2019 đạt 29324,99 triệu đồng, tăng 12093,63 triệu đồng so với năm 2018 và tăng 27069,49 triệu đồng so với năm 2016.

Trong tổng doanh thu, doanh thu thuần về bán hàng và cung cấp dịch vụ chiếm tỷ trọng lớn nhất (trên 99,9%), doanh thu hoạt động tài chính và các thu nhập khác đều tỷ trọng thấp (mỗi năm chiếm chưa đến 0,1%).

❖ Doanh thu theo các nhóm sản phẩm năm 2019

Trong giai đoạn 2016 - 2019, doanh thu nhóm hàng của công ty phân phối chủ yếu là nhóm hàng thuốc và thực phẩm chức năng. Doanh thu nhóm hàng thuốc năm 2019 đạt 13196,24 triệu đồng, tăng 4580,27 triệu đồng tương đương 53,16% so với năm 2018.

Doanh thu nhóm TPCN năm 2019 đạt 10263,74 triệu đồng, tăng 3715,6 triệu đồng so với năm 2018.

❖ Doanh thu hệ thống phân phối theo từng kênh

Doanh thu của các kênh liên tục tăng qua các năm. Năm 2019, doanh thu kênh gián tiếp đạt 27415,94 triệu đồng, tăng gấp hơn 1,7 lần so với năm 2018 và gấp hơn 12,7 lần so với năm 2016. Theo đó, doanh thu kênh trực tiếp cũng tăng từ 98,98 triệu đồng năm 2016 lên 1909,06 triệu đồng vào năm 2019.

- Tình hình sử dụng vốn công ty

Tình hình sử dụng vốn của công ty có sự biến động tương đối lớn giữa các năm 2016 - 2019. So với năm 2016, tổng chi phí năm 2017 tăng 2861,99 triệu đồng tương đương với tăng 568%, năm 2018 tăng 8132,42 triệu đồng tương ứng với tăng 1616,7%, năm 2019 tăng 13453,87 triệu đồng tương ứng với tăng 2674,6%.

- Lợi nhuận và tỷ suất lợi nhuận

- Tổng doanh thu năm 2019 tăng 12093,63 triệu đồng tương đương 70% so

với năm 2018, tăng 22144,04 triệu đồng tương đương 308,2% so với năm 2017, tăng 27069,49 triệu đồng tương đương 1198,6% so với năm 2016.

- Lợi nhuận và tỷ suất lợi nhuận luôn tăng trưởng dương

- Mức tăng trưởng lợi nhuận qua các năm trên 100% cho thấy công ty ngày càng phát triển.

IV. KẾT LUẬN

Qua việc mô tả các chiến lược marketing được vận dụng tại công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019, rút ra một số kết luận như sau:

4.1. Về các chiến lược Marketing hỗn hợp của công ty TNHH Novopharm giai đoạn 2016 - 2019.

- ❖ Về chiến lược sản phẩm

Đến năm 2019, công ty có tổng cộng 37 sản phẩm với nhiều nhóm hàng khác nhau: nhóm sử dụng trong nhi khoa, nhóm sản phẩm dùng trong sản khoa, nhãn khoa, da và các nhóm khác,...Danh mục sản phẩm phát triển theo cả 3 chiều: chiều dài, chiều rộng, chiều sâu, giúp đáp ứng được đầy đủ những yêu cầu của khách hàng.

- ❖ Về chiến lược giá

Công ty đã áp dụng linh hoạt các chiến lược giá: chiến lược giá linh hoạt, chiến lược giá khuyến mãi, chiến lược giá xâm nhập, chiến lược giá cạnh tranh phù hợp với đặc điểm của thị trường.

- ❖ Về chiến lược phân phối

Sản phẩm của công ty được phân phối theo 2 kênh: kênh trực tiếp và kênh gián tiếp cho các đơn vị y tế, bệnh viện, phòng khám, nhà thuốc với phương châm phân phối nhanh, đúng số lượng, đảm bảo chất lượng. Trong đó kênh gián tiếp chiếm hầu hết tỷ

trọng doanh thu phân phối của công ty.

❖ Về chiến lược xúc tiến và hỗ trợ kinh doanh

Công ty đã sử dụng các công cụ xúc tiến và hỗ trợ kinh doanh sau:

- Quảng cáo: công ty xây dựng website riêng để giới thiệu sản phẩm cho người tiêu dùng tham khảo, hỗ trợ khách hàng...

- Quà tặng: công ty thường xuyên tặng quà cho các khách hàng nhiều dịp đặc biệt như: dịp đầu năm mới...

- Kích thích tiêu thụ thường xuyên được sử dụng.

- Quan hệ công chúng (PR): công ty có sự đầu tư nhất định cho các hoạt động quan hệ công chúng (PR), cả đối nội và đối ngoại.

4.2. Về kết quả hoạt động kinh doanh của công ty TNHH Novopharm sau khi áp dụng chiến lược marketing mix thông qua một số chỉ tiêu.

Khi áp dụng chiến lược marketing mix trong giai đoạn 2016 - 2019 của công ty đã mang lại các kết quả tốt, cụ thể như sau:

- Trong giai đoạn 2016 - 2019, doanh thu của công ty tăng mạnh qua các năm, doanh thu cao nhất vào năm 2019 đạt 29324,99 triệu đồng, gấp 1,7 lần so với năm 2018;

- Lợi nhuận và tỷ suất lợi nhuận luôn tăng trưởng dương

- Mức tăng trưởng lợi nhuận qua các năm trên 100% cho thấy công ty ngày càng phát triển.

V. KHUYẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT

Để góp phần hoàn thiện và nâng cao hiệu quả của các chiến lược marketing hỗn hợp của công ty TNHH Novopharm năm 2019, tôi có một số khuyến nghị và đề xuất như sau:

1. Đẩy mạnh hoạt động nghiên cứu phát triển sản phẩm mới để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của người tiêu dùng.

2. Công ty lập thêm các đại diện chi nhánh tiêu thụ tại các trung tâm, các khu vực thị trường để vừa làm nhiệm vụ phân phối, vừa quản lý mạng lưới bán hàng, vừa bán và giới thiệu sản phẩm, vừa nghiên cứu thị trường tại khu vực đó.

3. Tiếp tục mở rộng, hoàn thiện hệ thống phân phối và kiểm soát tốt, sử dụng tối đa hiệu quả kênh phân phối của công ty. Đồng thời, tăng cường đội ngũ phát triển thị trường cả về số lượng cũng như chất lượng. Công ty phải có kế hoạch đào tạo đội ngũ nhân viên về những kiến thức tiếp thị, những kiến thức về dược phẩm để đáp ứng nhu cầu của tiêu dùng, tư vấn cho họ về vấn đề liên quan đến cách sử dụng thuốc.

4. Đầu tư cho các hoạt động quảng cáo. Ngoài các hình thức quảng cáo truyền thống công ty hay sử dụng như poster, brochure,... công ty mở rộng hình thức quảng cáo khác như trên truyền hình, đài báo để người dân có thể biết đến sản phẩm nhanh chóng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình, Phạm Quang Tuấn (2019), Marketing Dược Phẩm, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, pp.
2. Bộ Y Tế (2006), Quản lý và Kinh tế Dược, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp.
3. Ngô Mạnh Cách, Đào Thị Minh Thanh (2008), Giáo trình Marketing căn bản, Học viện Tài chính, Hà Nội., pp.
4. Chính phủ (2014), "Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030", pp.
5. Trần Minh Đạo (2012), "Giáo trình Marketing căn bản, Hà Nội", Nhà xuất bản Đại học Kinh tế Quốc dân, pp.
6. Bộ Y tế (2014), "Tài liệu Hội nghị Triển khai chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030", pp.

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG KHÁNG KHUẨN CỦA MÀNG NANO TITAN DIOXIT ĐỐI VỚI VI KHUẨN COLIFORMS TRONG NƯỚC THẢI BỆNH VIỆN

Vũ Thị Kim Loan¹, Nguyễn Thị Hương¹,
Đồng Thị Mai¹, Vũ Đức Minh¹, Đinh Thế Dũng²

TÓM TẮT

Coliforms là một loài vi khuẩn có khả năng gây bệnh về đường ruột thường được dùng làm vi sinh vật chỉ thị cho mức độ ô nhiễm nguồn nước. Chúng tôi đã sử dụng hạt nano titan dioxit (TiO₂NPs) được điều chế bằng phương pháp thủy nhiệt và tạo màng bằng phương pháp lắng đọng điện di. Màng TiO₂NPs được cấy trong môi trường phân lập LSB để nghiên cứu quá trình sinh trưởng của vi khuẩn Coliforms từ đó đánh giá khả năng kháng khuẩn của TiO₂NPs. Chúng tôi nhận thấy, màng TiO₂NPs được tạo thành ở điện thế 75V cho tác dụng diệt khuẩn đối với Coliforms lên đến 83,6%.

Từ khóa: Màng nano titan dioxit, Coliforms, nước thải bệnh viện

SUMMARY

RESEARCH OF ANTIBACTERIAL EFFECT OF TITANIUM DIOXIDE NANOPARTICLE THIN FILM ON COLIFORMS IN HOSPITAL WASTEWATER

Coliforms are capable of causing intestinal diseases and are often used as biological indicator of water pollution. We used titanium dioxide nanoparticles (TiO₂NPs) prepared by

hydrothermal method and made a thin film by electrophoresis deposition method (EPD). TiO₂NPs were cultured in LSB to study the growth of Coliforms bacteria, thereby assess the antibacterial properties of TiO₂NPs. We found that TiO₂NPs film formed under voltage of 75V reached maximum antibacterial effect (upto 83,6%).

Keywords: Titanium dioxide nanoparticle thin film, Coliforms, hospital wastewater

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến năm 2015, cả nước có 13.640 cơ sở y tế các loại trong đó có 1.263 cơ sở khám chữa bệnh thuộc các tuyến Trung ương, tỉnh, huyện, bệnh viện ngành và bệnh viện tư nhân. Ước tính, lượng chất thải lỏng phát sinh tại các cơ sở y tế có giường bệnh hiện nay khoảng trên 150.000 m³/ngày đêm chưa kể lượng nước thải của các cơ sở y tế không có giường bệnh, các cơ sở đào tạo y dược và sản xuất thuốc [1]. Hiện có khoảng 44% các bệnh viện có hệ thống xử lý nước thải y tế (76,5% các bệnh viện tuyến Trung ương; 53% các bệnh viện tuyến tỉnh và 37% các bệnh viện tuyến huyện) [2]. Tuy vậy, hệ thống xử lý nước thải của nhiều bệnh viện được thiết kế đã lâu, công nghệ xử lý chưa đảm bảo được tiêu chuẩn môi trường. Bên cạnh đó, lượng bệnh nhân gia tăng, lượng nước thải tại một số bệnh viện đã vượt công suất thiết kế của hệ thống xử lý gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng nước thải sau xử lý.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Hóa học-Vật liệu / Viện KH&CN Quân sự

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Kim Loan

Email: vtkloan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Coliforms được xếp là một trong những loại vi khuẩn gây ra các bệnh đường ruột nguy hiểm hàng đầu đặc biệt nếu xâm nhập vào những đối tượng có sức đề kháng yếu như trẻ em và người cao tuổi [3]. Do đó, loại bỏ các thành phần vi sinh vật gây bệnh, đặc biệt là khuẩn Coliforms là một vấn đề vô cùng cần thiết. Thực tế, khử trùng bằng tia cực tím (UV) sử dụng vật liệu thương mại TiO_2 thường hay được lựa chọn do hiệu quả diệt khuẩn cao, không độc, chi phí hợp lý và có khả năng phân hủy hoàn toàn các tế bào thành CO_2 và H_2O [4]. Nhiều nghiên cứu đưa ra bằng chứng về nguyên nhân dẫn đến cái chết của tế bào vi khuẩn là do các gốc oxy hoá như hydroxyl, ion superoxide, hay hydrogen peroxide được sinh ra từ quá trình xúc tác quang TiO_2 [5].

Qua thực nghiệm, chúng tôi nhận thấy rằng màng TiO_2NPs được điều chế có tính kháng khuẩn mạnh với vi khuẩn Coliforms thể hiện ở mật độ vi khuẩn giảm mạnh theo thời gian. Chúng tôi tiến hành theo dõi khả năng phát triển của vi khuẩn trong môi trường dinh dưỡng có chứa TiO_2NPs và kết quả chỉ ra rằng hiệu quả diệt khuẩn của TiO_2NPs lên tới trên 80%.

II. HÓA CHẤT VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Hóa chất

Vi khuẩn Coliforms được nuôi cấy từ nước thải của một số bệnh viện thuộc tỉnh Hải Dương.

TiO_2NPs được điều chế bằng phương pháp thủy nhiệt và tạo màng bằng phương pháp lắng đọng điện di. Quá trình điều chế được thực hiện tại bộ môn Hóa học, trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Môi trường phân lập: Canh thang lauryl tryptosa (LSB) (Merk, Đức), pH 6.8 ± 0.2 ở 25°C

Môi trường canh thang lactoza – lục sáng mật để kiểm tra tính sinh khí (BGBL) (Merk, Đức), pH 7.2 ± 0.2 ở 25°C .

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khả năng kháng khuẩn của màng TiO_2NPs theo TCVN 6187-2:2020. Cụ thể, chúng tôi nuôi cấy vi khuẩn trong môi trường dinh dưỡng chứa màng TiO_2NPs sau đó theo dõi khả năng phát triển của vi khuẩn trong vòng 24 - 48h. Sử dụng quy trình “Xác định – phát hiện và đếm vi khuẩn Coliforms, vi khuẩn Coliforms chịu nhiệt và Escherichia Coli giả định” của Công ty Cổ phần công nghệ và phân tích chất lượng cao Hải Dương. Phương pháp này giúp xác định vi khuẩn Coliforms trong các loại nước bằng việc nuôi cấy chúng trong môi trường ở một hệ gồm nhiều ống nghiệm và tính toán số có xác suất cao nhất của chúng có trong mẫu thử.

2.3. Quy trình thực hiện

Chuẩn bị các môi trường: Môi trường phân lập LSB có chứa một màng TiO_2NPs với tiết diện $0,6 \text{ cm}^2$. Chuyển các môi trường ra ống nghiệm, mỗi ống 5ml để ngập ống Durham lộn ngược, rồi hấp khử trùng trong nồi hấp ở 121°C trong 15 phút. Đồng thời chuẩn bị các ống nghiệm chứa môi trường khẳng định BGBL (5ml/ ống) rồi hấp khử trùng ở 121°C trong 15 phút.

Chuẩn bị mẫu vi khuẩn: Khảo sát tính diệt khuẩn của vật liệu màng nano titan trên 5 mẫu thử sau trong đó mẫu đối chứng dương và các mẫu công thức có nồng độ vi khuẩn $93000\text{MNP}/100\text{ml}$:

- Mẫu đối chứng âm: Canh thang LSB + mẫu nước cất khử trùng.
- Mẫu đối chứng dương: Canh thang LSB + mẫu vi khuẩn Coliforms.
- Mẫu công thức 1: Canh thang LSB + màng nano titan tạo ở điện tích $50\text{V}+$ mẫu vi

khuẩn Coliforms.

- Mẫu công thức 2: Canh thang LSB + màng nano titan tạo ở điện tích 75V + mẫu vi khuẩn Coliforms.

- Mẫu công thức 3: Canh thang LSB + màng nano titan tạo ở điện tích 100V + mẫu vi khuẩn Coliforms.

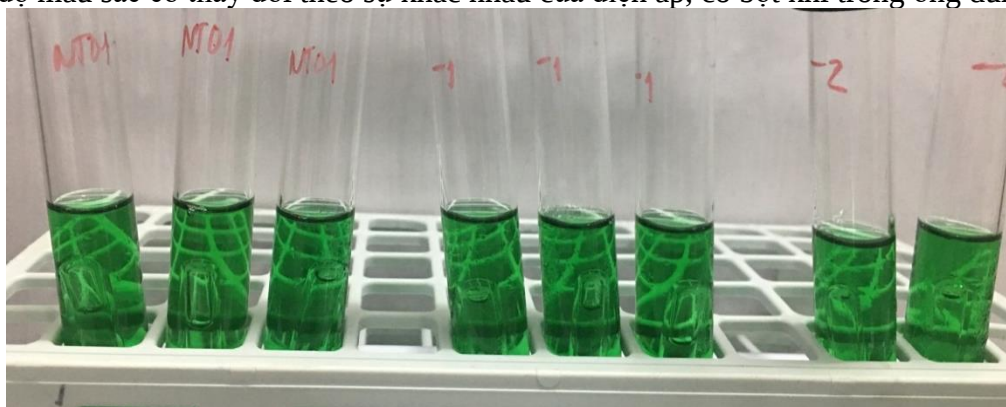
Nuôi cấy vi khuẩn và khảo sát khả năng diệt khuẩn của TiO_2NPs theo thời gian: Tiến hành pha loãng mẫu để có độ pha loãng 1, 10^{-1} , 10^{-2} và cấy vào 2 loại môi trường phân lập LSB có chứa TiO_2NPs và không chứa TiO_2NPs . Nuôi các ống ở nhiệt độ $37^\circ\text{C} \pm 0.5^\circ\text{C}$.

Cấy truyền để khẳng định sự có mặt của vi khuẩn Coliform: Chỉ tiến hành cấy truyền đối với các ống được ghi nhận dương tính từ bước nuôi cấy vi khuẩn. Chúng tôi cấy truyền các ống dương tính vào môi trường BGBL (chọn lọc Coliform). Sau 48h ở 37°C , kiểm tra tính sinh khí trong các ống nuôi cấy.

Đánh giá số lượng vi khuẩn: Từ số ống môi trường phân lập và các phép thử khẳng định cho các kết quả dương tính, tính toán, bằng cách tham khảo bảng tra thống kê trong TCVN 9716:2013 (ISO 8199:2005) (Phụ lục).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Sau 3 lần lặp lại thí nghiệm có thể thấy các ống dương tính có dấu hiệu vẩn đục với cường độ màu sắc có thay đổi theo sự khác nhau của điện áp, có bọt khí trong ống Durham.



Hình 1. Môi trường BGBL sau khi cấy truyền vi khuẩn với vật liệu được tạo ở các độ điện áp khác nhau

Bảng 1. Số ống có phản ứng dương tính sau khi cấy truyền ở các môi trường phân lập

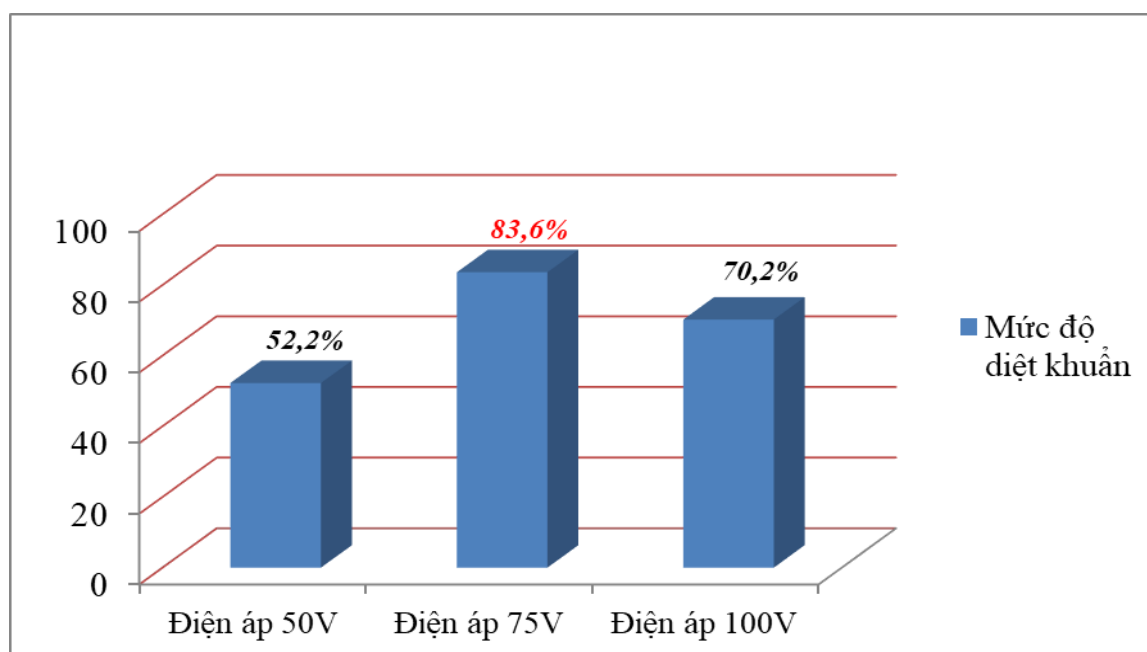
Số lần	Công thức	Canh LSB					Canh BGBL					Kết quả
		N	10^0	10^{-1}	10^{-2}	10^{-3}	N	10^0	10^{-1}	10^{-2}	10^{-3}	
1	Đối chứng âm	0	0	0								< 3
	Đối chứng dương		3	3	0			3	2			930
	50V	3	3	1	0		3	3	1			460
	75V	3	2	2	0		3	2	1			150
	100V	3	3	1	0		3	3	0			240
2	Đối chứng âm	0	0	0								< 3

	Đối chứng dương		3	2	2			3	2	1		1500
	50V	3	2	1	0		3	1	1			750
	75V	3	3	1	0		3	3	0			240
	100V	3	3	2	0		3	3	1			460
3	Đối chứng âm	0	0	0								< 3
	Đối chứng dương			3	1	2			3	0	2	6400
	50V			3	2	1			2	2	1	2800
	75V			2	2	1			1	2	0	1100
	100V			3	2	0			2	2	0	2100

Từ Bảng 1 cho thấy mẫu đối chứng âm cho kết quả < 3 biểu thị sự không có mặt vi khuẩn Coliforms trong mẫu; chứng tỏ hóa chất, dụng cụ, điều kiện và thao tác thí nghiệm là đảm bảo cho việc nuôi cấy phát hiện vi khuẩn. Khả năng diệt khuẩn của màng TiO₂NPs được tạo thành ở điện thế 50V, 75V và 100V được thể hiện ở Bảng 2 dưới đây.

Bảng 2. So sánh khả năng diệt khuẩn của màng TiO₂NPs được tạo thành ở điện thế 50V, 75V và 100V

Công thức	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Trung bình
50V	50,5	50,0	56,25	52,2
75V	83,9	84,0	82,8	83,6
100V	74,2	69,3	67,2	70,2



Hình 2. Biểu đồ so sánh khả năng diệt khuẩn của màng TiO₂NPs được tạo thành ở điện thế 50V, 75V và 100V

Từ Bảng 2 và Hình 2 cho thấy, màng TiO_2NPs được tạo thành ở điện thế 75V cho hiệu quả diệt khuẩn là cao nhất, đạt 83,6%. Màng TiO_2NPs được tạo thành ở điện thế 50V cho hiệu quả diệt khuẩn thấp nhất, đạt 52,25%. Khi tăng điện thế lên 100V thì khả năng kháng khuẩn giảm xuống 70,2%. Nguyên nhân có thể là do dưới điện thế lớn, các hạt TiO_2NPs bị kết tụ lại không còn giữ được cấu trúc nano như ban đầu khiến bề mặt lớp màng không còn được che phủ tốt như ở điện thế 75V.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Chúng tôi đã bước đầu nghiên cứu khả năng tiêu diệt vi khuẩn Coliform của màng

nano titan dioxit. Kết quả cho thấy hiệu suất diệt khuẩn của màng đạt hiệu suất cao nhất khoảng 83,6% ở điện áp 75V khi tạo màng trong 3 mức điện áp 50V, 75V và 100V. Trong tương lai gần, chúng tôi sẽ mở rộng nghiên cứu thử nghiệm tính kháng khuẩn của nano titan dioxit với các chủng vi khuẩn gây bệnh khác. Đồng thời cũng đề xuất một số giải pháp giúp nâng cao hiệu suất kháng khuẩn của nano titan như: nghiên cứu chế tạo nano titan dioxit dưới dạng dung dịch, sử dụng các thiết bị khuấy trong quá trình thử tính kháng khuẩn nhằm nâng cao khả năng tiếp xúc của vi khuẩn với tấm màng nano,...

V. PHỤ LỤC

Bảng phụ lục - Giá trị MPN trên 100 ml mẫu và mức tin cậy 95 % (đối với các kết hợp khác nhau của các kết quả dương khi sử dụng các phần mẫu thử 3 ống 10 ml, 3 ống 1ml và 3 ống 0.1ml).

Số ống có phản ứng dương tính			MPN (MPN/100ml)	Mức tin cậy 95%	
3 ống 10ml	3 ống 1ml	3 ống 0.1ml		Dưới	Trên
0	0	1	3	<1	9
0	1	0	3	<1	13
1	0	0	4	<1	20
1	0	1	7	1	21
1	1	0	7	1	23
2	1	1	20	7	89
2	2	0	21	4	47
2	2	1	28	10	149
3	0	0	23	4	120
3	0	1	39	7	130
3	0	2	43	15	379
3	1	0	64	7	210
3	1	1	75	14	230
3	1	2	120	30	380

3	2	0	93	15	380
3	2	1	150	30	440
3	2	2	210	35	470
3	3	0	240	36	1300
3	3	1	460	71	2400
3	3	2	1100	150	4800

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012)**, Báo cáo chuyên đề về công tác quản lý chất thải y tế năm 2012 của PGS.TS. Nguyễn Huy Nga - Cục trưởng Cục quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế.
2. **Bộ Y tế (2010)**, Quyết định về việc cho phép công bố nội dung Dự thảo báo cáo Quản lý các nguy cơ môi trường của Dự án hỗ trợ xử lý chất thải bệnh viện nguồn vốn vay Ngân hàng thế giới. Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 18/11/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. **Bộ Y tế (2009)**, Quy chuẩn QCVN 01:2009 về khuẩn Coliforms
4. **Morteza F. Rad, Mohammad Ghorbani (2011)**, “Electrophoretic Deposition of Titania Nanoparticles in Different Alcohols: Kinetics of Deposition”, Journal of the American Ceramic Society, 94 (8), pp. 2354 – 2361.
5. **Saito, N. Shinozaki-Kuwahara, M. Hirasawa, and K. Takada (2016)**, “Streptococcus oricebi sp. nov., isolated from the oral cavity of tufted capuchin”, Int. J. Syst. Evol. Microbiol, vol. 66, pp. 1063–1067.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG CỦA VẬT LIỆU TRÁM BÍT ỐNG TỦY GUTTA FLOW BIOSEAL

Vũ Quang Hưng*, Nguyễn Trọng Cảnh*, Phạm T Hồng Thùy*

TÓM TẮT

Nhiều nghiên cứu cho thấy, Gutta Flow Bioseal là chất trám bít hai trong một, kết hợp giữa cement trám bít ống tủy với Guttapercha. Với ưu điểm vượt trội so với các loại cement trám bít trước đây. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Gutta Flow Bioseal. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Gutta Flow Bioseal được sử dụng trám bít ống tủy cho 35 răng hàm nhỏ ở 31 bệnh nhân. Thời gian trám bít, hiệu quả trám bít trên X quang, hiệu quả trên lâm sàng trước, trong và sau điều trị đều được ghi lại. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04 của CDC và WHO. **Kết quả:** tỷ lệ ống tủy chân răng trám bít đủ trên phim Xquang chiếm 94,3%. Tỷ lệ điều trị thành công trên lâm sàng sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là: 91,4%; 94,3%; 96,6%. **Kết luận:** Trám bít ống tủy bằng Gutta Flow Bioseal đơn giản và nhanh hơn các hệ thống vật liệu trám bít khác. Tỷ lệ điều trị thành công cao. Đây là một trong những kỹ thuật lâm sàng để điều trị bít ống tủy.

Từ khóa: Vật liệu Guttaflow Bioseal, Điều trị nội nha.

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF ROOT CANAL OBTURATION OF GUTTAFLOW BIOSEAL

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hưng
Email: vqhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Many studies show that Gutta Flow Bioseal is a two-in-one sealant materials, combining cement sealant the root canal with Gutta-percha. This material has many advantages compared to other cement filling before. **Purpose:** To evaluate the clinical effects of GuttaFlow Bioseal on root canal obturation. **Methods:** Clinical intervention study on 35 molars in 31 patients without control group. The GuttaFlow Bioseal was used to fill root canals. The filling time, the effect of root canal obturation by X-ray, the occurrence of pain during the filling operation and after treatment were recorded. The data was analyzed with Epi Info 6.04 software of CDC and WHO. **Results:** The results showed that the percentage of root canals with enough filling on radiographs accounted for 94.3%. The rates of clinical success after 1 month, 3 months, and 6 months are 91.4%; 94.3%; 96.6%. **Conclusions:** The root canal obturation of Gutta Flow Bioseal is an easier and faster filling system for root canals. The rate of successful treatment accounts is high. It is one choice of clinical techniques for root canal obturation.

Keywords: Guttaflow Bioseal, Root canal treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục đích cuối cùng của quá trình điều trị nội nha (ĐTNN) là hàn kín các ống tủy (OT) chân và buồng tủy. Cho đến nay, nhiều vật liệu khác nhau đã được sử dụng để hàn OT, nhưng Gutta-percha (GP) vẫn là vật liệu thường được sử dụng nhất và được chấp nhận rộng rãi như là tiêu chuẩn vàng cho trám bít OT. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy, các chất trám bít này có khả năng

gây co rút trong lòng OT, gây ra hở vi kẽ và gia tăng khoảng trống trong lòng OT, cũng như khó khăn cho việc điều trị tủy lại, thậm chí gây độc cho tế bào. Gutta Flow Bioseal là chất trám bít hai trong một, kết hợp giữa cement trám bít OT với GP. Với ưu điểm vượt trội so với các loại cement trám bít trước đây về khả năng kết dính GP vào thành của OT, độ chảy lỏng tốt, không tan trong nước, không gây độc tế bào, có khả năng sửa chữa và tái tạo mô vùng cuống, dễ dàng điều trị lại khi cần thiết, thời gian làm việc và trùng hợp ngắn, dễ sử dụng... Cho đến nay, chưa có tác giả nào ở Việt Nam nghiên cứu về Gutta Flow Bioseal. Vì vậy, đề tài này được nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Gutta Flow Bioseal.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu trên 35 răng hàm nhỏ bị viêm tủy cấp ở 31 bệnh nhân lứa tuổi từ 15 đến 60, được khám và điều trị nội nha tại Khoa Điều trị Tổng hợp, Bệnh viện RHM Trung ương Hà Nội và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

2.3. Phân tích số liệu:

Được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04 của CDC và WHO.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đánh giá hiệu quả lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Gutta Flow Bioseal.

- Thời gian trám bít ống tủy: Thời gian trám bít OT phụ thuộc vào số lượng, tình trạng của OT đã được sửa soạn, trang thiết bị

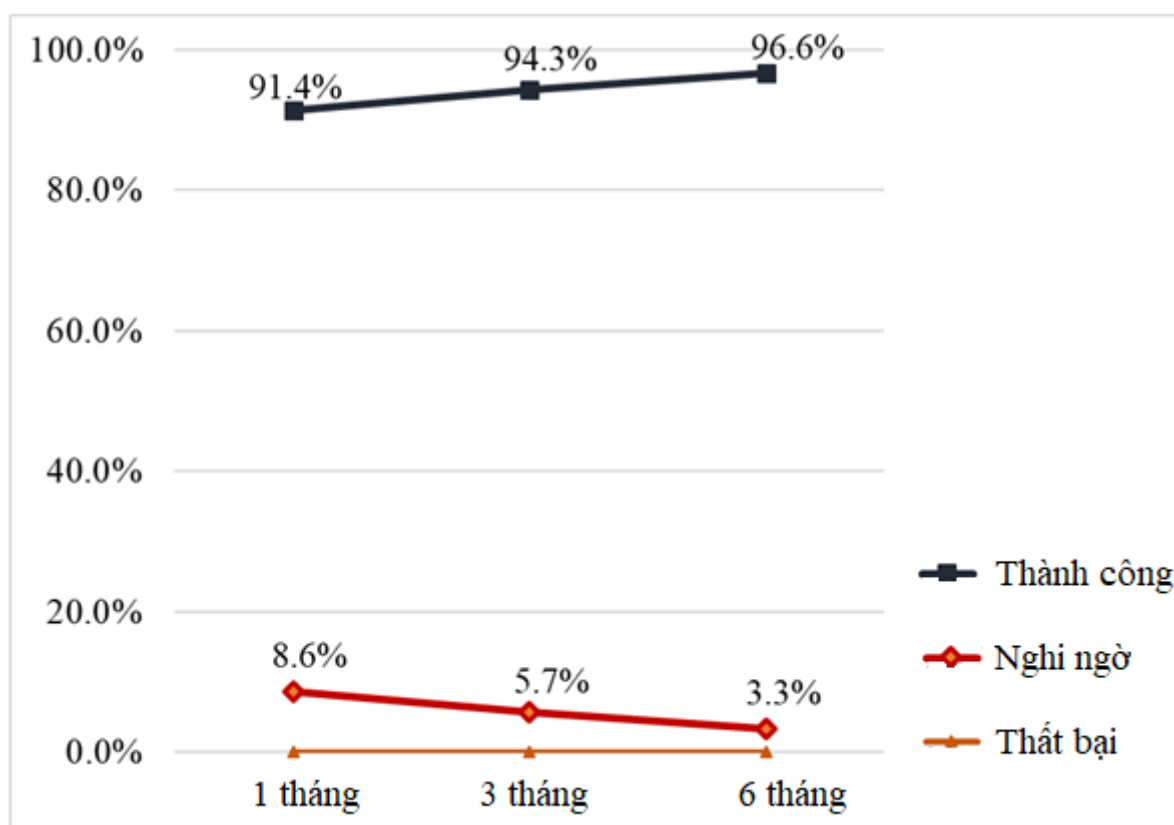
và vật liệu trám bít, kỹ thuật trám bít, kinh nghiệm và khả năng chuyên môn của bác sĩ cũng như thiết kế nghiên cứu. Trước khi trám bít hệ thống ống tủy bằng vật liệu Gutta Flow Bioseal, Ống tủy của 35 răng hàm nhỏ gồm 15 răng hàm nhỏ hàm trên và 20 răng hàm nhỏ hàm dưới được sửa soạn bằng hệ thống trâm xoay Protaper máy.. Trong nghiên cứu này, thời gian trám bít được tính từ khi bắt đầu đưa paste Gutta Flow Bioseal vào trong OT cho đến khi các OT đã được lèn chặt và cắt phần gutta thừa đến miệng OT. Kết quả nghiên cứu thấy, có sự khác biệt về thời gian trám bít OT giữa các vị trí răng tổn thương cũng như giữa các răng có 1 OT hay 2 OT. Thời gian trám bít OT dài nhất được thấy ở RHNT1HT ($3,14 \pm 0,42$ phút), tiếp đến là RHNT2HT ($2,70 \pm 0,44$ phút) và RHNT1HD ($2,11 \pm 0,35$ phút), thời gian trám bít OT ngắn nhất là ở RHNT2HD ($2,05 \pm 0,30$ phút). Thời gian trám bít OT trung bình của 1 răng là $2,46 \pm 0,36$ phút. Ở các răng có 2 OT, thời gian trám bít trung bình là $2,95 \pm 0,43$ phút dài hơn ở răng 1 OT là $2,08 \pm 0,33$ phút. Thời gian trám bít trung bình 1 OT là $2,02 \pm 0,39$ phút.

- Kết quả chụp phim X-quang sau hàn OT: Kết quả trên phim X-quang thấy, có 30/35 răng được hàn OT với Gutta Flow Bioseal có hình ảnh đồng nhất, chiếm tỷ lệ 85,7%; 5 trường hợp có khoảng trống trên phim X-quang (chiếm 14,3%). 4 trường hợp có khoảng trống xuất hiện ở vị trí 1/3 trên của OT và 1 trường hợp có khoảng trống ở 1/3 giữa của OT. Đây là vị trí không ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị, tuy nhiên đã tiến hành lèn thêm gutta cho đến khi các OT đạt được độ kín khít hoàn toàn. Về mức

độ trám bít OT trên phim X-quang, thấy kết quả hàn đủ chiều dài của OT chiếm 94,3% (33/35 răng), trám bít thừa chiếm 5,7% (2/35 răng) và không có trường hợp nào trám bít thiếu. Ở các OT trám bít thừa, 1 trường hợp

OT bị thủng ở vị trí 1/3 chóp như đã trình bày ở trên, trong quá trình đưa paste Gutta Flow Bioseal vào OT, có thể paste đi qua vị trí lỗ thủng và ra ngoài chân răng.

- Kết quả điều trị trên lâm sàng:



Biểu đồ. Kết quả điều trị trên lâm sàng sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

Sau hàn ống tùy 1 tháng, 100% bệnh nhân được kiểm tra lại. Hầu hết các bệnh nhân đều ăn nhai được, không đau hoặc một vài trường hợp thấy đau nhẹ và không có trường hợp nào bị sưng hay có các dấu hiệu tổn thương vùng cuống. Kết quả điều trị thành công cao hơn kết quả nghi ngờ và thất bại, tỷ lệ thành công chiếm 91,4%; kết quả nghi ngờ chiếm 8,6% và không có trường hợp nào thất bại. Thấy 3 trường hợp có đau nhẹ, bệnh nhân đau khi cắn chạm với răng đối diện.

Kiểm tra trên lâm sàng thấy vùng lợi tương ứng không bị sưng, trên phim Xquang không thấy tổn thương vùng cuống. Do vậy, các trường hợp này được xếp vào nhóm kết quả nghi ngờ và sẽ theo dõi tiếp cho bệnh nhân. Sau điều trị 3 tháng, kết quả điều trị thành công (chiếm 94,3%) cao hơn ở thời điểm sau 1 tháng và kết quả nghi ngờ (chiếm 5,7%) thấp hơn thời điểm sau 1 tháng. Điều này là do 1 trường hợp có kết quả nghi ngờ ở thời điểm sau điều trị 1 tháng đã hết triệu chứng,

bệnh nhân ăn nhai bình thường được xếp vào nhóm điều trị thành công. Có 2 trường hợp còn lại vẫn còn các triệu chứng đau khi ăn nhai, tiếp tục theo dõi ở những thời điểm khám lại tiếp theo. Ở thời điểm sau hàn ống tủy 6, chỉ khám lại được 29 răng. Kết quả cho thấy, 28/29 răng (chiếm tỷ lệ 96,6%) có kết quả điều trị thành công và 1 trường hợp (chiếm 3,4%) có kết quả nghi ngờ.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Gutta Flow Bioseal của 35 RHN trên 31 bệnh nhân, rút ra 1 số kết luận sau:

- **Thời gian trám bít ống tủy:** Thời gian trám bít OT dài nhất gặp ở RHNT1HT ($3,14 \pm 0,42$ phút), thời gian trám bít OT ngắn nhất là ở RHNT2HD ($2,05 \pm 0,30$ phút). Thời gian trám bít OT trung bình của 1 răng là $2,46 \pm 0,36$ phút. Thời gian trám bít OT ở răng có 2 OT dài hơn răng có 1 OT. Thời gian trám bít trung bình ở răng 2 OT là $2,95 \pm 0,43$ phút và ở răng 1 OT là $2,08 \pm 0,33$ phút. Thời gian trám bít trung bình 1 OT là $2,02 \pm 0,39$ phút

- **Kết quả sau hàn OT trên Xquang:** Khối chất hàn OT đồng nhất (chiếm 85,7%) cao hơn khối chất hàn có khoảng trống (chiếm 14,3%). Tỷ lệ OT trám bít đủ chiếm 94,3%; trám bít thừa chiếm 5,7%. Ngay sau hàn OT, kết quả tốt cao hơn trung bình và kém. Kết quả tốt chiếm 88,6%.

- **Kết quả điều trị trên lâm sàng:** Sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ điều trị thành công chiếm 91,4%. Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ điều trị thành công chiếm 94,3%. Sau điều trị 6 tháng, tỷ lệ điều trị thành công chiếm 96,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Liên Hương (2011)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị nội nha răng có ống tủy cong bằng protaper cầm tay, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.21-45.
2. **Lê Thị Hương (2010)**, Nghiên cứu hình thái răng và hệ thống ống tủy răng số 5, số 7 đề xuất ứng dụng trong điều trị nội nha, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, tr.34-67.
3. **Collado-Gonzalez M., Thomas-Catalas C.J. et al. (2017)**, Cytotoxicity of Gutta Flow Bioseal, GuttaFlow 2, MTA Fillapex and AH Plus on Human Periodontal Ligament Stem Cells, J Endod. 43(5), pp.816-822.
4. **Omran A.N., Raghad A. (2019)**, Alhashimi The Effect of AH Plus and Gutta Flow Bioseal Sealers on the Fracture Resistance of Endodontically Treated Roots Instrumented with Epicprocal Rotary Systems, International Journal of Medical Research & Health Sciences, 8(2), pp.102-108.
5. **Saygili G., Suna Saygili S., et al. (2017)**, In Vitro Cytotoxicity of Gutta Flow Bioseal, GuttaFlow 2, AH-Plus and MTA Fillapex, Iran Endod J.12(3), pp.354-359.
6. **Weine F.S., Healey H.J., et al. (2012)**, Canal Configuration in the Mesiobuccal Root of the Maxillary First Molar and Its Endodontic Significance, Oral surg Oral Med Oral Pathol, 38(10), pp.1305-1308.

HÌNH THÁI DỊ TẬT KHE HỖ MÔI, VÒM MIỆNG BẨM SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2017

Vũ Quang Hưng*, Phạm Thị Nhung*, Đoàn Trung Hiếu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định hình thái tổn thương với các mức độ của khe hở môi vòm miệng và nhận xét các yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi, vòm miệng của trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 60 trẻ được khám, điều trị tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng. **Kết quả:** Khe hở vòm miệng toàn bộ chiếm tỉ lệ 28,57%, khe hở vòm miệng không toàn bộ 23,33%, khe hở môi 1 bên không toàn bộ 20%, khe hở môi vòm miệng không toàn bộ 16,67%, các hình thái dị tật khác chiếm tỉ lệ thấp: khe hở môi 2 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 8,33%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, 1 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 6,67%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, khe hở môi 2 bên toàn bộ, khe hở cung hàm chiếm tỉ lệ bằng nhau 5%. Trong số 60 trẻ dị tật khe hở môi vòm miệng có 85,13% trẻ ở nông thôn, có 60,2% trường hợp mẹ bị cúm khi mang thai, ngoài ra, tỉ lệ mẹ tiếp xúc với hóa chất và hút hoặc ngửi khói thuốc lá cũng chiếm tỉ lệ trung bình 46%, mẹ dùng thuốc trong 3 tháng đầu chiếm tỉ lệ thấp (20%), mẹ uống rượu chiếm tỉ lệ thấp nhất (5%). **Kết luận:** Trong các loại hình thái dị tật khe hở môi vòm miệng, khe hở vòm miệng toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp theo là khe hở vòm miệng không toàn bộ, khe hở môi 1 bên không toàn bộ, khe hở môi vòm miệng không toàn bộ, các hình thái dị tật khác chiếm tỉ lệ thấp. Trong số 60 trẻ dị tật khe hở môi vòm

miệng, phần lớn trẻ ở nông thôn, mẹ bị cúm khi mang thai, ngoài ra tỉ lệ mẹ tiếp xúc với hóa chất, ngửi khói thuốc lá, dùng thuốc 3 tháng đầu, uống rượu chiếm tỉ lệ thấp.

Từ khóa: khe hở môi, khe hở vòm miệng bẩm sinh, thể lực

SUMMARY

CLEFT LIP AND PALATE MALFORMATIONS OF CHILDREN AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2017

Objective: determine all types of cleft lip and cleft palate and the percentages of several risk factors of childrens were operated at Hai Phong medical university hospital, 2017.

Method: This study was carried out with 60 childrens were operated at Hai Phong medical university hospital. **Result:** The proportion of Complete cleft palate was 28,57%, incomplete Cleft palate 16,67%, Bilateral cleft lip (the one complete and the another incomplete): 8,33%, Complete unilateral cleft lip, Bilateral cleft lip and cleft alveolar are same (5%). There are 85,13% childrens in village, followed by mother of patients with influenza in the first 3 months of pregnancy accounted for 60,2%, Exposed to smoke during the first 3 months of pregnancy 46%, mother of patients drink drugs in the first 3 months of pregnancy 20%, mother of patients drink wine: 5%. **Conclusions:** The outcomes of this research were as follows, the proportion of Complete cleft palate was highest, incomplete Cleft palate, Bilateral cleft lip, another is very low. Of these 60 patients, most patients are in village, followed by mother of patients with influenza in the first 3 months, besides the rates

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hưng

Email: vqhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

of mother of patients drink drugs, wine and smoke in the first 3 months are low.

Keywords: cleft lip, cleft palate, physical strength.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi – vòm miệng là dị tật thường gặp trong các dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt. Trên thế giới, tỉ lệ trẻ mắc dị tật bẩm sinh tùy theo từng vùng địa lý và dân tộc, tỉ lệ mắc chung khoảng từ 1- 2/1000[7]. 1/700 trẻ sơ sinh - ở châu Âu, 1/400 - ở Nhật [6,8]. Theo thống kê, ở Việt Nam, cứ 600 em bé sinh ra thì có 1 trường hợp bị dị tật khe hở môi vòm miệng bẩm sinh. Dị tật khe hở môi, vòm miệng để lại không ít hậu quả nghiêm trọng như: ăn uống khó khăn, dễ mắc bệnh nhiễm trùng, tai mũi họng, hô hấp, khiếm khuyết về giọng nói... và đặc biệt, ảnh hưởng trầm trọng đến thẩm mỹ, từ đó khi lớn lên trẻ sẽ có cảm giác mặc cảm, tự ti, ngại giao tiếp và ảnh hưởng không nhỏ đến quá trình hòa nhập của trẻ. Trong khi đó, việc điều trị phẫu thuật vô cùng phức tạp.

Với mong muốn tìm hiểu rõ hơn về dị tật nhằm cung cấp dữ liệu phục vụ cho các nhà quản lý thực hiện chương trình phòng ngừa bệnh và điều trị toàn diện cho trẻ bị dị tật

bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng trong cộng đồng, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2017*”, với 2 mục tiêu chính:

1. *Xác định hình thái tổn thương với các mức độ của khe hở môi vòm miệng ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2017*
2. *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi, vòm miệng của các đối tượng trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 trẻ em được phẫu thuật nướu cười tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2017.

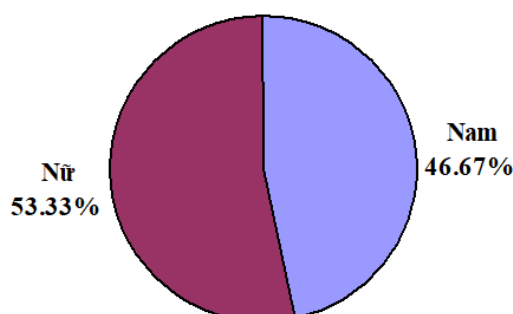
2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Thu thập dữ liệu: dữ liệu nghiên cứu được thu thập bằng cách khám, điều tra trẻ em đến nhập viện tại bệnh viện Đại học y Hải Phòng tháng 8/2017

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y – sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

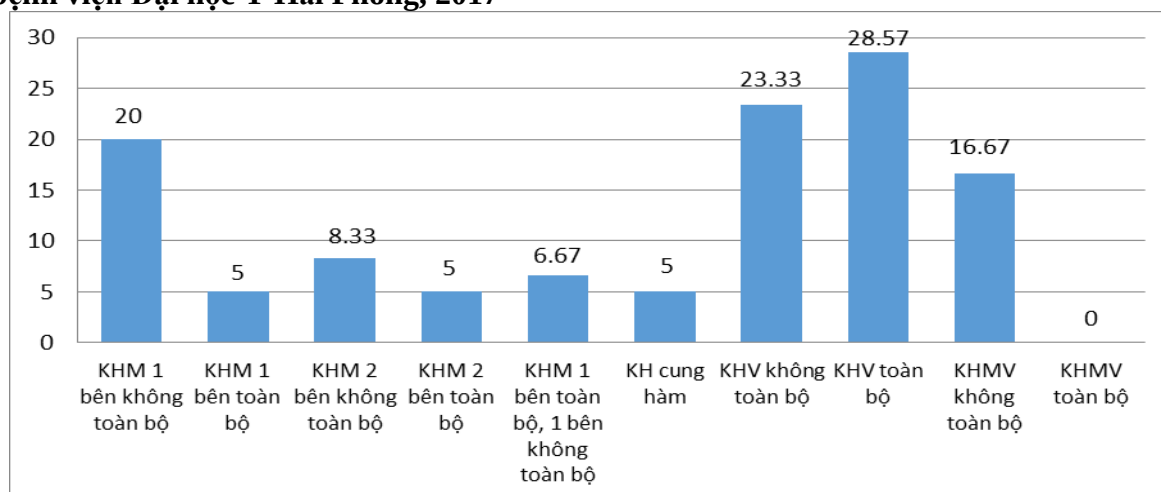
3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới



Biểu đồ 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành trên 60 trẻ khe hở môi vòm miệng, trong đó tỷ lệ giữa nam và nữ không có sự khác biệt, ($p>0,05$) không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Hình thái tổn thương với các mức độ của khe hở môi vòm miệng ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2017



Biểu đồ 2: Phân loại dị tật khe hở môi vòm miệng theo Kernahan và Start

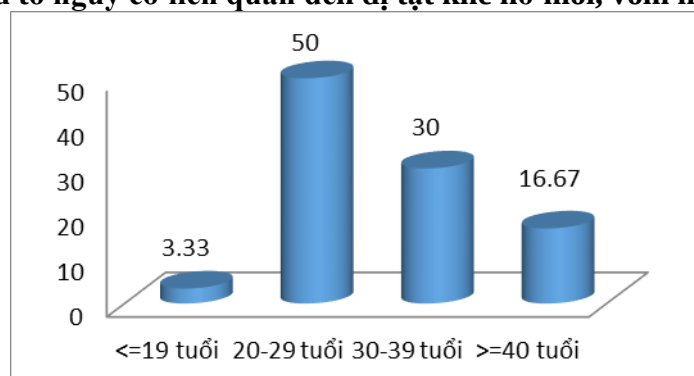
Nhận xét: Khe hở vòm miệng toàn bộ (5%) chiếm tỉ lệ cao nhất (28,57%), tiếp theo là khe hở vòm miệng không toàn bộ (23,33%), khe hở môi 1 bên không toàn bộ (20%), khe hở môi vòm miệng không toàn bộ (16,67%), các hình thái dị tật khác chiếm tỉ lệ thấp: khe hở môi 2 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 8,33%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, 1 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 6,67%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, khe hở môi 2 bên toàn bộ và khe hở cung hàm chiếm tỉ lệ bằng nhau

(5%).

So sánh với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của Cao Minh Nga^[4] và Phạm Quốc Dũng^[5], tỉ lệ các dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng có tăng theo thời gian.

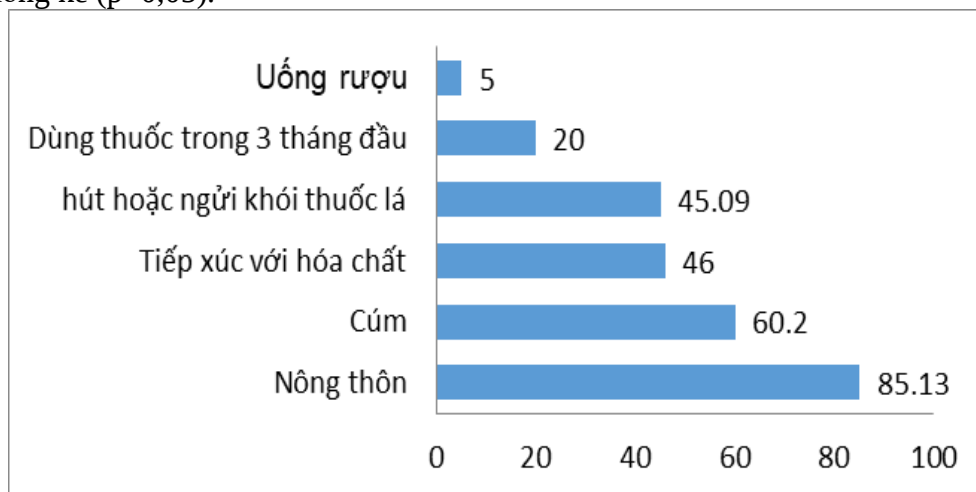
Khi so sánh kết quả với nghiên cứu trên người da trắng ở Châu Âu, tỉ lệ các hình thái dị tật khe hở môi-vòm miệng của nghiên cứu này cao hơn, phù hợp với một số nghiên cứu: tỉ lệ dị tật khe hở môi-vòm miệng ở người da vàng là cao hơn người da trắng.

3.3. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi, vòm miệng



Biểu đồ 3: Tỷ lệ phần trăm nhóm tuổi mẹ có con dị tật bẩm sinh khe hở môi vòm miệng

Nhận xét: Nhóm tuổi mẹ 20-29 tuổi có con dị tật bẩm sinh khe hở môi vòm miệng chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), nhóm tuổi mẹ dưới 19 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Biểu đồ 4: Tỷ lệ phần trăm yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ bị dị tật bẩm sinh

Nhận xét: Trong số 60 trẻ dị tật khe hở môi vòm miệng có 85,13% trẻ ở nông thôn, có 60,2% trường hợp mẹ bị cúm khi mang thai, ngoài ra, tỉ lệ mẹ tiếp xúc với hóa chất và hút hoặc ngửi khói thuốc lá cũng chiếm tỉ lệ trung bình 46%, mẹ dùng thuốc trong 3 tháng đầu chiếm tỉ lệ thấp (20%), mẹ uống rượu chiếm tỉ lệ thấp nhất (5%).

Các nghiên cứu cho thấy, phần lớn trường hợp bố mẹ là nông dân, trình độ dân trí thấp nên ảnh hưởng nhiều đến nhận thức về gìn giữ sức khỏe, chế độ dinh dưỡng hợp lý, dùng thuốc không hợp lý trong thời gian mang thai. Bên cạnh đó còn do di truyền, bố mẹ bị nhiễm hóa chất độc hại như chất diệt cỏ, người mẹ mang thai bị stress, hoặc nhiễm một số bệnh như cúm, ... ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển của thai nhi.

Để hiểu rõ hơn các đặc điểm dị tật khe hở môi-vòm miệng, phụ nữ ở độ tuổi sinh con cần lưu ý những yếu tố có nguy cơ gây dị tật như vấn đề: tuổi sinh con, các yếu tố

môi trường sinh thái, vi rút, độc chất, tình trạng tâm lý...

IV. KẾT LUẬN

4.1. Hình thái tổn thương với các mức độ của khe hở môi vòm miệng

Tỷ lệ các loại hình thái dị tật bẩm sinh khe hở môi vòm miệng chiếm tỷ lệ cao:

Khe hở vòm miệng toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất (28,57%), tiếp theo là khe hở vòm miệng không toàn bộ (23,33%), khe hở môi 1 bên không toàn bộ (20%), khe hở môi vòm miệng không toàn bộ (16,67%), khe hở môi 2 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 8,33%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, 1 bên không toàn bộ chiếm tỉ lệ 6,67%, khe hở môi 1 bên toàn bộ, khe hở môi 2 bên toàn bộ, khe hở cung hàm có tỉ lệ bằng nhau (5%).

4.2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi vòm miệng

Trong số 60 trẻ dị tật khe hở môi vòm miệng có: Trẻ ở nông thôn chiếm tỉ lệ cao 85,13%, trường hợp mẹ bị cúm khi mang thai chiếm 60,2%, mẹ tiếp xúc với hóa chất

chiếm tỉ lệ 46%, mẹ hút hoặc ngừng khói thuốc lá cũng chiếm tỉ lệ trung bình 45,09%, mẹ dùng thuốc trong 3 tháng đầu chiếm tỉ lệ thấp (20%), mẹ uống rượu chiếm tỉ lệ thấp nhất (5%).

V. KIẾN NGHỊ

Để phòng bệnh, hạn chế đến mức thấp nhất dị tật khe hở môi vòm miệng bẩm sinh, phụ nữ mang thai 3 tháng đầu nên tránh: khói than củi, virus cúm, khói thuốc lá, chất hóa học như thuốc diệt cỏ Dioxin, thuốc trừ sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tử Hùng, Trần Thanh Phước (2003).** “Tình hình sức khỏe răng miệng của trẻ em khe hở môi-hàm ếch tại tỉnh Thừa Thiên Huế”, Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành RHM.
2. **Phạm Văn Liệu, Vũ Quang Hưng, Lương Xuân Quỳnh (2010).** “Một số yếu tố nguy cơ, hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em được điều trị tại bệnh viện Đại học Y hải Phòng năm 2010”. Tạp chí y học thực hành, 2011
3. **Viện RHM Thành Phố HCM (2001).** “Số liệu lưu trữ về dị tật khe hở môi-hàm ếch từ 01/01/1991 – 31/12/2000”.
4. **Phạm Quốc Dũng (2007).** “Tình hình dị tật bẩm sinh khe hở môi-hàm ếch tại Bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương”. Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học RHM.
5. **Bille C, Skyttke A, Vach W, Knudsen LB, Andersen AMN. Murray J, Christensen K.** “Parent’s Age and the risk of oral clefts” Epidemiology. 2005 May; 16(3): 311- 6.
6. **Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies.** www.who.int/entity/genomics/about/en/cfa4-7.pdf (24/02/2006).
7. **National institute of dental and craniofacial research international database of craniofacial anomalies.** www.who.int/entity/genomics/anomalies/idcfa overview.pdf (24/02/2006).
8. **Som PM, Curtin HD (2005).** “Embryology and congenital lesions of the midface”. Head and Neck imaging, Mosby(4), pp 3-9.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2020

Võ Thị Thanh Hiền¹, Đinh Thị Thanh Mai¹,
Thái Văn Chương², Vũ Văn Thái¹,

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng xương ở phụ nữ là vấn đề ngày càng được quan tâm do ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn thế giới. Ở nữ giới có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng gây loãng xương và gãy xương do loãng xương như: Tuổi, chiều cao, cân nặng, hormon, chế độ sinh hoạt, luyện tập, sử dụng corticoid, tiền sử gia đình, tiền sử té ngã, mắc một số bệnh lý ảnh hưởng đến mật độ xương như: Viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống....

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành ở 720 phụ nữ có đo mật độ xương, chưa điều trị loãng xương bao giờ, tự nguyện tham gia nghiên cứu và phỏng vấn theo bộ câu hỏi

Kết quả: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ là 54,31%, loãng xương nặng chiếm 8,33%. Có liên quan đến loãng xương ở phụ nữ là từ ≥ 70 tuổi, có kinh nguyệt muộn trên 16 tuổi, mãn kinh trước 45 tuổi và số lần sinh con ≥ 5 lần

Từ khóa: loãng xương.

SUMMARY

THE SITUATION OF AND SOME FACTORS RELATED TO OSTEOPOROSIS IN WOMEN EXAMINED AT HUU NGHIE GENERAL HOSPITAL IN NGHE AN IN 2020

Rationale: Osteoporosis in women is a growing concern as it is estimated to affect 200 million people worldwide. In women, there are many factors that lead to osteoporosis and fractures due to osteoporosis such as age, height, weight, hormones, lifestyle, exercise, corticoid use, family history, fall history, some diseases affecting bone density namely rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus....

Objectives: To describe the situation of and some factors related to osteoporosis in women examined at Huu Nghi General Hospital in Nghe An in 2020.

Subjects and research methods: A cross-sectional study was conducted in 720 women who had their bone density measured with no osteoporosis treatment before and voluntarily participated in the study and questionnaire interviews.

Results: The rate of osteoporosis in women is 54.31%, severe osteoporosis is 8.33%. There is an association with osteoporosis in women aged ≥ 70 years, having late menstruation over 16 years old, menopause before 45 years old and number of births ≥ 5 times

Keyword: osteoporosis

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²BV Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai

Email: dtthanhmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý của toàn hệ thống xương làm suy yếu sức mạnh của khung xương, gia tăng nguy cơ gãy xương, ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống có thể gây tử vong ở người có tuổi, đặc biệt là phụ nữ [2]. Loãng xương với biến chứng thường gặp là gãy xương dẫn đến chi phí điều trị tốn kém: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi ở miền Bắc Việt Nam năm 2015 là 58,4% [4]. Ở nữ giới có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng gây loãng xương và gãy xương do loãng xương như: Tuổi, chiều cao, cân nặng, hormon, chế độ sinh hoạt, luyện tập, sử dụng corticoid, tiền sử gia đình, tiền sử té ngã, mắc một số bệnh lý ảnh hưởng đến mật độ xương như: Viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống...[4].

Ở Việt Nam, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp điều trị loãng xương. Tuy nhiên, loãng xương là bệnh lý thầm lặng do vậy cần thiết phải đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan loãng xương để góp phần tăng cường hiệu quả dự phòng, điều trị cho người bệnh. Do vậy, chúng tôi đã tiến hành đề tài với mục tiêu:

Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, năm 2020.

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu đề xuất các biện pháp hữu hiệu nhằm phòng chống bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Khám bệnh, Bệnh Viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nữ giới.
 - Có đo mật độ xương.
 - Chưa điều trị loãng xương bao giờ.
 - Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã hoặc đang điều trị loãng xương.

- Bệnh nhân không hợp tác, mất trí nhớ hoặc trí nhớ kém ảnh hưởng đến quá trình thu thập thông tin chính xác.

- Đã thay khớp háng nhân tạo.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2020.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Theo phương pháp nghiên cứu ngang mô tả.

2.4.1. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

α : Mức ý nghĩa thống kê.

Δ : Khoảng sai lệch mong muốn.

p: Xác suất loãng xương ở phụ nữ theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan [4].

Với $\alpha = 0,05$; $\Delta = 0,04$; $p = 0,584$. Thay vào công thức ta có $n = 584$. Để tăng độ tin cậy của nghiên cứu chúng tôi lấy $n = 720$ người.

2.4.2. Cách chọn mẫu

- Mỗi ngày đến khám và đo loãng xương tại phòng khám của bệnh viện có 10 - 15 phụ nữ. Các đối tượng đủ tiêu chuẩn được phỏng vấn đưa vào nghiên cứu.

- Lấy đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

2.4.3. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

- Thực trạng loãng xương: Mật độ xương trung bình, tỷ lệ loãng xương theo vị trí, tỷ lệ loãng xương chung, phân loại mật độ xương

2.4.4. Phương pháp thu thập thông tin

a. Công cụ thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất bao gồm các chỉ số và biến số để tìm hiểu về thực trạng

- Đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép.

b. Phương pháp thu thập số liệu

* Thăm khám lâm sàng và đánh giá kết quả.

- Cân nặng; Chiều cao:

- BMI: Được tính theo công thức: $BMI = m/h^2$; m: Cân nặng (kg); h: Chiều cao (m)

Phân loại BMI: Sử dụng phân loại BMI theo tiêu chuẩn năm 2000 của WHO dành cho các nước Châu Á Thái Bình Dương.

+ Gầy: $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$; Bình thường: $18,5 \leq BMI \leq 22,9 \text{ kg/m}^2$; Thừa cân và béo phì: $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$

- Giảm chiều cao trên 3 cm: Coi là có khi bệnh nhân có chiều cao thấp hơn ít nhất trên 3 cm so sánh với chiều cao khi khám sức khỏe tuổi thanh niên [2].

* Đo mật độ xương

- Thiết bị đo: Bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual energy Xray absorptiometry - DXA).

- Vị trí đo tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

+ Đánh giá mật độ xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 1994 [3].

Bình thường: Mật độ xương ≥ -1

Khối lượng xương thấp: Mật độ xương từ -1 đến -2,5

Loãng xương: Mật độ xương $\leq -2,5$

Loãng xương nặng: Mật độ xương $\leq -2,5$ và có ≥ 1 lần gãy xương

2.5. Sai số và cách hạn chế

- Sai số lớn nhất có thể gặp trong nghiên

cứu này là người bệnh không dám đưa thông tin thật sẽ làm sai lệch kết quả.

- Không chế sai số:

+ Thiết kế bộ câu hỏi phỏng vấn rõ ràng, dễ hiểu.

+ Tập huấn kỹ cho điều tra viên là cán bộ y tế để lấy số liệu thống nhất.

+ Giải thích rõ cho người bệnh về mục tiêu nghiên cứu, tính bảo mật, quyền từ chối hoặc dừng tham gia trả lời phỏng vấn.

+ Giám sát quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

+ Kiểm tra ngẫu nhiên 5% số phiếu thu thập thông tin, nếu chưa đạt tiêu chuẩn đề nghị làm lại.

+ Làm sạch số liệu trước khi tiến hành phân tích.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu và xử lý số liệu trên máy vi tính bằng phần mềm STATA 14.0.

- Tính giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, các tỷ lệ phần trăm.

- Dùng thuật toán χ^2 để so sánh các tỷ lệ quan sát, dùng test T-student để so sánh các giá trị trung bình, sự khác biệt khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của lãnh đạo Khoa khám bệnh, Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An .

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, được cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu, các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được thăm khám bệnh và phỏng vấn theo một mẫu phiếu điều tra thống nhất.

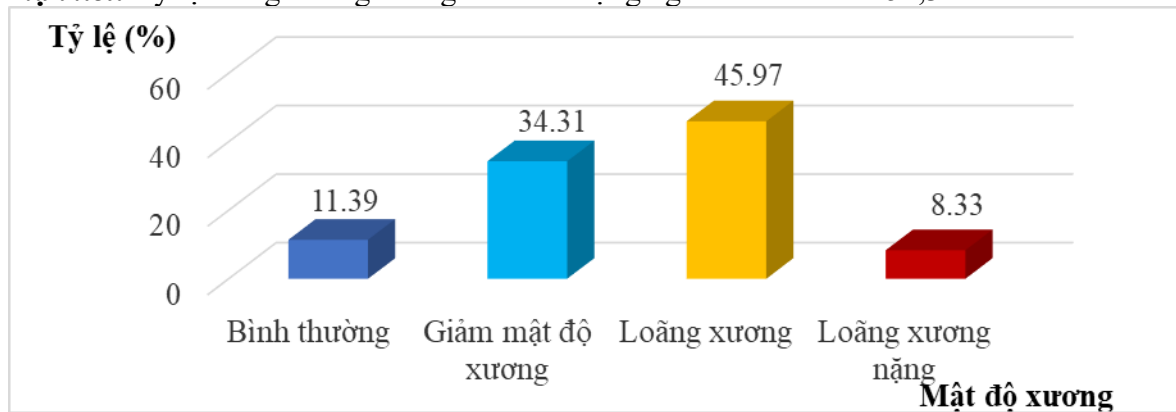
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng loãng xương ở phụ nữ nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Số mẫu nghiên cứu	Số mẫu (+)	Tỷ lệ (%)
720	391	54,31

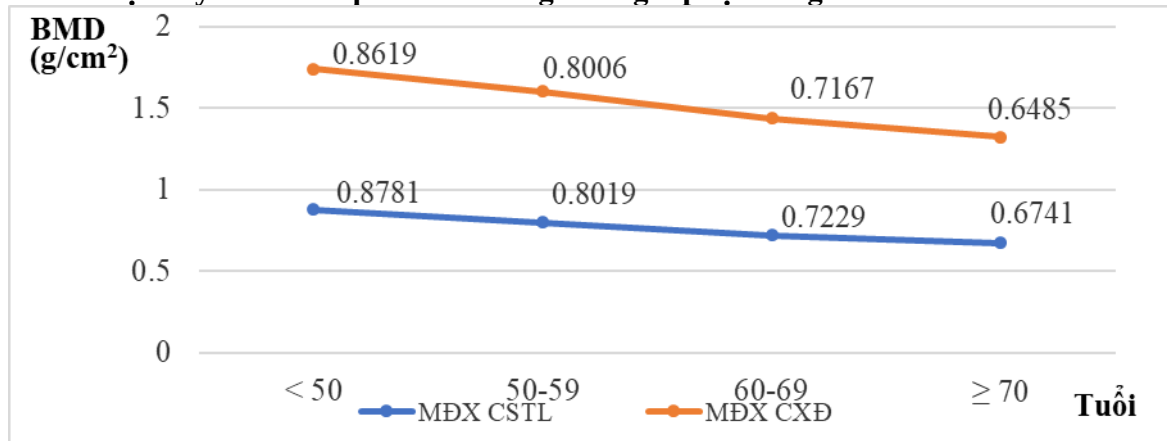
Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu chiếm 54,31%.



Hình 3.1 Phân loại mật độ xương ở đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương nặng của đối tượng nghiên cứu chiếm 8,33%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ nghiên cứu



Hình 3.2. Mối liên quan giữa tuổi và mật độ xương (n = 720)

Nhận xét: Mật độ xương giảm dần theo tuổi ở cả vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

Bảng 3.2. Liên quan giữa tuổi với loãng xương (n = 720)

Phân loại tuổi \ Nhóm mật độ xương	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
≥ 70	223	71,94	87	28,06
< 70	168	40,98	242	59,02
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 68,09$; OR = 3,69; (2,65 - 5,25); p < 0,001				

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu ≥ 70 tuổi có nguy cơ loãng xương cao gấp 3,69 lần người khác với độ tin cậy 95% (OR = 3,69; 95%CI = 2,65 - 5,25), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với loãng xương (n = 720)

Nhóm mật độ xương Phân loại BMI	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	48	78,69	13	21,31
$\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$	343	52,05	326	47,95
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 15,95$; OR = 3,40; (1,80 - 6,45); $p < 0,001$				

Nhận xét: Người có BMI thấp ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$) có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 3,40 lần người khác với độ tin cậy là 95% (OR = 3,40; 95%CI = 1,80 - 6,45), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Liên quan giữa tuổi có kinh lần đầu tiên với loãng xương (n = 720)

Nhóm mật độ xương Tuổi có kinh	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
> 16	207	63,89	117	36,11
≤ 16	184	46,46	212	53,54
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 21,77$; OR = 2,04; (1,50 - 2,77); $p < 0,001$				

Nhận xét: Người có chu kỳ kinh lần đầu tiên lúc 16 tuổi trở lên có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 2,04 lần người khác với độ tin cậy là 95% (OR = 2,04; 95%CI = 1,50 - 2,77), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng với loãng xương (n=720)

Nhóm mật độ xương Tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 45	137	66,83	68	33,17
≥ 45	247	54,05	210	45,95
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 9,48$; OR = 1,71; (1,21 - 2,42); $p < 0,01$				

Nhận xét: Người mãn kinh hoặc cắt buồng trứng trước 45 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 1,71 lần người khác với độ tin cậy là 95% (OR = 1,71; 95% CI = 1,21 - 2,42), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa số lần sinh con với loãng xương (n = 720)

Nhóm mật độ xương Số lần sinh con	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
≥ 5	160	75,83	51	24,17
< 5	231	45,38	278	54,62
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 55,64$; OR = 3,78; (2,59 - 5,50); $p < 0,001$				

Nhận xét: Người có số lần sinh con ≥ 5 có nguy cơ loãng xương cao gấp 3,78 lần người khác với độ tin cậy 95% (OR = 3,78; 95%CI = 2,59 - 5,50), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.7. Liên quan giữa luyện tập thể dục với loãng xương ($n = 720$)

Nhóm mật độ xương Lối sống	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không tập thể dục	352	59,26	242	40,74
Tập thể dục	39	30,95	87	69,05
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 33,52$; OR = 3,25; (2,13 - 4,95); $p < 0,001$				

Nhận xét: Người không tập luyện thể dục - thể thao có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 3,25 lần người có tập luyện với độ tin cậy là 95% (OR = 3,25; 95%CI = 2,13 - 4,95), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.8 Liên quan giữa sử dụng corticoid kéo dài với loãng xương ($n = 720$)

Nhóm mật độ xương Sử dụng corticoid kéo dài	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Có	64	67,37	31	32,63
Không	327	52,32	298	47,68
Tổng	391	54,31	329	45,69
$\chi^2 = 7,52$; OR = 1,88; (1,19 - 2,98); $p < 0,01$				

Nhận xét: Người có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 1,88 lần khác với độ tin cậy là 95% (OR = 1,88; 95%CI = 1,19 - 2,98), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng loãng xương ở phụ nữ

Tỷ lệ loãng xương

- Tỷ lệ loãng xương theo nghiên cứu của chúng tôi là 54,31% (Bảng 3.1), thấp hơn của Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu 650 phụ nữ ≥ 60 tuổi tỷ lệ loãng xương là 69,1% trong đó loãng xương nặng chiếm 18,7% [1] tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) nghiên cứu 988 phụ nữ trên 50 tuổi [4]. Bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả phụ nữ tuổi trưởng thành, do vậy tỷ lệ loãng xương thấp hơn các tác giả khác khi nghiên cứu ở phụ nữ sau mãn kinh hoặc trên 50 tuổi hoặc 60 tuổi.

- Ngoài ra theo nhiều chuyên gia loãng

xương tại Việt Nam: Lý do cần sử dụng giá trị tham chiếu cho người Việt (tính giá trị T-score cho người Việt Nam) [3]. Như vậy, có thể giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả trong nước [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ

4.2.1. Liên quan tuổi với loãng xương

- Theo nhiều nghiên cứu chỉ ra tuổi là một yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng tới mật độ xương, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc loãng xương càng lớn [4], [6], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Hình 3.2) thấy rằng mối tương quan nghịch biến giữa mật độ xương ở cột sống thắt lưng và cổ xương

đùi với tuổi, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy là nếu tuổi tăng lên thì mật độ xương sẽ giảm đi cả ở cột sống thắt lưng và cổ xương đùi. Kết quả này tương tự như kết quả Hồ Phạm Thục Lan (2011) [3], Hoàng Thị Bích (2014) [1], Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) [4].

- Theo Bảng 3.2, nữ giới ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 3,69 lần so với nữ giới < 70 tuổi, Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự khi nghiên cứu mật độ xương trên 988 phụ nữ ≥ 50 tuổi tại miền Bắc Việt Nam năm 2015.

4.2.2. Liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và loãng xương

- Mật độ xương của những người béo cao hơn rất nhiều so với những người gầy và mật độ xương tương quan tỷ lệ thuận với cả chiều cao, cân nặng và BMI đặc biệt là cân nặng và BMI.

4.2.3. Liên quan tình trạng kinh nguyệt và số lần sinh con với loãng xương

- Tuổi có kinh lần đầu tiên

Người có chu kỳ kinh lần đầu tiên lúc 16 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 2,04 lần người có kinh trước 16 tuổi (Bảng 3.4). Một số tác giả trong và ngoài nước cũng nhận thấy có mối liên quan mật thiết giữa tuổi có kinh lần đầu tiên và loãng xương [3].

- Tuổi mãn kinh

Trong số 720 đối tượng nghiên cứu có 662 phụ nữ đã mãn kinh chiếm 91,94%. Phụ nữ mãn kinh hoặc cắt buồng trứng trước 45 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 1,71 lần người khác có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($OR = 1,71$, $95\%CI = 1,21 - 2,42$) (Bảng 3.5). Nhiều nghiên cứu trong nước chỉ ra tuổi mãn kinh là một yếu tố nguy cơ loãng xương. Tào Minh Thúy (2013) [5], Hoàng Thị Bích (2014) [1].

- Số lần sinh con

Trong nghiên cứu của chúng tôi những người sinh con ≥ 5 lần có nguy cơ loãng xương gấp 3,36 lần so với người khác ($OR = 3,36$, $95\%CI = 2,40 - 4,73$) (Bảng 3.6). Quá trình mang thai là một yếu tố kích thích làm thay đổi hoạt động của nội tiết tố nữ do vậy làm ảnh hưởng đến chu chuyển xương. Phụ nữ sinh nhiều con sẽ ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa canxi do có sự dịch chuyển canxi từ mẹ sang con trong quá trình mang thai và cho con bú. Do đó nếu không bổ sung đủ lượng canxi cần thiết những phụ nữ sinh nhiều con sẽ có nguy cơ loãng xương cao [8].

-Yếu tố tập luyện

Những người không tập luyện thể dục ở nhóm loãng xương cao hơn nhóm không loãng xương và những người không tập luyện có nguy cơ bị loãng xương cao gấp 3,25 lần người bình thường ($OR = 3,25$; $95\%CI = 2,13 - 4,95$) (Bảng 3.7). Có hiện tượng này là do sự vận động của các cơ kích thích sự tạo xương và tăng khối lượng xương, ngược lại sự giảm vận động dẫn đến mất xương nhanh.

- Tiền sử sử dụng glucocorticoid kéo dài

Những người sử dụng corticoid kéo dài có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 1,88 lần so với người bình thường (Bảng 3.8). Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho thấy những bệnh nhân sử dụng glucocorticoid kéo dài có nguy cơ gãy xương cao. Glucocorticoid gây ảnh hưởng lên xương xốp nhiều hơn xương vỏ, vì thế sự mất xương xảy ra nhanh và thường gây gãy xương do loãng xương ở thân đốt sống, xương sườn và ở đầu các xương dài [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 720 phụ nữ đến khám và kiểm tra sức khỏe tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- + Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ là 54,31%, trong đó loãng xương nặng chiếm 8,33%.
- + Yếu tố liên quan:
 - Tuổi: Người có tuổi ≥ 70 có nguy cơ mắc loãng xương gấp 3,34 lần so với người dưới 70 tuổi, $p < 0,001$.
 - Tình trạng kinh nguyệt:
 - + Phụ nữ có kinh muộn (> 16 tuổi) có nguy cơ mắc loãng xương gấp 3,42 lần so với người bình thường, $p < 0,001$.
 - + Phụ nữ mãn kinh trước 45 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương gấp 2,30 lần so với người bình thường, $p < 0,05$.
 - + Phụ nữ có số lần sinh con ≥ 5 lần có nguy cơ mắc loãng xương gấp 4,66 lần so với phụ nữ có số lần sinh con < 5 lần, $p < 0,001$.

VI. KIẾN NGHỊ

Phụ nữ đặc biệt là các đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ nên được kiểm tra mật độ xương định kỳ nhằm phát hiện sớm bệnh loãng xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Bích, Nguyễn Thị Ngọc Lan và Hoàng Hoa Sơn (2014)**, "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh từ 60 tuổi trở lên", Tạp Chí Nội Khoa, tr. 185 - 190.
2. **Đỗ Thị Khánh Hỷ (2007)**, "Một số yếu tố liên quan gây loãng xương ở người cao tuổi", Tạp chí nghiên cứu y học. 53(5), tr. 144-149.
3. **Hồ Phạm Thục Lan, Phạm Ngọc Hoa và Lại Quốc Thái (2011)**, "Chẩn đoán loãng xương: ảnh hưởng của giá trị tham chiếu", Thời Sự Y Học. 57 (1 và 2).
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan và các cộng sự. (2015)**, "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên", Tạp chí Nghiên cứu y học. 75(5), tr. 91-98.
5. **Tào Minh Thúy và Nguyễn Thị Ngọc Lan (2013)**, "Khảo sát các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ miền Bắc Việt Nam từ 50 tuổi trở lên", Tạp chí Nội khoa, tr. 243 -249.
6. **Boschitsch E.P., Durchschlag E. and Dimai H.P. (2017)**, Age-related prevalence of osteoporosis and fragility fractures: real-world data from an Austrian Menopause and Osteoporosis Clinic, Climacteric, 20,(2), pp. 157-163.
7. **Burge R., Dawson-Hughes B., Solomon D. H. and et al. (2007)**, Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025, J Bone Miner Res, 22,(3), pp. 465-75.
8. **Qiao Dou, Liu Xiaotian, Tu Runqiang et al. (2020)**, Gender-specific prevalence and influencing factors of osteopenia and osteoporosis in Chinese rural population: the Henan Rural Cohort Study, BMJ Open, 10,(1), p. e028593.

THỰC TRẠNG SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VỀ THỜI GIAN CHỜ TIẾP CẬN DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH VÀ CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH, KỸ THUẬT VIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA DIỄN CHÂU, NGHỆ AN, NĂM 2020

Vũ Văn Thái¹, Hồ Ngọc Thái²,
Đinh Thị Thanh Mai¹, Võ Thị Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang sự hài lòng của 441 người bệnh điều trị nội trú về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020 bằng bộ câu hỏi phỏng vấn xây dựng theo mẫu của Bộ Y tế năm 2015 đánh giá sự hài lòng người bệnh theo thang đo Likert. Kết quả nghiên cứu:

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh: tiếp cận điều dưỡng là 94,0%; chờ làm xét nghiệm là 65,5%; chờ làm thủ tục ra viện là 89,8%.

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về sự chăm sóc của điều dưỡng: về thái độ phục vụ của điều dưỡng 97,5%, về thao tác thủ thuật 98,0%.

Tỷ lệ hài lòng về khoa điều trị của người bệnh tại khoa Y học cổ truyền cao nhất 92,2%, tiếp theo là khoa hồi sức cấp cứu 89,1%, thấp nhất là khoa 3 chuyên khoa (Răng hàm mặt-Tai mũi họng- Mắt) chiếm tỷ lệ 63,2%.

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh

SUMMARY

SITUATION OF SATISFACTION OF INPATIENTS ABOUT WAITING TIME TO ACCESS MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT SERVICES AND CARE OF NURSES, MIDWIVES, TECHNICIANS AT DIEN CHAU GENERAL HOSPITAL, NGHE AN, 2020

Research on the satisfaction of 441 inpatient patients with regard to waiting time to access medical services and care of nurses, midwives and technicians at clinical departments of General Hospital Dien Chau, Nghe An, 2020 with a set of interview questions built according to the form of the Ministry of Health in 2015 to assess patient satisfaction according to the Likert scale. The results show that:

Percentage of patients satisfied the waiting time to access to nursing is 94.0%; waiting times for testing is 65.5%; for discharge procedures 89.8%.

Percentage of patients who are satisfied with the nursing care: 97.5% of nurses' service attitude, 98.0% of nursing procedures.

The highest percentage of patients satisfied with the treatment department is Traditional Medicine department, accounting for 92.2%, followed by the emergency resuscitation department at 89.1%, and the lowest was the department with 3 specialties (Odonto-Stomatology- Otorhinorhynology - Ophthalmology) accounted for 63.2%.

Keywords: Patient satisfaction

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Vũ Văn Thái

Email: vvthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng nhất dùng để đo lường sự đáp ứng của cơ sở y tế đối với những mong đợi của người bệnh về dịch vụ y tế, qua đó đánh giá phần nào chất lượng bệnh viện. Theo Phạm Thu Xanh và cộng sự nghiên cứu về hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2017 cho thấy tỉ lệ người bệnh hài lòng về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh là 88,3%; hài lòng với thực hành chăm sóc của điều dưỡng/ kỹ thuật viên/ hộ sinh là 90%^[1]

Bệnh viện Đa khoa Diễn Châu là bệnh viện tuyến huyện, thực hiện chức năng nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân trong huyện và các khu vực lân cận, trong những năm qua bệnh viện đã có nhiều biện pháp để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, sự hài lòng của người bệnh đang là mục tiêu mà Ban Giám đốc cùng toàn thể viên chức, người lao động của bệnh viện hướng tới

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020” với mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng trên 3 ngày.

+ Người bệnh tỉnh táo và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có rối loạn ý thức, mắc bệnh tâm thần.

+ Người bệnh là nhân viên bệnh viện hoặc người nhà nhân viên bệnh viện.

+ Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01-09 năm 2020.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: 07 khoa điều trị tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An:

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*** Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu mô tả được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$p = 0,621$ ^[2].

$d = 0,05$

Sau khi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu: $n = 365$ người bệnh, dự kiến 10% người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu, chúng tôi đã lấy 441 người bệnh từ các Khoa có người bệnh nội trú trong diện nghiên cứu.

***Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên theo tỷ lệ bằng phương pháp lấy danh sách người bệnh điều trị nội trú trên

phần mềm tại phòng kế hoạch tổng hợp. Chọn chủ đích 07 Khoa điều trị nội trú. Dựa trên số người bệnh điều trị nội trú trung bình

hàng tháng tại các Khoa chúng tôi lấy phiếu phỏng vấn

2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Tên biến	Chỉ số/ Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Sự hài lòng của người bệnh về thời gian chờ	- Sự sẵn sàng có mặt của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại buồng bệnh khi người bệnh yêu cầu. - Được thực hiện các xét nghiệm - Đăng ký vào viện, thanh toán khi ra viện.	Thứ bậc	Phỏng vấn
Sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên	Là sự hài lòng của người bệnh về: - Hướng dẫn nội quy khoa, phòng, buồng bệnh - Tinh thần thái độ phục vụ trong quá trình chăm sóc - Thực hiện các thao tác quy trình kỹ thuật, thủ thuật chăm sóc.	Thứ bậc	Phỏng vấn

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Công cụ thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi phỏng vấn xây dựng dựa trên phiếu khảo sát theo mẫu của Bộ Y tế theo Công văn số 1334/KCB-QLCL của Cục Quản lý khám, chữa bệnh về việc hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2015 đánh giá sự hài lòng người bệnh^[3]. Bộ câu hỏi gồm 5 phương án trả lời dựa theo thang đo Likert

- Nội dung khảo sát sự hài lòng của người bệnh về: Sự hài lòng của người bệnh về thời gian chờ khi tiếp cận dịch vụ; về chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên;

2.5.2. Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp tại Bệnh viện Đa khoa Diên Châu Nghệ An, thời điểm phỏng vấn là sau khi người bệnh làm xong thủ tục thanh toán ra viện.

2.5.3. Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu

Tham khảo hướng dẫn đánh giá của Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn thực hiện và phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh, người mẹ và nhân viên y tế ban hành kèm theo Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/08/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế”^[4]:

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập trong nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học và sử dụng phần mềm SPSS 19.0.

- Kết quả nghiên cứu được trình bày theo tỷ lệ % của các biến số.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Diên Châu, Nghệ An. Các đối tượng đều nắm rõ mục đích nghiên cứu, tự nguyện cung cấp thông tin. Các thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố người bệnh theo giới tính

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	203	54,0
Nữ	238	46,0
Tổng	441	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 441 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 46,0%; nữ giới chiếm 54,0%.

Bảng 3.2: Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<20	5	1,1
20 - 29	103	23,4
30 - 39	103	23,4
40 - 49	91	20,6
50 - 59	73	16,5
≥ 60	66	15,0
Tổng	441	100,0

Nhận xét: 23,4% người bệnh trong nhóm tuổi 20-29 tuổi, 30-39 tuổi; tiếp đến là 20,6% người bệnh trong nhóm 40-49 tuổi; các nhóm khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.3: Phân bố người bệnh theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ	2	0,5
Tiểu học	2	0,5
Trung học cơ sở	21	4,7
Trung học phổ thông	192	43,5
Trung cấp	114	25,8
Cao đẳng - Đại học	103	23,4
Trên Đại học	7	1,6
Tổng	441	100,0

Nhận xét: Người bệnh có trình độ học vấn là THPT chiếm đa số (43,5%); tiếp đến 25,8% là Trung cấp; 23,4% Cao đẳng - Đại học; các nhóm khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.4: Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Học sinh, sinh viên	15	3,4
Nông dân	87	19,7
Công nhân	29	6,6
Cán bộ viên chức	118	26,8
Hưu trí	41	9,3
Tự do	151	34,2
Tổng	441	100,0

Nhận xét: 34,2% người bệnh là tự do; 26,8% người bệnh là cán bộ, viên chức; tiếp đến 19,7% là nông dân; 9,3% là hưu trí; 6,6% là công nhân; 3,4% người bệnh là học sinh, sinh viên.

Bảng 3.5: Phân bố người bệnh theo Khoa điều trị

Khoa điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khoa Nội tổng hợp	77	17,5
Khoa Truyền nhiễm	57	12,9
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc	64	14,5
Khoa Y học cổ truyền	51	11,6
Khoa Sản	62	14,0
Khoa Ngoại	111	25,2
Khoa 3 chuyên khoa (Răng hàm mặt – Tai mũi họng – Mắt)	19	4,3
Tổng	441	100

Nhận xét: Trong số 441 người bệnh tham gia nghiên cứu, người bệnh Khoa Ngoại chiếm tỷ lệ cao nhất 25,2%; sau đó đến Khoa Nội tổng hợp chiếm 17,5%; các khoa khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên

Bảng 3.6: Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian tiếp cận điều dưỡng

Khoa điều trị	Mức độ hài lòng (n=441)				
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
Khoa Nội tổng hợp (n=77)	2 (2,6)	1 (1,3)	4 (5,2)	27 (31,5)	43 (55,8)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	1 (1,8)	25 (43,9)	31 (54,4)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	2 (3,1)	8 (12,5)	54 (84,4)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	0	22 (43,1)	29 (56,9)
Khoa Sản (n=62)	0	0	6 (9,7)	24 (38,7)	31 (51,6)
Khoa Ngoại (n=111)	1 (0,9)	0	5 (4,5)	45 (40,5)	60 (54,1)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	1 (5,3)	3 (15,8)	8 (42,1)	7 (36,8)
Tổng	3 (0,7)	2 (0,5)	21 (4,8)	159 (36,0)	256 (58,0)

Nhận xét: 94,0% người bệnh hài lòng về thời gian tiếp cận chăm sóc của điều dưỡng khi người bệnh yêu cầu; chỉ có 6,0% người bệnh không hài lòng về thời gian tiếp cận điều dưỡng.

Bảng 3.7: Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian chờ làm các xét nghiệm

Khoa điều trị	Mức độ hài lòng (n=441)				
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
Khoa Nội tổng hợp (n=77)	2 (2,6)	1 (1,3)	25 (32,5)	47 (61,0)	2 (2,6)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	17 (29,8)	35 (61,4)	5 (8,8)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống	0	0	12 (18,8)	32 (50,0)	20 (31,2)

độc (n=64)					
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	24 (47,1)	18 (35,3)	9 (17,6)
Khoa Sản (n=62)	0	0	22 (35,5)	29 (46,8)	11 (17,7)
Khoa Ngoại (n=111)	1 (0,9)	0	36 (32,4)	51 (45,9)	23 (20,7)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	1	11 (57,9)	5 (26,3)	2 (10,5)
Tổng	3 (0,7)	2 (0,5)	147 (33,3)	217 (49,2)	72 (16,3)

Nhận xét: 65,5% người bệnh hài lòng về thời gian chờ đợi làm các xét nghiệm (mức 4,5); số người bệnh không hài lòng về thời gian chờ đợi làm các xét nghiệm, tập trung chủ yếu ở Khoa nội tổng hợp (mức 1,2,3) chiếm 34,5%.

Bảng 3.8: Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian chờ làm thủ tục ra viện

Khoa điều trị	Mức độ hài lòng (n=441)				
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
Khoa Nội tổng hợp (n=77)	2 (2,6)	1 (1,3)	4 (5,2)	46 (59,7)	24 (31,2)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	6 (10,5)	36 (63,2)	15 (26,3)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	4 (6,2)	30 (46,9)	30 (46,9)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	4 (7,8)	29 (56,9)	18 (35,3)
Khoa Sản (n=62)	0	1 (1,6)	9 (14,5)	34 (54,9)	18 (29,0)
Khoa Ngoại (n=111)	1 (0,9)	0	6 (5,4)	60 (54,1)	44 (39,6)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	1(5,3)	6 (31,6)	7 (36,8)	5 (26,3)
Tổng	3 (0,7)	3 (0,7)	39 (8,8)	242 (54,9)	154 (34,9)

Nhận xét: 89,8% người bệnh hài lòng (mức 4, 5 về thời gian chờ làm thủ tục ra viện).

Bảng 3.9: Mức độ hài lòng của người bệnh về thái độ phục vụ của điều dưỡng

Khoa điều trị	Mức độ hài lòng (n=441)				
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
Khoa Nội tổng hợp (n=77)	0	0	1 (1,3)	28 (36,4)	48 (62,3)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	0	19 (33,3)	38 (66,7)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	0	14 (21,9)	50 (78,1)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	2 (3,9)	15 (29,4)	34 (66,7)
Khoa Sản (n=62)	0	0	2 (3,2)	28 (45,2)	32 (51,6)
Khoa Ngoại (n=111)	0	0	5 (4,5)	38 (34,2)	68 (61,3)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	0	1 (5,3)	8 (42,1)	10 (52,6)
Tổng	0	0	11 (2,5)	150 (34,0)	280 (63,5)

Nhận xét: Người bệnh hài lòng với thái độ phục vụ của điều dưỡng (mức 4, 5) cao chiếm tỷ lệ 97,5%.

Bảng 3.1: Mức độ hài lòng của người bệnh về thao tác thủ thuật của điều dưỡng

Khoa điều trị	Mức độ hài lòng (n=441)				
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
Khoa Nội tổng hợp (n=77)	0	0	1 (1,3)	22 (28,6)	54 (70,1)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	0	14 (24,6)	43 (75,4)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	0	14 (21,9)	50 (78,1)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	0	15 (29,4)	36 (70,6)
Khoa Sản (n=62)	0	0	3 (4,8)	25 (40,4)	34 (54,8)
Khoa Ngoại (n=111)	0	0	3 (2,7)	35 (31,5)	73 (65,8)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	0	2 (10,5)	7 (36,9)	10 (52,6)
Tổng	0	0	9 (2,0)	132 (30,0)	300 (68,0)

Nhận xét: 98,0% người bệnh hài lòng về thao tác thủ thuật của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh (mức 4, 5); chỉ có 2,0% người bệnh không hài lòng (mức 1, 2,3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 441 người bệnh hiện đang điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Diên Châu, Nghệ An. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người bệnh là nữ giới (54,0%) cao hơn nam giới (46,0%). Kết quả này tương đồng với các kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Đàm Thư (2017) tại Bệnh viện đa khoa Kiến An, Hải Phòng, tỷ lệ nữ giới chiếm 61,0%; nam giới 39,0%^[5]. Độ tuổi của người bệnh đến điều trị nội trú: 23,4% người bệnh trong nhóm tuổi 20-29 tuổi, 23,4% người bệnh trong 30-39 tuổi; tiếp đến là 20,6% người bệnh trong nhóm 40-49 tuổi; các nhóm khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Về trình độ học vấn của người bệnh, đa số người bệnh có trình độ học vấn từ Trung học phổ thông trở lên (94,3%), 5,7% người bệnh có trình độ từ Trung học cơ sở trở xuống. Nghề nghiệp:

34,2% người bệnh là tự do; 26,8% người bệnh là cán bộ, viên chức; tiếp đến 19,7% là nông dân; 9,3% là hưu trí; 6,6% là công nhân; 3,4% người bệnh là học sinh, sinh viên.

4.2. Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên

Kết quả nghiên cứu cho thấy 94,0% người bệnh hài lòng về thời gian tiếp cận chăm sóc của điều dưỡng khi người bệnh yêu cầu; 6,0% người bệnh không hài lòng, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phước (2014) tại Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai là 91,3%^[6]; cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Li-ming You và cộng sự (2013) tiến hành trên 5786 người bệnh ở 181 Bệnh viện tại Trung Quốc^[7], sự hài lòng của người bệnh đối với điều dưỡng kém hơn nhiều so với bác sỹ (52,5% so với 89,7%), đặc biệt là các điều dưỡng có

trình độ trung cấp, cao đẳng. Tỷ lệ điều dưỡng có bằng đại học càng cao thì mức độ hài lòng của người bệnh càng cao, tỷ lệ điều dưỡng có bằng đại học tăng lên 10% thì mức độ hài lòng của người bệnh và sự ưa thích lựa chọn bệnh viện của người bệnh tăng lên 1,11-1,13 lần; vì vậy việc nâng cao chất lượng bệnh viện có vai trò rất quan trọng của chất lượng điều dưỡng.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có 65,5% người bệnh hài lòng; 34,5% người bệnh không hài lòng về thời gian chờ đợi làm các xét nghiệm. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Đạm Thu (2017) tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng, tỷ lệ người bệnh hài lòng về thời gian chờ đợi làm xét nghiệm là 87,9%^[5]; của tác giả Nguyễn Thị Hải (2016) tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An là 73,9%^[8]; và của Nguyễn Ngọc Phước (2014) tại Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ này là 91,6%^[6].

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về thời gian chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện là 89,8%; cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải (2016) tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An (77,9%)^[8], thấp hơn của Nguyễn Ngọc Phước (2014) tỷ lệ này là 92,2%^[6]; vẫn còn 10,2% người bệnh không hài lòng về thời gian chờ đợi làm thủ tục ra viện.

Có 97,5% người bệnh hài lòng với thái độ phục vụ của điều dưỡng, kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Phạm Thị Đạm Thu (2017) 98,2% người bệnh đánh giá ở mức hài lòng, rất hài lòng về tinh thần, thái độ phục vụ của điều dưỡng^[5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 98,0%

người bệnh hài lòng về thao tác thủ thuật của điều dưỡng trong suốt quá trình chăm sóc người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại Bệnh viện đa khoa Diên Châu, Nghệ An, năm 2020

- Tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh: tiếp cận điều dưỡng là 94,0%; chờ làm xét nghiệm là 65,5%; chờ làm thủ tục ra viện là 89,8%.

- Tỷ lệ hài lòng về sự chăm sóc của điều dưỡng: về thái độ phục vụ của điều dưỡng 97,5%, về thao tác thủ thuật 98,0%.

- Tỷ lệ hài lòng về khoa điều trị của người bệnh tại khoa Y học cổ truyền cao nhất 92,2%, tiếp theo là khoa hồi sức cấp cứu 89,1%, thấp nhất là khoa 3 chuyên khoa (Răng hàm mặt-Tai mũi họng- Mắt) chiếm tỷ lệ 63,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thu Xanh & cộng sự. (2018).** Thực trạng sự hài lòng của người bệnh đang điều trị nội trú tại bệnh viện Kiến An—Hải Phòng năm 2017. Tạp Chí Y Học Dự Phòng, 28(9), tr. 73-81.
2. **Nguyễn Hoàng Ba. (2016).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Giao thông vận tải Hải Phòng năm 2016: Vol. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
3. **Cục khám chữa bệnh - Bộ Y tế. (2015).** Công văn số 1334/KCB-QLCL về việc

- Hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2015 ngày 6/11/2015 của Cục Trưởng cục khám chữa bệnh.
4. **Bộ Y tế. (2019).** Hướng dẫn thực hiện và phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh, người mẹ và nhân viên y tế ban hành kèm theo Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/08/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
 5. **Phạm Thị Đạm Thu. (2017).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2017: Vol. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
 6. **Nguyễn Ngọc Phước & cộng sự. (2014).** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú và người nhà người bệnh về chất lượng dịch vụ y tế tại Viện Tim mạch—Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 (Báo Cáo Hội Nghị Khoa Học Điều Dưỡng).
 7. **Li-ming You, & al., et. (2013).** Hospital nursing, case quality and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospital in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies.*, 50(2), 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>
 8. **Nguyễn Thị Hải. (2016).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An năm 2016: Vol. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa 2. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG CỦA BỆNH NHÂN HẸP CHIỀU NGANG XƯƠNG HÀM TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Phạm Thị Hồng Thùy*, Vũ Quang Hưng*, Vũ Quang Hiển*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên (XHT) tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp chiều ngang XHT. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình là 19,03, nữ chiếm 70%. Khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (40% và 50%). Cắn chéo một bên chiếm 26,67%, cắn chéo hai bên chiếm 63,33%, còn lại là không cắn chéo chiếm 10%. Độ rộng của nền xương hàm dưới (XHD) lớn hơn so với nền XHT trung bình là 23,14mm và độ rộng của xương ổ răng hàm dưới lớn hơn so với xương ổ răng hàm trên trung bình là 8,43mm. Góc trục răng 6 (R6) XHT ở bên phải và bên trái của nhóm không cắn chéo lớn hơn so với nhóm cắn chéo một bên và hai bên. **Kết luận:** Hẹp chiều ngang XHT là triệu chứng hay gặp trên lâm sàng, có thể gặp bệnh nhân có khớp cắn loại I, II hoặc III, với đặc điểm nổi bật trên CT cone beam (CTCB) là chiều ngang XHT hẹp, không tương ứng với XHD.

Từ khóa: Hẹp hàm trên, khớp cắn chéo

SUMMARY

CLINICAL, X-RAYS SIGNS OF PATIENTS WITH MAXILLARY SKELETAL DEFICIENCIES AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objectives: To describe clinical signs, X-rays of patients with maxillary skeletal deficiencies at Hai Phong Medical University hospital in 2020. **Materials and Methods:** cross-sectional descriptive studies over 30 patients were diagnosed with transverse stenosis of XHT. **Results:** the subjects included 30 patients aged between 13-25 years, with a mean age of 19,03 years. Patients with Class III's Angle are the highest proportion in the research group (40% and 50% in terms of the first molar in the left and right molar). Cross-bite one side accounts for 26.67%, cross-bite two sides accounts for 63.33%, the noncross-bite is 10%. The width of the mandibular is 23.14mm larger than the maxillary width, and alveolar mandibular bone is 8,43mm larger than alveolar maxillary bone. The upper first molar's angle on the right and left sides of the non-crossbite group was greater than that of the unilateral and bilateral cross-bite groups. **Conclusion:** Maxillary transverse discrepancy is a common clinical symptom in patients with occlusion type I, II or III Angle, with the irregularity on CT cone beam is narrow horizontal maxillary width, no corresponds to horizontal mandibular with.

Keywords: narrow maxillary, crossbite

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Thùy

Email: pthongthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ lệch lạc răng và hàm ở trẻ em Việt Nam hiện nay tương đối cao (chiếm 96,1% ở Hà Nội và 83,25% ở thành phố Hồ Chí Minh), trong đó số trẻ kém phát triển chiều ngang xương hàm trên cũng rất thường gặp. Biểu hiện hay gặp trên lâm sàng là hẹp xương và cung răng hàm trên mà dấu hiệu nhận biết là cắn chéo răng sau một bên hoặc hai bên [1].

Kém phát triển chiều ngang xương hàm trên có thể gây ra những rối loạn như: Thay đổi thẩm mỹ về răng mặt, mặt phát triển không cân xứng, sai lệch vị trí và chức năng của xương hàm dưới, sự phản ứng có hại đến mô nha chu, độ nghiêng của răng không ổn định và các vấn đề khác (Will, 1996).

Sự hiểu biết về các đặc điểm của bệnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị, do đó, đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020”** được thực hiện nhằm góp phần cung cấp thêm các thông tin về bệnh nhằm can thiệp điều trị kịp thời, với các mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.
2. Mô tả một số đặc điểm X-quang trên phim CT Conebeam ở nhóm bệnh nhân được nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có biểu hiện hẹp chiều ngang XHT. Các bệnh nhân này được khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân là người Việt Nam đã thay răng sữa, bệnh nhân này chưa từng điều trị chỉnh nha, khám và phát hiện những bệnh nhân có hẹp chiều ngang XHT (Khoảng cách J-J trên CTCB nhỏ hơn giá trị bình thường theo độ tuổi của Richetts), hàm dưới phát triển bình thường ($SNB < 80^\circ$ theo Steiner).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có cắn chéo chức năng, bệnh nhân há miệng hạn chế.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả.

Công cụ thu thập số liệu: Máy chụp CTCB Vatech

Phim chụp CBCT của 30 bệnh nhân.

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

Một số thông số nghiên cứu: tuổi, giới, phân loại khớp cắn, loại cắn chéo, thông số trên phim CTCB

Các thông số trên phim CTCB

Độ rộng nền mũi: khoảng cách giữa hai điểm xa nhất trên nền mũi

Độ rộng nền XHT (J-J): khoảng cách giữa hai điểm xa ngoài nhất nền hàm (là giao điểm của đường viền quanh XHT và viền quanh xương gò má – hàm trên) (trên lát cắt đứng ngang qua R6 hàm trên).

Độ rộng nền XHD (Ag-Ag): khoảng cách giữa hai điểm lõm (Ag) bên trái và phải của XHD.

Độ rộng cung răng hàm trên (R6-R6 XHT) : khoảng cách giữa hai điểm ở mặt ngoài, xa điểm giữa nhất trên R6 hàm trên hai bên (trên lát cắt đứng ngang qua răng hàm lớn thứ nhất hàm trên)

Độ rộng của cung răng hàm dưới (R6-R6 XHD): khoảng cách giữa hai điểm ở mặt

ngoài, xa điểm giữa nhất trên R6 hàm dưới hai bên (trên lát cắt đứng ngang qua răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới)

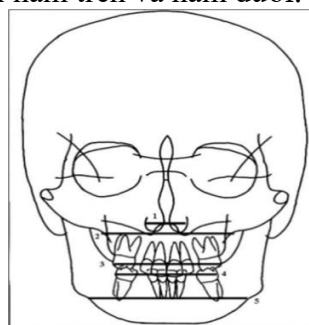
Độ rộng mặt (Za-Za): Khoảng cách giữa hai điểm ngoài nhất của cung Zygoma xương hàm trên (trên lát cắt ngang qua cung gò má hai bên).

Góc trục răng R6 hàm trên so với mặt phẳng khẩu cái bên trái và bên phải. Trục R6 hàm trên được xác định là đường thẳng nối từ điểm sâu nhất trên mặt nhai nối với chỗ chèn chân răng (xác định trên lát cắt đứng ngang qua răng này)

Góc trục R6 hàm dưới so với mặt phẳng hàm dưới bên trái và bên phải. Trục răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới được xác định là đường thẳng nối từ điểm sâu nhất trên mặt

nhai nối với chóp chân răng (xác định trên lát cắt đứng ngang qua răng này). Mặt phẳng hàm dưới được xác định là mặt phẳng tiếp tuyến với 2 điểm bờ dưới của XHD.

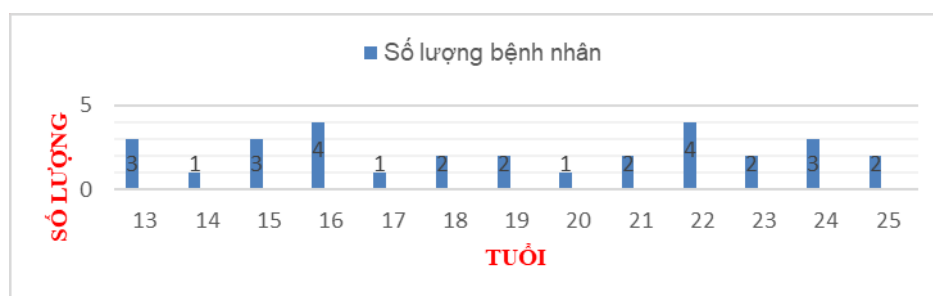
Độ rộng cung răng ở các vị trí R3, R4, R5, R6 tại hàm trên và hàm dưới.



Hình 1: 1: Độ rộng nền mũi, 2: Khoảng cách J-J, 5: Khoảng cách Ag-Ag

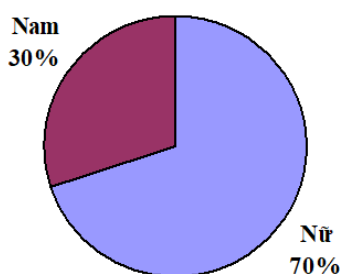
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên



Biểu đồ 3.1. Những đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân có biểu hiện hẹp chiều ngang XHT là 30. Nhóm 16 và 22 tuổi có số lượng bệnh nhân hẹp chiều ngang XHT nhiều nhất. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,03.



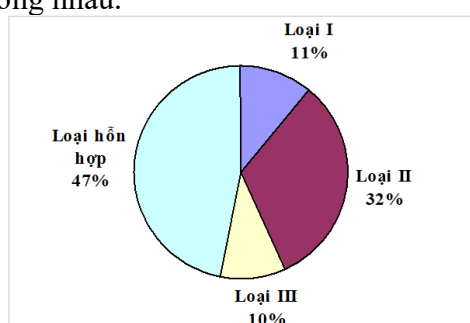
Biểu đồ 3.2. Phân bố giới tính trong nghiên cứu.

Nhận xét: Số bệnh nhân nữ là 21 (chiếm 70%) và nam là 9 (chiếm 30%).

Bảng 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo phân loại khớp cắn Angle

Loại khớp cắn	R6 hàm trên bên phải		R6 hàm trên bên trái	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Loại I	9	30	7	23,33
Loại II	9	30	8	26,67
Loại III	12	40	15	50
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân có lệch lạc khớp cắn loại III theo Angle chiếm tỷ lệ cao nhất (40% và 50%) xét theo cả R6 hàm trên bên phải và bên trái. Lệch lạc khớp cắn loại I và loại II chiếm tỷ lệ tương đương nhau.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm khớp cắn theo Angle của đối tượng nghiên cứu.

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân được nghiên cứu, bệnh nhân có lệch lạc khớp cắn hỗn hợp (Loại I+III hoặc loại II+III) chiếm tỷ lệ cao nhất (47%).

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phân loại cắn chéo răng sau

Hình thái cắn chéo	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Một bên	8	26,67
Hai bên	19	63,33
Không cắn chéo	3	10
Tổng	30	100

Nhận xét: Hình thái cắn chéo răng sau 2 bên chiếm tỷ lệ cao nhất (63,33%). Có 3 đối tượng nghiên cứu không có dấu hiệu trên lâm sàng.

3.2. Mô tả một số đặc điểm X-quang trên phim CT Conebeam ở nhóm bệnh nhân được nghiên cứu

Bảng 3.3. Một số chỉ số về xương trên phim CT Conebeam

Chỉ số	Mean (mm)	SD (mm)	Min (mm)	Max (mm)
Độ rộng nền mũi	29,32	3,84	24,84	35,82
Độ rộng Za-Za	132,18	8,1	95,56	145,43
Độ rộng J-J	59,67	3,29	49,97	62,01
R6-R6 XHT	56,03	3,79	45,94	65,2
Độ rộng Ag-Ag	85,81	4,07	80,2	91,57
R6-R6 XHD	64,46	5,79	55,36	78,01

Nhận xét: Độ rộng của nền xương hàm dưới lớn hơn so với hàm trên trung bình là 23,14mm. Độ rộng của xương ổ răng hàm dưới lớn hơn so với hàm trên trung bình là 8,43mm.

Bảng 3.4. Một số chỉ số về răng trên phim CT Conebeam

Chỉ số	Mean (mm)	SD (mm)	Min (mm)	Max (mm)
Hàm trên				
Độ rộng R3-R3	30,27	5,46	28,8	33,91
Độ rộng R4-R4	41,47	4,29	29,61	41,94
Độ rộng R5-R5	43,49	3,16	33,77	47,46
Độ rộng R6-R6	51,46	4,76	45,74	54,78
Hàm dưới				
Độ rộng R3-R3	29,97	4,24	24,55	33,64
Độ rộng R4-R4	39,54	5,32	29,07	45,03
Độ rộng R5-R5	47,17	3,4	39,33	49,08
Độ rộng R6-R6	53,09	3,31	48,47	58,84

Nhận xét: Độ rộng cung răng ở hàm trên và hàm dưới đều tăng dần từ răng 3 đến răng 6 (độ rộng trung bình XHT tăng dần từ 30,97 đến 51,46 và XHD từ 29,97 đến 53,09).

Bảng 3.5. Trục của các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và hàm dưới trên phim CT Conebeam

Chỉ số	Mean (độ)	SD (độ)	Min (độ)	Max (độ)	p
Góc trục R6 trên phải	95,64	7,06	85,76	120,03	<0,05
Góc trục R6 trên trái	98,81	8,75	82,6	115,04	
Góc trục R6 dưới phải	87,14	7,47	78,23	92,46	
Góc trục R6 dưới trái	84,23	10,52	75,46	93,48	

Nhận xét: Góc trục R 6 ở cả hai bên phải và trái của hàm trên đều lớn hơn so với góc trục R6 hàm dưới với $p < 0,05$. Sự chênh lệch giữa góc trục R6 bên phải và bên trái ở mỗi hàm là không đáng kể.

Bảng 3.6. Mô tả chỉ số đo trên phim CT Conebeam theo các loại cắn chéo răng sau

Chỉ số	Không cắn chéo (mm)	Cắn chéo 1 bên (mm)	Cắn chéo 2 bên (mm)	p
Độ rộng nền mũi	28,34±4,2	27,46±5,01	27,46±3,9	>0,05
Độ rộng J-J	61,78±7,2	64,83±6,4	60,76±5,42	
Độ rộng R6-R6 XHT	62,72±4,91	58,62±7,1	57,71±6,94	<0,05
Độ rộng Ag-Ag	83,44±4,23	82,34±7,6	80,71±7,78	>0,05
Độ rộng R6-R6 XHD	62,43±6,79	59,73±8,61	61,43±4,23	<0,05

Nhận xét: Độ rộng nền XHT ở nhóm cắn chéo một bên ($64,83 \pm 6,4\text{mm}$) đều lớn hơn so với nhóm cắn chéo hai bên và nhóm không cắn chéo, trong khi độ rộng nền XHD ở nhóm không cắn chéo ($83,44 \pm 4,23\text{mm}$) lại lớn hơn so với hai nhóm còn lại với $p > 0,05$. Độ rộng R6-R6 ở cả XHT và XHT ở nhóm không cắn chéo đều lớn hơn so với nhóm cắn chéo một bên và hai bên với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Góc trục R6 trên và dưới theo các loại cắn chéo răng sau

Chỉ số	Không cắn chéo (mm)	Cắn chéo 1 bên (mm)	Cắn chéo 2 bên (mm)	p
Góc trục R6 trên phải	$110,23 \pm 7,02$	$96,14 \pm 7,23$	$92,18 \pm 7,3$	<0,05
Góc trục R6 trên trái	$113,43 \pm 6,89$	$95,23 \pm 6,9$	$93,71 \pm 9,6$	
Góc trục R6 dưới phải	$84,76 \pm 7,23$	$85,79 \pm 6,91$	$88,76 \pm 7,3$	
Góc trục R6 dưới trái	$85,23 \pm 6,41$	$85,47 \pm 7,02$	$87,61 \pm 7,04$	

Nhận xét: Góc trục R6 hàm trên bên phải và trái ở nhóm không cắn chéo đều lớn hơn so với nhóm cắn chéo một bên và hai bên với $p < 0,05$. Góc trục R6 hàm dưới bên phải và bên trái ở nhóm cắn chéo hai bên đều lớn hơn so với nhóm không cắn chéo và cắn chéo một bên với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm về tuổi: Trong nhóm nghiên cứu, có 2 nhóm tuổi tham gia nghiên cứu nhiều nhất là các nhóm 13-16 tuổi và 22-24 tuổi.

Các hình thái cắn chéo: Bình thường cung răng hàm trên phủ ngoài cung răng hàm dưới 1,6 mm ở nam và 1,2 mm ở nữ (E. Bishara, 1978) [1]. Do sự bất tương xứng về tương quan hai hàm theo chiều ngang nên cung răng hàm trên nằm ở phía trong cung răng hàm dưới tạo nên khớp cắn chéo. Tùy thuộc vào mức độ và nguyên nhân mà có nhiều dạng cắn chéo răng sau khác nhau. Trong nghiên cứu này, có 2 loại hình thái cắn chéo răng sau: một bên; hai bên. Đa số biểu hiện cắn chéo răng sau hai bên (chiếm 63,33%). Hình thái cắn chéo răng sau một bên chiếm 26,67%.

Sự phân bố bệnh nhân theo phân loại khớp cắn Angle: Theo bảng 3.2, trong số các loại sai lệch khớp cắn theo Angle (xét theo cả răng hàm lớn thứ nhất bên phải và

bên trái), bệnh nhân có sai lệch khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ cao nhất (40% và 50%) và đặc biệt là xét theo răng cối lớn thứ nhất hàm trên bên trái thì tỷ lệ sai lệch khớp cắn loại III cao gấp đôi so với hai loại sai lệch khớp cắn còn lại (50% với 23,33%, 26,67%). Franchi L [2], Mc Namara J.A [4] cũng cho rằng hơn một nửa bệnh nhân có khớp cắn loại III có biểu hiện cả hẹp chiều ngang XHT.

Một số đặc điểm trên phim CT Conebeam: Bảng 3.4 thể hiện một số kích thước chiều ngang của xương đo trên phim CTCB. Theo Ricketts [5] độ rộng của mặt (Za-Za) trung bình là 115,7 mm lúc 9 tuổi, chỉ số này tăng 2,4 mm một năm, đến năm 18 tuổi kích thước này là 137,3 mm. Nghiên cứu này cho kết quả là nhỏ hơn kết quả trung bình của Ricketts ở người trưởng thành, vì trong nghiên cứu có đến 12 bệnh nhân có độ tuổi dưới 18, do vậy những bệnh nhân này kích thước Za-Za vẫn có khả năng tăng thêm mỗi năm. Ở các nhóm không cắn chéo, cắn chéo một bên, hai bên chỉ số này cũng

không có sự khác biệt rõ ràng có ý nghĩa (bảng 3.7).

Kích thước XHT là một thông số quan trọng để xác định có hẹp chiều ngang XHT hay không. Theo bảng của Ricketts chỉ số chiều rộng XHT lúc 9 tuổi là 61,9 mm và tăng 0,6 mm hàng năm. Lúc 18 tuổi chỉ số này là 67,3 mm sau đó ổn định không tăng thêm. Theo kết quả tại bảng 3.4, chỉ số này là 59,67 mm, nhỏ hơn so với giá trị trung bình mà Ricketts đã đưa ra.

Độ rộng XHD cũng như xương ổ răng hàm dưới trong kết quả nghiên cứu này cho thấy những thông số gần như bình thường so với bảng thông số của Ricketts [5]. Thực tế trong nghiên cứu này chỉ lựa chọn những trường hợp hẹp xương hàm trên nhưng XHD vẫn phát triển bình thường, nghĩa là không có sự quá phát hay thiếu sản xương hàm dưới, với chỉ số góc SNB trong giới hạn bình thường theo phân tích Steiner [1].

Bảng 3.5 thể hiện kích thước chiều ngang của cung răng tại các vị trí R3, R4, R5, R6 ở hàm trên và hàm dưới. Kết quả cho thấy các kích thước trên lần lượt là 30,27 mm; 39,47 mm; 43,49 mm; 51,46 mm. So với các giá trị ở nhóm không hẹp chiều ngang xương hàm trên mà Kyung Eun Suk đưa ra [3] thì những giá trị này nhỏ hơn..

So sánh tương quan giữa kích thước cung răng hàm trên- hàm dưới, thấy độ chênh lệch trung bình giữa hai cung răng này tại các vị trí R3, R4, R5, R6 lần lượt là: 0,3 mm; 1,93 mm; -3,27 mm; -1,63 mm. Theo Yun-Jin Koo [6], sự chênh lệch về kích thước ngang cung răng hàm trên- hàm dưới là khoảng $5,15 \pm 2,56$ mm ở vị trí R6 thì mới có khớp cắn tương đối bình thường.

Bảng 3.6, 3.8 cho thấy một số thông số về răng khi đánh giá trên phim CTCB ở những đối tượng hẹp chiều ngang XHT.

Những chỉ số về răng này thường ít quan tâm hơn trong khi chẩn đoán xác định hẹp chiều ngang XHT nhưng nó có giá trị cho thấy những hậu quả của hẹp xương và có giá trị trong việc đánh giá kết quả điều trị nong rộng xương hàm trên ở những trường hợp này. Góc trục răng hàm lớn thứ nhất hàm trên so với mặt phẳng khẩu cái trung bình là 95,64 độ ở bên phải và 98,81 độ ở bên trái. Với những trường hợp không có sự bù trừ về răng như những trường hợp cắn chéo một bên hoặc hai bên thì giá trị góc này khoảng 92-95 độ (bảng 3.8) còn nếu có sự bù trừ của răng và xương ổ răng trong những trường hợp không cắn chéo thì giá trị góc này lớn hơn khoảng 110,23 độ ở bên phải và 113,43 độ ở bên trái.

V. KẾT LUẬN

5.1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân hẹp chiều ngang XHT

- Tỷ lệ phân bố giới tính nữ chiếm 70%, nam chiếm 30%. Tuổi trung bình là 19,03.

- Khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (40% và 50%) xét theo R6 ở cả hai bên phải và trái, đồng thời nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu khớp cắn hỗn hợp (I+III hoặc II+III) chiếm tỷ lệ cao nhất (47%).

- Cắn chéo một bên chiếm 26,67%, cắn chéo hai bên chiếm 63,33%, còn lại là không cắn chéo chiếm 10%.

5.2. Mô tả một số đặc điểm trên phim CT Conebeam của nhóm bệnh nhân hẹp chiều ngang XHT

- Độ rộng của nền XHD lớn hơn so với nền XHT trung bình là 23,14mm và độ rộng của xương ổ răng hàm dưới lớn hơn so với xương ổ răng hàm trên trung bình là 8,43mm.

- Độ rộng của cung răng ở hàm trên và hàm dưới đều tăng dần từ răng 3 đến răng 6.

- Độ rộng nền mũi, độ rộng nền xương hàm dưới và độ rộng nền xương ổ răng ở cả hai hàm của nhóm không cắn chéo lớn hơn so với nhóm cắn chéo một bên và hai bên, độ rộng nền xương hàm trên ở nhóm cắn chéo một bên lớn hơn so với hai nhóm còn lại.

- Góc trục R6 XHT ở bên phải và bên trái của nhóm không cắn chéo lớn hơn so với nhóm cắn chéo một bên và hai bên trong khi góc trục R6 XHD ở bên phải và bên trái của nhóm cắn chéo hai bên lớn hơn so với hai nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thu Phương.** Điều trị kém phát triển chiều ngang và chiều trước – sau xương hàm trên, Nhà xuất bản Y học (2015).
2. **Baccetti T., Franchi L., et al.** "Treatment timing for rapid maxillary expansion", The Angle orthodontist (2001), Vol 71, pp. 343-350.
3. **Kyung Eun Suk, Jae Hyun Park,** Comparison between dental and basal arch forms in normal occlusion and Class III malocclusions utilizing cone-beam computed tomography. The Korean journal of orthodontics (2013), Vol 43 (1), pp.15-22.
4. **McNamara J.A,** "Maxillary transverse deficiency", American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics 2000, Vol 117, pp.567-570.
5. **Ricketts RM, Roth RH,** Orthodontic diagnosis and planing: their roles in preventive and rehabilitative dentistry. Denver Rocky Mountain Data systems (1982) Vol 1, pp.15-147.
6. **Yun-Jin Koo, Sung-Hwan Choi,** Maxillomandibular arch width differences at estimated centers of resistance: Comparison between normal occlusion and skeletal Class III malocclusion. The Korean journal of orthodontics (2017), 43 (3), p.167-175.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG TRONG GIAI ĐOẠN 2015 - 2019

Ngô Quang Dương*, Đào Thị Hải Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong 5 năm 2015 - 2019.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản trong thời gian trên.

Cỡ mẫu: 387 trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản trong 5 năm từ 2015-2019

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ NKHS năm 2015 cao nhất tới 0,58%, trung bình 5 năm 0,53%. Theo hình thái, viêm niêm mạc tử cung hay gặp nhất chiếm 71,58%, nhiễm khuẩn tầng sinh môn (13,18%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,11%). Viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp hơn. Không gặp trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch. Các yếu tố ảnh hưởng làm tăng NKHS: viêm đường sinh dục dưới (OR: 2,28), thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ (OR: 1,44), vỡ ối ≥ 6 giờ (OR: 7,76), can thiệp buồng tử cung (OR: 1,69).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hậu sản

SUMMARY

THE STATUS OF POSTPARTUM INFECTIONS AND SOME RELATED FACTORS AT HAI PHONG

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hải Yến

Email: dthyen@hpmu.edu.vn;

yensandhyhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN THE PERIOD 2015 - 2019

Objective:

1. Determination of the rate and description of clinical and subclinical characteristics of postpartum infections at Hai Phong obstetrics and gynecology hospital in 5 years, from 2015 to 2019.

2. Comment on some factors related to postpartum infection in the above time.

Sample size: 387 cases of postpartum infection in the 5 years from 2015-2019

Study method: Design: descriptive cross-sectional study

Outcome and conclusion: The rate of postpartum infections in 2015 was the highest at 0.58%, averaging 0.53% in 5 years. The most common morphology of inflammation of the endometrium accounts for 71.58%, episiotomy (13.18%), wound infection (11.11%). Complete metritis, subframe peritonitis, whole peritonitis are rare. There were no cases of adnexitis, sepsis or thrombophlebitis. Influential factors increase postpartum infection: lower genital tract inflammation (OR: 2.28), labor time ≥ 12 hours (OR: 1.44), rupture of membranes ≥ 6 hours (OR: 7.76), interventions in the uterus (OR: 1.69).

Keywords: Postpartum Infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là một trong 5 tai biến sản khoa, đó là nhiễm khuẩn trong quá trình chuyển dạ hoặc trong thời kỳ hậu sản là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, chiếm khoảng 1/10 gánh nặng toàn cầu về tử vong mẹ. NKHS gây nên hàng loạt những

tồn hại cho bệnh nhân như làm giảm sức lao động, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến chức năng sinh đẻ, tính mạng của sản phụ và hàng loạt hệ lụy khác đối với gia đình, xã hội[8]. Nguyên nhân NKHS bắt nguồn từ trước, trong và sau đẻ gồm: cơ sở vật chất, trang thiết bị không được đảm bảo vô khuẩn; Các chỉ định và kỹ thuật can thiệp sản khoa không đúng thời điểm; Chăm sóc sản phụ trước, trong và sau đẻ không đảm bảo quy trình; Các nhiễm khuẩn ở đường sinh dục không được xử trí tốt trước sinh; Chuyên dạ kéo dài, ối vỡ non, ối vỡ sớm... đều làm gia tăng nguy cơ NKHS. Việt Nam là một nước đang phát triển, với khí hậu nóng ẩm là điều kiện tốt để vi khuẩn phát triển, đồng thời nền kinh tế nông nghiệp cùng với điều kiện làm việc khó khăn, thu nhập còn thấp, kiến thức về phòng bệnh và chăm sóc sau đẻ, sau mổ chưa được thực sự quan tâm và kiểm soát chặt chẽ. Hơn thế nữa tỷ lệ mổ đẻ gần đây có xu hướng gia tăng nên tình hình NKHS vẫn còn chiếm một tỉ lệ đáng kể. Nếu chúng ta phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể phòng được các tai biến dẫn đến tử vong. Vì vậy đề tài “**Thực trạng nhiễm khuẩn hậu sản và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong giai đoạn 2015 - 2019**” được đặt ra với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong 5 năm 2015 - 2019.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là một trong những hình thái của NKHS điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian từ 01/01/2015 đến 31/12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả sản phụ sau đẻ, mổ đẻ trong 6 tuần đầu mà có các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi thai >22 tuần.
- Được chẩn đoán khi ra viện là một trong các hình thái của NKHS.
- Có sốt kèm ít nhất một trong các triệu chứng: viêm tấy hoặc dịch mủ ở vết khâu tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung... Tử cung co hồi kém, sản dịch bất thường, đau bụng vùng tiểu khung, siêu âm có hình ảnh bất thường tại tử cung hoặc phần phụ, cùng đồ, xét nghiệm cấy sản dịch, máu hoặc nước tiểu cho kết quả (+).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không có đủ thông tin nghiên cứu.
- Các bệnh án nhiễm khuẩn hậu sản từ nơi khác chuyển đến.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/2015 - 12/2019, tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: thuận tiện không xác suất, gồm tất cả các hồ sơ bệnh án NKHS trong thời gian trên, n = 387.

2.4. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, nghề nghiệp, nơi ở: thành thị, nông thôn, số lần sinh con, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới trong khi mang thai, bệnh lý toàn thân, sản khoa trước đẻ.

Yếu tố liên quan đến cuộc đẻ: thời gian cuộc đẻ, thời gian vỡ ối, thời gian phát hiện, các hình thức can thiệp sau đẻ.

Đặc điểm lâm sàng: sốt, rét run, đau bụng hạ vị, ỉa chảy, tê chi dưới, tử cung co hồi chậm, di động đau, sản dịch bất thường, phản ứng bụng

Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, CRP, cấy và xét nghiệm sản dịch, cấy máu, giải phẫu bệnh, siêu âm.

2.5. Xử lý kết quả: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ %, so sánh 2 tỷ lệ bằng test X².

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản, đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

3.1.1. Tỷ lệ NKHS

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản trong 5 năm

Năm	Tổng số đẻ	Tổng số NKHS	Tỷ lệ NKHS (%)
2015	15.163	88	0,58
2016	14.982	84	0,53
2017	14.455	83	0,57
2018	14.510	71	0,49
2019	14.525	61	0,42
Tổng số	73.335	387	0,53

Tỷ lệ NKHS trong năm 2015 chiếm tỷ lệ cao nhất là 0,58%. Tỷ lệ này giảm cho đến năm 2019 còn 0,42%. Trung bình 5 năm là 0,53%.

Bảng 3.2. Phân bố các trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản theo hình thái lâm sàng

Hình thái lâm sàng	n	%
Nhiễm khuẩn tầng sinh môn	51	13,18
Bé sản dịch	11	2,84
Viêm niêm mạc tử cung	277	71,58
Viêm tử cung toàn bộ	2	0,52
Viêm phần phụ	0	0,00
Viêm PM tiểu khung	2	0,52
Viêm PM toàn bộ	1	0,26
Nhiễm khuẩn huyết	0	0,00
Nhiễm khuẩn vết mổ	43	11,11
Viêm tắc tĩnh mạch	0	0,00
Tổng	387	100,0

Viêm niêm mạc tử cung là hình thái lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,58%, sau đó là nhiễm khuẩn tầng sinh môn 13,18%. Các hình thái còn lại chiếm tỷ lệ ít hơn.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng chung của nhiễm khuẩn hậu sản**

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Toàn thân	Sốt ($>37,5^{\circ}\text{C}$)	306	79,07
	Rét run	223	57,67
Cơ năng	Đau bụng	171	44,19
	Đau TSM	72	18,60
	Ỉa lỏng /táo bón	17	7,91
	Bụng chướng	31	9,77
	Đau tức chi dưới	0	0,00
Thực thể	Tử cung co hồi kém	234	60,47
	Di động tử cung đau	90	23,26
	Sản dịch bất thường	262	67,70
	Cổ tử cung đóng chậm	49	12,66
	Nhiễm khuẩn vết mổ	45	11,63
	Nhiễm khuẩn vết khâu TSM	59	15,24
	Phản ứng thành bụng	11	2,63

Sốt là triệu chứng thường gặp nhất trong NKHS chiếm 79,07%, các triệu chứng thường gặp khác bao gồm sản dịch bất thường (67,70%), tử cung co hồi kém (60,47%), rét run (57,67%) và đau bụng (44,19%). Không có bệnh nhân đau tức chi dưới.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 3.4. Phân bố theo triệu chứng cận lâm sàng**

Xét nghiệm		n	%
Hemoglobin	$\geq 110 \text{ g/l}$	328	84,75
	100-109 g/l	41	10,60
	70-99 g/l	18	4,65
	$<70 \text{ g/l}$	0	0,0
BC $> 10 \text{ G/l}$		311	80,36
CRP		9	2,3
Siêu âm 213(55,0%)	Dịch buồng TC	176	45,5
	Niêm mạc nhăm nhờ, không đều	12	3,10
	Có khối bất thường buồng TC	25	6,46
Mô bệnh học 150 (38,76%)	Viêm niêm mạc tử cung	137	35,4
	Rau thai thoái hóa	10	2,3
	Hoại tử tế bào	3	0,9
Cấy sản dịch		5	1,3
Cấy máu		3	0,9

Hầu hết bệnh nhân có số lượng Hb $\geq 110 \text{ g/l}$ (84,75%), chỉ có 10,6% và 4,65% trường hợp có dấu hiệu thiếu máu nhẹ và vừa, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Số lượng BC $>10 \text{ G/l}$ có 311 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 80,36%. Có 213 bệnh nhân có kết quả siêu âm bất

thường chiếm 55,0%. Trong đó có dịch buồng tử cung 45,5%, niêm mạc nhăm nhở không đều 3,1%, có khối bất thường (thường gặp có khối tại vết mổ) 6,1%. Thấy 9 ca CRP (+) chiếm 2,3% và 83 ca được hút buồng làm mô bệnh học, kết quả là: viêm niêm mạc TC 35,3%, rau thai thoái hóa 2,3%, hoại tử tế bào 0,9%. 5 ca (1,3%) nghi nhiễm khuẩn ối được cấy sản dịch có vi khuẩn gây bệnh, cấy máu (+) 3 ca (0,9%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn hậu sản

Bảng 3.5. Liên quan giữa tình trạng viêm sinh dục dưới với nhiễm khuẩn hậu sản

Tiền sử viêm nhiễm	n	%	OR 95%CI	P
Không viêm	95	24,55	2,28 1,67 – 3,11	<0,05
Viêm	292	75,45		
Tổng	387	100,0		

Những trường hợp có viêm đường sinh dục dưới nguy cơ NKHS tăng lên 2,28 lần, $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa thời gian chuyển dạ với nhiễm khuẩn hậu sản

Thời gian chuyển dạ	n	%	OR 95%CI	P
<12 giờ	158	40,83	1,44 1,1 – 1,9	<0,05
≥12 giờ	229	59,17		
Tổng	387	100,0		

Thời gian chuyển dạ liên quan đến tình trạng NKHS với $p < 0,05$, nguy cơ NKHS ở nhóm có thời gian chuyển dạ ≥12 giờ tăng 1,44 lần so với nhóm <12 giờ.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thời gian vỡ ối với nhiễm khuẩn hậu sản

Thời gian vỡ ối	n	%	OR 95%CI	P
Ối không vỡ	84	21,70	7,76 5,89-10,23	p1>0,05 p2<0,05 p3<0,05 p4<0,05
< 6 giờ	65	16,80		
≥ 6 giờ	238	61,5		
Tổng	387	100,0		

Tình trạng NKHS ở những trường hợp vỡ ối ≥ 6 giờ chiếm cao nhất 61,4%. So sánh thời gian ối vỡ theo từng cặp, có $p1 > 0,05$ (ối không vỡ, <6 giờ); $p2 < 0,05$ (ối không vỡ, ≥6 giờ); $p3 < 0,05$ (<6 giờ, ≥6 giờ); $p4 < 0,05$ (ối không vỡ, ối vỡ). So sánh thời gian vỡ ối ≥6 giờ với tổng thời gian ối vỡ <6 giờ và không vỡ thấy nguy cơ tăng lên 7,76 lần.

Bảng 3.8. Liên quan giữa can thiệp buồng tử cung với nhiễm khuẩn hậu sản

Can thiệp buồng tử cung	n	%	OR 95%CI	P
Có	258	66,67	1,69 1,27-2,25	<0,05
Không	129	33,33		
Tổng	387	100,0		

Trong tổng số 387 ca NKHS, số ca được can thiệp kiểm soát tử cung/bóc rau chiếm khoảng 66,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có can thiệp buồng tử cung làm tăng nguy cơ NKHS lên 1,69 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản, đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

4.1.1. Tỷ lệ NKHS

Tỷ lệ chung

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ NKHS trong năm 2015 chiếm cao nhất tới 0,58%. Tỷ lệ này giảm cho đến năm 2019 còn 0,42%. Trung bình 5 năm là 0,53%. Nghiên cứu của tác giả Mạc Thanh Tùng [5] cũng tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng tỷ lệ NKHS chung là 0,63%; năm 2011 là 0,57% và năm 2012 chiếm 0,66%. Tác giả Chử Quang Độ [1] thấy 2,86% bệnh nhân NKHS trong tổng số mổ đẻ trong hai năm 2001 – 2002. Trên thế giới, tỷ lệ NKHS khác nhau theo năm nghiên cứu, tác giả và đối tượng. Tại Hoa Kỳ tác giả Acosta CD [6] thấy tỷ lệ này là 10/100.000 trường hợp. Tại Ấn Độ, tác giả Khumanthem PD [7] nghiên cứu tình trạng tử vong và nguyên nhân gây tử vong của sản phụ, từ 2000-2009 có 1% ca tử vong mẹ và NKHS ở các sản phụ tử vong chiếm khoảng 13,75%. Nhận thấy tỷ lệ NKHS có sự chênh lệch không nhiều so với các nghiên cứu trong nước, nhưng thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu nước ngoài. Có sự khác nhau này là do nghiên cứu dựa trên tỷ lệ NKHS trên cơ mẫu là tổng số sản phụ vào viện đẻ. Còn các tác giả nước ngoài dựa trên cơ mẫu là các sản phụ nhập viện sau đẻ và có vấn đề về hậu sản. Số lượng bệnh nhân NKHS chênh lệch 5 năm không nhiều, tỷ lệ giảm đi theo từng năm. Điều này cho thấy sự kiểm soát tốt trong công tác điều trị, chăm sóc dự phòng cho bệnh nhân sau đẻ và là sự thành công trong điều trị lâm sàng.

Tỷ lệ theo hình thái lâm sàng

Qua bảng 3.2 thấy hình thái hay gặp nhất của NKHS là viêm niêm mạc tử cung (71,58%), tiếp theo là nhiễm khuẩn vết mổ

và nhiễm khuẩn tầng sinh môn. Các hình thái viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp hơn. Không gặp trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch. Tác giả Johnson A tại Anh thấy có 11% phụ nữ sau đẻ có vấn đề về NKHS như nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn TSM. Các nghiên cứu của Chử Quang Độ [1], Mạc Thanh Tùng [5] đều chỉ ra rằng hình thái NKHS rất đa dạng nhưng viêm niêm mạc tử cung là hình thái hay gặp nhất.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3 cho thấy triệu chứng lâm sàng của NKHS, sốt (79,07%), rét run (57,67%), đau bụng (44,19%), tử cung co chậm (60,47%), cổ tử cung đóng chậm (12,66%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,63%), nhiễm khuẩn vết khâu TSM (15,24%). Phù hợp với kết quả của Chử Quang Độ [1], Mạc Thanh Tùng [5]. Đây là các biểu hiện kinh điển của các hình thái NKHS mà nhiều tài liệu, bài giảng đã đề cập đến.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Các bệnh nhân NKHS trong nghiên cứu được làm công thức máu, siêu âm, hút buồng tử cung. Có một vài trường hợp có nhiễm khuẩn nặng được làm CRP, cấy sản dịch và cấy máu. Bảng 3.4 thấy 84,75% sản phụ có Hemoglobin ≥ 110 g/l, 10,7% từ 100 – 109g/l, 4,65% từ 70 – 90 g/l, không sản phụ nào có Hemoglobin < 70 g/l. Thiếu máu ở các sản phụ NKHS không nhiều còn do phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ mất máu sau đẻ, chế độ dinh dưỡng, tiền sử bệnh lý thiếu máu trước đó... 80,36% các trường hợp NKHS có BC > 10 G/l. Bạch cầu, CRP là 1 yếu tố thể hiện tình trạng nhiễm khuẩn. Tuy nhiên đánh giá các yếu tố nhiễm khuẩn nặng còn có các xét nghiệm khác như máu lắng, procancitonin thì CRP vẫn là một xét nghiệm

hiệu quả, nhanh chóng và dễ áp dụng nhất. Nghiên cứu này tỷ lệ CRP (+) chỉ có 2,3%, số lượng bệnh nhân được làm CRP còn quá ít. Siêu âm ổ bụng là xét nghiệm thường quy khi nghi ngờ NKHS, có thể cho biết tình trạng dịch ổ bụng, thể tích và vị trí của tử cung, dịch trong buồng tử cung, độ dày của niêm mạc tử cung... Kết quả cho thấy 213 bệnh nhân được siêu âm cho kết quả bất thường chiếm 55,0%. Trong đó có dịch buồng TC chiếm 45,5%, niêm mạc nhăm nhở không đều chiếm 3,1%, có khối bất thường (thường là gặp có khối tại vết mổ) 6,46%. Điều này có thể giải thích là do hầu hết sản phụ NKHS đều thuộc thể lâm sàng là viêm niêm mạc tử cung. Trong 150 ca được hút buồng tử cung và làm mô bệnh học, kết quả thấy viêm niêm mạc tử cung chiếm cao nhất 35,9%, rau thai thoái hóa (2,3%), hoại tử tế bào (0,9%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả của Nguyễn Sỹ Thịnh, có 6,1% được chẩn đoán là viêm niêm mạc tử cung[4].

4.2. Các yếu tố liên quan

4.2.1. Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng viêm nhiễm ở phụ nữ ở Việt Nam khá cao. Bùi Thị Thu Hà [2] thấy tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới chiếm 62,1% trong độ tuổi từ 19 – 49 tuổi. Mạc Thanh Tùng [5] tỷ lệ này là 70,5%. Trong nghiên cứu này thấy tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở các bệnh nhân NKHS chiếm 75,45% (OR: 2.28, $p < 0,05$). Tỷ lệ này cao như vậy là do phụ nữ có thai hệ miễn dịch suy giảm kết hợp với công tác phòng ngừa viêm nhiễm đường sinh dục chưa thực sự được quan tâm đáng kể.

4.2.2. Thời gian chuyển dạ

Nghiên cứu này cho kết quả tỷ lệ NKHS ở nhóm có thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ là

59,17%, < 12 giờ là 40,83% ($p < 0,05$). Mạc Thanh Tùng [5] cho kết quả theo dõi ≥ 12 giờ chiếm 57,5%, < 12 giờ chiếm 42,5%. Theo Nguyễn Thùy Nhung thời gian chuyển dạ kéo dài làm tăng tỷ lệ sản phụ viêm niêm mạc tử cung sau đẻ. Nhóm có thời gian chuyển dạ > 6 giờ có nguy cơ mắc viêm niêm mạc tử cung sau đẻ cao gấp 2,21 lần so với nhóm < 6 giờ [3]. Do khi chuyển dạ nút nhày cổ tử cung bị bong ra kết hợp với thăm khám tạo điều kiện cho vi khuẩn gây bệnh có sẵn từ âm đạo xâm nhập lên buồng tử cung, đặc biệt trong trường hợp vỡ ối. Vì vậy cần đánh giá đúng chuyển dạ mới cho sản phụ vào nằm chờ đẻ để hạn chế, giảm nguy cơ NKHS sau này.

4.2.3. Thời gian ối vỡ

Bảng 3.7 cho thấy không vỡ ối chiếm 21,70%, vỡ < 6 giờ 16,8% và cao nhất ở nhóm vỡ ối ≥ 6 giờ là 61,5%. Khi so sánh thời gian ối vỡ ở từng cặp. Các trường hợp (ối không vỡ, < 6 giờ) có $p_1 > 0,05$; (ối không vỡ, ≥ 6 giờ) có $p_2 < 0,05$; (< 6 giờ, ≥ 6 giờ) có $p_3 < 0,05$; (ối không vỡ, ối vỡ) có $p_4 < 0,05$. So sánh thời gian vỡ ối ≥ 6 giờ với tổng thời gian ối vỡ < 6 giờ và ối không vỡ cho thấy nguy cơ tăng lên 7,76 lần.

Theo Mạc Thanh Tùng[5] nguy cơ viêm niêm mạc tử cung của ối vỡ non/sớm tăng lên 2,2 lần so với ối vỡ đúng lúc. Chử Quang Độ[1] cũng thấy ối vỡ ≥ 6 giờ thì tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ đẻ là 28,52%. Thời gian 6 giờ là khoảng thời gian đủ để vi khuẩn có hại sinh sôi, phát triển và gây bệnh trong buồng tử cung, đặc biệt trên cơ thể mẹ đang có sự suy giảm miễn dịch. Thời gian vỡ ối càng lâu thì tỷ lệ nhiễm khuẩn ngược dòng càng lớn, nguy cơ mắc các bệnh lý NKHS càng cao.

4.2.4. Can thiệp buồng tử cung

Số ca được can thiệp kiểm soát tử cung/bóc rau chiếm trong nghiên cứu này

khoảng 66,57% ($p < 0,05$). Con đường lây nhiễm gây NKHS có thể do nhiều đường khác nhau. Tuy nhiên mổ đẻ, kiểm soát tử cung/bóc rau, nạo phá thai trên 22 tuần là cơ hội đưa vi khuẩn gây bệnh vào buồng tử cung. Nguy cơ này tăng lên nếu các thủ thuật trên không được tiến hành trong môi trường vô khuẩn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ NKHS

Tỷ lệ NKHS năm 2015 cao nhất tới 0,58%, năm 2017 là 0,57%, năm 2019 giảm còn 0,42%, trung bình 5 năm là 0,53%. Theo hình thái, tỷ lệ NKHS lần lượt là: viêm niêm mạc tử cung hay gặp nhất chiếm 71,58%, nhiễm khuẩn tầng sinh môn (13,18%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,11%). Viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp. Không có trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến NKHS

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới được ghi nhận trên sản phụ có NKHS là 75,35%, nguy cơ NKHS tăng lên 2,28 lần. Thời gian chuyển dạ và thời gian vỡ ối càng lâu thì tỷ lệ NKHS càng cao, nhóm có thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ chiếm 59,07% nguy cơ NKHS tăng 1,44 lần, vỡ ối ≥ 6 giờ 61,4% nguy cơ tăng 7,76 lần. Can thiệp buồng tử cung chiếm 66,57% làm tăng nguy cơ NKHS lên 1,69 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chữ Quang Độ (2002)**, "Góp phần nghiên cứu các hình thái lâm sàng và các yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn sau mổ đẻ tại

VBVBM&TSS từ 1/2000–6/2002". Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y khoa, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 65–68

2. **Bùi Thị Thu Hà (2007)**, "Nhiễm khuẩn sinh sản ở phụ nữ từ 19 – 49 tuổi phường Mai Dịch, Hà Nội năm 2005", Tạp chí y học thực hành số 12, tr. 93 – 96
3. **Nguyễn Thùy Nhung (2013)**, "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Hà Nội, tr. 25–43.
4. **Nguyễn Sỹ Thịnh (2010)**, "Nghiên cứu viêm niêm mạc tử cung sau đẻ điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 2 năm (2008 – 2009)". Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 69 – 70.
5. **Mạc Thanh Tùng (2014)**, "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2011 – 2012". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CKII. Trường ĐHY Dược Hải Phòng.
6. **Acosta, Colleen D và các cộng sự. (2013)**, "The continuum of maternal sepsis severity: incidence and risk factors in a population-based cohort study", PloS one. 8(7).
7. **Khumanthem, Pratima Devi, Chanam, Manglem Singh và Samjetshabam, Randhoni Devi (2012)**, "Maternal mortality and its causes in a tertiary center", The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 62(2), tr. 168–171
8. **World Health Organization (2015)**, WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections: highlights and key messages from the World Health Organization's 2015 global recommendations.

PHÂN TÍCH HOẠT ĐỘNG KINH DOANH CỦA CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN HOÀNG OÁNH GIAI ĐOẠN 2017 – 2019

**Đỗ Thị Bích Diệp¹, Phạm Văn Trường¹,
Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Trương Đình Phong¹, Vũ Thị Chung³**

TÓM TẮT

Nghiên cứu đã tiến hành phân tích hoạt động kinh doanh của công ty TNHH Hoàng Oánh giai đoạn 2017 - 2019 nhằm mô tả kết quả kinh doanh và hiệu quả sử dụng vốn của công ty trong giai đoạn trên. Kết quả nghiên cứu cho thấy hình kinh doanh của Công ty TNHH Hoàng Oánh tương đối ổn định, doanh thu không ngừng tăng lên qua các năm từ 76.69 đến 90.67 tỷ đồng, đặc biệt là giai đoạn 2017 – 2018. Lợi nhuận của công ty cũng tăng qua các năm mặc dù chịu sự cạnh tranh gay gắt của các công ty khác trong ngành và trên địa bàn. Tình hình sử dụng phí của công ty cũng tương đối ổn, trong đó chi phí về giá vốn hàng bán chiếm tỷ lệ cao khoảng 80% tổng chi phí của doanh nghiệp, nó cũng làm ảnh hưởng cơ bản tới lợi nhuận của công ty. Các chi phí khác chiếm tỷ trọng không đáng kể, chứng tỏ chi phí này công ty đang quản lý một cách có hiệu quả. Tỷ suất lợi nhuận của công ty tăng trưởng an toàn từ 0.808% đến 1.389% trong giai đoạn 2017 – 2019. Nguồn vốn của doanh nghiệp năm 2019 là 57,62 tỷ đồng, tăng 8.2% so với năm 2018 và nợ phải trả, các loại vốn khác đều tăng so với năm 2018. Nợ ngắn hạn của công ty năm 2019 là 40.93 tỷ tăng 9.5% so với năm

2018. Số vòng quay vốn lưu động của công ty năm 2019 là 12.8 với thời gian trung bình cho một vòng quay vốn lưu động là 28.5 ngày.

Từ khóa: hoạt động kinh doanh, hiệu quả sử dụng vốn

SUMMARY

ANALYSIS OF BUSINESS ACTIVITIES OF HOANG OANH LIMITED LIABILITY COMPANY IN THE PERIOD OF 2017 - 2019

The study analyzed the business activities of Hoang Oanh Co., Ltd. in the period of 2017 - 2019 to describe the company's business results and capital efficiency in the above period .. Research results show that Hoang Oanh Co., Ltd.'s business image is relatively stable, revenue has constantly increased over the years from 76.69 to 90.67 billion, especially in the period of 2017 - 2018. The company's profit has also increased over the years. Despite being subject to fierce competition from other companies in the industry and in the area, the company's fee usage situation is also relatively stable, in which cost of goods sold accounts for a high proportion of about 80% of expenses. fees of the business, it also fundamentally affects the company's profits. Other costs account for a negligible proportion, proving that this cost the company is managing effectively. The company's profit margin grew safely from 0.808% to 1,389% in the period of 2017 - 2019. The company's capital source in 2019 is 57.62 billion dong, up by 8.2% compared to 2018 and liabilities, All other capital types increased compared to 2018. Short-term debt of

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

³Công ty TNHH Hoàng Oánh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Bích Diệp

Email: dtbdiep@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

the company in 2019 was 40.93 billion, an increase of 9.5% compared to 2018. The number of working capital turnover of the company in 2019 was 12.8 with the average time for a working capital turnover is 28.5 days.

Keywords: business operations, capital efficiency

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay là thời kỳ kinh tế hội nhập, các doanh nghiệp Dược trong nước đứng trước sự cạnh tranh rất lớn từ các doanh nghiệp nước ngoài, cũng như sự phát triển của khoa học công nghệ, đã tạo ra vô vàn cơ hội cũng như thách thức với các doanh nghiệp Dược Việt Nam [5]. Sự mở rộng lĩnh vực hoạt động của hầu hết các doanh nghiệp hiện nay kéo theo nhiều chủng loại hàng hóa trên thị trường với vô số nhãn hiệu, kiểu dáng, công dụng và hình thức khuyến mãi, là một minh chứng sinh động cho sự cạnh tranh gay gắt của nền kinh tế thị trường, đặc biệt khi Việt Nam đã là thành viên của tổ chức Thương mại thế giới WTO. Trong môi trường như vậy thì việc quyết định xu hướng hoạt động và phát triển cho Doanh nghiệp là hết sức quan trọng. Để duy trì và không ngừng nâng cao khả năng cạnh tranh thì các doanh nghiệp phải biết điểm mạnh điểm yếu của mình và không ngừng hoàn thiện và phát triển để nâng cao năng lực cạnh tranh của mình. Một doanh nghiệp Dược muốn tồn tại bền vững thì phải có hoạt động nghiên cứu thị trường, phân tích tình hình hiện tại của cả nền kinh tế, tài chính, hoạt động kinh doanh của mình, từ đó vạch ra các chiến lược ngắn hạn và dài hạn, từ đó tăng giá trị tài sản cho chủ sở hữu doanh nghiệp [1], [2], [3]. Một trong những hoạt động quan trọng đó là phân tích hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp. Công ty TNHH Hoàng Oánh là một trong

những công ty cung cấp trang thiết bị Y tế, hóa chất xét nghiệm và dược phẩm hàng đầu của Hải Phòng, nên việc phân tích hoạt động kinh doanh của công ty lại càng quan trọng trong việc giữ vững vị thế của mình trên địa bàn và tiếp tục phát triển. Xuất phát từ thực tế đó, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề nhằm mô tả kết quả kinh doanh và hiệu quả sử dụng vốn của công ty TNHH Hoàng Oánh giai đoạn 2017 -2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là báo cáo tài chính của công ty TNHH Hoàng Oánh năm 2017, năm 2018, năm 2019.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Công ty TNHH Hoàng Oánh.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 04/2020.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên báo cáo tài chính công ty.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập số liệu dựa trên báo cáo tài chính của công ty TNHH Hoàng Oánh qua các năm 2017, năm 2018 và năm 2019. Từ đó, lựa chọn các chỉ tiêu cần thiết điền vào phiếu thu thập thông tin.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 20. Các biến định tính được tính bằng tần suất và phần trăm, các biến định lượng được tính bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm tra mối quan hệ giữa hai biến định tính bằng phép thử Chi square, giữa biến định tính và biến định lượng bằng T-test. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tuân thủ theo các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu

y sinh và được chấp thuận bởi hội đồng y đức của khoa Dược - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ**3.1 Phân tích doanh thu của Công ty giai đoạn 2017 – 2019****Bảng 3.1. Doanh thu Công ty TNHH Hoàng Oánh giai đoạn 2017 – 2019***ĐVT: Triệu đồng*

STT	Chỉ tiêu	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019	
		Giá trị	Tỷ trọng (%)	Giá trị	Tỷ trọng (%)	Giá trị	Tỷ trọng (%)
1	Doanh thu thuần	76,695.50	99.997	88,467.70	99,998	90,664.83	99.992
2	Doanh thu tài chính	1.63	0.003	1.56	0.002	6.46	0.008
3	Doanh thu khác	0	0	0	0	0	0
Tổng doanh thu		76,697.13		88,469.26		90,671.29	

Trong tổng doanh thu thì doanh thu thuần từ bán hàng và cung cấp dịch vụ chiếm tỷ trọng rất cao trong cả 3 năm (Trung bình chiếm 99,995% tổng doanh thu của công ty). Vì vậy, tăng trưởng của doanh thu bán hàng và cung cấp dịch vụ tác động rất mạnh đến sự tăng trưởng tổng doanh thu của công ty. Trong giai đoạn 2017 – 2019, doanh thu của công ty không ngừng tăng qua các năm, từ 76,697 tỷ đồng trong năm 2016 tăng lên 90,674 tỷ đồng trong năm 2019. Sự tăng trưởng này là do trong khoảng thời gian gần đây hoạt động bán hàng của công ty được

đẩy mạnh, hệ thống kênh phân phối được mở rộng, đồng thời tăng lượng tiêu thụ cao do nhu cầu kiểm tra, chăm sóc sức khỏe của người dân tăng, cùng với đó là việc công ty có được nhiều hợp đồng với các bệnh viện, đơn vị phân phối khác trong địa bàn.

3.2 Phân tích chi phí của công ty giai đoạn 2017 – 2019

Chi phí của Công ty TNHH Hoàng Oánh bao gồm: Giá vốn hàng bán, chi phí tài chính, chi phí QLDN và một số chi phí khác được thể hiện qua bảng sau đây:

Bảng 3.2: Bảng tổng hợp chi phí của công ty*ĐVT: Triệu đồng*

STT	Chỉ tiêu	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019
1	Giá vốn hàng bán	62,052.50	75,636.68	76,051.45
2	Chi phí quản lý doanh nghiệp	11,541	9,403.9	10,418.16
3	Chi phí tài chính	2,483.75	2,995.32	2942.2
4	Chi phí khác	0	77.24	0
Tổng		76,077.25	88,113.14	89,411.81

Chi phí về giá vốn hàng bán là chi phí chiếm tỉ trọng cao nhất, chiếm hơn 80% tổng chi phí của doanh nghiệp, sau đó đến chi phí quản lý doanh nghiệp.

Ta thấy chi phí quản lý doanh nghiệp của công ty trong 3 năm trung bình khoảng 10 tỷ đồng, chiếm từ 10-15% tổng chi phí của công ty. Ta thấy chi phí quản lý doanh nghiệp chiếm tỷ trọng này là hợp lý và khó có thể giảm bớt do trong khoảng thời gian gần đây chi phí lương nhân viên, chi phí văn phòng phẩm cho bộ phận bán hàng và quản lý doanh nghiệp, chi phí khấu hao tài sản cố định, chi phí cho dịch vụ mua ngoài như: điện, nước,...và một số chi phí khác tăng do trượt giá., hơn nữa cũng phải đảm bảo đời sống cho cán bộ, công nhân viên cũng như khuyến khích nhân viên làm việc có hiệu quả. Ngoài ra để công tác quản lý tốt hơn, Công ty đã trang bị phần mềm kế toán giúp cho công tác kế toán được thực hiện thuận tiện, nhanh chóng và chính xác hơn. Cùng với việc tuyển dụng đội ngũ nhân viên quản

lý có trình độ, Công ty TNHH Hoàng Oánh có chính sách đãi ngộ hấp dẫn bằng tiền lương cao, đào tạo nhân viên cùng các chính sách khác để thu hút và giữ chân những người tài giỏi nên đã làm cho chi phí quản lý doanh nghiệp cao hơn trung bình so với các công ty khác, như chi phí quản lý doanh nghiệp của Công ty TNHH Dược phẩm Chân Phúc so với tổng chi phí năm 2017 là 8.08% [4]. Nhưng hiện nay, công ty cũng đã quản lý chi phí quản lý doanh nghiệp tốt hơn nên chi phí đã giảm từ 11,541 tỷ đồng trong năm 2017 xuống còn 10,418 tỷ đồng trong năm 2019, đây là một dấu hiệu tích cực.

3.3. Phân tích lợi nhuận của Công ty giai đoạn 2017 – 2019

3.3.1. Lợi nhuận của công ty giai đoạn 2017 – 2019

Lợi nhuận là thước đo hiệu quả hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp. Thông qua báo cáo tài chính của Công ty TNHH Hoàng Oánh ta có bảng kết quả sau:

Bảng 3.3: Bảng phân tích cơ cấu lợi nhuận của Công ty TNHH Hoàng Oánh

ĐVT: Triệu đồng

STT	Chỉ tiêu	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019
1	LN từ HĐKD	619.87	433.37	1,259.47
2	LN khác	0	195.48	0
3	Tổng LN	619.87	628.85	1,259.47
4	LN HĐKD/Tổng LN	100%	68.91%	100%
5	Tỷ suất LN/Doanh thu	0.808%	0.71%	1.389%

Lợi nhuận của công ty có tăng nhưng không đáng kể. Nhưng giai đoạn 2018 – 2019, Lợi nhuận của công ty tăng gần 2 lần, lợi nhuận từ 628.85 triệu đồng năm 2018 tăng lên đến 1,259 tỷ đồng năm 2019. Điều này cũng phản ánh đúng tình trạng doanh thu

của công ty tăng dần qua các năm, đồng thời năm 2019 công ty đã có chiều hướng quản lý tốt hơn về chi phí hoạt động của mình nên lợi nhuận của công ty tăng vượt bậc trong năm 2019.

3.3.2. Tỷ suất lợi nhuận ròng trên tổng tài sản năm 2019 (ROA)**Bảng 3.4. Bảng tỷ suất lợi nhuận ròng trên tổng tài sản năm 2019***ĐVT: Triệu đồng*

STT	Chỉ tiêu năm 2019	Giá trị
1	Tổng lợi nhuận ròng	1,007.58
2	Tổng tài sản đầu kỳ	57,661.73
3	Tổng tài sản cuối kỳ	53,271.18
4	ROA = (3-2)/1	1.82%

Tỷ suất lợi từ tổng tài sản ở kỳ kế hoạch đặt ra cứ 100 đồng tài sản thì tạo ra 1.82 đồng lợi nhuận. Chỉ tiêu này cho thấy công ty sử dụng tài sản hiệu quả và tối ưu các nguồn lực sẵn có. Tuy nhiên, công ty vẫn cần phải phát huy hơn nữa để nâng cao tỷ suất lợi nhuận vào các kỳ kinh doanh tiếp theo.

3.3.3. Tỷ suất lợi nhuận ròng trên vốn chủ sở hữu năm 2019 (ROE)**Bảng 3.5. Bảng tỷ suất lợi nhuận ròng trên vốn chủ sở hữu năm 2019***ĐVT: Triệu đồng*

STT	Chỉ tiêu năm 2019	Giá trị
1	Tổng lợi nhuận ròng	1,007.58
2	Vốn CSH đầu kỳ	12,492.16
3	Vốn CSH cuối kỳ	13,499.2
4	ROE = (3-2)/1	7.75%

Tỷ suất sinh lời của công ty cho thấy, ở trong kỳ kinh doanh hiện tại, cứ 100 đồng vốn mà doanh nghiệp bỏ ra thì thu về được 7.75 đồng lợi nhuận. Chỉ tiêu này cao cho thấy Công ty đã sử dụng hiệu quả nguồn vốn của mình.

3.4. Phân tích hiệu quả sử dụng vốn của công ty năm 2019**3.4.1. Kết cấu nguồn vốn**

Việc phân tích kết cấu nguồn vốn và so sánh tổng số vốn năm 2018 với năm 2019, xác định tỷ trọng từng nguồn vốn cụ thể trong tổng số nguồn vốn sẽ cho biết khả năng tự tài trợ về mặt tài chính, mức độ tự chủ trong kinh doanh hoặc những khó khăn mà doanh nghiệp gặp phải trong khai thác vốn.

a. Kết quả phân tích nguồn vốn**Bảng 3.6. Tổng hợp các nguồn vốn***Đơn vị tính: Triệu đồng*

STT	Chỉ tiêu	Năm 2018		Năm 2019		Chênh lệch	
		Giá trị	Tỷ lệ (%)	Giá trị	Tỷ lệ (%)	Giá trị	Tỷ lệ (%)
1	Tổng nguồn vốn	53,271.2	100.0	57,661.7	100.0	4,390.5	8.2
2	Nợ phải trả	39,772.0	74.6	45,169.6	78.3	5,397.6	13.6
2.1	Nợ ngắn hạn	37,368.3	70.1	40,928.0	71.0	3,559.7	9.5

2.2	Nợ dài hạn	2,403.7	4.5	4,241.6	7.3	1,837.9	76.5
3	Vốn CSH	13,499.2	25.4	12,492.1	21.7	- 1,007.1	-7.5
3.1	Vốn đầu tư của CSH	10,000.0	18.8	10,000.0	17.4	0.00	0.0
3.2	Các quỹ thuộc vốn CSH	3,499.2	6.6	2,492.1	4.3	- 1,007.1	-28.8

Số liệu cho ta thấy nguồn vốn của Công ty TNHH Hoàng Oánh năm 2019 bình quân 8.2% so với năm 2018, trong đó nợ phải trả tăng còn vốn chủ sở hữu giảm so với năm 2018.

Trong số nợ phải trả, nợ ngắn hạn và nợ dài hạn đều tăng so với năm 2018, nguyên nhân của sự tăng này là do trong năm 2019, Công ty đã tăng cường hoạt động kinh doanh của mình và doanh thu năm 2019 tăng so với năm 2018. Vốn chủ sở hữu của Công ty

trong giai đoạn 2018 – 2019 giảm nhẹ 7.5% trong đó vốn đầu tư của doanh nghiệp không thay đổi nhưng có sự sụt giảm của các quỹ thuộc vốn chủ sở hữu. Trong năm 2019, Công ty TNHH Hoàng Oánh tiếp tục kinh doanh có lãi và vẫn có dự phòng tài chính nhằm chủ động trong việc khắc phục các sự cố tài chính trong tương lai để đảm bảo an toàn vốn cho hoạt động kinh doanh

b. Kết quả phân tích vốn lưu động thường xuyên

Bảng 3.7. Tổng hợp phân tích vốn lưu động thường xuyên

Đơn vị tính: Triệu đồng

STT	Chỉ tiêu	Năm 2018	Năm 2019	Chênh lệch	%
1	Tài sản ngắn hạn	45,723.1	47,829.2	2,106.10	4.6
2	Nguồn vốn ngắn hạn	37,368.3	40,928.0	3,559.70	9.5
3	Tài sản dài hạn	7,548.1	9,792.5	2,244.40	29.7
4	Nguồn vốn dài hạn	13,499.2	12,492.1	-1,007.10	-7.5
5	Nợ ngắn hạn	37,368.3	40,928.0	3,559.70	9.5
6	Nợ dài hạn	2,403.7	4,241.6	1,837.90	76.5
7	VLĐtx = (1) – (5)	8,354.8	6,901.2	-1,453.60	-17.4

Từ bảng trên ta có thể thấy vốn lưu động qua các thời kỳ đều dương, đây là một dấu hiệu tài chính tích cực thể hiện sự đảm bảo nhu cầu tài chính, cân đối giữa tài sản ngắn hạn và nguồn vốn ngắn hạn, giữa tài sản dài hạn và nguồn vốn dài hạn.

3.4.2. Tình hình phân bổ vốn

Bảng 3.8. Tổng hợp phân tích biến động tài sản năm 2019

Đơn vị tính: Triệu đồng

STT	Chỉ tiêu	Năm 2018		Năm 2019		Chênh lệch	
		Giá trị	Tỷ lệ (%)	Giá trị	Tỷ lệ (%)	Giá trị	Tỷ lệ (%)
1	Tài sản ngắn hạn	45,723.1	85.8	47,829.2	83.0	2,106.1	4.6
1.1	Tiền	1,130.1	2.1	1,406.3	2.4	276.2	24.4
1.2	Các khoản phải thu ngắn hạn	36,330.2	68.2	37,142.0	64.5	811.8	2.2
1.3	Hàng tồn kho	8,262.8	15.5	9,280.9	16.1	1,018.1	12.3
2	Tài sản dài hạn	7,548.1	14.2	9,792.5	17.0	2,244.4	29.7
2.1	Tài sản cố định	4,835.1	9.1	5,521.8	9.6	686.7	14.2
2.2	Tài sản dài hạn khác	2,713.0	5.1	4,270.7	7.4	1,557.7	57.4
3	Tổng tài sản	53,271.2	100	57,621.7	100	4,350.5	8.2

Tổng tài sản năm 2019 của công ty TNHH Hoàng Oánh tăng 8.2% so với năm 2018. Trong đó tất cả các loại tài sản của doanh nghiệp đều tăng. Nhưng lượng hàng tồn kho và các khoản phải thu của công ty cũng tăng, gây áp lực đến nhu cầu về vốn của doanh nghiệp.

3.4.3. Nhóm hệ số đánh giá hiệu quả sử dụng vốn

a. Chỉ số luân chuyển hàng tồn kho

Bảng 3.9. Tổng hợp phân tích chỉ số luân chuyển hàng tồn kho năm 2019

Đơn vị tính: Triệu đồng

STT	Chỉ tiêu	Giá trị
1	Giá vốn hàng bán	76,051.4
2	Hàng tồn kho đầu kỳ	8,262.8
3	Hàng tồn kho cuối kỳ	9,280.9
4	Số vòng quay hàng tồn kho (4) = (1)/((2)+(3))/2	2.17
5	Số ngày tồn kho (5) = 365/(4)	168.4

Số vòng quay hàng tồn kho của Công ty **đột ngột**

TNHH Hoàng Oánh là 2.17 với thời gian trung bình hàng tồn kho là 168.4 ngày là tương đối cao so với các doanh nghiệp cùng ngành, điều này đảm bảo mức độ sản xuất, nhập khẩu đáp ứng được nhu cầu khách hàng, không gây thiếu hụt khi nhu cầu tăng

b. Chỉ số luân chuyển vốn lưu động

Kết quả phân tích cho thấy số vòng quay vốn lưu động trong năm 2018 là 9.2, thời gian cho mỗi vòng quay là 39.8 ngày. Đến năm 2019, số vòng quay vốn lưu động tăng mạnh lên 12.8 (tăng 39.6%) với thời gian

mỗi vòng quay giảm đi 11.3 ngày con 28.5 ngày cho mỗi vòng quay, do doanh thu thuần của công ty tăng mạnh 15.3%. Đây là dấu hiệu tài chính tích cực nhưng Công ty nên chú ý việc thu hồi nợ một cách tốt hơn.

Số vòng quay tài sản cố định của Công ty TNHH Hoàng Oánh trong năm 2019 là 4.27 với số ngày trung bình cho một vòng quay là 85.46 ngày, đây là con số tương đối so với các công ty khác trong ngành. Điều này cho thấy doanh nghiệp đang phát huy công suất hiệu quả sử dụng vốn vào tài sản cố định.

V. KẾT LUẬN

Tình hình kinh doanh của Công ty TNHH Hoàng Oánh tương đối ổn định, doanh thu không ngừng tăng lên qua các năm từ 76.69 đến 90.67 tỷ đồng, đặc biệt là giai đoạn 2017 – 2018. Lợi nhuận của công ty cũng tăng qua các năm mặc dù chịu sự cạnh tranh gay gắt của các công ty khác trong ngành và trên địa bàn. Tình hình sử dụng phí của công ty cũng tương đối ổn, trong đó chi phí về giá vốn hàng bán chiếm tỷ lệ cao khoảng 80% tổng chi phí của doanh nghiệp, nó cũng làm ảnh hưởng cơ bản tới lợi nhuận của công ty. Về tỷ suất lợi nhuận, tỷ suất lợi nhuận của công ty tăng trưởng an toàn từ 0.808% đến 1.389% trong giai đoạn 2017 – 2019, chứng tỏ công ty hoạt động kinh doanh có hiệu quả, điều này thể hiện sự tồn tại và phát triển ổn định của công ty. Nguồn vốn

của doanh nghiệp năm 2019 là 57,62 tỷ đồng, tăng 8.2% so với năm 2018 và nợ phải trả, các loại vốn khác đều tăng so với năm 2018. Nợ ngắn hạn của công ty năm 2019 là 40.93 tỷ tăng 9.5% so với năm 2018 nguyên nhân do năm 2019 doanh thu của công ty tăng dẫn đến tăng cường các loại chi phí. Số vòng quay vốn lưu động của công ty năm 2019 là 12.8 với thời gian trung bình cho một vòng quay vốn lưu động là 28.5 ngày, tăng so với năm 2018 cho thấy hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp ngày càng hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Bình (2007)**, Dịch tễ dược học (Sách đào tạo dược sĩ đại học), NXB Y học, Hà Nội
2. **Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Viết Hùng (2007)**, Quản lý và kinh tế dược (Sách đào tạo dược sĩ đại học), NXB Y học, Hà Nội
3. **Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Viết Hùng (2001)**, Phân tích hoạt động kinh doanh, thị trường và chiến lược kinh doanh của doanh nghiệp dược (Tài liệu giảng dạy sau đại học), Trường Đại học Dược Hà Nội
4. **Trần Thị Thủy Tiên**, Phân tích hoạt động kinh doanh của công ty TNHH Dược phẩm Chân Phúc năm 2017, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1
5. **VPBank Securities (2014)**. Xu hướng phát triển tại các thị trường Châu Á – Báo cáo ngành Dược Việt Nam

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA RĂNG HÀM LỚN THỨ BA HÀM DƯỚI VÀ RĂNG HÀM LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI BẰNG PHIM CONBEAM CT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Phương Anh*, Phan Thị Thanh Giang*,
Nguyễn Đăng Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm mô tả vị trí thân răng của răng hàm lớn thứ ba hay răng khôn hàm dưới (RKHD) so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới và mô tả hướng trục của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo 3 chiều không gian bằng bằng phim Conbeam CT tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Đối tượng: Tất cả các phim đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn của những bệnh nhân đến khám tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu (Từ tháng 11/2018 đến tháng 5/2019), bao gồm 92 RKHD trên 62 phim CTCB

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả và kết luận: Vị trí hay gặp nhất của thân RKHD so với thân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới trên mặt phẳng ngang axial là nằm chính giữa (62%). Hướng giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai hay gặp nhất trên mặt phẳng đứng dọc sagittal là lệch gần (60,9%). Hướng giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai hay gặp nhất trên mặt phẳng đứng ngang coronal là hướng thẳng (52,2%)

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới.

SUMMARY

SURVEY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE MANDIBULAR THIRD

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Anh

Email: ntpanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

MOLARS AND THE MANDIBULAR SECOND MOLARS UNDER CONBEAM CT FILM AT HOSPITAL OF HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: The study was conducted to describe the position of the crowns of the mandibular third molars relative to the mandibular second molars and to describe the axial orientation of the mandibular third molars relative to the mandibular second molars in 3 spatial dimensions using CBCT at Hospital of Hai Phong Medical University

Subjects: 92 teeth on 62 CT conebeam films of patients who come to the dental department of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. From November 2018 to May 2019.

Methods: Cross-sectional descriptive studies

Results and conclusions: The most common position of the mandibular third molars crown compared to the mandibular second molars crown on the axial plane is the middle (62%). The direction between the mandibular third molars axis and the mandibular second molars axis most commonly seen on the sagittal vertical plane is the near deviation (60.9%). The direction between the mandibular third molars axis and the mandibular second molars axis most commonly seen on the coronal horizontal plane is the straight direction (52.2%).

Keyword: Lower wisdom teeth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm lớn thứ ba (RKHD, R8) mọc cuối cùng trên cung hàm, thường mọc ngầm, mọc kẹt và lệch trục, gây ra nhiều biến

chứng. Phẫu thuật nhổ bỏ sớm RKHD với sự hỗ trợ của X-quang là rất cần thiết nhằm đảm bảo an toàn phẫu thuật.

Phim CT Conbeam có thể đánh giá chính xác về cấu trúc răng, hướng mọc, vị trí trong không gian 3 chiều và mối liên quan với các cấu trúc giải phẫu quan trọng xung quanh.

Phân loại của Winter (1926) và của Pell - Gregory (1933) đánh giá mối tương quan về vị trí của RKHD (R8) so với răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới (răng số 7) nhằm giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng được mức độ khó của phẫu thuật nhổ bỏ răng này.

Đề tài chúng tôi nghiên cứu 2 mục tiêu sau đây:

- *Mô tả vị trí thân răng của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo ba chiều không gian.*
- *Mô tả hướng trục của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo 3 chiều không gian.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả phim CBCT của các bệnh nhân đến khám tại khoa răng hàm mặt trường Đại học Y Hải Phòng từ tháng 11/2018 đến tháng 5/2019, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Chúng tôi đã lấy được 92 răng trên 62 phim đủ tiêu chuẩn.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Còn răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới
- Thấy rõ RKHD cùng bên với răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới (Răng 7)
- RKHD đã hình thành chân răng với độ dài tối thiểu bằng thân răng của nó trên phim.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

Tất cả các phim không đáp ứng 1 trong 3 tiêu chuẩn chọn mẫu trên

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu cần tìm, đơn vị tính là răng.
- Lấy p= 86,4% theo nghiên cứu của Phan Huỳnh An và Lê Đức Lánh năm 2014.

- Có α là mức ý nghĩa thống kê. Quy ước α là 0,05 ứng với độ tin cậy là 95%

thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$

- Với d là mức độ sai số cho phép. Ta có: $d = \varepsilon.p$ ε : là mức sai lệch tương đối và $\varepsilon = 10\%p$

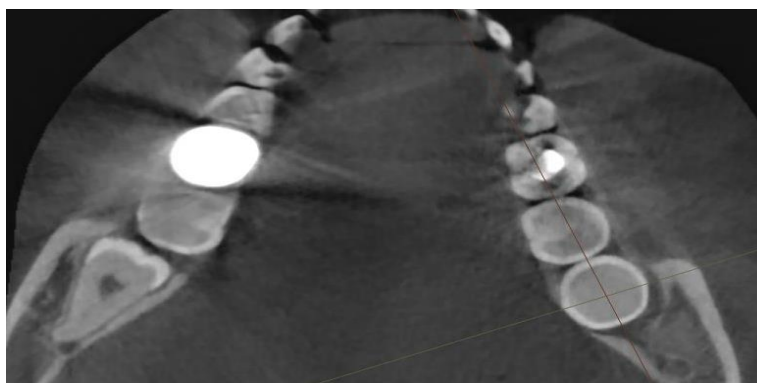
- Thay vào công thức tính cỡ mẫu ta được: $N = 81$. Thực tế lấy được 92 RKHD trên 62 phim CBCT đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Các bước tiến hành:

- **Tiến hành chọn phim CTCB** đủ tiêu chuẩn, đọc bằng phần mềm Ez3D-i trên máy tính.

- Trên mặt phẳng Axial:

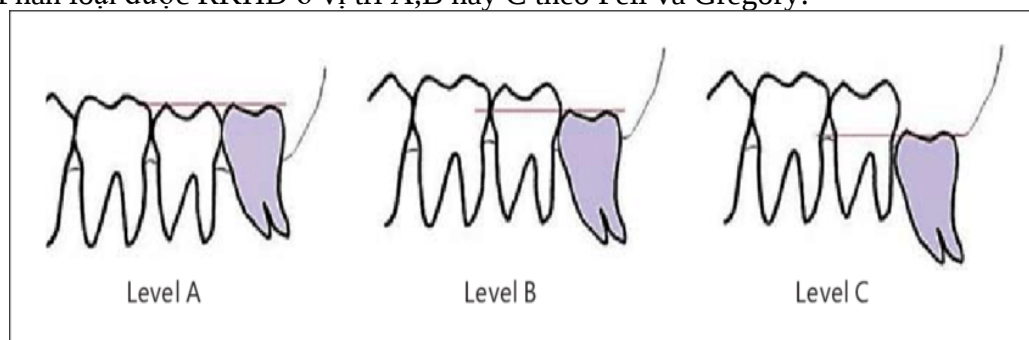
* Xác định tương quan của thân RKHD với răng 7: Đặt mặt phẳng định vị qua giữa thân răng 7 và vuông góc với thân răng 7 theo chiều trong ngoài. Di chuyển dần mặt phẳng AXIAL cho đến khi gặp thân RKHD cần khảo sát xuất hiện trên mặt phẳng tham chiếu. Ta sẽ xác định được quan hệ giữa thân RKHD với răng 7: ở chính giữa hoặc nằm lệch ra ngoài hay lệch vào trong, nếu đường định vị màu đỏ chia đôi thân RKHD hay ở phía trong hoặc ngoài của nó.



Hình 1: RKHD nằm trên đường thẳng giữa R7 hàm dưới trên Axial.

- Trên mặt phẳng sagittal (mặt phẳng đứng dọc):

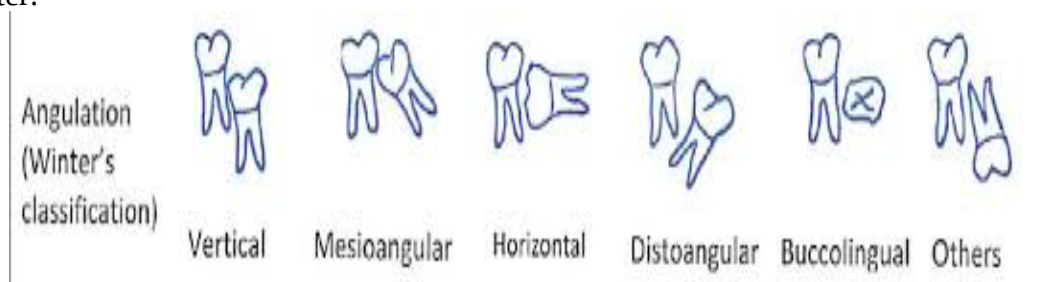
* Phân loại được RKHD ở vị trí A,B hay C theo Pell và Gregory:



Hình 2: Phân loại được RKHD ở vị trí A,B hay C theo Pell và Gregory

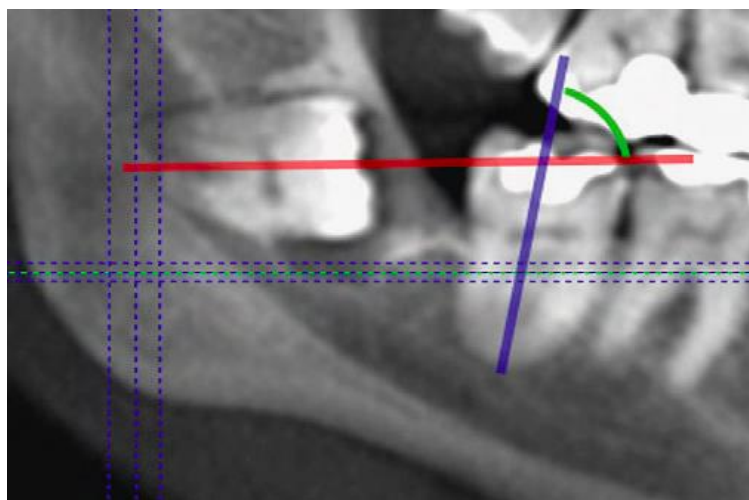
Trên lát cắt Sagittal, xác định trục dọc của R7, sau đó trượt ra xa cho tới khi gặp RKHD. Dịch chuyển đường tham chiếu còn lại cho chạm vào RKHD xem nó cắt răng 7 ở vị trí nào theo chiều trên dưới của răng để xác định độ sâu của RKHD so với răng số 7 ở vị trí A,B hay C.

* Xác định được góc lệch theo chiều gần xa giữa RKHD và răng 7 hàm dưới theo Winter:



Hình 3: Tương quan RKHD và R 7 hàm dưới trên Sagittal theo Winter

Trên Sagittal, xác định trục dọc của RKHD là đường thẳng đi qua điểm lõm nhất trên đường viền mặt nhai và đỉnh chóp chân răng. Điều chỉnh đường thẳng này song song với đường thẳng ngang tham chiếu qua trục răng 7 rồi đo góc giữa 2 đường này:

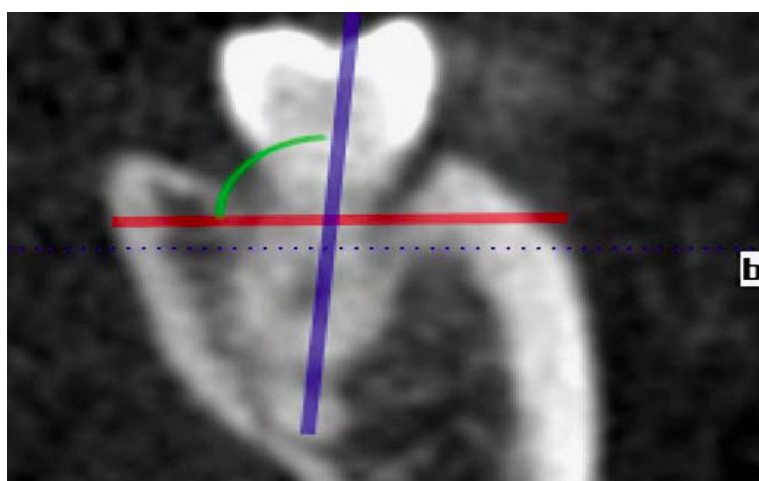


Hình 3: Cách xác định góc giữa RKHD và r 7 hàm dưới trên Sagital.

Sau khi có số đo góc, ta sẽ phân loại: nghiêng gần, xa hay thẳng theo Winter như sau: Hướng thẳng (từ 10 đến -10 độ), lệch gần (từ 11 đến 79 độ), nằm ngang (từ 80 - 100 độ), lệch xa (-11 đến -79 độ), khác (từ 101 đến -80).

-Trên mặt phẳng coronal (Mặt phẳng đứng ngang): Xác định trục dọc của Răng số 7 hàm dưới là đường thẳng đi qua rãnh giữa mặt nhai và đỉnh chóp chân răng. Sau

đó di chuyển đường định vị này tới vị trí RKHD. Đường định vị qua trục ngoài trong của răng 7 sẽ cắt qua RKHD. Nếu nó chia đôi thân RKHD thì nghĩa là răng 7 và RKHD song song với nhau. Nếu cắt lệch về phía thân răng tức là RKHD mọc theo chiều từ ngoài - trong và ngược lại. Sau đó, vẽ trục RKHD và đo góc giữa nó và đường định vị trục răng 7. Ta sẽ có góc giữa răng 7 và RKHD theo chiều trong ngoài.



Hình 4: Xác định góc giữa RKHD và R7 hàm dưới trên Coronal

- Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0

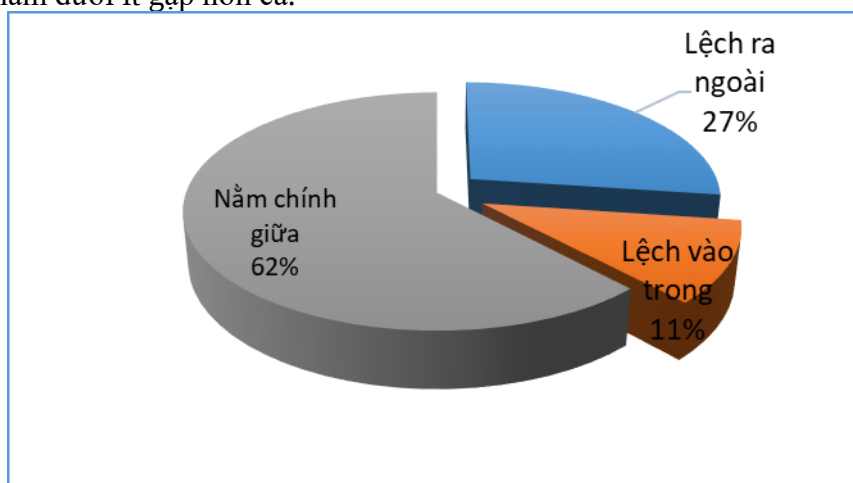
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mô tả vị trí thân răng của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo ba chiều không gian.

Bảng 1: Phân bố độ sâu của RKHD so với răng 7 hàm dưới theo Pell và Gregory

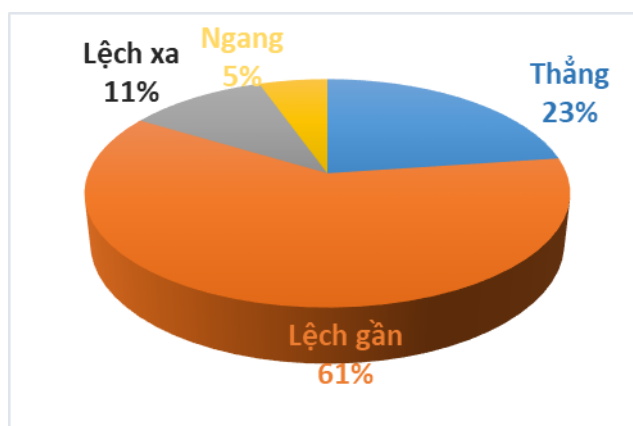
Vị trí	n	%
A	50	54,3
B	23	25
C	19	20,7
Tổng	92	100

Nhận xét: Vị trí thường gặp nhất của RKHD so với răng 7 hàm dưới theo chiều đứng là vị trí A (Ngang mức thân răng 7, phía trên đường vòng lớn nhất). Vị trí C tương ứng với chóp chân răng 7 hàm dưới ít gặp hơn cả.



Biểu đồ 1: Phân bố vị trí thân RKHD so với thân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới trên lát cắt Axial

Nhận xét: Theo chiều trong ngoài trên lát cắt Axial, thân RKHD ở chính giữa so với thân răng số 7 hàm dưới chiếm tỉ lệ cao nhất 62%. Số răng nằm lệch vào phía trong răng 7 chiếm tỉ lệ ít nhất 11%.

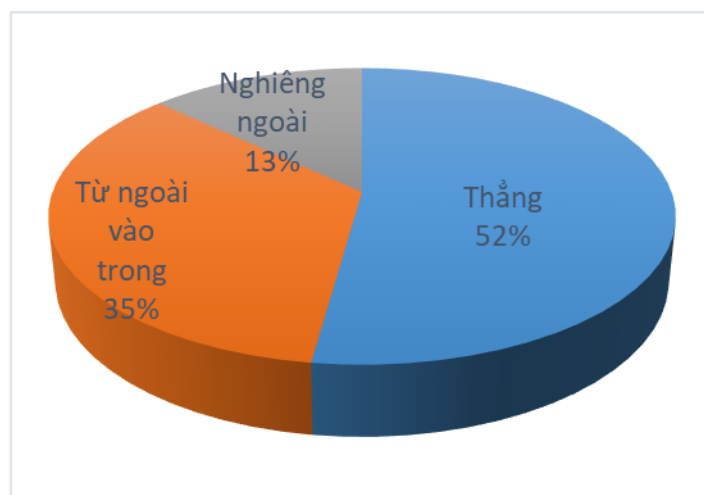


Biểu đồ 2: Phân bố tỉ lệ các hướng của trục RKHD

so với trục răng hàm lớn thứ hai hàm dưới trên lát cắt Sagital

Nhận xét: Tỷ lệ các RKHD lệch gần so với răng 7 hàm dưới (Góc tạo bởi trục RKHD với răng 7 hàm dưới từ 11 đến 79 độ chiếm tỷ lệ cao nhất 61%, tiếp theo là nhóm có trục thẳng (Góc giữa nó và răng 7 hàm dưới từ 10 đến -10 độ) chiếm tỷ lệ 23%. Nhóm RKHD có hướng mọc ngang thực sự (Góc giữa trục của nó với răng 7 hàm dưới từ 80 đến 100 độ) chiếm tỷ lệ thấp nhất 5%.

3.2. Mô tả hướng trục của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo 3 chiều không gian.



Biểu đồ 3: Phân bố tỷ lệ các hướng của trục RKHD so với trục răng cối lớn thứ hai hàm dưới trên lát cắt Coronal

Nhận xét: Xét tương quan theo chiều ngoài trong, trục của RKHD thẳng góc (gần như song song) với răng 7 hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, Nhóm răng có trục thân- chân hướng trong- ngoài tức là hướng mọc từ ngoài vào trong chiếm tỷ lệ 35%. Tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm răng có trục thân – chân theo chiều ngoài – trong tức là mọc từ trong ra ngoài : 13%.

Bảng 2: Trung bình các số đo góc giữa trục RKHD và răng hàm lớn thứ hai hàm dưới

	TB±DLC
Góc đo được trên mặt phẳng sagittal	31,9±3,3
Góc đo được trên mặt phẳng coronal	19,3±2,4

Nhận xét: Góc tạo bởi RKHD với trục răng 7 hàm dưới trên mặt phẳng đứng dọc trung bình là $31,9 \pm 3,3$ độ. Góc tạo bởi trục RKHD với trục răng 7 hàm dưới trên mặt phẳng đứng ngang trung bình là $19,3 \pm 2,4$ độ.

Bảng 3: Vị trí của RKHD so với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới trong không gian 3 chiều:

	Lệch gần	Lệch xa	Thẳng	Ngang	Tổng
Thẳng	32 (34,8%)	3 (3,3%)	8 (8,7%)	5 (5,4%)	48 (52,2%)
Vị trí A	19 (20,7%)	3 (3,3%)	4 (4,3%)	2 (2,2%)	28 (30,4%)
Vị trí B	10 (10,9%)	-	3 (3,3%)	1 (1,1%)	14 (15,2%)
Vị trí C	3 (3,3)	-	1 (1,1%)	2 (2,2%)	6 (6,5)
Từ ngoài vào trong	20 (21,7%)	3 (3,3%)	9 (9,8%)	-	32 (34,8%)
Vị trí A	7 (7,6%)	3 (3,3%)	5 (5,4%)	-	15 (16,3%)
Vị trí B	6 (6,5%)	-	-	-	6 (6,5%)
Vị trí C	7 (7,6%)	-	4 (4,3%)	-	11 (12%)
Từ trong ra ngoài	4 (4,3%)	4 (4,3%)	4 (4,3%)	-	12 (13%)
Vị trí A	-	4 (4,3%)	3 (3,3%)	-	7 (7,6%)
Vị trí B	2 (2,2%)	-	1 (1,1%)	-	3 (3,3%)
Vị trí C	2 (2,2%)	-	-	-	2 (2,2%)
Tổng	56 (60,9%)	10 (10,9%)	21 (22,8%)	5 (5,4%)	92 (100%)

Nhận xét: Trong không gian ba chiều, tỉ lệ gặp RKHD tương quan với răng 7 hàm dưới ở vị trí A, lệch gần và thẳng với trục răng 7 theo chiều trong ngoài là nhiều nhất. Không gặp trường hợp nào RKHD ở vị trí B hoặc C mà lệch xa. RKHD ở vị trí B và C có tỉ lệ lệch gần cao nhất trong các kiểu lệch theo chiều gần xa, đồng thời theo chiều ngoài trong, tỉ lệ mọc theo chiều từ ngoài vào trong cũng nhiều nhất.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Mối tương quan giữa thân RKHD (R8) và răng hàm lớn thứ hai (R7):

▪ Độ sâu hay gặp nhất của RKHD là vị trí A (54,3%)

▪ Vị trí hay gặp nhất của thân RKHD so với thân răng hàm lớn thứ hai trên mặt phẳng ngang axial là nằm chính giữa (62%)

4.2. Mối tương quan giữa trục RKHD (R8) và răng hàm lớn thứ hai (R7):

- Hướng giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai hay gặp nhất trên mặt phẳng đứng dọc sagittal là lệch gần (60,9%)

- Hướng giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai hay gặp nhất trên mặt phẳng đứng ngang coronal là hướng thẳng (52,2%)

- Góc trung bình giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai trên mặt phẳng sagittal là $31,9 \pm 3,3$

- Góc trung bình giữa trục RKHD và trục răng hàm lớn thứ hai trên mặt phẳng coronal là $19,3 \pm 2,4$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Cát (1977)**. “Hình thành và phát triển răng”, Răng Hàm Mặt tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 73-89.
2. **Nguyễn Mạnh Hà (2013)**, Phẫu thuật trong

miệng - Tập 2, NXB GD, trang 57, 58, 59, 67, 69.

3. **Hoàng Tử Hùng (2003)**, Giải phẫu răng, NXB Y học, trang 186, 187, 189, 190, 193, 195, 199
4. **Hoàng Tử Hùng (2010)**, Mô phôi răng miệng, NXB Y học
5. **Trịnh Văn Minh (1998)**. Giải phẫu đầu mặt cổ, Giải phẫu người tập 1, NXB Y Học, tr 402-510.
6. **Bùi Thanh Ngoan (2011)**. “Nhận xét về mối liên quan giữa hình thái mọc và các biến chứng của RKHD”.
7. **Nguyễn Tiến Vinh (2010)**. “Nhận xét tình trạng mọc răng và kết quả xử trí các tai biến ở bệnh nhân có RKHD tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội”. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH HO GÀ Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019

Trần Hồng Hạnh*, Chu Thị Hà*,
Nguyễn Mai Phương*, Phạm Thị Ngọc*, Hoàng Thị Bình Minh*

TÓM TẮT

Ho gà là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính, thường do vi khuẩn *B.pertussis* gây nên[3],[4]. Bệnh thường có biểu hiện bằng cơn ho dữ dội, kéo dài và có khả năng lây lan mạnh trong cộng đồng [3], [4]. Ho gà vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em, có thể phòng ngừa được bằng vaccin trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, mỗi năm ghi nhận từ 200-300 ca mắc Ho gà [1]. Đây vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có tỷ lệ biến chứng cao, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này và bước đầu thu được những kết quả như sau: Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh: Trẻ mắc bệnh chưa được tiêm phòng vaccine Ho gà chiếm 82%. Bệnh chủ yếu xảy ra ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi chiếm 86%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: ho (100%), ho có đờm (74%), ho rũ rượi (72%). Số lượng bạch cầu, tăng Lympho và tăng tiểu cầu trong máu lần lượt là 78%, 64% và 42%. Xét nghiệm PCR ho gà dương tính trung bình vào ngày thứ 15 của bệnh. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch tỵ hầu có các vi khuẩn thường gặp là *Sta.aureus* (56,2%) và *Strep.pneumoniae* (31,2%). Biến chứng hay gặp là viêm phổi bội nhiễm (32%). Về kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến bệnh ho gà:

Bệnh được điều trị khỏi và đỡ, giảm với tỷ lệ 98%. Thời gian điều trị trung bình là 13 ngày. Và có 16% trường hợp trẻ bị Ho gà cần thở Oxy và không ghi nhận trường hợp tử vong.

Từ khóa: Ho gà, vi khuẩn học, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF PERTUSSIS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE AT THE HAI PHONG PEDIATRIC HOSPITAL IN 2019

Pertussis is an acute respiratory infection, often caused by the bacterium *B. pertussis* [3], [4]. The disease usually manifests as a severe and prolonged cough and is likely to spread heavily in the community [3], [4]. Whooping cough remains one of the leading causes of preventable death that can be prevented by immunization in children around the world. In Vietnam, 200 to 300 cases of pertussis are reported each year [1]. It is still one of the dangerous infectious diseases with a high rate of complications, especially in young children. We therefore carried out this project and obtained the following results initially: On the clinical and subclinical characteristics of the disease: 82% of infected children were not vaccinated. The disease rate in the group of children under 6 months is 86%, of which <2 months is 58%. Common clinical symptoms are: cough (100%), cough with rash (74%), dry cough (72%). The number of leukocytes, the increase in lymphocytes and the increase in platelets in the blood were 78%, 64% and 42%, respectively. The mean positive pertussis PCR test was on day 15 of illness. The

*Trường Đại Học Y dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hồng Hạnh
Email: honghanh0612@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

results for hydrocephalic bacteria were *Sta.aureus* (56.2%) and *Strep.pneumoniae* (31.2%). The common complication is infection secondary to pneumonia (32%). About the results of the treatment and some factors related to whooping cough: The disease was cured and improved, decreased with the rate of 98%. The average duration of treatment is 13 days. And 16% of cases of children with pertussis need oxygen and no mechanical ventilation is reported.

Keywords: Pertussis, bacteriologie, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính, thường do vi khuẩn *B.pertussis* gây nên [3],[4]. Bệnh thường có biểu hiện bằng cơn ho dữ dội, kéo dài và có khả năng lây lan mạnh trong cộng đồng [3], [4]. Ho gà vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em, có thể phòng ngừa được bằng vaccin trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, mỗi năm ghi nhận từ 200-300 ca mắc Ho gà [1]. Đây vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có tỷ lệ biến chứng cao, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi ho gà dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019 - 2020.*
2. *Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến bệnh Ho gà ở các bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

50 bệnh nhân được chẩn đoán Ho gà.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả trẻ nhỏ dưới 5 tuổi được chẩn đoán Ho gà - Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 1/2019 - 4/2020. Tiêu chuẩn chẩn đoán Ho gà của Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

bệnh trẻ em bệnh viện Nhi Trung Ương 2018 [2]

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trẻ không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định Ho gà
- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Triệu chứng lâm sàng
- Thường gặp ở trẻ nhỏ chưa được tiêm phòng, thời gian ủ bệnh là 3-12 ngày.
- Thời kì khởi phát: thường 3-14 ngày; ở trẻ nhỏ dưới 3 tháng giai đoạn này thường chỉ kéo dài vài ngày; với các biểu hiện không điển hình như ngạt mũi, chảy nước mũi, hắt hơi, đau rát họng dần dần chuyển thành ho cơn.
- Thời kì toàn phát: kéo dài 1-2 tuần, trẻ nhỏ dưới 3 tháng giai đoạn này kéo dài hơn; xuất hiện các cơn ho gà điển hình xảy ra bất chợt. Cơn ho diễn biến qua 3 giai đoạn: ho, thở rít và khạc đờm.
- Thời kì lui bệnh và hồi phục: kéo dài khoảng 2-4 tuần. Số cơn ho giảm dần, thời gian mỗi cơn ho ngắn lại, cường độ ho giảm, khạc đờm ít, sau đó hết hẳn. Tình trạng tốt dần lên, trẻ ăn được và vui chơi bình thường.
- Cận lâm sàng
- Bạch cầu tăng, chủ yếu tăng bạch cầu Lympho.
- X quang phổi: ít thấy bất thường, có thể thấy tăng đậm các nhánh phế quản vùng rốn phổi.

- Nuôi cấy phân lập vi khuẩn *B.pertussis*.
- PCR Ho gà (+) với bệnh phẩm từ dịch tỵ hầu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán xác định bệnh Ho gà khi có biểu hiện lâm sàng và PCR Ho gà (+).

2.5. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Đánh giá kết quả điều trị
- Tuổi - Giới - Ngày vào viện - Địa chỉ - Tiền sử sản khoa, tiêm chủng, TS tiếp xúc nguồn lây	Ho Sốt CTM SMH XQ ngực PCR ho gà Nuôi cấy VK	Kháng sinh đặc hiệu

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa vào phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Thông tin thu thập từ bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

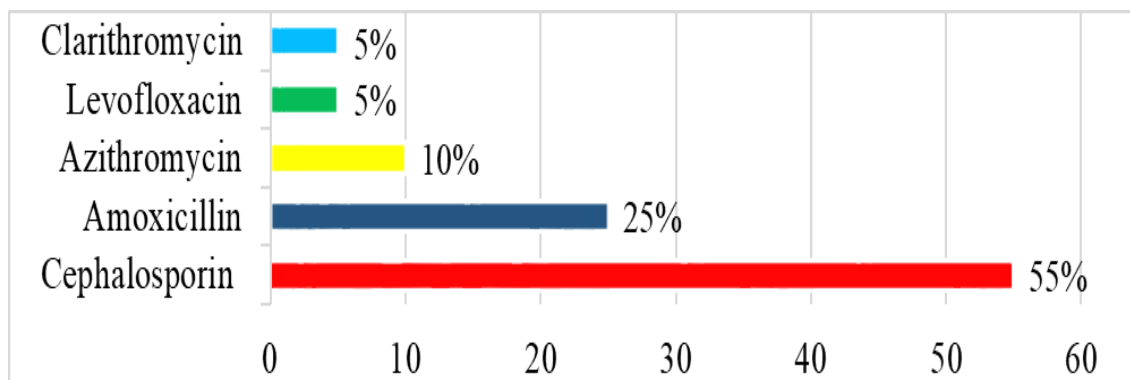
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi ho gà

3.1.1. Tuổi

Lứa tuổi mắc bệnh Ho gà chủ yếu ở trẻ < 2 tháng tuổi (58%) và trẻ 2-6 tháng tuổi (28%). Trẻ > 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn là 14%.

3.1.2. Tỷ lệ dùng kháng sinh

Số trẻ Ho gà có tiền sử dùng kháng sinh Cephalosporin tại nhà có tỷ lệ cao nhất là 55%. Các kháng sinh đó là Cefixim, Cephalexin.



Hình 1. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh tại nhà ở trẻ bị Ho gà

3.1.3. Tỷ lệ tiêm phòng

Trẻ mắc bệnh Ho gà có tiền sử chưa được tiêm phòng vaccine Ho gà chiếm 82%.

3.1.4. Triệu chứng hay gặp

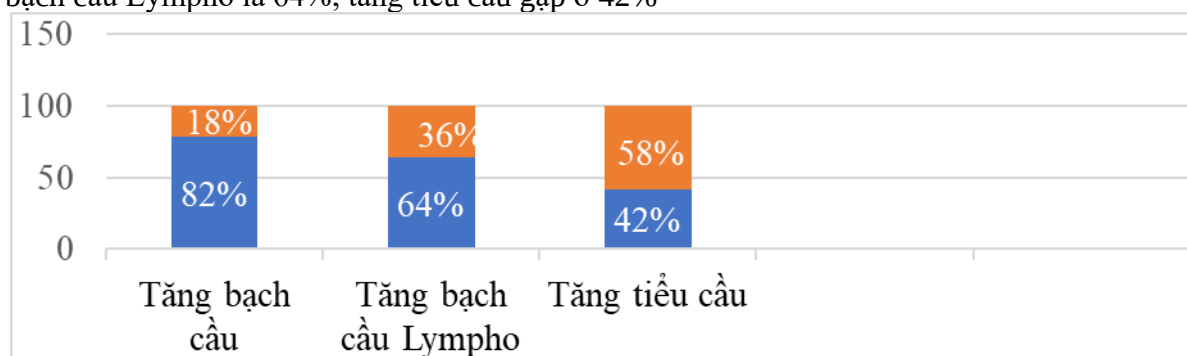
Các triệu chứng lâm sàng phổ biến của bệnh Ho gà chúng tôi ghi nhận được là: ho (100%), ho có đờm 74%, ho rũ rượi 72%; có cơn ho điển hình 64%, tăng tiết đờm rãi sau ho 50%.

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng của trẻ mắc Ho gà

Các triệu chứng LS	Số bệnh nhân (n = 50)	Tỷ lệ phần trăm
Ho	50	100%
Cơn ho điển hình	32	64%
Ho rũ rượi	36	72%
Ho có đờm	37	74%
Tăng tiết đờm rãi sau ho	25	50%
Tím	14	28%
Thở rít	6	12%
Cơn ngưng thở	2	4%
Nôn sau ho	3	6%
Sốt	8	16%

3.1.5. Tỷ lệ thay đổi trong công thức máu

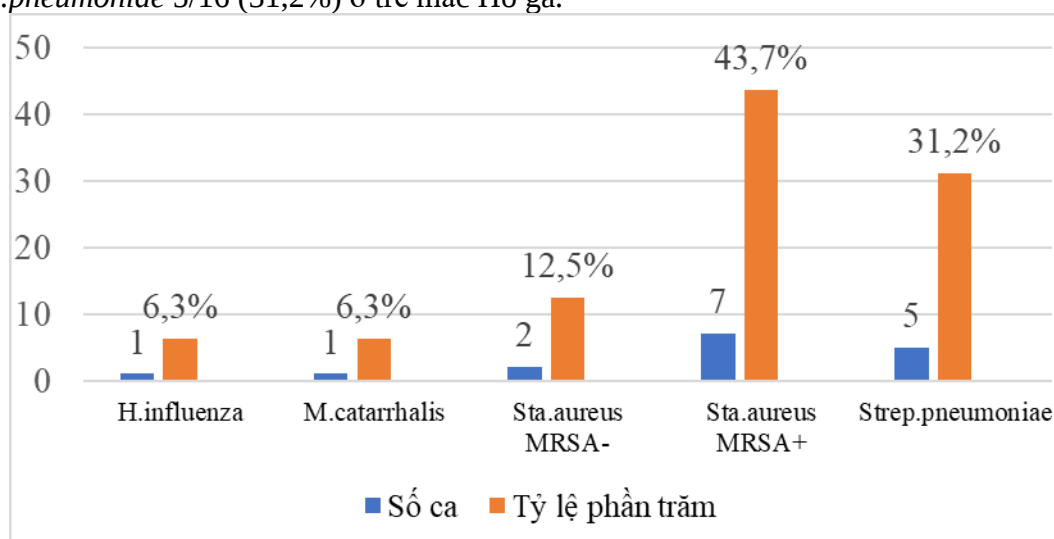
Ở trẻ ho gà có xu hướng bạch cầu tăng, trung bình $14,6 \pm 5,1$ G/l, đặc biệt là tỉ lệ tăng bạch cầu Lympho là 64%, tăng tiểu cầu gặp ở 42%



Hình 2. Tỷ lệ tăng bạch cầu, bạch cầu Lympho và tiểu cầu ở trẻ mắc Ho gà

3.1.6. Nuôi cấy VK

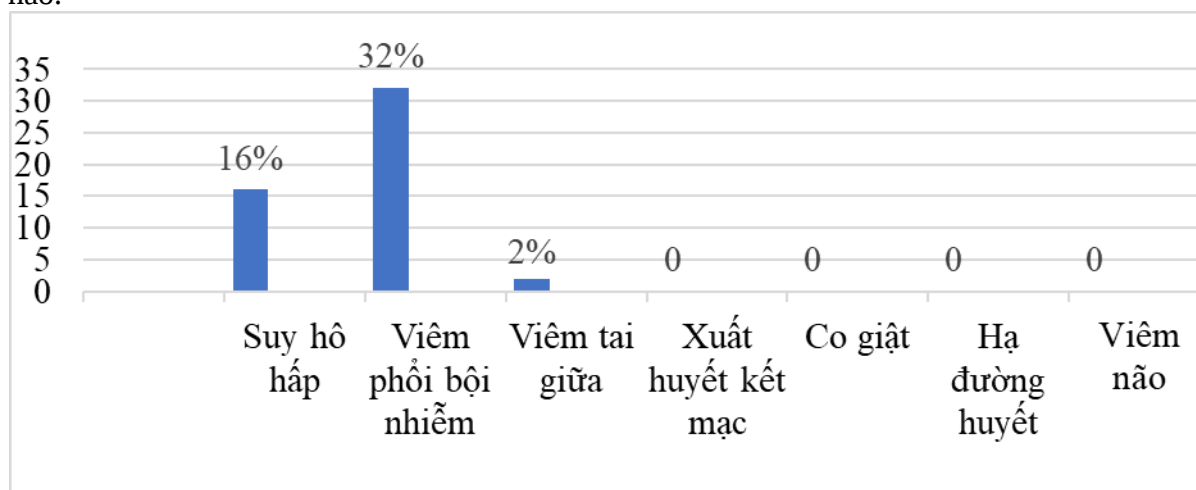
Nuôi cấy vi khuẩn thường gặp nhất là *Sta.aureus* 9/16 (56,2%) tiếp theo là *Strep.pneumoniae* 5/16 (31,2%) ở trẻ mắc Ho gà.



Hình 3. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn ở trẻ mắc Ho gà (n=16)

3.1.7. Biến chứng hay gặp nhất

Biến chứng hay gặp nhất ở trẻ mắc Ho gà là viêm phổi bội nhiễm (32%). Trong nghiên cứu này, không ghi nhận trường hợp co giật, xuất huyết kết mạc, hạ đường huyết và viêm não.

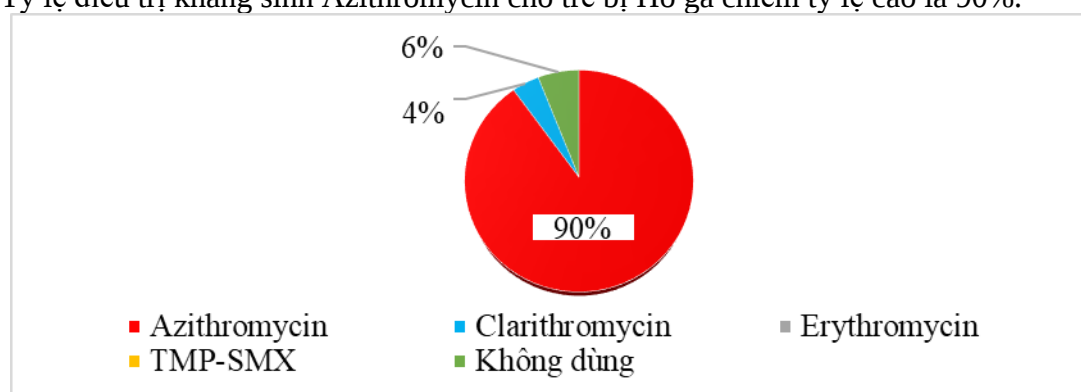


Hình 4. Tỷ lệ biến chứng của trẻ mắc Ho gà

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả điều trị KS đặc hiệu

Tỷ lệ điều trị kháng sinh Azithromycin cho trẻ bị Ho gà chiếm tỷ lệ cao là 90%.



Hình 5. Tỷ lệ điều trị kháng sinh đặc hiệu ở trẻ bị Ho gà (n=50)

3.2.2. Yếu tố liên quan giữa ho và viêm phổi bội nhiễm

Nhóm trẻ mắc bệnh Ho gà < 3 tháng tuổi có nguy cơ viêm phổi bội nhiễm cao gấp 4,333 lần so với nhóm trẻ mắc bệnh Ho gà ≥ 3 tháng tuổi với OR=4,333; 95%CI là 1,043 – 18 và p<0,05.

Bảng 2: Liên quan giữa cơn ho gà nặng và viêm phổi bội nhiễm

Viêm phổi bội nhiễm	Có		Không		Tổng	p
	n	%	n	%		
Cơn ho gà nặng						
Có	8	57,1	6	42,9	14	p = 0,017
Không	8	22,2	28	77,8	36	
Tổng	16	32	34	68	50	

IV. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 50 bệnh nhân mắc ho gà điều trị Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/2019 đến 04/2020, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

4.1. Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh

Yếu tố dịch tễ ở trẻ mắc bệnh Ho gà: bệnh chủ yếu xảy ra ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi chiếm 86%, trong đó < 2 tháng tuổi chiếm 58%. Có 82% trẻ mắc bệnh Ho gà chưa được tiêm phòng vaccine Ho gà.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: ho (100%), ho có đờm (74%), ho rũ rượi (72%), kèm theo tăng tiết đờm sau cơn ho (50%). Xét nghiệm PCR ho gà dương tính trung bình vào ngày thứ 15 của bệnh, muộn nhất vào ngày thứ 58 của bệnh.

Trẻ mắc bệnh Ho gà có biểu hiện tăng số lượng bạch cầu, tăng số lượng bạch cầu Lympho và tăng số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi lần lượt là 78%, 64% và 42%. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch tỵ hầu có các vi khuẩn thường gặp là *Staphylococcus aureus* (56,2%) và *Streptococcus pneumoniae* (31,2%). Biến chứng hay gặp là viêm phổi bội nhiễm (32%), suy hô hấp (16%).

4.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến bệnh ho gà

- Bệnh chủ yếu được điều trị khỏi và đỡ, giảm với tỷ lệ 98%.

- Tổng thời gian điều trị trung bình là 13 ngày.

- Có 16% trường hợp trẻ bị Ho gà cần thở Oxy và không ghi nhận trường hợp thở máy.

- Thời gian điều trị kéo dài có liên quan bởi một số yếu tố: trẻ có viêm phổi bội nhiễm và trẻ có mắc bệnh kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thành quả của chương trình tiêm chủng mở rộng.
<http://tiemchungmorong.vn/vi/content/thanh-qua.html>
2. Trần Minh Điển, TS. Nguyễn Văn Lâm, Ths. Đỗ Thị Thúy Nga. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Ho gà - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em Bệnh viện Nhi Trung ương. Bệnh viện Nhi Trung ương. Cập nhật 2019
3. CDC. Pertussis Chapter of Pinkbook CDC. CDC-National Center for Immunization and Respiratory Diseases; 2019.
4. Sarah S. Long LKP, Charles G. Prober. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Elsevier; 2018.

GIÁ TRỊ DỰ BÁO SINH NON CỦA CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG TRÊN SIÊU ÂM Ở SẢN PHỤ SONG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Bùi Văn Hiếu¹, Phạm Thanh Nhân¹,
Nguyễn Văn Quân²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 sản phụ mang song thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 01/01/2019 đến 31/05/2020. Ngưỡng chiều dài CTC dự báo sinh non <37 tuần là 33,5mm. Nhóm < 33,5mm có nguy cơ sinh non thấp hơn 4 lần so với nhóm sản phụ song thai có chiều dài CTC $\geq$ 33,5mm với AUC = 0,64, độ nhạy 47,1%, độ đặc hiệu 82,8%. Trên nhóm có tiền sử sinh non trước đó, nguy cơ sinh non trong lần mang thai này cao hơn gấp 20 lần ($p < 0,05$). Về kết quả dự phòng sinh non: Tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là $35,76 \pm 3,25$ tuần. Phân bố nhiều nhất ở 34 - 37 tuần (76,1%), < 28 tuần có 5,4%, > 37 tuần có 10,9%. Sử dụng BPDPSN làm giảm nguy cơ sinh non lên đến 83,6% ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về hiệu quả dự phòng sinh non giữa các phương pháp cũng như sử dụng đơn phương pháp và đa phương pháp dự phòng sinh non. Ngưỡng chiều dài CTC dự báo sinh non <37 tuần là 33,5mm. Nhóm sản phụ song thai có chiều dài CTC < 33,5mm có nguy cơ sinh non thấp hơn 4 lần so với nhóm sản phụ song thai có chiều dài CTC $\geq$ 33,5mm với AUC = 0,64, độ nhạy 47,1%, độ đặc hiệu 82,8%. Tuổi thai kết thúc trung bình là $35,76 \pm 3,25$ tuần. Sử

dụng BPDPSN làm giảm nguy cơ sinh non lên đến 83,6% ($p < 0,05$).

Từ khóa: sinh non, song thai, dự phòng sinh non, chiều dài cổ tử cung.

SUMMARY

THE PRE CLICTIVE VALUE OF THE CERCAL LENGTH ULTRASOUND IN COMEN WITH TWIN PEEGNANCY AT HAI PHONG OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

We conducted a cross section on 92 twin pregnancies at Hai Phong Obstetrics an Gynecology Hospital in 01/01/2019 to 31/05/2020. The threshold of cervical length predicted to give birth before 37 weeks is 33.5 mm. Twin pregnancy with cervical length > 33.5 mm had a risk of preterm birth before 37 weeks, 4 times lower than those with length $\geq$ 33,5mm, with AUC = 0.64, sensitivity 47.1%, specificity 82.8%. Pregnant with twins with history of spontaneous preterm birth had a rick of current preterm birth before 37 weeks, 20 times than those without history of spontaneous preterm birth ($p < 0.05$). The mean gestational age at birth was $35,76 \pm 3,25$ weeks, most of them in the group of 34 - 37 weeks (76.1%). Use of preventive measures reduced the risk of preterm birth up to 83.6% ($p < 0.05$). There was no difference in the efficacy of preventing preterm birth between diferent methods as well as using one method and combining methods in preant with twins. The threshold of cervical length predicted to give birth before 37 weeks is 33.5 mm. Twin pregnancy with cervical length > 33.5

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Tâm Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Hiếu

Email: hieubv@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

mm had a risk of preterm birth before 37 weeks, 4 times lower than those with length $\geq 33,5\text{mm}$, with AUC = 0.64, sensitivity 47.1%, specificity 82.8%. The mean gestational age at birth was $35,76 \pm 3,25$ weeks, Use of preventive measures reduced the risk of preterm birth up to 83.6% ($p < 0.05$).

Keywords: Prevent preterm birth, twin pregnancy, cervical length.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ sinh sớm trước 37 tuần và con số này đang ngày càng gia tăng. Tỷ lệ sinh non chung dao động từ 5% đến 18%. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến sinh non trong đó ST là một yếu tố nguy cơ. Tỷ lệ sinh non cũng tăng theo số lượng thai trong tử cung, số lượng thai càng nhiều thì tỷ lệ sinh non càng cao, thống kê của CDC, Mỹ năm 2015 thì tỷ lệ sinh non đơn thai là 9,7%, tỷ lệ sinh non trên ST là 56,6% và trên tam thai là 93,1%.

Để giảm thiểu tỷ lệ tử vong ở trẻ em gây ra bởi sinh non thì trước hết phải giảm thiểu được tỷ lệ sinh non. Muốn làm được điều đó phải sàng lọc được các đối tượng nguy cơ cao để dự phòng sinh non, đặc biệt là song thai. Hiện nay có rất nhiều phương tiện giúp sàng lọc nguy cơ sinh non cho sản phụ mang thai như đo chiều dài CTC hay góc CTC trên siêu âm,... và Có nhiều BPDPSN như progesterone, khâu vòng và đặt vòng nâng CTC. Mỗi phương pháp đem lại hiệu quả khác nhau.

Cho đến nay Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của các BPDPSN trên sản phụ song thai. Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “**Giá trị dự báo sinh non của chiều dài cổ tử cung trên siêu âm ở sản phụ song thai tại Bệnh Viện Phụ Sản Hải Phòng**” với mục tiêu: Xác định giá trị

dự báo sinh non của chiều dài cổ tử cung ở sản phụ song thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Song thai một hoặc hai bánh rau
- Tuổi thai từ 12 tuần 0 ngày đến khi kết thúc thai kì

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang điều trị dọa sảy thai. Tiền sử phẫu thuật trên tử cung

- Trong quá trình theo dõi có ít nhất một thai chết hoặc kết thúc thai kỳ mà nguyên nhân không phải chuyển dạ đẻ non.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả bệnh nhân khám tại BV Phụ sản Hải Phòng Từ 01/2019 đến 05/2020

2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

- Lấy mẫu thuận tiện không xác suất: bao gồm tất cả những sản phụ song thai đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh Viện Phụ Sản Hải Phòng được đo chiều dài CTC từ tuần thai 14 – 24 có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nhóm nghiên cứu trong khoảng thời gian tiến hành lấy số liệu.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng và Ban giám đốc bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị dự báo sinh non của chiều dài CTC ở sản phụ song thai

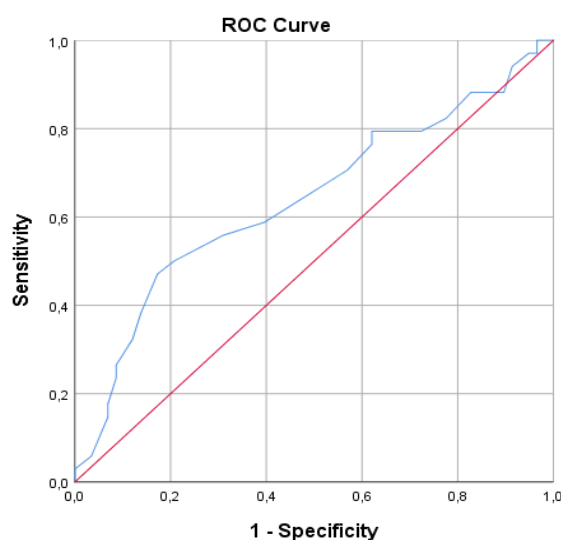
Chiều dài CTC trung bình của đối tượng nghiên cứu là $37 \pm 6,24\text{mm}$. Trong đó nhóm sản phụ có chiều dài CTC $> 35\text{mm}$ chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,8%. Sản phụ có chiều dài CTC ngắn nhất là 24mm, dài nhất là 49mm.

3.2. Giá trị dự báo sinh non của chiều dài cổ tử cung

Bảng 3.1: Độ nhạy, độ đặc hiệu ngưỡng chiều dài CTC trong dự báo sinh non trước 37 tuần

Giá trị ngưỡng	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %
< 20mm	0	0
25,5mm	5,9	96,6
33,5mm	47,1	82,8
40,5mm	79,4	37,9
45,5mm	94,1	8,6
$\geq 50\text{mm}$	100	100

Điểm cut-off của chiều dài CTC trong dự báo nguy cơ sinh non < 37 tuần là 33,5mm với độ nhạy là 47,1% và độ đặc hiệu là 82,8%.



Diện tích dưới đường cong ROC (Area = 0,64) có giá trị dự báo nguy cơ sinh non trước 37 tuần của kênh chiều dài CTC, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Với điểm cắt 33,5mm: Nhóm sản phụ có chiều dài CTC < 33,5mm có nguy cơ sinh non cao hơn 3,87 so với nhóm sản phụ có chiều dài CTC $\geq 33,5\text{mm}$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa chiều dài CTC và tiền sử sinh non

		Chiều dài CTC		P	OR CI 95%
		< 33,5mm	$\geq 33,5\text{mm}$		
Không có tiền sử sinh non	Sinh non	9 (32,1%)	19 (67,9%)	0,147	2,37 (0,73 - 7,72)
	Không sinh non	6 (16,7%)	30 (83,3%)		
Tiền sử sinh non	Sinh non	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,002	20 (2,14 - 186,87)
	Không sinh non	2 (9,1%)	20 (90,9%)		

Trên nhóm sản phụ có tiền sử sinh non thì với ngưỡng chiều dài CTC dưới 33,5mm thì tỷ lệ sinh non cao hơn 20 lần với nhóm sản phụ có chiều dài CTC trên 33,5mm, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Nhận xét kết quả dự phòng sinh non ở sản phụ song thai bằng các phương pháp

Bảng 3.3: Tỷ lệ sinh non theo tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	n	%
< 28	5	5,4
28-32	3	3,3
32-34	4	4,3
34-37	70	76,1
> 37	10	10,9
$\bar{X} \pm SD$	35,76 $\pm$ 3,25	

Trong nhóm nghiên cứu có 5 sản phụ kết thúc thai ở tuổi thai < 28 tuần, chiếm tỷ lệ 5,4%. Đa số đối tượng nghiên cứu kết thúc thai kì ở tuổi thai từ 34 - 37 tuần, chiếm tỷ lệ cao nhất 76,1% và tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là 35,76 $\pm$ 3,25 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng giá trị ngưỡng chiều dài CTC để dự báo nguy cơ sinh non trước 37 tuần là 33,5mm, với độ nhạy 47,1% và độ đặc hiệu 82,8%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Vayssiere 2002 lấy ngưỡng cut-off chiều dài CTC là 30mm với độ nhạy 46,2% và độ đặc hiệu 89,1% [2]. Kaouther Dimassi và CS 2017 khi đo chiều dài kênh CTC từ 22 - 24 tuần tuổi thai trên sản phụ song thai cho thấy chiều dài CTC dưới 30mm có mối liên quan mật thiết với sinh non, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương tính cao (100%), độ nhạy vẫn ở mức trung bình (45%) [3].

Khi phân tích biểu đồ ROC: Với diện tích dưới đường cong AUC = 0,63 ($p < 0,05$) cho kết quả dự đoán nguy cơ sinh non trước 37 tuần là trung bình. Trong nghiên cứu của tác giả Giorgio Pagani và cộng sự khi phân tích biểu đồ ROC cũng cho kết quả AUC = 0,65 (95% CI 0.58 - 0.71) cho dự đoán nguy

cơ sinh non trước 32 tuần[4]. So sánh với nghiên cứu của tác giả Kninght 2017 khi nghiên cứu về chiều dài CTC trong dự báo sinh non trước 32 tuần và trước 28 tuần thì tác giả có đưa ra kết quả diện tích dưới đường cong (AUC) lần lượt là 0,709, 0,736[6] cao hơn so với kết quả của chúng tôi nhưng vẫn nằm trong khoảng AUC trung bình (0,6 - 0,8) thể hiện phương pháp đo chiều dài CTC trên siêu âm dự báo nguy cơ sinh non có ý nghĩa trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. [7].

Khi phân tích dưới nhóm cho thấy: nhóm sản phụ có tiền sử sinh non với sản phụ có chiều dài CTC < 33,5mm thì có nguy cơ sinh non cao hơn 20 lần so với nhóm sản phụ có chiều dài CTC trên 33,5mm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu thuần tập hồi cứu của Ananth và CS 2008 cho thấy nếu sản phụ sinh đơn thai lần đầu và lần mang thai này là song thai thì tỷ lệ sinh non song thai khoảng 69% ở nhóm

có tiền sử sinh non và 49,9% ở nhóm không có tiền sử sinh non (HR 1.8, 95% CI 1,6 - 2,1) và nếu thời điểm kết thúc thai kỳ ở lần có thai trước < 30 tuần thì tỷ lệ sinh non song thai ở lần có thai này lên đến 95% [8]. Cũng trong một nghiên cứu khác của Iams JD và CS cho thấy nguy cơ sinh non < 35 tuần là 14 - 15% ở phụ nữ có tiền sử sinh non trước đó trong khi phụ nữ không có tiền sử sinh non chỉ có 3% là có nguy cơ sinh non trong lần mang thai tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Ngưỡng chiều dài CTC dự báo sinh non < 37 tuần là 33,5mm. Nhóm < 33,5mm có nguy cơ sinh non thấp hơn 4 lần so với nhóm sản phụ song thai có chiều dài CTC $\geq$ 33,5mm với AUC = 0,64, độ nhạy 47,1%, độ đặc hiệu 82,8%.

Tuổi thai kết thúc trung bình là $35,76 \pm 3,25$ tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuo X.F., Du Y.F., Yang J., et al.(2019). “Predictive value of cervical length measured by transvaginal ultrasound during the second and the third trimester of pregnancy for preterm birth in twin pregnancies”. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 54(5), 318 – 323.
2. Pagani, Stagnati, Fichera.(2018), “Prefumo Cervical length at mid-gestation in screening for preterm birth in twin pregnancy”. - PubMed - NCBI.
3. Dimassi K., Bouriel I., Triki A., et al.(2017). “Ultrasound monitoring of cervical length in twin Pregnancies”. Tunis Med, 95(3), 192–195.
4. Uterocervical angle: a novel ultrasound screening tool to predict spontaneous preterm birth. - PubMed - NCBI.
5. Liem S., Schuit E., Hegeman M., et al.(2013). “Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN)”: a multicentre, open-label randomised controlled trial. Lancet, 382(9901), 1341 – 1349.
6. Knight J.C., Tenbrink E., Onslow M., et al.(2018). “Uterocervical Angle Measurement Improves Prediction of Preterm Birth in Twin Gestation”. Am J Perinatol, 35(7), 648 – 654.
7. Du Y.F., Yang J. Zuo X.F., et al.(2019). “Predictive value of cervical length measured by transvaginal ultrasound during the second and the third trimester of pregnancy for preterm birth in twin pregnancies”. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 54(5), 318 – 323.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DỰ PHÒNG SINH NON TRÊN SẢN PHỤ CÓ CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG NGẮN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hoàng Trang¹, Bùi Văn Hiếu¹,
Bùi Tùng Lâm²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục đích xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dự phòng sinh non trên sản phụ có chiều dài CTC ngắn tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trên 60 sản phụ mang thai có chiều dài cổ tử cung ngắn từ thời điểm tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của các sản phụ là $27,7 \pm 4,9$ tuổi. Sản phụ mang thai con so chiếm đa số với tỷ lệ 60%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sinh non là 20%. Chiều cao trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là $156 \pm 5,3$ cm. BMI trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là $20,5 \pm 2,8$ (kg/m²) trong đó sản phụ có BMI bình thường (18,5 - 22,9) có tỷ lệ cao nhất chiếm 63,3%. Chiều dài CTC trung bình của sản phụ là $22,1 \pm 3,1$ mm, chiều dài CTC nhỏ nhất là 10 mm. Về kết quả dự phòng sinh non: tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu là 20%. Tuổi thai kết thúc trung bình là $36,2 \pm 4,1$ tuần, tuổi thai kết thúc lớn nhất là 40 tuần, nhỏ nhất là 22 tuần. Sản phụ có tiền sử sinh non có nguy cơ sinh non lớn hơn 9 lần so với nhóm không có tiền sử sinh non. Ngưỡng chiều dài CTC dự báo sinh non trước 37 tuần là ≤ 22 mm, sản phụ có chiều dài CTC ≤ 22 mm có nguy cơ sinh non trước 37 tuần cao gấp 4,67 lần nhóm có chiều dài > 22 mm, với AUC = 0,705 ($p = 0,029$).

Từ khóa: chiều dài cổ tử cung ngắn, dự phòng sinh non

SUMMARY

ASSESSING THE RESULTS OF PREVENTING PRETERM BIRTH IN WOMEN WITH SHORT CERVICAL IN HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The aim of this study was to determine clinical features, subclinical and evaluate the results of preventive treatment of preterm birth in women with a short cervical length at Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. Descriptive cross-sectional study included 60 pregnant women with short cervical length from March 2019 to March 2020. Results: Average age of women was $27,7 \pm 4.9$ years old. The multiparous women was 60 percent. The rate of pregnant women with a history of preterm birth was 20%. The average height of the women in the study was 156 ± 5.3 cm. Average BMI of women was 20.5 ± 2.8 (kg / m²) and women with normal BMI (18.5 - 22.9) had the highest rate, accounting for 63.3%. The average cervical length of pregnant women was 22.1 ± 3.1 mm, the minimum cervical length is 10 mm. About the results of preventing preterm birth: the rate of preterm birth in the study was 20%. The mean gestational age at birth was 36.2 ± 4.1 weeks, the maximum gestational age was 40 weeks, and the minimum age was 22 weeks. Women with a history of preterm birth had a 9 times higher risk of preterm birth compared to a group without a history of preterm birth. The threshold of cervical length predicted to give birth before 37

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hoàng Trang
Gmail: nthtrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

weeks is ≤ 22 mm. Women with cervical length ≤ 22 mm had a risk of preterm birth before 37 weeks, 4.67 times than those with length > 22 mm, with AUC = 0.705 ($p = 0.029$).

Keywords: short cervical length, prevention of preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Nhiều đứa trẻ sinh non sống sót phải đối mặt với di chứng của sinh non như bệnh lý đường hô hấp, tiêu hóa, võng mạc, thính giác... gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống sau này [1]. Trên thế giới, tỷ lệ sinh non dao động từ 5% đến 18% trẻ sinh ra và chiếm khá cao ở các nước có nền kinh tế kém phát triển. Việt Nam nằm trong số 42 nước có tỷ lệ trẻ tử vong cao nhất thế giới trong đó 25% nguyên nhân tử vong là do sinh non. Do đó, phát hiện sớm những sản phụ có nguy cơ cao sinh non để can thiệp kịp thời giúp hạn chế tỷ lệ sinh non luôn là mục đích của y học nhằm cho ra đời những đứa trẻ có thể chất khỏe mạnh và thông minh, đảm bảo nguồn nhân lực tương lai và chất lượng dân số cho xã hội. Xuất phát từ tình hình thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá kết quả điều trị dự phòng sinh non ở sản phụ có chiều dài CTC ngắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân nữ được xác định có chiều dài cổ tử cung ngắn (≤ 25 mm) được đo qua siêu âm đầu dò âm đạo từ 12 tuần đến 24 tuần tuổi thai tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong khoảng

thời gian từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ đơn thai có chiều dài CTC ngắn (≤ 25 mm) được đo qua siêu âm đầu dò âm đạo trong khoảng từ 12 - 24 tuần thai kì.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Kết thúc thai kỳ vì nguyên nhân không phải do chuyển dạ sinh non

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp vào bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ kín bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ

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

Tuổi trung bình của các sản phụ là $27,7 \pm 4,9$ tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là tuổi từ 25 - 29 tuổi với 34,5. Sản phụ mang thai con so chiếm tỷ lệ cao nhất với 36 người chiếm 60%.

Chiều dài trung bình CTC trung bình là $22,1 \pm 3,1$ mm. Chiều dài CTC ngắn nhất được ghi nhận là 10 mm. Chiều dài CTC trung bình lớn nhất được ghi nhận ở tuần 12 - 14 tuần với giá trị là $23,5 \pm 1,2$ mm, chiều dài CTC trung bình ngắn nhất là $21 \pm 3,2$ được ghi nhận tại 16 - 18 tuần.

3.2. Kết quả điều trị dự phòng sinh non

- Trong số 52 sản phụ được điều trị. Tuổi thai kết thúc trung bình là $36,6 \pm 4,1$ tuần. Trong đó đa số (80,8%) sản phụ sinh con đủ tháng (> 37 tuần).

- Tỷ lệ sinh non trong nhóm từ 34 đến dưới 37 tuần, 28 đến dưới 34 tuần và dưới 28 tuần lần lượt là 7,7%, 5,8% và 5,8%.

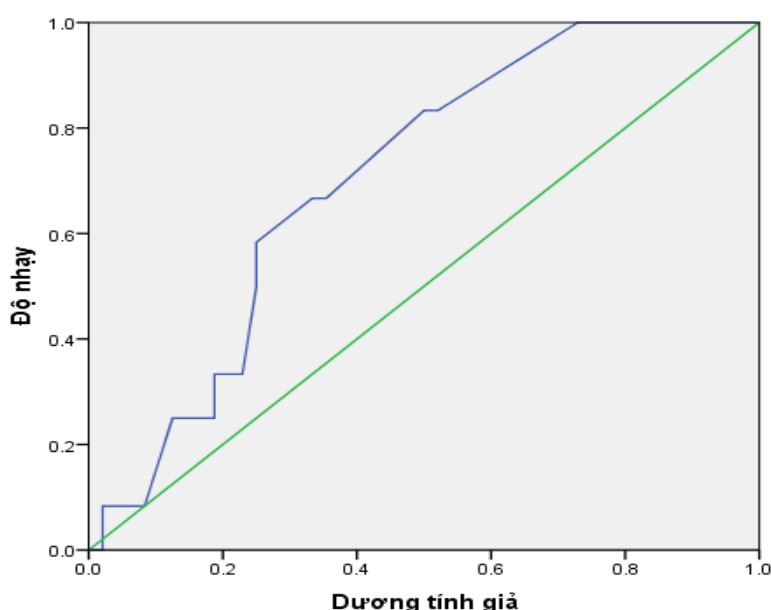
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả sinh non

Tiền sử sinh non trước đó

Bảng 3.1: Liên quan giữa tiền sử sinh non và kết quả sinh hiện tại

Tiền sử sinh non	Kết quả sinh		Tổng	OR (95% CI)	p
	Sinh non	Đủ tháng			
Có	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)	9 (1,5-41,7)	0,02
Không	4 (10%)	36 (90%)	40 (100%)		

Sản phụ có tiền sử sinh non trước đó có nguy cơ sinh non trong lần mang thai tiếp theo lớn hơn 9 lần (CI 95%: 1,5 - 41,7) so với phụ nữ không có tiền sử sinh non (p = 0,02).



Hình 1: Đường cong ROC của chiều dài CTC và ngưỡng sinh non < 37 tuần

Diện tích dưới đường cong ROC (AUC = 0,705) có giá trị trong việc dự báo sinh non < 37 tuần, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p = 0,029.

Bảng 3.2: Giá trị ngưỡng chiều dài CTC dự báo sinh non < 37 tuần

Giá trị ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Đương tính giả
≤ 16	0,01	0,76	0,024
≤ 18	0,3	0,881	0,119
≤ 20	0,3	0,762	0,238
≤ 22	0,7	0,667	0,333
≤ 24	0,9	0,416	0,584
≤ 25	1,000	0,214	0,786

Điểm cut-off của chiều dài CTC tiên lượng sinh non < 37 tuần là 22 mm với độ nhạy là 70 % và độ đặc hiệu là 66,7%.

Bảng 3.3: Giá trị chiều dài CTC với dự báo sinh non <37 tuần

Chiều dài CTC	Kết quả sinh		Tổng	OR 95% CI	p
	Đủ tháng	Sinh non			
≤ 22	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)	4,67 (1,05-20,8)	0,034
< 22	28 (90,3%)	3 (9,7%)	31 (100%)		

Nhóm sản phụ có chiều dài CTC ≤ 22 mm có nguy cơ sinh non lớn hơn 4,67 lần với nhóm sản phụ có chiều dài CTC > 22 mm (p = 0,034).

Bảng 3.4: Liên quan giữa tiền sử sinh non, chiều dài CTC và kết quả sinh non

Chiều dài CTC	Kết quả sinh	Tiền sử sinh non		Tổng	OR (CI 95%)	p
		Không	Có			
CTC ≤ 22 mm	Đủ tháng	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	9,17 (1,47 - 73,24)	0,026
	Sinh non	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100%)		
CTC > 22 mm	Đủ tháng	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	4,167 (0,29 - 60,93)	0,267
	Sinh non	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)		

Phụ nữ có chiều dài CTC ≤ 22 mm và có tiền sử sinh non có nguy cơ sinh non cao hơn những phụ nữ có chiều dài CTC > 22 mm nhưng không có tiền sử sinh non với OR = 9,17 (CI 95% 1,47 - 73,24) (p = 0,026).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi thai kết thúc trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 36, ± 4,1 (tuần). Tỷ lệ sinh non < 37 tuần của nhóm điều trị là 19,2%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Garcia và Cs năm 2015 [7] nghiên cứu kết quả điều trị của progesterone và đặt vòng nâng CTC ở sản phụ có chiều dài CTC ngắn < 25mm với tỷ lệ sinh non < 37 tuần là 21,4% và nghiên cứu của Goya (2012) với tỷ lệ sinh non < 37 tuần là 22% [20]. Cân nặng sơ sinh trung bình là 2757,3 ± 717,6 gam. Đa số sản phụ sinh con có cân nặng trong khoảng 3000 - 3500 gam chiếm 55,8%. Tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500 gam trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 19,2% cao hơn so với tỷ lệ 9% trong nghiên cứu của Goya và CS [20] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Romero và CS với tỷ lệ sơ sinh có cân nặng < 2500 gam là 28% [8].

Chiều dài CTC ngắn là một yếu tố nguy cơ dẫn đến sinh non và có mối quan hệ nghịch đảo giữa chiều dài CTC được đo trong quý thứ 2 và tuổi thai khi sinh. Qua phân tích đường cong ROC, diện tích dưới đường cong là 70,5% (p = 0,029) thể hiện mối tương quan trung bình giữa chiều dài CTC và kết quả sinh non < 37 tuần (hình 9). Nghiên cứu tìm điểm cắt tối ưu dựa vào chỉ số Youden cao nhất chúng tôi tìm được điểm cắt tối ưu là giá trị chiều dài CTC là 22 mm. Nếu chọn điểm cắt của chiều dài CTC là ≤ 22 mm thì độ nhạy trong tiên đoán sinh non trước 37 tuần là 70%, độ đặc hiệu là 66,67%. Nguy cơ sinh non trước 37 tuần cho những sản phụ có chiều dài CTC ≤ 22 mm lớn hơn 4,67 lần so với sản phụ có chiều dài CTC > 22 mm (p = 0,034). Nếu kết hợp hai yếu tố trên lại (bảng 3.19), nguy cơ sinh non trước 37 tuần tăng lên. Cụ thể, trong nhóm sản phụ

có chiều dài CTC ≤ 22 mm nếu kèm theo có tiền sử sinh non trước đó có nguy cơ sinh non tăng lên 9,167 lần so với sản phụ không có tiền căn sinh non ($p = 0,026$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sản phụ dự phòng sinh non là 86,7%. Tuổi thai kết thúc trung bình là $36,2 \pm 4,1$ tuần, tuổi thai kết thúc lớn nhất là 40 tuần, nhỏ nhất là 22 tuần.

- Tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu là 20%. Trong đó tỷ lệ sinh non của nhóm điều trị là 19,2% và nhóm không điều trị là 25%.

- Sản phụ có tiền sử sinh non có nguy cơ sinh non lớn hơn 9 lần so với nhóm không có tiền sử sinh non. Những sản phụ có tiền sử sinh non từ 2 lần trở lên có tỷ lệ sinh non lớn hơn 4 lần so với sản phụ có một lần sinh non trước đó ($p = 0,014$). Ngưỡng chiều dài CTC ≤ 22 mm có nguy cơ sinh non trước 37 tuần cao gấp 4,67 lần nhóm có chiều dài > 22 mm, với AUC = 0,705 ($p = 0,029$).

- Kết hợp chiều dài CTC ≤ 22 mm và tiền sử sinh non thì tỷ lệ sinh non ở nhóm có tiền sử sinh non lớn hơn 9,167 lần với nhóm không có tiền sử sinh non ($p = 0,026$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the**

Sustainable Development Goals - The Lancet.

2. **Nguyễn Mạnh Trí (2004)**, Nghiên cứu về độ dài CTC trong thời kỳ thai nghén và ý nghĩa tiên lượng dọa đẻ non., Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Yamashita M., Hayashi S., Endo M., et al. (2015)**. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *J Obstet Gynaecol Res*, 41(11), 1708–1714.
4. **Nguyễn Công Định (2009)**, Nghiên cứu đo độ dài CTC ở phụ nữ có thai 20-24 tuần bằng phương pháp siêu âm qua tầng sinh môn, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Goya M., Pratcorona L., Merced C., et al. (2012)**. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*, 379(9828), 1800–1806.
6. **Lê Hoài Chương** Siêu âm qua tầng sinh môn đo độ dài CTC ở phụ nữ mang thai. Tạp chí Y học thực hành.
7. **Cabrera-García L., Cruz-Melguizo S., Ruiz-Antorán B., et al. (2015)**. Evaluation of two treatment strategies for the prevention of preterm birth in women identified as at risk by ultrasound (PESAPRO Trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 427.

GIÁ TRỊ TRUNG BÌNH CHIỀU DÀI KÊNH CỔ TỬ CUNG Ở THAI PHỤ TỪ 16 - 24 TUẦN QUA SIÊU ÂM ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Lê Anh Nam¹, Phạm Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung ở thai phụ từ 16 - 24 tuần qua siêu âm đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ 01.01.2019 đến 30.04.2019

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 199 thai phụ có tuổi thai từ 16 tuần - 24 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ 01.01.2019 đến 30.04.2019.

Kết quả và kết luận:

- Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung là 34,90mm, độ lệch chuẩn 5,02.
- Chiều dài kênh cổ tử cung nhỏ nhất là 21mm, dài nhất là 46mm, trung vị là 34mm.
- Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung ngắn nhất ở tuổi thai 17 tuần là 32,77mm, tuổi thai 22 tuần có chiều dài trung bình kênh cổ tử cung dài nhất là 36,56mm.

Từ khóa: chiều dài kênh cổ tử cung, tuổi thai 16 - 24 tuần, siêu âm đường âm đạo.

SUMMARY

AVERAGE VALUE OF CERVICAL LENGTH IN PREGNANT WOMEN FROM 16-24 WEEKS THROUGH VAGINAL ULTRASOUND AT HAI

¹Bộ môn sản Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Nam

Email: dr.leanhnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Objective: Average value of cervical length in pregnant women from 16-24 weeks through vaginal ultrasound at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2019 to April 30, 2019.

Materials and study method: Cross-sectional descriptive study in 199 pregnant women from 16 weeks to 24 weeks gestation to the antenatal check-up at Hai Phong Obstetrics Hospital from 01.01.2019 to 30.04.2019

Result and conclusion:

- The average length of the cervical canal is 34.90mm, the standard deviation is 5.02.
- The length of the smallest cervical canal is 21mm, the longest is 46mm, the median is 34mm.
- The average length of the shortest cervical canal at 17 weeks gestation is 32.77mm, 22 weeks gestation has the longest cervical canal average length is 36.56mm.

Keywords: cervical canal length, 16-24 weeks gestation, vaginal ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cổ tử cung là cửa ngõ vào buồng tử cung, đóng vai trò quan trọng trong quá trình mang thai, giữ cho thai phát triển. Độ dài cổ tử cung là một trong những triệu chứng thực thể, phản ánh phản ánh kết quả tác động của cơn co tử cung. Sự ngắn đi của cổ tử cung trước khi thai đủ trưởng thành là một dấu chứng quan trọng của dọa sảy thai hoặc chuyển dạ sinh non. Sinh non hiện vẫn là

một thách thức của y học và là nguyên nhân chính của bệnh và tử vong chu sinh. Sinh non không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe từng cá thể mỗi gia đình, mà còn là gánh nặng cho toàn xã hội, gây nhiều tổn kém trong chăm sóc y tế cũng như giáo dục.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu sử dụng chỉ số chiều dài kênh cổ tử cung nhằm đánh giá nguy cơ dẫn đến sảy thai to hay chuyển dạ sinh non, đa số những nghiên cứu này được thực hiện ở ba tháng giữa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung ở thai phụ từ 16 - 24 tuần qua siêu âm đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng"* với mục tiêu sau: Xác định giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung ở thai phụ 16 - 24 tuần qua siêu âm đường âm đạo từ 01.01.2019 đến 30.04.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả các thai phụ đơn thai, thai sống, tuổi thai từ 16 - 24 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Tiền sử phẫu thuật trên tử cung như mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ tử cung...

+ Tiền sử sảy thai tự nhiên ≥ 2 lần hay ít nhất 1 lần sinh non tự nhiên > 20 tuần.

+ U xơ tử cung.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01.01.2019 đến 30.04.2019 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:
$$n = \frac{Z^2 \cdot sd^2}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu (số đối tượng cần nghiên cứu).

- Z: khoảng tin cậy: $Z = 1,96$.

- sd: độ lệch chuẩn, $sd = 4,095$ (theo Nguyễn Công Định năm 2009).

- d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn được tính bằng $\epsilon \cdot \bar{X}$, trong đó:

$\bar{X}$: trung bình nghiên cứu = 40,256 mm (theo Nguyễn Công Định năm 2009).

ϵ : độ chính xác = 0,05.

Áp dụng công thức ta có thể tính được cỡ mẫu cho nghiên cứu:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 4,095^2}{40,256^2 \cdot 0,05^2} = 15,09$$

Do $n = 15,09$, ước tính tỉ lệ mất mẫu là 10% nên ở mỗi tầng nghiên cứu chúng tôi làm tròn thành 18 đối tượng nghiên cứu. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát độ dài cổ tử cung tương ứng với mỗi tuổi thai từ 16 - 24 tuần nên số tầng nghiên cứu là 9. Như vậy, nghiên cứu này cần phải có mẫu ít nhất là 162 đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/04/2019, tại khoa Chẩn đoán trước sinh có 204 trường hợp đến khám thai thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu nên chúng tôi lấy cả 204 trường hợp để nghiên cứu có độ tin cậy cao hơn. Trong đó có 5 trường hợp nghiên cứu thử không được đưa vào kết quả.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 0.1. Phân bố tuổi thai khi siêu âm.

Tuổi thai (tuần)	n = 199	Tỉ lệ (%)
16	20	10,1
17	20	10,1
18	22	11,1
19	22	11,1
20	22	11,1
21	24	12,0
22	25	12,5
23	25	12,5
24	19	9,5

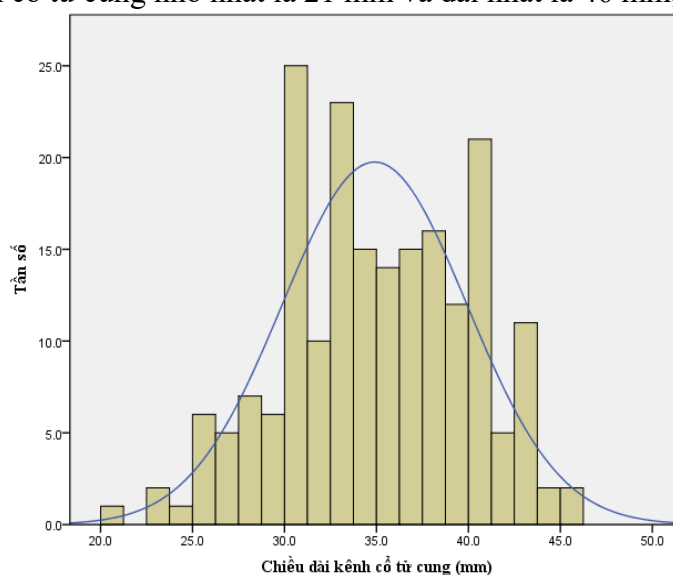
Nhận xét: Tỉ lệ phân bố các tuổi thai khi siêu âm khá đồng đều, tuổi thai 22, 23 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất là 12,5%, thấp nhất là tuổi thai 24 tuần với 9,5%

Bảng 0.2. Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung

	Trung bình	Trung vị
Chiều dài kênh cổ tử cung (mm)	34,90 (5,02)	34 (21 - 46)

Nhận xét:

- Trung bình chiều dài kênh cổ tử cung từ 16 tuần đến 24 tuần là $34,90 \pm 5,02$ mm.
- Chiều dài kênh cổ tử cung nhỏ nhất là 21 mm và dài nhất là 46 mm, trung vị là 34 mm.

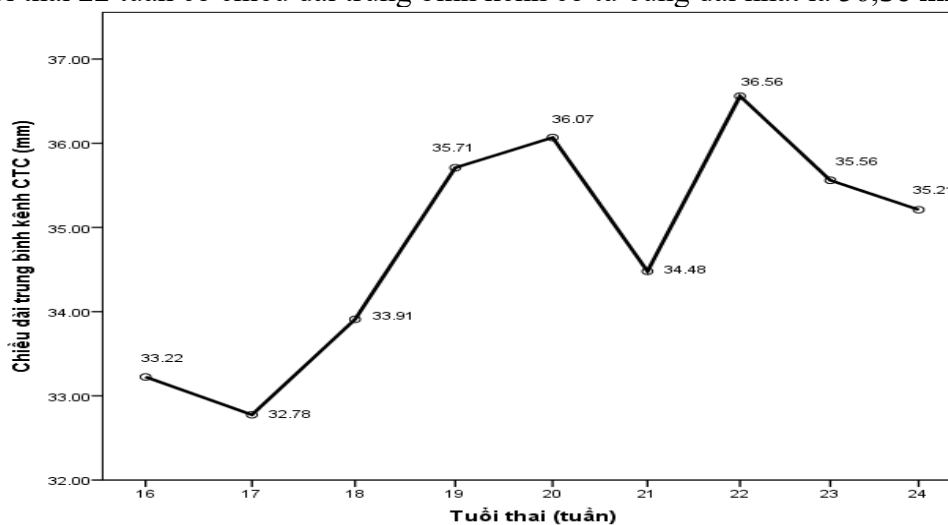
**Biểu đồ 0.1. Biểu đồ phân bố chiều dài kênh cổ tử cung ở tuổi thai 16 - 24 tuần****Bảng 0.3: Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung theo tuần tuổi thai**

Tuổi thai (tuần)	n = 199	$\bar{X}$ (mm)	SD (mm)
16	20	33,22	6,43
17	20	32,77	4,49
18	22	33,90	4,81

19	22	35,70	5,19
20	22	36,07	4,65
21	24	34,48	5,15
22	25	36,56	4,64
23	25	35,56	4,44
24	19	35,21	4,84

Nhận xét:

- Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung ở các tuổi thai không chênh lệch nhiều, trong đó:
- + Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung ngắn nhất ở tuổi thai 17 tuần là 32,77 mm.
- + Tuổi thai 22 tuần có chiều dài trung bình kênh cổ tử cung dài nhất là 36,56 mm.



Biểu đồ 0.2. Trung bình chiều dài kênh cổ tử cung qua các tuần tuổi thai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung ở tuổi thai 16 - 24 tuần

Trong các nghiên cứu trên, đa số tác giả đều thực hiện khảo sát chiều dài kênh cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo, các tác giả Nguyễn Mạnh Trí, Nguyễn Công Định tiến hành nghiên cứu qua siêu âm đường bụng. Giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Murakawa.

Bảng 4.1. Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung qua các nghiên cứu

Tác giả	Địa điểm	n	Tuổi thai	Chiều dài kênh CTC
Andersen (1991) [4]	Hoa Kỳ	38	14 - < 28	41,6 ± 10,2
Jafari (2015) [5]	Iran	360	3 tháng giữa	38,28 ± 5,13
Nguyễn Mạnh Trí (2004) [2]	Việt Nam	250	16 - 24	44,67
Nguyễn Công Định (2009) [1]	Việt Nam	160	20 - 24	39,90 ± 4,07
Nguyễn Thị Việt Anh (2016)	Việt Nam	494	3 tháng giữa	38,27 ± 4,36
Chúng tôi (2019)	Việt Nam	199	16 - 24	34,90 ± 5,02

So với các nghiên cứu còn lại trên thế giới và tại Việt Nam, giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung ở tuổi thai 16 - 24 tuần trong nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn với giá trị là $34,90 \pm 5,02$ mm. Điều này có thể được lý giải như sau:

- So với nghiên cứu của Nguyễn Công Định [1], có sự khác biệt rõ rệt về giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung so với nghiên cứu của chúng tôi.

- So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Việt Anh, tuy cùng siêu âm qua đường âm đạo, trên cùng đối tượng là phụ nữ Việt Nam, nhưng giá trị chiều dài trung bình kênh cổ tử cung 3 tháng giữa lớn hơn là 38,27 mm so với của chúng tôi là 34,90 mm, sự khác biệt này có thể do tác giả thực hiện trên nhóm tuổi thai rộng hơn, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn đáng kể ($n=494$) so với chúng tôi ($n=199$).

4.2. Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung theo tuần tuổi thai

Kết quả nghiên cứu cho thấy chiều dài kênh cổ tử cung ở các tuổi thai qua siêu âm đường âm đạo không chênh lệch nhiều. Các giá trị này thay đổi theo tuổi thai với xu hướng tăng rồi lại giảm. Trong đó, chiều dài trung bình kênh cổ tử cung ngắn nhất là ở nhóm thai 17 tuần (32,77 mm) và dài nhất ở nhóm thai 22 tuần (36,56 mm).

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Anh [3]. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Thị Việt Anh kết luận ở nửa đầu thai kỳ, chiều dài kênh cổ tử cung tăng dần đến tuần thứ

22, sau đó giảm dần. Từ tuần thứ 32 trở đi, sự co ngắn chiều dài kênh cổ tử cung có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung ở thai phụ có tuổi thai từ 16 - 24 tuần qua siêu âm đường âm đạo là 34,90 mm với độ lệch chuẩn 5,02 mm. Chiều dài kênh cổ tử cung nhỏ nhất là 21mm, dài nhất là 46mm, trung vị là 34mm. Chiều dài trung bình kênh cổ tử cung thấp nhất ở tuổi thai 17 tuần là $32,77 \pm 4,49$ mm và cao nhất ở tuổi thai 22 tuần là $36,56 \pm 4,64$ mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Định (2009)**, "Nghiên cứu đo độ dài cổ tử cung ở phụ nữ có thai 20-24 tuần bằng phương pháp siêu âm qua tầng sinh môn", Luận văn thạc sỹ y học.
2. **Nguyễn Mạnh Trí (2004)**, "Nghiên cứu độ dài cổ tử cung ở thời kỳ thai nghén và ý nghĩa tiên lượng sinh non", Luận án Tiến sỹ y học.
3. **Nguyễn Thị Việt Anh (2016)**, "Nghiên cứu độ dài cổ tử cung ở những thai phụ có tuổi thai từ 12 tuần đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Luận văn thạc sỹ y học.
4. **Andersen H. F. (1991)**, "Transvaginal and transabdominal ultrasonography of the uterine cervix during pregnancy", J Clin Ultrasound, 19 (2), pp. 77-83.
5. **Jafari-Dehkordi E., Adibi A., Sirus M. (2015)**, "Reference range of the weekly uterine cervical length at 8 to 38 weeks of gestation in the center of Iran", Adv Biomed Res, 4, pp. 115.

**NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA KÍCH THƯỚC
4 RĂNG CỬA VỚI CHIỀU RỘNG VÀ CHIỀU SÂU CUNG RĂNG
Ở SINH VIÊN CÓ KHUÔN MẶT HÀI HÒA
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2018**

**Phan Thị Thanh Giang*, Nguyễn Thị Phương Anh*,
Nguyễn Đăng Bình*, Vũ Quang Hưng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm khuôn mặt của sinh viên có khuôn mặt hài hòa tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng 2018, và mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng, chiều sâu cung răng ở đối tượng được khảo sát trên.

Đối tượng nghiên cứu: 33 sinh viên Y6 có gương mặt hài hòa tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 8/2018 đến 6/2019.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Kết quả: Các chỉ số theo kích thước dọc n-sn là 50.81mm (nam), 48.14mm (nữ); chỉ số n-gn là 118.27mm (nam), 111.37mm (nữ). Đường thẩm mỹ là mốc đánh giá trên gương mặt nhìn nghiêng về độ lồi của mặt, chỉ số li-E là 1.07mm ở nam có giá trị nhỉnh hơn so với ở nữ là 1.06mm. Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng cung răng hàm dưới tại R6: $y=0.5514x + 34.666$

Kết luận: Đặc điểm gương mặt hài hòa: các kích thước ngang và dọc khuôn mặt ở nam thường lớn hơn ở nữ

Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng và chiều sâu cung răng: là mối liên quan đồng biến.

Từ khóa: Gương mặt hài hòa; Chiều rộng và chiều sâu cung răng.

SUMMARY

**RELATIONSHIP BETWEEN THE
INCISOR TEETH SIZE AND THE
WIDTH AND THE WIDTH ARCH OF
STUDENTS WITH HARMONIOUS
FACE AT HAI PHONG MEDICAL
UNIVERSITY HOSPITAL 2018**

Objective: Describe the features of student's harmonious face and the relationship between the size of 4 incisors and the width and depth arch of these students at Hai Phong Medical University Hospital 2018.

Object: 33 students at 6th year with harmonious faces at Hai Phong Medical University Hospital from 8/2018 to 6/2019.

Research methods: cross-sectional descriptive method

Results:

The n-sn vertical dimensions are 50.81mm (male), 48.14mm (female); n-gn index is 118.27mm (men), 111.37mm (women). Aesthetic line is a landmark on the face looking at the convexity of the face, the li-E index is 1.07mm in men, which is slightly higher than in women, 1.06mm. The relationship between the size of 4 incisors and the width of the lower arch at R6: $y=0.5514x + 34.666$

Conclusions

Harmonious facial features: the horizontal and vertical facial dimensions are generally larger in men than in women

**Trường Đại học Y dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Giang

Email: pttgiang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

The relationship between the size of 4 incisors and the width and depth of the dental arch: a positive relationship

Keywords: harmonious face, the width and depth arch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt hài hòa là mục tiêu cuối cùng của điều trị Răng Hàm Mặt nhằm hướng tới tiêu chí thẩm mỹ và chức năng. Đặc trưng cho chủng tộc, tuổi, giới. Gồm: Mô cứng là phức hợp sọ-mặt, cung răng hai hàm và mô mềm là môi, má, mắt, mũi.

Nghiên cứu cung răng hai hàm ở khuôn mặt hài hòa để tìm kiếm mối liên quan giữa số đo của 4 răng cửa với chiều rộng và chiều sâu cung răng. Từ đó dự đoán khoảng cho các răng vĩnh viễn ngay ở giai đoạn sớm của tăng trưởng. Điều trị kịp thời sẽ giúp trẻ có khuôn mặt hài hòa khi hết tuổi tăng trưởng.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nhận xét mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng và chiều sâu cung răng ở sinh viên có khuôn mặt hài hòa tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018” với 2 mục tiêu chính:

1. Mô tả đặc điểm khuôn mặt ở sinh viên có khuôn mặt hài hòa tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng 2018

2. Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng, chiều sâu cung răng ở đối tượng được khảo sát trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sinh viên Y6 học tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sinh viên khỏe mạnh có bố mẹ ông bà nội ngoại người Việt Nam

- Không mắc dị tật bẩm sinh, không có tiền sử chấn thương hàm mặt hay phẫu thuật hàm mặt

- Gương mặt nhìn thẳng và nhìn nghiêng: cân đối hài hòa theo chiều ngang và chiều dọc

- Chưa chỉnh nha, cung răng đầy đủ không có răng thiếu sản, dị dạng bất thường, không có phục hình làm thay đổi chiều gần xa; độ chen chúc cung răng < 1mm

- đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- các đối tượng không đạt được các tiêu chuẩn lựa chọn; bệnh nhân không hợp tác

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện đại học Y Hải Phòng

- Thời gian: từ 8/2018 đến 6/2019

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 33 sinh viên

- Cách chọn mẫu:

- Chụp ảnh: chụp ảnh chuẩn hóa đen trắng mặt thẳng và nghiêng

- Lấy mẫu thạch cao 2 hàm: theo tiêu chuẩn chọn mẫu

- Phương pháp hội đồng: 4 nhóm chuyên gia lựa chọn khuôn mặt hài hòa dựa vào ảnh chụp gồm 3 bác sỹ chỉnh nha, 1 bác sỹ giải phẫu-nhân trắc học, 1 bác sỹ phẫu thuật tạo hình và 1 chuyên gia hội họa.

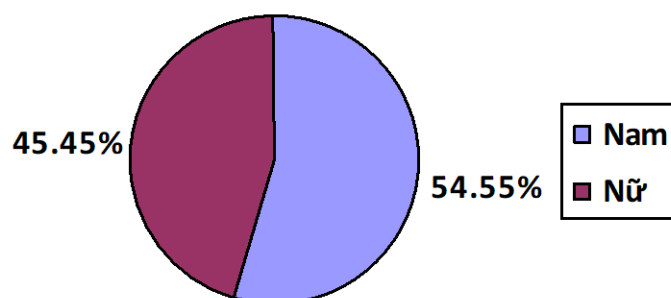
- Thang điểm đánh giá khuôn mặt: 1. Khuôn mặt xấu, 2. Khuôn mặt không hài hòa, 3. Khuôn mặt tương đối hài hòa, 4. Khuôn mặt hài hòa, 5. Khuôn mặt rất hài hòa. Kết quả > 3 điểm: Khuôn mặt hài hòa

2.5. Phân tích số liệu

- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính theo chương trình SPSS 16.0

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới



Biểu đồ 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Trong số 33 đối tượng nghiên cứu có 18 nam và 15 nữ. Tỷ lệ nam là 54.55% nhiều hơn tỷ lệ nữ là 45.45%. Do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, không mang tính chất đại diện cho quần thể nên khó rút ra kết luận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hay không.

3.2. Đặc điểm khuôn mặt hài hòa

Bảng 1: Kích thước ngang của khuôn mặt hài hòa trên ảnh chụp (mm)

STT	Kí hiệu	Nam (n=18)		Nữ (n=15)		P
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1	zy-zy	145.31	3.09	141.24	3.12	p<0.05
2	go-go	121.72	4.45	116.03	2.93	
3	al-al	42.36	2.83	41.01	1.85	
4	en-en	36.72	3.14	34.62	2.45	
5	en-ex	34.22	2.68	31.84	3.66	
6	ch-ch	54.01	4.12	48.36	3.69	
7	ft-ft	134.57	5.84	130.47	2.01	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy ở gương mặt hài hoà chỉ số đo được tại vị trí góc hàm go-go đối với nam là 121,72mm (SD=4.45), lớn hơn ở nữ là 116.03mm (SD=2.93) với p<0.05. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Hoàng Tử Hùng.

Bảng 2: Kích thước dọc của khuôn mặt hài hòa trên ảnh chụp (mm)

STT	Kí hiệu	Nam (n=18)		Nữ (n=15)		P
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1	tr-n	78.62	4.47	74.26	3.00	p<0.05
2	n-sn	50.81	4.22	48.14	2.72	
3	gl-sn	64.97	3.18	61.48	3.88	
4	tr-gn	197.32	4.81	191.34	4.08	
5	sn-gn	66.74	3.80	60.52	3.56	
6	tr-gl	64.56	4.24	60.93	4.48	
7	n-gn	118.27	4.45	111.37	3.64	

Nhận xét: Đối với gương mặt hài hoà trên ảnh chụp, đo các chỉ số theo kích thước dọc n-sn là 50.81mm (nam), 48.14mm (nữ); giá trị chỉ số n-gn là 118.27mm (nam), 111.37mm (nữ). Các chỉ số đo được có sự khác biệt về giới, các giá trị ở nam đều lớn hơn ở nữ, $p < 0.05$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả.

Bảng 3: Các tỉ lệ của khuôn mặt hài hòa trên ảnh chụp

STT	Kí hiệu	Nam (n=18)		Nữ (n=15)		P
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1	al-al/en-en	1.15	0.06	1.10	0.08	0.65
2	en-en/en-ex	1.07	0.05	1.05	1.01	0.12
3	ch-ch/al-al	1.26	0.09	1.21	0.61	0.27
4	al-al/zy-zy	0.3	0.01	0.28	0.03	0.04
5	tr-gl/gl-sn	1.05	0.12	1.00	0.07	0.03
6	gl-sn/sn-gn	1.00	0.08	0.97	0.19	0.56
7	n-sn/n-gn	0.42	0.03	0.43	0.04	0.04

Nhận xét: Gương mặt hài hoà trong nghiên cứu có các tỉ lệ n-sn/n-gn là 0.42 (nam), 0.43 (nữ); tỉ lệ ch-ch/al-al là 1.26 (nam), 1.21 (nữ). Mặc dù, các chỉ số đo được ở từng vị trí ở gương mặt nam thường lớn hơn ở nữ nhưng tỉ lệ các tầng mặt không có sự khác biệt đáng kể về giới, điều này phản ánh một mẫu số chung trong quá trình tăng trưởng và phát triển của khối sọ mặt. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác cũng như phù hợp với quá trình tăng trưởng nói chung của cơ thể con người.

Bảng 4: Khoảng cách từ môi đến đường thẩm mỹ và các chỉ số mặt của khuôn mặt hài hòa trên ảnh chụp (mm)

STT	Kí hiệu	Nam (n=18)		Nữ (n=15)		P
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1	li-E	1.07	1.97	1.06	1.79	0.37
2	ls-E	-0.65	1.67	-0.67	1.80	0.08
3	li-S	2.36	1.82	2.24	1.99	0.23
4	ls-S	1.80	1.72	1.52	1.64	0.16
5	Cs mặt toàn bộ	80.12	4.24	78.37	4.41	0.07
6	Cs mũi	83.28	8.63	81.45	7.38	0.33
7	Cs HD	87.03	4.78	85.62	3.92	0.14

Nhận xét: Đường thẩm mỹ là mốc đánh giá trên gương mặt nhìn nghiêng về độ lồi của mặt, chỉ số li-E là 1.07mm ở nam có giá trị nhỉnh hơn so với ở nữ là 1.06mm. Điều này cho thấy mặt nghiêng của nam có phần lồi hơn so với mặt nghiêng của nữ, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về nhân chủng học loài người.

Bảng 5: Các góc trên ảnh nhìn nghiêng của khuôn mặt hài hòa (°)

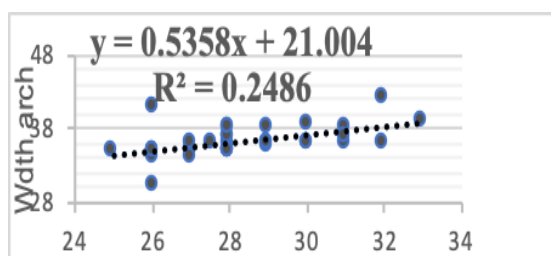
STT	Kí hiệu	Nam (n=18)		Nữ (n=15)		P
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1	cm-sn-ls	91.87	7.85	97.02	8.11	0.03
2	sn-ls/li-pg	146.26	6.34	147.19	6.32	0.23
3	pn-n-pg	27.48	3.03	26.58	3.44	0.72
4	sn-pn-n	102.63	4.97	105.02	4.90	0.01
5	li-B-pg	135.32	6.96	129.64	5.47	0.56
6	gl-n-pn	130.29	5.78	135.48	6.02	0.83
7	gl-sn-pg	170.12	5.62	172.34	4.45	0.00
8	n-sn-pg	163.77	3.04	165.22	3.36	0.01
9	pn-n-sn	19.48	2.46	20.00	2.07	0.02
10	n-pn-pg	135.27	3.37	137.16	3.94	0.01

Nhận xét: Trong các chỉ số về góc đo khi nhìn mặt nghiêng, các giá trị đo được trên mặt của nam và nữ cũng có sự khác biệt. Góc pn-n-sn có giá trị 19.48° ở nam nhỏ hơn nữ là 20°.

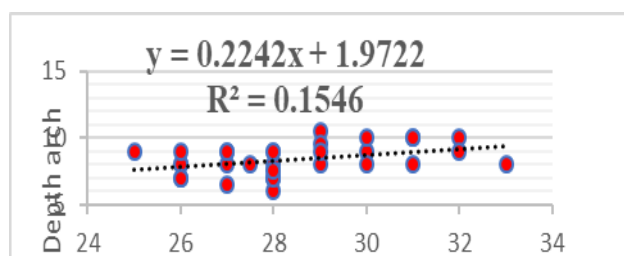
3.3. Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng, chiều sâu cung răng ở bệnh nhân có khuôn mặt hài hòa

Bảng 6: Kích thước 4 răng cửa, chiều rộng và chiều sâu cung răng tại vị trí R3 của khuôn mặt hài hòa (mm)

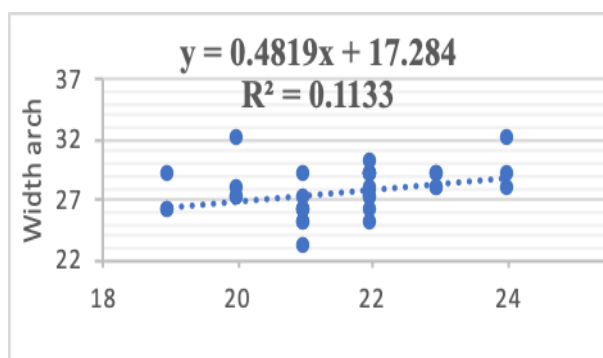
	Nam		Nữ		P
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Hàm trên					
Kích thước 4 răng cửa	28.44	1.85	26.01	1.65	0.03
Chiều rộng cung răng tại R3	36.24	2.12	34.92	2.74	0.05
Chiều sâu cung răng tại R3	8.35	1.12	7.98	1.45	0.06
Hàm dưới					
Kích thước 4 răng cửa	21.55	1.88	21.05	1.02	0.01
Chiều rộng cung răng tại R3	27.67	1.79	26.74	2.21	0.07
Chiều sâu cung răng tại R3	5.71	2.78	5.22	3.03	0.04



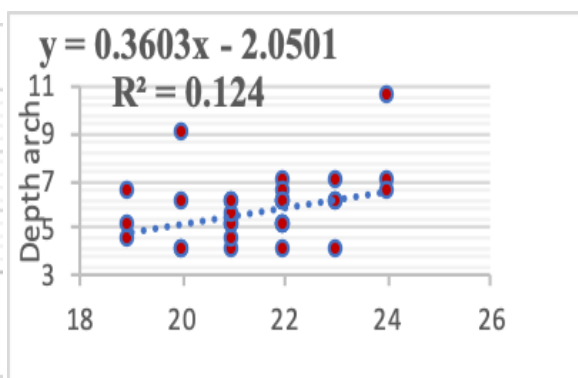
Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng cung răng hàm trên tại R3



Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều sâu cung răng hàm trên tại R3



Biểu đồ 4: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng cung răng hàm dưới tại R3

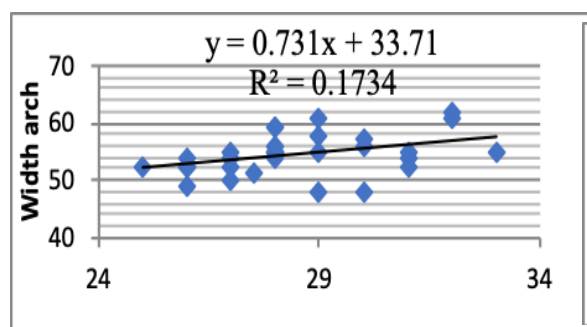


Biểu đồ 5: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều sâu cung răng hàm dưới tại R3

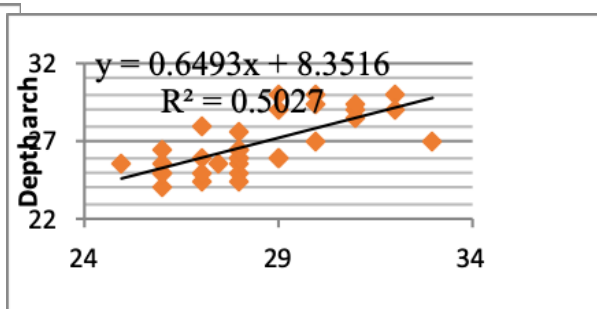
Nhận xét: Về kích thước của răng cửa chiều rộng và chiều sâu cung răng tại vị trí R3 của khuôn mặt hài hòa: Các giá trị đo được ở cung răng hàm trên lớn hơn hàm dưới, và kích thước răng cửa của nam giới cũng có phần nhỉnh hơn so nữ giới, 28.44 (nam) và 26.01 (nữ), $p < 0.05$

Bảng 7: Kích thước 4 răng cửa, chiều rộng và chiều sâu cung răng tại vị trí R6 của khuôn mặt hài hòa (mm)

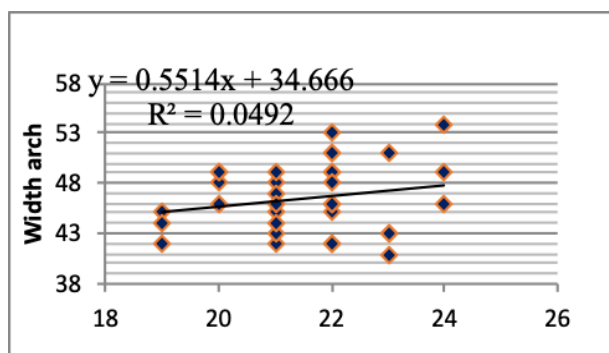
Khẩu độ mắt tại R6 (mm)					
	Nam		Nữ		P
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Hàm trên					
Kích thước 4 răng cửa	28.44	1.85	26.01	1.65	0.03
Chiều rộng cung răng tại R6	54.5	4.23	50.86	3.87	0.02
Chiều sâu cung răng tại R6	26.82	4.45	24.73	3.69	0.04
Hàm dưới					
Kích thước 4 răng cửa	21.55	1.88	21.05	1.02	0.01
Chiều rộng cung răng tại R6	46.55	3.22	45.38	4.02	0.02
Chiều sâu cung răng tại R6	22.36	3.45	21.16	4.22	0.01



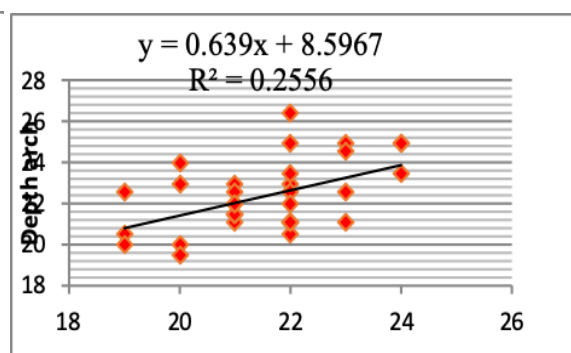
Biểu đồ 6: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng cung răng hàm trên tại R6



Biểu đồ 7: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều sâu cung răng hàm trên tại R6



Biểu đồ 8: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng cung răng hàm dưới tại R6



Biểu đồ 9: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều sâu cung răng hàm dưới tại R6

Nhận xét: Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng và chiều sâu cung răng là mối liên quan đồng biến với công thức được biểu thị là đường thẳng. Như vậy, kích thước răng càng lớn thì cung hàm cũng phải có kích thước tương xứng nhằm đảm bảo đủ khoảng cho các răng mọc trên cung hàm. Nếu kích thước răng lớn mà cung hàm hẹp sẽ gây nên thiếu khoảng, các răng mọc lên chen chúc, gây nên tình trạng sai lệch khớp cắn và các bệnh lý nha chu ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng, và thẩm mỹ gương mặt.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Nhận xét đặc điểm gương mặt ở sinh viên có khuôn mặt hài hòa tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng 2018

- Tỷ lệ 3 tầng mặt sắp xỉ bằng nhau
- Khuôn mặt nhìn thẳng: Các kích thước ngang và dọc ở khuôn mặt nam thường lớn hơn ở nữ.

- Khuôn mặt nhìn nghiêng: Mặt nam nhô hơn ở nữ; mũi cao hơn nhọn hơn; môi trên nhô nhiều hơn so với nữ

4.2. Mối liên quan giữa kích thước 4 răng cửa với chiều rộng và chiều sâu cung răng ở đối tượng khảo sát trên

- Là mối liên quan đồng biến: kích thước răng cửa càng lớn thì kích thước cung răng cũng càng tăng lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tử Hùng và Hồ Thị Thùy Trang (1999), “Những nét đặc trưng của khuôn mặt hài hòa qua ảnh chụp và phim sọ nghiêng”, Tập 9, Hình thái học, Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, 64-74.
2. Hoàng Tử Hùng và Huỳnh Kim Khang (1992), “Hình thái cung răng trên người việt”, Tập san hình thái học, 2(2):4-8
3. Hoàng Tử Hùng (1993), “Đặc điểm hình thái nhân học bộ răng người Việt”, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Hoàng Tử Hùng (2003), “Giải phẫu răng”, Nhà xuất bản y học, 36, 63-67
5. Hoàng Tử Hùng (2005) “Cắn Khớp Học”, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh; 55-66, 104-111.
6. Lê Đức Lánh (2002), “Đặc điểm hình thái đầu mặt và cung răng trẻ em từ 12 đến 15 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh”, Luận án tiến sĩ y học, trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. Lê Hữu Hưng (1994), “Các đặc điểm mô tả của sọ Việt hiện đại, Hình thái học”, 4(1), 15-17

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM MỘT BÊN

Tăng Xuân Hải¹, Trần Thị Thúy Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm xoang hàm một bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là viêm xoang hàm mạn tính một bên được phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** nhóm trên 31- 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%. Các triệu chứng cơ năng là chảy mũi chiếm 100%, ngạt mũi chiếm 81,3%. Triệu chứng thực thể khe giữa động mủ chiếm 34,3%, polyp chiếm 25,0%, các tổn thương ở khe giữa chiếm 71,8%, quá phát mòm móc chiếm 50,0%, mờ toàn bộ xoang hàm chiếm 93,8%. Kết quả mô bệnh học và nguyên nhân: có 56,3% bệnh nhân viêm xoang hàm do nấm *Aspergillus*, 18,7% viêm xoang hàm mạn tính không polyp; 25,0% bệnh nhân là polyp viêm; 40,6% viêm xoang hàm có kèm theo bất thường giải phẫu. Đánh giá kết quả sau 8 tuần phẫu thuật: còn 3,1% bệnh nhân chảy mũi; 6,2 % còn ngạt mũi, rối loạn khứu giác 15,6%, tất cả các bệnh nhân đều có lỗ thông mũi rộng rãi, dẫn lưu tốt. Không có biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật.

Từ khóa: viêm xoang hàm một bên, phẫu thuật nội soi mũi xoang

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY OF UNILATERAL SINUSITIS

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical features of unilateral sinusitis and the results of treatment. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 32 patients diagnosed with unilateral chronic sinusitis undergoing endoscopic sinus surgery at the Department of Otolaryngology - Hospital in Nghe An province from January 2018 to June 2019. **Results:** the group over 31- 45 years old accounted for the highest rate of 43.7%. The functional symptoms are runny nose accounts for 100%, stuffy nose accounts for 81.3%. Physical symptoms such as medial slit pus deposition accounted for 34.3%, polyps accounted for 25.0%, lesions in the interstitial slot accounted for 71.8%, overhanging apex accounted for 50.0%, blurred the entire jaw sinus. 93.8%. Histopathology and causes: 56.3% of patients with *Aspergillus* sinusitis, 18.7% of chronic non-polyp sinusitis, 25.0% of patients were inflammatory polyps, 40.6% of inflammation. Sinus associated with anatomical abnormalities. Evaluating the results after 8 weeks of surgery, the functional symptoms were significantly reduced: 3.1% of patients had a runny nose, 6.2% still had stuffy nose, had a disorder of smell of 15.6%, stagnation of purulent fluid between the middle slit, edema of the nasal mucosa remained 3.1%, all patients had wide nostrils with good drainage. There were no serious complications after surgery.

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Keywords: Unilateral sinusitis, endoscopic sinus surgery

phẫu thuật nội soi mũi xoang điều trị viêm xoang hàm một bên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang là một bệnh lý rất thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng, chiếm tỷ lệ hàng đầu trong các bệnh lý Tai Mũi Họng. Bệnh thường kéo dài, dai dẳng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ở Việt Nam, nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ mắc bệnh viêm mũi xoang chiếm 2-5% dân số [1]. Trong giai đoạn 2000 - 2003 theo thống kê của nghiên cứu tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương thì độ tuổi lao động từ 16 - 50 tuổi chiếm 87% số bệnh nhân (BN) viêm mũi xoang đến khám. Viêm mũi xoang có thể biểu hiện viêm một xoang hay nhiều xoang. Trong đó, xoang hàm là một trong những xoang thường gặp nhất. Viêm xoang hàm có thể gặp viêm một bên đơn độc hay phối hợp với các xoang khác. Trên lâm sàng cần phải xác định rõ các nguyên nhân gây bệnh để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp, trong đó phẫu thuật nội soi mũi xoang (NSMX) đóng vai trò vô cùng quan trọng trong điều trị VMX đặc biệt là VMX mạn tính đã điều trị nội khoa nhưng thất bại. Xuất phát từ đặc điểm dịch tễ và công tác điều trị bệnh lý viêm mũi xoang hàm tại bệnh viện đa khoa Hữu Nghị tỉnh Nghệ An chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang điều trị viêm xoang hàm một bên nhằm đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm xoang hàm một bên, từ đó giúp ích cho việc rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, mô bệnh học của viêm xoang hàm một bên. Đánh giá kết quả

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là viêm xoang hàm mạn tính một bên được phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm xoang hàm mạn tính một bên qua lâm sàng, nội soi và phim chụp CLVT mũi xoang, có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang; Được lấy bệnh phẩm trong xoang hàm để làm mô bệnh học; Có hồ sơ bệnh án được làm đầy đủ theo bệnh án mẫu; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm xoang hàm 2 bên; Viêm xoang hàm cấp tính, đợt cấp viêm xoang hàm mạn tính; Không được làm đầy đủ nội soi, chụp CLVT, mô bệnh học, không có đầy đủ hồ sơ bệnh án; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2019

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Thiết kế bệnh án mẫu.

Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám, thu thập các số liệu của bệnh nhân bao gồm: triệu chứng lâm sàng (cơ năng, thực thể), phim chụp CLVT mũi xoang.

Bước 3: Thực hiện phẫu thuật và thu thập các số liệu qua nội soi trong mổ đồng thời lấy bệnh phẩm trong xoang hàm (mủ, khối ngờ nấm, niêm mạc xoang) làm mô bệnh

học. Phẫu thuật nội soi mũi xoang là phẫu thuật sử dụng hệ thống camera và các dụng cụ đưa vào qua hai lỗ mũi để can thiệp trong hốc mũi và các xoang. Do tiếp cận qua đường thông thương tự nhiên không cần rạch da, với hệ thống camera phóng đại hình ảnh cho phép quan sát các cấu trúc giải phẫu của hốc mũi và xoang rõ hơn, phẫu thuật viên có thể thao tác chính xác để lấy đi bệnh tích đồng thời giảm tối đa nguy cơ tổn thương lên các cấu trúc lành.

Bước 4: Đánh giá, phân tích các số liệu nghiên cứu đã thu thập được qua kết quả thăm khám lâm sàng (cơ năng, thực thể), phim CLVT mũi xoang, kết quả mô bệnh học. Bước 5: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang điều trị viêm xoang hàm 1 bên.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm xoang hàm mạn tính một bên, có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện, bệnh nhân được lấy bệnh phẩm trong xoang hàm làm mô bệnh học trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu: 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới ...

Mục tiêu 1: Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, mô bệnh học của viêm xoang hàm một bên: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Mục tiêu 2: Đánh giá triệu chứng cơ năng, thực thể sau phẫu thuật tại thời điểm 1 tuần, 4 tuần và 8 tuần sau phẫu thuật: Triệu chứng cơ năng, thực thể sau phẫu thuật tại

thời điểm 1 tuần, 4 tuần và 8 tuần sau phẫu thuật

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

* Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng để đánh giá các thông số thông tin chung của bệnh nhân, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cơ năng.

Triệu chứng cơ năng:

+ Chảy mũi: Một bên với tính chất dịch trong hay dịch nhầy đục hay dịch mủ đặc bản, thối.

+ Tắc ngạt mũi: Một bên với mức độ ngạt liên tục hay ngạt không liên tục.

+ Đau nhức vùng mặt: Vị trí đau một bên (má, góc mũi mắt, trán -thái dương...), đau âm ỉ hay trội từng cơn.

+ Các triệu chứng khác: Hơi thở hôi, nhức nặng mặt, ho dai dẳng, sốt, mệt mỏi, đau/nhức/căng tai, đau nhức răng...

Triệu chứng thực thể:

+ Phần nội soi hốc mũi đánh giá:

- Viêm mạc hốc mũi bên tổn thương bình thường hay phù nề, xung huyết.

- Đánh chi tiết khe giữa:

- Các dị hình có liên quan:

Khám răng - miệng đánh giá tổn thương răng hàm trên có liên quan đến xoang hàm cùng bên

* Chụp cắt lớp vi tính: Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CLVT mũi xoang theo 2 mặt phẳng đứng ngang (coronal) và mặt phẳng ngang (axial)

* Mô bệnh học: Bệnh nhân được lấy mẫu bệnh phẩm tại khoa. Bệnh phẩm là tổ chức khối ngờ nằm trong xoang hàm, mảnh niêm mạc xoang hàm gửi đến khoa Giải Phẫu Bệnh Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An.

Đánh giá kết quả mô bệnh học:

- Khối ngờ nằm: Có hình ảnh của tổn thương nằm hay không.

- Mảnh niêm mạc xoang hàm: Viêm mạn tính không polyp hay polyp viêm.

Đánh giá nguyên nhân viêm xoang hàm: Từ kết quả thăm khám lâm sàng, CLVT, mô bệnh học sẽ phân loại được nguyên nhân viêm xoang hàm (do nấm, do răng hay do nguyên nhân khác.)

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu một cách trung thực và nghiêm túc. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích phục vụ sức khỏe cộng đồng, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, mô bệnh học của VXH một bên

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi (n=32)

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
16-30	3	9,4
31-45	14	43,7
46-60	12	37,5
>60	3	9,4
Tổng	32	100

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 31-45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,7%, đứng thứ 2 là độ tuổi bệnh nhân từ 46-60 chiếm 37,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ xuất hiện từng triệu chứng cơ năng (n=32)

Triệu chứng		n	Tỷ lệ %
Chảy mũi	Dịch bắn, thối	23	71,9
	Dịch mũi nhầy, đục	9	28,1
Ngạt mũi	Liên tục	5	15,6
	Không liên tục	18	56,3
	Không ngạt mũi	9	28,1
Rối loạn ngủ	Bình thường	17	53,1
	Ngủ kém	14	43,8
	Mất ngủ	1	3,1
Triệu chứng khác	Hơi thở hôi	21	65,6
	Ho dai dẳng	9	28,1
	Đau nhức răng	2	6,3
	Đau tai	3	9,4

Triệu chứng cơ năng xuất hiện: 71,9% BN chảy dịch mũi mũi bắn, thối; 56,3 % BN ngạt mũi không liên tục; Ngủ kém chiếm tỷ lệ 43,8%; Triệu chứng hơi thở hôi xuất hiện trên 21/32 BN chiếm tỉ lệ 65,6% và 28,1% BN xuất hiện ho dai dẳng.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh nội soi mũi xoang

Hình ảnh nội soi		n	Tỷ lệ %
Niêm mạc mũi	Bình thường	1	3,3
	Xung huyết, phù nề	31	96,7
Khe giữa	Dịch nhầy đục	7	21,9
	Mủ	11	34,3
	Polyp	8	25,0
	Khối nâu bẩn ngờ nấm	6	18,8
Cuốn giữa	Bình thường	6	18,8
	Đảo chiều	5	15,6
	Xoang hơi	14	43,8
	Thoái hóa thành polip	7	21,8
Mỏm móc	Bình thường	6	18,8
	Đảo chiều	3	9,4
	Quá phát	16	50,0
	Thoái hóa thành polip	7	21,8
Bóng sàng	Bình thường	19	59,4
	Quá phát	13	40,6
Vách ngăn dị hình		12	37,5

Triệu chứng xuất hiện thông qua hình ảnh nội soi mũi xoang: niêm mạc mũi phù nề, xung huyết chiếm 96,7%. Tình trạng nội soi khe giữa: 34,3% BN xuất hiện dịch mủ ở khe giữa, dịch nhầy đục xuất hiện ở 21,9% BN, có polyp ở 25,0% BN, khối nâu bẩn ngờ nấm xuất hiện ở 18,8% BN. Cuốn giữa: xoang hơi chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,8%, thoái hóa polyp chiếm 21,8%. Hình ảnh mỏm móc quá phát xuất hiện ở 50,0% BN, thoái hóa có ở 21,8% BN. Bóng sàng quá phát có 40,6% và 37,5% BN bị dị hình vách ngăn mũi.

Bảng 4. Tổn thương xoang hàm trên CLVT (n=32)

Tổn thương	n	Tỷ lệ %
Mờ toàn bộ xoang hàm	30	93,8
Mờ 1 phần xoang hàm	2	6,2
Vôi hóa cản quang trong xoang	18	56,3
Dị vật cản quang trong xoang	1	3,1

Trên phim chụp CLVT hình ảnh mờ toàn bộ xoang hàm chiếm 93,8%, mờ 1 phần xoang hàm chiếm 6,2%, hình ảnh vôi hoá cản quang trong xoang chiếm 56,3%, dị vật cản quang có 1/32 BN chiếm 3,1%.

Bảng 5. Tổn thương xoang hàm phối hợp với các xoang khác trên CLVT (n=32)

CLVT		n	Tỷ lệ %
Mờ xoang hàm đơn thuần		22	68,8
Phối hợp	Hàm – Sàng	3	9,4
	Hàm – Sàng -Trán	5	15,6
	Hàm - Sàng - Trán - Bướm	2	6,2
Tổng		32	100

Tỉ lệ mờ xoang hàm 1 bên đơn thuần trên phim CLVT chiếm 68,8 %. Tổng thương mờ xoang hàm phối hợp với các xoang khác trong đó: mờ xoang Hàm - Sàng – Trán với tỷ lệ xuất hiện là 15,6%, mờ xoang Hàm - Sàng – Trán- Bướm với 6,2%.

Bảng 6. Dị hình cấu trúc khe giữa trên CLVT (n=32)

Dị hình cấu trúc		n	Tỷ lệ %
Cuốn giữa	Đảo chiều	5	15,6
	Xoang hơi	14	43,8
Mòm móm	Đảo chiều	5	15,6
	Quá phát	23	71,8
Bóng sàng	Quá phát	12	37,5
Vách ngăn dị hình		12	37,5

Tỷ lệ xuất hiện dị hình cấu trúc khe giữa trên: Dị hình cuốn giữa: xoang hơi (43,8%); đảo chiều (15,6%); Dị hình mòm móm: quá phát (71,8%); đảo chiều (15,6%); Dị hình bóng sàng quá phát có 37,5%; Dị hình vách ngăn mũi là 37,5%.

Bảng 7. Tổn thương răng miệng hàm trên liên quan đến xoang hàm qua CLVT (n=32)

Tổn thương răng miệng hàm trên	n	Tỷ lệ %
Chân răng thông lên xoang hàm	1	3,1
Không có tổn thương răng miệng	31	96,9
Tổng	32	100

Có 1 bệnh nhân tổn thương răng miệng hàm trên, chân răng thông vào trong xoang hàm chiếm 3,1%.

Bảng 8. Kết quả mô bệnh học (n=32)

Kết quả MBH		n	Tỷ lệ %
Khối ngờ nấm	Không nấm	0	
	Có nấm	18	56,3
Niêm mạc xoang hàm	Viêm mạn tính không polyp	6	18,7
	Polyp viêm	8	25,0

Các mẫu bệnh phẩm là khối ngờ nấm đều có hình ảnh tổn thương nấm. Mẫu bệnh phẩm niêm mạc xoang hàm cho thấy viêm mạn tính không polyp chiếm 18,8%; polyp viêm 25,0%.

Bảng 9. Phân loại nguyên nhân viêm xoang hàm một bên (n=32)

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
Do nấm	18	56,3
Do răng	1	3,1
U nhú, polip hoặc bất thường giải phẫu	13	40,6

Nguyên nhân viêm xoang hàm do nấm có tỉ lệ cao nhất với 18 BN chiếm 56,3%, do răng là 3,1% và 40,6% BN viêm xoang hàm có bất thường giải phẫu đi kèm.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang, điều trị VXH một bên.

Bảng 10: Triệu chứng cơ năng và hình ảnh nội soi sau phẫu thuật (n=32)

Thời gian Triệu chứng	1 tuần		4 tuần		8 tuần	
	n	%	n	%	n	%
Chảy mũi	25	78,1	17	53,1	1	3,1
Ngạt mũi	15	46,9	8	25,0	2	6,2
Rối loạn ngủ	13	40,6	8	25,0	5	15,6
Động dịch mũi	25	78,1	17	53,1	1	3,1
Phù nề niêm mạc	32	100	15	46,9	2	6,2
Mô hạt viêm	29	90,6	18	56,3	1	3,1
Bít tắc lỗ thông xoang	5	15,6	0	0	0	0

Sau phẫu thuật 8 tuần; 78,1% bệnh nhân còn chảy mũi giảm xuống 3,1%; 46,9% bệnh nhân ngạt mũi giảm còn 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,2%. Tình trạng động dịch mũi trong hốc mũi giảm dần từ tuần 1 đến tuần 8 từ 100% còn 3,1% và không còn BN nào còn tình trạng đóng vảy. Hiện tượng phù nề niêm mạc của hốc mũi từ 100% giảm xuống 6,2% sau 8 tuần. Lỗ thông xoang: xuất hiện nhiều nhất ở tuần thứ nhất: 15,6%, tuần 2 đến tuần 8 không còn bệnh nhân nào bít tắc lỗ thông xoang.

Bảng 11. Biến chứng sau khi phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu	1	3,1
Nhiễm trùng	0	0
Vỡ xương giấy, bầm mắt	0	0
Dính hốc mũi	0	0
Khác	0	0

Chỉ có 1 bệnh nhân gặp biến chứng chảy máu mũi sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 3,1%. Trong nghiên cứu không gặp biến chứng nào khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, CLVT và mô bệnh học của viêm xoang hàm một bên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chia theo 4 nhóm tuổi. Nhóm tuổi 31- 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%. Xếp thứ hai là nhóm từ 46-60 tuổi chiếm 37,5%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thùy

Dung (2014): nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 36-55 tuổi (54%), tương đương nghiên cứu của chúng tôi [2].

* Triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng cơ năng chính xuất hiện một bên gồm: chảy mũi, ngạt mũi, rối loạn ngủ, đau nhức vùng mặt là bốn triệu chứng chính của viêm xoang hàm một bên. Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng chảy mũi và ngạt mũi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm

nghiên cứu với 100% chảy mũi và 81,3% ngạt mũi. Kết quả này gần tương tự nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Hạnh năm 2013 là 94,4% và 91,7% [3].

Triệu chứng cơ năng khác trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao nhất là hơi thở hôi 21/32 BN (65,6%), có thể do tình trạng khít khạc dịch mũi kéo dài, dịch chảy xuống họng làm hôi miệng. Kết quả hơi thở hôi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thùy Dung năm 2014 (38,1%) [2]. Triệu chứng ho dai dẳng chiếm 28,1% BN nghiên cứu, có thể là triệu chứng biểu hiện dịch mũi chảy xuống cửa mũi sau và xuống họng làm bệnh nhân ho dai dẳng kéo dài.

*** Triệu chứng Nội soi mũi xoang**

Trong nghiên cứu cho thấy tình trạng niêm mạc hốc mũi bên tổn thương xuất hiện ở 96,7% BN có tình trạng niêm mạc phù nề, xung huyết. Chỉ có 1 trường hợp niêm mạc hốc mũi bình thường ở bên tổn thương. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Sơn (93.5%) [4].

Khe giữa là nơi dẫn lưu của xoang hàm, nói cách khác nếu có viêm xoang hàm thì mũi xoang thường sẽ đổ ra vùng khe giữa. Tính chất dịch mũi trong khe giữa nếu đi kèm với các triệu chứng lâm sàng rầm rộ như ngạt tắc mũi liên tục, đau nhức vùng nửa mặt, giảm ngủ hoặc ngủ mũi hôi thối có thể phần nào đó giúp bác sĩ lâm sàng định hướng cho chẩn đoán mức độ tổn thương xoang hàm cùng bên. Khe giữa có đọng dịch mũi đặc chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,2%, khe giữa có polyp trong nghiên cứu của chúng tôi có 8/32 BN chiếm 25,0%, polyp trong khe giữa đều là polyp nhỏ độ 1, 2. Trong nghiên cứu

của chúng tôi còn ghi nhận 6 ca có hình ảnh khối nâu bản ngờ tổ chức nấm ở khe giữa với tỉ lệ 18,8%.

*** Hình ảnh trên phim chụp CLVT**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đánh giá qua thăm khám lâm sàng vùng răng lợi hàm trên, đặc biệt từ răng số 3 đến răng số 8 cùng bên với bên nghi ngờ có viêm xoang hàm. Chúng tôi ghi nhận được 1 số triệu chứng thực thể trên lâm sàng hướng tới bệnh lý răng có liên quan: Tỉ lệ khám phát hiện nghi ngờ thông xoang - miệng (có rò mủ qua vùng lợi răng hàm trên) là 1/32 BN chiếm tỉ lệ 3,1%. BN có rò mủ khi khám răng miệng BN mất răng hàm trên cùng bên với xoang hàm nghi viêm. Răng hàm trên bị mất ở bệnh nhân này là răng 2.6. Đây đều là những răng hàm trên có liên quan trực tiếp với xoang hàm. Tỉ lệ nghi ngờ thông xoang miệng của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của nhóm tác giả Regimantas S., Ricardas K., Saulius V là 47,56% có thông xoang miệng và đau khi gõ răng là 29% [7]. Có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân chuyên khoa Tai Mũi Họng, lượng bệnh nhân có các tổn thương răng liên quan đến xoang sẽ ít gặp hơn tại chuyên ngành Răng Hàm Mặt khi mà tại đó tất cả các vấn đề về răng miệng sẽ được thăm khám trước. Như vậy càng thấy việc phối hợp giữa các bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt và Tai Mũi Họng là vô cùng quan trọng trong việc chẩn đoán, tìm căn nguyên và điều trị cho bệnh nhân, do mối liên quan trực tiếp giữa răng lợi hàm trên và xoang hàm. Việc khám đánh giá tổn thương răng miệng ở bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng về mũi xoang, nhất là một bên là vô cùng cần thiết và cần được thực

hiện thường quy để tránh bỏ sót các bệnh tích liên quan.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang, điều trị viêm xoang hàm một bên.

Ngoài những đánh giá hàng ngày ngay sau khi phẫu thuật, bệnh nhân khi xuất viện sẽ được hẹn khám lại vào các mốc thời gian là sau 1 tuần, 4 tuần và 8 tuần sau mổ để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cũng như theo dõi những biến chứng sau phẫu thuật có thể gặp phải.

Sau phẫu thuật ở tuần đầu tiên khám lại có tới 46,9% bệnh nhân vẫn còn triệu chứng ngạt mũi, sau 4 tuần chỉ còn 25,0% bệnh nhân và sau 8 tuần chỉ còn 2 bệnh nhân còn triệu chứng ngạt mũi chiếm 6,2%. Điều này có thể lý giải do phẫu thuật là một quá trình xâm lấn, các thao tác trong quá trình phẫu thuật như cắt polyp, nạo các tế bào Agger nasi, tế bào sàng trán, chỉnh hình vách ngăn...đều gây ra những tổn thương nhất định với niêm mạc mũi xoang gây phù nề, cùng với đó các dịch tiết, vảy...do quá trình phẫu thuật để lại vẫn chưa được giải phóng do niêm mạc phù nề gây ra tình trạng ngạt tắc mũi sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên theo thời gian cùng với các biện pháp điều trị nội khoa sau phẫu thuật tình trạng này được giải quyết và số lượng bệnh nhân hết ngạt tắc mũi tăng dần và đến tuần thứ 8 sau phẫu thuật hầu hết các bệnh nhân đều không còn ngạt tắc mũi. So sánh với ban đầu trước khi phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân có ngạt mũi chiếm đến 81,3% [5]. Tương tự như vậy với các triệu chứng cơ năng khác như: đau nhức đầu, vùng mặt, chảy mũi và rối loạn ngủ cũng được cải thiện một cách đáng kể. Tỷ lệ

bệnh nhân có triệu chứng đau nhức vùng mặt trước phẫu thuật là 53,1%, sau phẫu thuật 8 tuần tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 1/32 bệnh nhân (3,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng chảy mũi trước phẫu thuật là 100%, sau phẫu thuật 8 tuần chỉ còn 1 bệnh nhân (3,1%). Rối loạn ngủ trước phẫu thuật chiếm 46,9%, sau 8 tuần tỷ lệ này giảm xuống còn 15,6%. Những triệu chứng cơ năng này chính là những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải vào viện khám và điều trị nhiều lần, gây tốn kém và làm suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân một cách đáng kể. Qua các con số trên ta có thể thấy hiệu quả rõ rệt của việc phẫu thuật trong cải thiện các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của họ. Để có được kết quả như vậy ngoài sự thành công của cuộc phẫu thuật còn có sự đóng góp không nhỏ của công tác chăm sóc và theo dõi sau mổ [6].

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng cơ năng chảy mũi chiếm 100%, ngạt mũi chiếm 81,3%. Triệu chứng thực thể khe giữa động mủ chiếm 34,3%, polyp chiếm 25,0%, các tổn thương ở khe giữa chiếm 71,8%, quá phát móm móc chiếm 50,0%, mờ toàn bộ xoang hàm chiếm 93,8%. Kết quả mô bệnh học và nguyên nhân: có 56,3% bệnh nhân viêm xoang hàm do nấm *Aspergillus*, 18,7% viêm xoang hàm mạn tính không polyp, 25,0% bệnh nhân là polyp viêm, 40,6% viêm xoang hàm có kèm theo bất thường giải phẫu. Đánh giá kết quả sau 8 tuần phẫu thuật các triệu chứng cơ năng giảm rõ rệt: còn 3,1% bệnh nhân chảy mũi, 6,2% còn ngạt mũi, rối loạn ngủ 15,6%, động dịch mủ khe giữa, phù nề niêm mạc

mũi còn 3,1%, tất cả các bệnh nhân đều có lỗ thông mũi rộng rãi, dẫn lưu tốt. Không có biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Bình (2001)**, Phát hiện dị hình khe giữa qua nội soi và CT Scan trên bệnh nhân viêm xoang mạn tính, Luận văn thạc sỹ y học, ĐH Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Hoàng Thùy Dung (2014)**, Khảo sát đặc điểm lâm sàng, CT scan, nội soi và giải phẫu bệnh của viêm xoang hàm một bên tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8/2013 đến tháng 5/2014, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
3. **Tạ Thị Hạnh (2013)**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý mũi xoang một bên, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Văn Sơn (2006)**, Nghiên cứu bệnh lý viêm xoang hàm mạn tính đối chiếu nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Chandrika D, Anantharaju G.S. (2016)**, Study of etiological factors in unilateral maxillary chronic sinusitis, Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 3(1), 88-90.
6. **Gwaltney M.Jack et al. (1992)**, The microbial etiology and antimicrobial therapy of adults with acute community-acquired sinusitis: A fifteen-year experience at the University of Virginia and review of other selected studies, FEES 2000 Fifth Annual Endoscopic Sinus Surgery Course 1-3 march 2000, 457-461.
7. **Regimantas S., Ricardas K., Saulius V (2012)**, Odontogenic maxillary sinusitis: a review, Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. 16, 39-43.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TRONG UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Trần Thị Thúy Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô đại trực tràng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 52 bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 09/2019. **Kết quả:** Bệnh thường gặp ở lứa tuổi >50. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Vị trí khối u gặp nhiều nhất là ở trực tràng (52%), sau đó là đại tràng sigma (25%), đại tràng góc gan và đại tràng xuống (5,8%). Ung thư đại trực tràng có dạng thể sùi chiếm 42,3%. Ung thư biểu mô tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4% trong đó thể sùi và thể loét chiếm 80,9%.

Từ khóa: mô bệnh học, ung thư, đại trực tràng, Nghệ An

2010. Methods: A cross-sectional descriptive study conducted on 52 patients who done undergoing pathological tests with colorectal cancer standardized and were diagnosed with histopathological results of colorectal carcinoma at the Department of Pathology - Huu Nghi Nghe An General Hospital from January 2019 to September 2019. **Results:** Common disease in the age group > 50. The male / female ratio was 1.4 / 1. The most common tumor location was in the rectum (52%), followed by the sigmoid colon (25%), at the colon corner of the liver and the descending colon (5.8%). Colorectal cancer in the form of lumpy accounts for 42.3%; Common adenocarcinoma accounts for the highest rate of 90.4%, in which the erosive and ulcerative form accounts for 80.9%.

Keywords: histopathology, cancer, colorectal, Nghe An

SUMMARY

STUDY ON HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CARCINOMA IN NGHE AN HOSPITAL

Objective: To describe the histopathological characteristics of colorectal carcinoma as classified by the World Health Organization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là ung thư phổ biến thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú với gần 1,4 triệu trường hợp mới mắc trong năm 2012. Tỷ lệ mắc bệnh giữa các vùng miền, các châu lục có sự khác nhau. Theo thống kê của Bệnh viện K Hà Nội, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng là 9% tổng số bệnh nhân ung thư nói chung[4]. Típ mô học, độ mô học cũng như giai đoạn u là các yếu tố quan trọng phục vụ cho điều trị và tiên lượng bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Gần đây nhất Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) đã đưa ra bảng phân loại mô bệnh học ung thư đại trực tràng năm 2010 có bổ sung một số típ mô học mới có ý nghĩa cho việc tiên lượng bệnh nhân

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

như ung thư biểu mô vi nhú, ung thư biểu mô tuyến răng cưa [5]. Ngày nay các nhà nghiên cứu đang đi sâu vào nghiên cứu bệnh học phân tử và gen để tìm ra các yếu tố tiên lượng khác liên quan đến kết quả lâm sàng cũng như tìm ra một thể hệ mới các thuốc điều trị ung thư có khả năng tác động chính xác tới các đích tiềm năng trong tế bào ung thư đó là liệu pháp điều trị nhắm trúng đích. Ở Việt Nam, tuy đã có nhiều đề tài nghiên cứu về ung thư đại trực tràng, song hầu hết tập trung ở lĩnh vực lâm sàng mà có rất ít các đề tài nghiên cứu việc xếp giai đoạn của ung thư đại trực tràng (UTĐTT) được dựa trên phẫu thuật/mô bệnh học, do đó chẩn đoán chính xác các typ mô bệnh học ung thư biểu mô (UTBM) về mặt vi thể cũng như những đánh giá về mặt đại thể trong phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô đại trực tràng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 09/2019. Còn tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng để chẩn đoán. Còn khối nén có đủ bệnh phẩm để xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu có

chủ đích. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật và các tiêu bản kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng.

2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Thu thập thông tin hồ sơ về tuổi, giới, vị trí u

- Mô tả và nhận xét đại thể bệnh phẩm phẫu thuật

- Xét nghiệm mô bệnh học

- Xét nghiệm mô bệnh học để khẳng định chẩn đoán ung thư biểu mô đại trực tràng theo tiêu chuẩn phân loại của WHO năm 2010.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định trong formon trung tính 10%, trong vòng 48 giờ; sau đó bệnh phẩm được pha, đúc và cắt mảnh, nhuộm theo phương pháp HE và PAS thường quy.

- Các tiêu bản được đọc trên kính hiển vi quang học độ phóng đại 40, 100, 200, 400 lần, dưới sự giúp đỡ của các bác sỹ trong khoa Giải phẫu bệnh có kinh nghiệm và được kiểm lại bởi bác sỹ trưởng khoa Giải phẫu bệnh và giáo sư Tờ - Bệnh viện K Trung Ương.

2.4. Hạn chế sai số của nghiên cứu

- Để hạn chế sai số khi xác định giai đoạn lâm sàng, những trường hợp thông tin trong hồ sơ bệnh án còn thiếu sẽ trực tiếp khai thác từ bệnh nhân và phẫu thuật viên, bác sỹ điều trị.

- Hội chẩn các trường hợp khó chẩn đoán với các chuyên gia bệnh viện tuyến trung ương. Hạn chế các trường hợp khó chẩn đoán bằng đảm bảo kỹ thuật cắt nhuộm tốt, đạt tiêu chuẩn, những trường hợp có lỗi kỹ thuật sẽ cắt nhuộm lại.

- Việc xử lý và phân tích số liệu cũng được tiến hành một cách khoa học và chính xác để

tránh các sai số trong quá trình tính toán.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được bệnh viện thông qua và cho phép nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học và tính khả thi của đề tài nghiên cứu. Nghiên

cứ chỉ nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, phục vụ công tác khám và điều trị sức khỏe cho nhân dân. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=52)

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
< 30	0	0
30 - 39	1	1,9
40 - 49	2	3,8
50 - 59	10	19,3
≥ 60	39	75
Tổng	52	100

Tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi tăng dần từ thấp tới cao theo các nhóm tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi > 60 tuổi, thấp nhất 30-39.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới (n=52)

Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nam	32	61,5
Nữ	20	38,5
Tổng	52	100

Tỷ lệ nam bị bệnh là 61,5% cao hơn so với nữ bị bệnh là 38,5%.

3.2. Đặc điểm về vị trí khối u

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí khối u (n=52)

Vị trí u	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Manh tràng	0	0
Đại tràng lên	2	3,8
Đại tràng góc gan	3	5,8
Đại tràng ngang	2	3,8
Đại tràng góc lách	2	3,8
Đại tràng xuống	3	5,8
Đại tràng sigma	13	25
Trực tràng	27	52
Tổng	52	100

Theo vị trí khối u, u ở trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 27 trường hợp (52%), sau đó là đại tràng sigma (25%). U ít gặp nhất là ở vị trí đại tràng lên, đại tràng ngang và đại tràng góc lách (3,8%).

Bảng 4. Phân bố vị trí khối u theo giải phẫu đại trực tràng (n=52)

Vị trí u	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Trực tràng	27	51,9
Đại tràng Phải	7	13,5
Đại tràng Trái	18	34,6
Tổng	52	100

Tỷ lệ bệnh nhân có u ở đại tràng phải (bao gồm manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang) chiếm tỷ lệ là 13,5% và đại tràng trái (bao gồm đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng sigma) chiếm tỷ lệ là 34,6%.

3.3. Đặc điểm mô bệnh học

3.3.1. Đặc điểm đại thể

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo tổn thương đại thể (n=52)

Típ đại thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Sùi	22	42,3
Loét	20	38,5
Vòng nhẫn	5	9,6
Thâm nhiễm	5	9,6
Tổng	52	100

Ung thư đại trực tràng thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,3%, sau đó là thể loét 38,5%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là thể thâm nhiễm và thể vòng nhẫn với 5 trường hợp chiếm 9,6%.

3.3.2. Đặc điểm các típ mô bệnh học

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo típ mô bệnh học (n=52)

Típ mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến, NOS	47	90,4
Ung thư biểu mô tuyến nhày	5	9,6
Tổng	52	100

Ung thư biểu mô tuyến típ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 90,4%; sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 9,6%.

3.3.3. Đặc điểm về độ mô học

Bảng 7. Phân bố về độ mô học (n=52)

Độ mô học	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Biệt hóa cao	0	0
Biệt hóa vừa	45	93,7
Kém biệt hóa	3	6,3
Tổng	48	100

Trong 48 trường hợp ung thư biểu mô tuyến típ thông thường có 45 trường hợp biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 93,7 %; sau đó là kém biệt hóa là 6,3%.

3.3.4. Đặc điểm về sự xâm lấn của khối u

Bảng 8. Phân bố về mức độ xâm lấn của khối u (n=52)

Sự xâm lấn của khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
T1	0	0
T2	13	25
T3	20	38,5
T4	19	36,5
Tổng	52	100

Ung thư biểu mô đại trực tràng xâm lấn thanh mạc (T3 và T4) chiếm tỷ lệ cao nhất 75%, xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm tỷ lệ 25%.

3.3.5. Đặc điểm về tình trạng di căn hạch.

Bảng 9. Tỷ lệ di căn hạch (n=52)

Di căn hạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
N0	27	51,9
N1	16	30,8
N2	9	17,3
Tổng	52	100

Có 27 trường hợp ung thư đại trực tràng không thấy di căn hạch, chiếm tỷ lệ 51,9%, có 30,8 % trường hợp di căn ≤ 3 hạch và 17,3% trường hợp di căn > 3 hạch.

3.3.6. Đặc điểm về tình trạng xâm nhập mạch

Bảng 10. Tỷ lệ xâm nhập mạch (n=52)

Xâm nhập mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không	36	69,2
Có	16	30,8
Tổng	52	100

Có 16 /52 bệnh nhân có tế bào u xâm nhập mạch máu hoặc mạch bạch huyết, chiếm tỷ lệ 30,8%.

3.3.7. Đặc điểm về tình trạng xâm nhập thần kinh

Bảng 11. Tỷ lệ xâm nhập thần kinh (n=52)

Xâm nhập thần kinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không	40	76,9
Có	12	23,1
Tổng	52	100

Có 12 trường hợp ung thư đại trực tràng có tế bào u xâm nhập thần kinh, chiếm tỷ lệ 23,1%.

3.3.8. Tình trạng xuất hiện hoại tử bên trong u.

Bảng 12. Tỷ lệ gặp hoại tử bên trong u thần kinh (n=52)

Hoại tử bên	Số lượng(n)	Tỷ lệ %
Không	39	75
Có	13	25
Tổng	52	100

Có 13 trường hợp có hình ảnh hoại tử bên trong u, chiếm tỷ lệ 25%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 52 trường hợp của chúng tôi cho thấy gặp nhiều nhất là trực tràng với 27 trường hợp chiếm 52%, sau đó là đại tràng sigma với 25%, đại tràng góc gan và đại tràng xuống chiếm 5,8%, các vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu 225 trường hợp ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K của Lê Đình Roanh và cộng sự (1999), cho thấy vị trí gặp nhiều nhất là trực tràng chiếm tỷ lệ 68,4%, sau đó là đại tràng sigma 11,5% [4]. Theo kết quả nghiên cứu trên 372.130 bệnh nhân UTĐTT của chương trình Giám sát Dịch tễ và kết quả điều trị (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program - SEER) cho thấy vị trí hay gặp nhất là đại tràng sigma (23,1%), trực tràng (21%), sau đó là manh tràng và đại tràng lên [6]. Qua đó cho thấy đặc điểm vị trí u cũng có vai trò tiên lượng cho bệnh nhân UTĐTT.

Qua nghiên cứu 52 trường hợp UTĐTT chúng tôi nhận thấy u thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3%, sau đó là u thể loét 38,5%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là u thể thâm nhiễm và vòng nhẫn là 9,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với kết quả của một số nghiên cứu. Nghiên cứu 68 trường hợp UTĐTT của Đặng Trần Tiến năm 2007 cho thấy u thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất 59%, sau đó là thể sùi 29% [3]. Có sự khác nhau giữa các kết quả này là do phân loại về đặc điểm đại thể của UTĐTT không thống nhất, nhiều tác giả đưa ra u hỗn hợp giữa thể sùi và thể loét, giữa thể loét và thể thâm nhiễm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến tụy thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4%, sau đó là ung thư biểu mô

tuyến nhầy 9,6%, các tụy mô học khác không có. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Đình Roanh và cộng sự năm 1999 cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 79,6%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhầy chiếm tỷ lệ 17,3% [4]. Nghiên cứu của Đặng Trần Tiến năm 2007 tại bệnh viện E cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 84% [3]. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 trên 174 trường hợp UTĐTT cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 87,9%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhầy 6,9%, ung thư biểu mô tế bào nhẫn chiếm 1,7% và ung thư thể tụy chiếm 0,6% [1].

Một trong các điểm mới trong phân loại của WHO năm 2010 so với các phân loại cũ là sự bổ sung 3 tụy mô học mới: UTBM tuyến dạng sàng, UTBM tuyến răng cưa và UTBM vi nhú. Ung thư biểu mô tuyến dạng sàng đúng như tên gọi của nó bao gồm các cấu trúc tuyến sắp xếp dạng sàng, có hoại tử ở trung tâm giống với ung thư biểu mô thể trứng cá của tuyến vú [5]. Ung thư biểu mô vi nhú được xác định bởi các đám nhỏ tế bào u nằm trong khoảng trống mô đệm giả lòng mạch. Tế bào u có bào tương rộng ưa toan, nhân đa hình mức độ vừa. UTBM vi nhú có tần số cao di hạch, xâm nhập mạch, thần kinh và giai đoạn T cao. Ung thư biểu mô tuyến răng cưa lần đầu tiên được mô tả bởi Jass và Smith năm 1992, có hình thái giống u tuyến răng cưa hoặc polyp tăng sản, đây cũng được coi là tổn thương tiền ung thư của tụy mô học này. Đặc điểm mô bệnh học của UTBM tuyến răng cưa bao gồm: hình thái chia nhánh dạng răng cưa, biệt hóa nhầy,

đám hình cầu hoặc dây tế bào trôi nổi trong chất nhầy, bào tương rộng ưa toan, nhân hình túi, hạt nhân rõ và không xuất hiện hoại tử bản [8]. Hình thái răng cưa cấu tạo bởi chỉ thành phần biểu mô hoặc biểu mô và màng đáy tạo cấu trúc nhú nhưng không có trục liên kết xơ mạch. Hình thái này gặp trong hầu hết số trường hợp UTBM tuyến răng cưa (93%). Biệt hóa chất nhầy gặp trong 43% UTBM tuyến răng cưa. Hình thái dạng bè là đặc trưng của UTBM tuyến răng cưa kém biệt hóa, có thể không gặp cấu trúc tuyến răng cưa. Sự kết hợp với các đặc điểm khác như bào tương rộng ưa toan, nhân hình túi, chất nhuộm sắc cô đặc, không có hoại tử gợi ý chẩn đoán UTBM tuyến răng cưa. Trên 90% UTBM tuyến răng cưa không có hoại tử, tuy nhiên vẫn có thể gặp hoại tử bản ở một số trường hợp nhưng chiếm < 10% diện tích mô u. Ngược lại với UTBM tuyến thông thường, hoại tử bản gặp ở 75% số trường hợp [7].

Ung thư biểu mô tuyến của đại trực tràng được phân thành 3 độ cơ bản dựa trên tỷ lệ cấu trúc tuyến với lòng ống rõ: biệt hóa cao nếu > 95% u có cấu trúc tuyến, biệt hóa vừa nếu cấu trúc tuyến chiếm từ 50-95%, kém biệt hóa nếu cấu trúc tuyến chiếm < 50% u. Nhiều nghiên cứu gần đây chứng minh hệ thống phân loại 2 độ (độ thấp nếu $\geq 50\%$ cấu trúc tuyến, độ cao nếu < 50% cấu trúc tuyến) làm giảm bớt sự khó khăn trong đánh giá đồng thời cải thiện ý nghĩa tiên lượng. Phân độ mô học này chỉ được áp dụng cho UTBM tuyến thông thường [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,7%, u kém biệt hóa chiếm 6,3% và biệt hóa cao không

có trường hợp nào. Phân độ mô học theo hệ thống hai độ cho kết quả là độ mô học thấp chiếm tỷ lệ 87,3%, độ mô học cao chiếm tỷ lệ 12,7%. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 52,3%, biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 25,4% và kém biệt hóa là 20,3% [1]. Nghiên cứu của Lê Huy Hòa năm 2015 trên 90 bệnh nhân cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 72,2%, u biệt hóa cao và kém biệt hóa chiếm tỷ lệ 8,9% và 18,9% [2]. Các kết quả trên tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đều cho thấy nhóm u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ mô học là một yếu tố tiên lượng độc lập, độ mô học cao liên quan đến tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và có tiên lượng xấu. Ung thư biểu mô tế bào nhẵn được coi như típ kém biệt hóa có độ mô học cao.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi >50. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Vị trí khối u gặp nhiều nhất là ở trực tràng (52%), sau đó là đại tràng sigma (25%), đại tràng góc gan và đại tràng xuống (5,8%). Chủ yếu ung thư đại trực tràng có dạng thể sùi chiếm 42,3%. Ung thư thể sùi, ung thư thể loét và thể vòng nhẵn hay gặp ở đại tràng trái. ung thư biểu mô tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4% và gặp mọi tổn thương trên đại thể (thể sùi, thể loét, thể thâm nhiễm, thể vòng nhẵn). Nhưng gặp nhiều nhất là thể sùi và thể loét chiếm 80,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Văn Đức (2015).** “Nghiên cứu bóc lột một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung

- thư biểu mô đại trực tràng” ”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Huy Hòa (2015).** “Nghiên cứu tình trạng hạch mạc treo trong ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với kỹ thuật làm sạch mô mỡ”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 3. **Đặng Trần Tiến (2007).** “Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại trực tràng”. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 11 (3), 86-88.
 4. **Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa và cộng sự. (1999).** “Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại bệnh viện K - Hà Nội 1994-1997”. Tạp chí Thông tin Y dược, 11, 66-69. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 5. **Bosman F, Carneiro F, Hruban R, et al. (2010).** “WHO classification oftumours of the digestive system, World Health Organization”.
 6. **Lee Y-C, Lee Y-L, Chuang J-P, et al. (2013).** Differences in survival between colon and rectal cancer from SEER data. PLoS One, 8 (11), e78709.
 7. **Mäkinen M (2007).** “Colorectal serrated adenocarcinoma. Histopathology”,50 (1), 131-150.
 8. **Marzouk O and Schofield J (2011).** “Review of histopathological and molecular prognostic features in colorectal cancer. Cancers”, 3 (2), 2767-2810.

MỐI LIÊN QUAN CỦA CÁC YẾU TỐ MÔ BỆNH HỌC TRONG UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Thị Thúy Hà¹, Tăng Xuân Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan của các yếu tố mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 52 bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 09/2019. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa hoại tử bần và độ xâm lấn của khối u, tỷ lệ hoại tử bần là 25%. Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,7 %; độ xâm lấn T3 có 20 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%. Sự nhập mạch có mối liên quan với độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch của khối u. Có mối liên quan giữa đặc điểm đại thể và vị trí khối u, u dạng sùi ở đại tràng trái là 22,7%, đại tràng phải là 9,1%.

Từ khóa: mối liên quan, mô bệnh học, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

RELATIONSHIP OF HISTOPATHOLOGICAL FACTORS IN COLORECTAL CARCINOMA

Objective: To investigate the relationship of

histopathological factors in colorectal carcinoma.

Methods: A cross-sectional descriptive study conducted on 52 patients who done undergoing pathological tests with colorectal cancer standardized and were diagnosed with histopathological results of colorectal carcinoma at the Department of Pathology - Huu Nghi Nghe An General Hospital from January 2019 to September 2019. **Results:** There was a relationship between dirty necrosis and tumor invasion, dirty necrosis rate was 25%. Medium differentiation histology accounted for the highest rate of 93.7%; T3 invasion has 20 cases, accounting for the highest rate of 38.5%. Intravascular infiltration is associated with tumor invasion and metastasis. There is a relationship between macroscopic features and tumor location, papilloma in left colon is 22.7%, right colon is 9.1%.

Keywords: relationships, histopathology, colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là ung thư phổ biến thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú với gần 1,4 triệu trường hợp mới mắc trong năm 2012. Tỷ lệ mắc bệnh giữa các vùng miền, các châu lục có sự khác nhau. Theo thống kê của Bệnh viện K Hà Nội, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng là 9% tổng số bệnh nhân ung thư nói chung[1]. Típ mô học, độ mô học cũng như giai đoạn u là các yếu tố quan trọng phục vụ cho điều trị và tiên lượng bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Gần đây nhất Tổ chức Y tế thế giới (World

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Health Organization – WHO) đã đưa ra bảng phân loại mô bệnh học ung thư đại trực tràng năm 2010 có bổ sung một số típ mô học mới có ý nghĩa cho việc tiên lượng bệnh nhân như ung thư biểu mô vi nhú, ung thư biểu mô tuyến răng cưa [3]. Ngày nay các nhà nghiên cứu đang đi sâu vào nghiên cứu bệnh học phân tử và gen để tìm ra các yếu tố tiên lượng khác liên quan đến kết quả lâm sàng cũng như tìm ra một thể hệ mới các thuốc điều trị ung thư có khả năng tác động chính xác tới các đích tiềm năng trong tế bào ung thư đó là liệu pháp điều trị nhắm trúng đích. Ở Việt Nam, tuy đã có nhiều đề tài nghiên cứu về ung thư đại trực tràng, song hầu hết tập trung ở lĩnh vực lâm sàng mà có rất ít các đề tài nghiên cứu việc xếp giai đoạn của ung thư đại trực tràng (UTĐTT) được dựa trên phẫu thuật/mô bệnh học, do đó việc chẩn đoán chính xác các typ mô bệnh học ung thư biểu mô (UTBM) về mặt vi thể cũng như tìm hiểu mối liên quan của các yếu tố mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh. Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan của các yếu tố mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 09/2019. Còn tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng để chẩn đoán. Còn khối nén có đủ bệnh phẩm để xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu có chủ đích. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật và các tiêu bản kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng.

2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Thu thập thông tin hồ sơ về tuổi, giới, vị trí u

- Mô tả và nhận xét đại thể bệnh phẩm phẫu thuật

- Xét nghiệm mô bệnh học

- Xét nghiệm mô bệnh học để khẳng định chẩn đoán ung thư biểu mô đại trực tràng theo tiêu chuẩn phân loại của WHO năm 2010.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định trong formon trung tính 10%, trong vòng 48 giờ; sau đó bệnh phẩm được pha, đúc và cắt mảnh, nhuộm theo phương pháp HE và PAS thường quy.

- Các tiêu bản được đọc trên kính hiển vi quang học độ phóng đại 40, 100, 200, 400 lần, dưới sự giúp đỡ của các bác sỹ trong khoa Giải phẫu bệnh có kinh nghiệm và được kiểm lại bởi bác sỹ trưởng khoa Giải phẫu bệnh và giáo sư Tô - Bệnh viện K Trung Ương.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được bệnh viện thông qua và cho phép nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học và tính khả thi của đề tài nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, phục vụ công tác khám và điều trị sức khỏe cho nhân dân. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm đại thể và vị trí u

Đại thể \ Vị trí	ĐT phải (n = 7)		ĐT trái (n = 18)		Trực tràng (n = 27)		p
	n	%	n	%	n	%	
Sùi (n= 22)	2	9,1	5	22,7	15	68,2	0,145
Loét (n= 20)	3	15	10	50	7	35	
Vòng nhẫn (n= 5)	1	20	3	60	1	20	
Thâm nhiễm (n=5)	1	20	0	0	4	80	

ĐT: Đại tràng

Trong các bệnh nhân có u dạng sùi, u ở trực tràng chiếm 68,2 % hơn ở đại tràng trái là 22,7%; ngược lại trong các u dạng loét và dạng vòng nhẫn thì u ở đại tràng trái chiếm tỷ lệ cao hơn ở trực tràng (50% so với 35% và 60% so với 20%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm đại thể và vị thể

Đại thể \ Vị thể	UTBM tuyến thường (n = 47)		UTBM tuyến nhầy (n = 5)		OR (95%CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
Sùi (n= 22)	21	44,7	1	20	16,1 (1,9 – 135,4)	0,48
Loét (n= 20)	17	36,2	3	60		
Vòng nhẫn (n= 5)	5	10,6	0	0		
Thâm nhiễm (n=5)	4	8,5	1	20		

UTBM: Ung thư biểu mô

UTBM tuyến thông thường chiếm chủ yếu trong số ca nghiên cứu gặp nhiều nhất tổn thương dạng sùi và dạng loét chiếm 80,9%, dạng vòng nhẫn và dạng thâm nhiễm ít gặp hơn chiếm 19,1%. Còn UTBM tuyến nhầy thường gặp nhiều nhất ở thể loét chiếm 60% (3/5 trường hợp)

Bảng 3. Mối liên quan giữa xâm nhập mạch (XNM) và độ biệt hóa

ĐBH \ XNM	Có (n=14)		Không (n=34)		OR (95%CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
Vừa (n = 45)	14	31,3	31	68,9	3,2 (0,2 – 66,5)	0,44
Kém (n = 3)	0	0	3	100		

XNM: Xâm nhập mạch; ĐBH: Độ biệt hóa

Ở nhóm bệnh nhân có biệt hóa vừa và có xâm nhập mạch tỷ lệ 31,3% thấp hơn ở nhóm không có xâm nhập mạch với 68,9%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa xâm nhập thần kinh (XNTK) và độ biệt hóa

ĐBH \ XNM	Có (n=11)		Không (n=37)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
Cao (n = 0)	0	0	0	0	0,14 (0,1 – 1,7)	0,06
Vừa (n = 45)	10	90,9	35	94,6		
Kém (n = 3)	2	9,1	1	5,4		

XNM: Xâm nhập mạch

ĐBH: Độ biệt hóa

Ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập thần kinh, độ biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 66,7% cao hơn ở nhóm không có xâm nhập thần kinh 33,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,06$

Bảng 5. Mối liên quan giữa xâm nhập mạch (XNM) và độ xâm lấn (ĐXL)

ĐXL \ XNM	Có (n = 16)		Không (n = 36)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
T1 (n = 0)	0	0	0	0	0,08 (0,02 – 0,39)	0,001
T2 (n = 13)	0	0	13	36,1		
T3 (n = 20)	3	18,8	17	47,2		
T4 (n = 19)	13	81,2	6	16,7		

XNM: Xâm nhập mạch; ĐBH: Độ biệt hóa

Độ xâm lấn của khối u càng cao thì tỷ lệ xâm nhập mạch càng lớn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa xâm nhập thần kinh (XNTK) và độ xâm lấn (ĐXL)

ĐXL \ XNTK	Có (n = 12)		Không (n = 40)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
T1 (n = 0)	0	0	0	0	0,03 (0,01 – 0,35)	0,001
T2 (n = 13)	0	0	13	32,5		
T3 (n = 20)	1	8,3	19	47,5		
T4 (n = 19)	11	91,7	8	20		

XNTK: Xâm nhập thần kinh; ĐXL: Độ xâm lấn

Các số liệu trên cho thấy khối u có độ xâm lấn càng cao thì tỷ lệ xâm nhập thần kinh càng cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa xâm nhập mạch (XNM) và tình trạng di căn hạch

Di căn hạch \ XNM	Có (n = 16)		Không (n = 36)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
N0 (n = 27)	1	6,2	26	72,2	0,03 (0,003 – 0,22)	0,001
N1 (n = 16)	8	50	8	22,2		
N2 (n = 9)	7	43,8	2	5,7		

XNM: Xâm nhập mạch

Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập mạch cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập mạch (93,8% so với 27,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 8. Mối liên quan giữa xâm nhập thần kinh và di căn hạch

DCH \ XNTK	Có (n = 12)		Không (n = 40)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
N0 (n = 27)	0	0	27	67,5	0,02 (0,001 – 0,36)	0,001
N1 (n = 16)	8	66,7	8	20		
N2 (n = 9)	4	33,3	5	12,5		

XNTK: Xâm nhập thần kinh

DCH: Di căn hạch

Trong các bệnh nhân có xâm nhập thần kinh, số lượng bệnh nhân có di căn hạch chiếm tỷ lệ cao 100%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập thần kinh là 32,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 9. Mối liên quan giữa hoại tử bần và độ xâm lấn

ĐXL \ Hoại tử	Có (n = 13)		Không (n = 39)		OR (95% CI)	p (χ^2)
	n	%	n	%		
T1 (n = 0)	0	0	0	0	0,73 (0,19 – 2,79)	0,04
T2 (n = 13)	0	0	13	33,3		
T3 (n = 20)	6	46,2	14	35,9		
T4 (n = 19)	7	53,8	12	30,8		

ĐXL: Độ xâm lấn

Tỷ lệ hoại tử bần chiếm chủ yếu ở nhóm bệnh nhân T3, T4. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 ở nhóm có hoại tử bần cao hơn nhóm không có hoại tử bần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng tại các vị trí khác nhau có đặc điểm bất thường gen khác nhau. Ung thư đại tràng phải thường liên quan đến MSI, trong khi ung thư đại tràng trái thường liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm phôi thai học và sinh lý chuyển hóa khác nhau, dẫn đến khác nhau về hình thái. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong các bệnh nhân có u dạng sùi, tỷ lệ u ở vị trí đại tràng phải là 9,1%, thấp hơn ở đại tràng trái là 22,7% và trong nhóm bệnh nhân có u dạng loét và dạng vòng nhẫn thì tỷ lệ u ở đại tràng

trái cũng cao hơn ở đại tràng phải. Đặc điểm giải phẫu góp phần giải thích điều này. Đường kính của đại tràng trái nhỏ hơn đại tràng phải làm u phát triển ra phía bên ngoài và gây thâm nhiễm thành đại tràng. Đại tràng phải có nguồn gốc từ đoạn giữa ruột phôi có chức năng hấp thu nước, thường phân còn lỏng, u ở vị trí này ít gây triệu chứng như táo bón và do đó thường khó phát hiện sớm. Đại tràng trái có nguồn gốc từ đoạn cuối ruột phôi có chức năng lưu giữ phân, u thường gây táo bón, đi ngoài ra máu nên dễ phát hiện [4].

Sự xâm nhập của tế bào u vào mạch máu hay mạch bạch huyết là bước quyết định cho quá trình di căn. Hội giải phẫu bệnh Hoa Kỳ đã đưa xâm nhập mạch là yếu tố cần thiết phải đánh giá trên các mảnh cắt mô bệnh học thường quy [2]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy sự xâm nhập mạch có liên quan độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch của khối u ($p < 0,001$). Số bệnh nhân có mô học vừa biệt hóa ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập mạch là 31,2 % thấp hơn ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập mạch (9,8%). Tỷ lệ xâm nhập mạch ở các nhóm bệnh nhân có độ xâm lấn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 0%, 0%, 18,8% và 81,2%. Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập mạch cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập mạch (93,8% so với 27,9%). Kết quả nghiên cứu của Betge và cộng sự cũng cho thấy xâm nhập mạch có mối liên quan với độ biệt hóa, độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch [2]. Nghiên cứu của Huh và Lopes cho thấy tỷ lệ xâm nhập mạch cao tìm thấy ở các bệnh nhân có độ biệt hóa kém và số lượng hạch di căn nhiều nhưng không thấy có mối liên quan với độ xâm lấn [6].

Xâm nhập thần kinh là một đặc điểm bệnh học có ý nghĩa tiên lượng mạnh trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Tác động tiên lượng của xâm nhập thần kinh cũng tương tự như các yếu tố tiên lượng khác như độ xâm lấn, di căn hạch, xâm nhập mạch, độ biệt hóa. Do đó xâm nhập thần kinh nên được xem như yếu tố cần được đánh giá trong phiếu kết quả giải phẫu bệnh thường quy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xâm nhập thần kinh có liên quan với độ biệt hóa ($P > 0,05$), độ xâm lấn và tình trạng di

căn hạch ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học kém biệt hóa ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập thần kinh là 9,1% cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập thần kinh (9%). Độ xâm lấn càng cao thì tỷ lệ xâm nhập thần kinh càng cao. Tỷ lệ xâm nhập thần kinh ở nhóm bệnh nhân có độ xâm lấn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 0%, 0%, 8,3% và 91,7%. Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập thần kinh cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có xâm nhập thần kinh. Nghiên cứu của Liebig và cộng sự trên 269 bệnh nhân ung thư đại trực tràng cũng cho thấy xâm nhập thần kinh có liên quan với độ biệt hóa và giai đoạn bệnh của khối u ($p < 0,001$) [5]. Nghiên cứu của Huh và Lopes và cộng sự cho thấy xâm nhập thần kinh có liên quan với độ biệt hóa và tình trạng di căn hạch [6]

Hoại tử bản là các yếu tố chưa được đánh giá trong giải phẫu bệnh thường quy nhưng nhiều nghiên cứu đã chứng minh chúng có giá trị tiên lượng độc lập trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa hoại tử bản với độ xâm lấn. Tỷ lệ hoại tử bản chiếm chủ yếu ở các bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn T3, T4 trong nhóm bệnh nhân có hoại tử bản cao hơn nhóm không có hoại tử bản ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Richards và Pollheimer đều cho thấy có mối liên quan giữa hoại tử bản và độ xâm lấn ($p < 0,001$) [7].

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa hoại tử bản và độ xâm lấn của khối u, tỷ lệ hoại tử bản là 25%. Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,7 %; độ xâm lấn T3 có 20 trường hợp

chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%. Sự nhập nhập mạch có mối liên quan với độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch của khối u. Có mối liên qua giữa đặc điểm đại thể và vị trí khối u, u dạng sùi ở đại tràng trái là 22,7%, đại tràng phải là 9,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa và cộng sự. (1999).** “Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại bệnh viện K - Hà Nội 1994-1997”. Tạp chí Thông tin Y dược, 11, 66-69.
2. **Betge J, Pollheimer MJ, Lindtner RA, et al. (2012).** “Intramural and extramural vascular invasion in colorectal cancer. Cancer”, 118 (3), 628-638.
3. **Bosman F, Carneiro F, Hruban R, et al. (2010).** “WHO classification oftumours of the digestive system, World Health Organization”.
4. **Ghazi S, Lindforss U, Lindberg G, et al. (2012).** “Analysis of colorectal cancer morphology in relation to sex, age, location, and family history. Journal of gastroenterology”, 47 (6), 619-634.
5. **Liebig C, Ayala G, Wilks J, et al. (2009).** “Perineural invasion is an independent predictor of outcome in colorectal cancer. Journal of Clinical Oncology”, 27 (31), 5131-5137.
6. **Lopes RC, Silveira Junior S and Koch KdS (2012).** “Incidence of angiolymphatic invasion in colorectal cancer. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)”, 32 (3), 240-245.
7. **Richards C, Roxburgh C, Anderson J, et al. (2012).** “Prognostic value of tumour necrosis and host inflammatory responses in colorectal cancer. British Journal of Surgery”, 99 (2), 287-294.

Kiến thức, Thái độ, Thực hành của Phụ nữ Về Bệnh Ung thư Vú Tại Một Số Xã Ven Biển Huyện Thủy Nguyên, Hải Phòng

Đào Thị Hải Yến¹, Phạm Văn Hán¹,
Vũ Văn Tâm²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 928 phụ nữ từ trên 18 tuổi, tại một số xã ven biển huyện Thủy Nguyên, Hải phòng, từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017 nhằm xác định kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm ung thư vú (UTV). Kết quả nghiên cứu cho thấy về kiến thức đạt về triệu chứng bệnh UTV là 56,8%; về các yếu tố nguy cơ gây UTV là 33,7%; về phòng ngừa UTV là 77,4%; về các phương pháp phát hiện UTV là 49,6%. Trên 90% phụ nữ ở có thái độ tích cực cao với bệnh UTV nhưng việc thực hành phát hiện sớm UTV còn rất thấp, chỉ có 48,1% phụ nữ đã từng đi khám vú; tỉ lệ phụ nữ có đi khám vú lâm sàng định kì và tỉ lệ tự khám vú đạt chỉ đạt 6,5%.

Từ khóa: Ung thư vú, kiến thức, thái độ, thực hành, phụ nữ.

SUMMARY

WOMEN'S KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE RELATED BREAST CANCER IN SEVERAL COASTAL COMMUNITIES OF THUY NGUYEN DISTRICT, HAI PHONG

The cross-sectional study was conducted on 928 women above 18 years old, in several coastal

communities of Thuy Nguyen district, Hai Phong, from January 2017 to December 2017 aimed to identify the knowledge, attitudes and practices in early detection of breast cancer (BC) in this population. The results showed that knowledge of BC symptoms was 56.8%; knowledge of the BC risk factors was 33.7%; the knowledge of BC prevention was 77.4%; knowledge about BC detection methods was 49.6%. More than 90% of women had a high positive attitude towards breast cancer, but the practice of early detection of breast cancer seemed low, only 48.1% of women had breast examination; the rate of women having periodic clinical breast examination and the rate of breast self-examination was 6.5%.

Keywords: Breast cancer, knowledge, attitude, practice, women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới trên toàn thế giới. Theo số liệu mới nhất năm 2018 của Globocan về tình hình ung thư trên toàn thế giới phát hiện gần 3,4 triệu bệnh nhân mắc mới các loại ung thư phụ khoa, trong đó ung thư vú chiếm khoảng 39,4% các loại ung thư ở phụ nữ. Tại Việt Nam, năm 2018 trên toàn quốc gần 74.000 phụ nữ phát hiện ung thư phụ khoa mắc mới và ung thư vú cũng lên đến gần 15.300 trường hợp và cũng là bệnh gây tử vong nhiều nhất trong các loại ung thư với hơn 6100 ca và có xu hướng trẻ hóa. Bệnh nhân phát hiện được ung thư vú thường

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Đào Thị Hải Yến

Email: dthyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

muộn, tỷ lệ tử vong cao. Để cải thiện cuộc sống của bệnh nhân UTV, cần được phát hiện ở giai đoạn sớm. UTV giai đoạn sớm cho kết quả điều trị tốt, bệnh không những có thể điều trị khỏi mà còn có thể điều trị phẫu thuật bảo tồn tuyến vú cho phụ nữ [1].

Hiểu biết về sức khỏe đã được xác định là một khía cạnh quan trọng để tăng cường sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật. Trong đó khẳng định rằng kiến thức đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện hành vi chăm sóc sức khỏe. Vì vậy sự hiểu biết về các kiến thức liên quan đến ung thư vú cũng như thái độ, thực hành của họ về loại ung thư này là vấn đề rất cần được quan tâm. Tránh các yếu tố nguy cơ có thể làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tuân thủ sàng lọc và phát hiện sớm có thể làm giảm tỷ lệ tử vong của nó [2]. Ở nước ta, tỷ lệ UTV được chẩn đoán ở giai đoạn sớm còn thấp, nhưng gần đây do hiểu biết của cộng đồng về UTV, cùng với việc áp dụng tiến bộ kỹ thuật, tỷ lệ bệnh UTV được khám phát hiện ở giai đoạn sớm và vào viện điều trị tăng lên rõ rệt. Tuy nhiên việc tiếp cận với thông tin và khám sàng lọc sớm ở nhiều nơi còn nhiều hạn chế, đặc biệt là các vùng ven biển hải đảo. Chính vì vậy, nghiên cứu này tiến hành nhằm đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm ung thư vú của một số xã ven biển huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng. Từ đó, có thể cung cấp thông tin cho ngành y tế địa phương trong việc phát hiện và phòng ngừa sớm UTV cho người dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ trên 18 tuổi (có thời gian sống ≥ 5 năm) ở các xã ven biển huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017, tại 6 xã ven biển huyện Thủy Nguyên, Hải Phòng bao gồm An Lư, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính cỡ mẫu áp dụng công thức ước lượng tỉ lệ:

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

Trong đó: p: Tỷ lệ phụ nữ có kiến thức kiến thức đúng về bệnh UTV: chọn p = 0,7 theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Châu [2]; d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỉ lệ thu được từ mẫu và quần thể nghiên cứu, chọn d= 0,03; Với ý nghĩa thống kê 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; n: cỡ mẫu nghiên cứu, theo công thức tính được cỡ mẫu là 896. Thực tế, nghiên cứu thu nhận được 928 phụ nữ tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn xã: chọn chủ đích 6 xã ven biển của huyện Thủy Nguyên, bao gồm An Lư, Lập Lễ, Phả Lễ, Phục Lễ, Thủy Triều, Trung Hà.

Chọn phụ nữ > 18 tuổi: lập danh sách phụ nữ trên 18 tuổi và có thời gian sống ≥ 5 năm tại 6 xã trên (để giảm các yếu tố chênh lệch về văn hóa xã hội), vì cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 900 phụ nữ, nên mỗi xã cần chọn khoảng 150 người, từ danh sách lập, chúng tôi chọn ngẫu nhiên cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết cho từng xã. Tổng số có 928 người tham gia, bao gồm 153 ở xã An Lư, 149 ở xã Lập Lễ và Phả Lễ, 179 ở xã Phục Lễ, 150 ở xã Thủy Triều và 148 ở xã Trung Hà.

2.6. Biến số nghiên cứu

- Biến “kiến thức”: Các biến số về kiến thức về bệnh UTV là biến nhị phân với 2 giá

trị “đúng” hoặc “sai”, bao gồm 4 nhóm kiến thức về 1) triệu chứng bệnh UTV, 2) các nguy cơ gây UTV, 3) phòng ngừa UTV và 4) các phương pháp phát hiện UTV. Các nhóm kiến thức xếp loại “đạt” khi trả lời đúng trên 50% các câu hỏi thành phần trong từng nhóm. Kiến thức chung xếp loại “đạt” khi tất cả các nhóm kiến thức đều đạt.

- Biến “thái độ”: Các biến số về thái độ về bệnh UTV được xây dựng dựa trên thang điểm Likert từ 1 đến 5, tổng số 8 câu hỏi được mã hoá thành 2 nhóm: nhóm tích cực với điểm từ 1-2 điểm và nhóm thái độ chưa tích cực từ 3-5 điểm. Thái độ chung xếp loại “tích cực” khi có trên 5/8 câu trả lời “tích cực”.

- Biến “thực hành”: Các biến số về thực hành được thu thập bằng hai hình thức là bảng hỏi và bảng kiểm. Bảng hỏi bao gồm các thông tin về việc đi khám vú, khám vú

định kì và tự khám vú. Các biến số này là biến nhị phân với 2 giá trị “đúng” hoặc “chưa đúng”. Bảng kiểm thu thập thông tin về thực hành tự khám vú của phụ nữ, thực hiện dưới sự quan sát của cán bộ nghiên cứu. Thực hành tự khám vú được xếp loại “đạt” khi làm đúng trên 4/8 bước theo bảng kiểm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập được nhập bằng Excel 2013, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 14.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự phê duyệt của hội đồng xét duyệt đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng, sự đồng thuận của lãnh đạo địa phương và người tham gia. Kết quả nghiên cứu chỉ duy nhất phục vụ cho mục đích khoa học và đóng góp vào công tác chăm sóc nâng cao sức khỏe cho người dân tại các huyện ven biển hải đảo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=928)	Tỉ lệ %
Tuổi	19 – 30	229	24,68
	31 – 40	275	29,63
	41 – 50	197	21,23
	≥ 50	227	24,46
	Trung bình ± SD	40,56 ± 12,21	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	195	21,01
	THCS	287	76,74
	THPT	350	37,72
	Cao đẳng, đại học	96	10,34
Nghề nghiệp	Làm ruộng/ nội trợ	577	62,18
	CBCNV	231	24,89
	Kinh doanh, buôn bán	96	10,34
	Lao động tự do, sinh viên, ngư dân	24	2,59

Trong số 928 phụ nữ tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $40,56 \pm 12,2$ tuổi, trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở (76,74%) và trung học phổ thông (73,72%); nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng hoặc nội trợ (62,18%) và cán bộ công nhân viên chức (24,89%).

Bảng 2. Nguồn thông tin, truyền thông về ung thư vú mà phụ nữ được tiếp cận

Nguồn thông tin, truyền thông về UTV	Số lượng (n=928)	Tỉ lệ %
Chưa từng tiếp cận	122	13,15
Đã tiếp cận	806	86,85
Sách, báo	141	15,19
Đài, tivi	635	68,43
CBYT xã	149	16,06
Hội PN xã	41	4,42
Bạn bè	171	18,43
Nguồn khác (gia đình, người thân)	31	3,34

Có 86,85% phụ nữ đã từng được tiếp cận với các nguồn thông tin, truyền thông về UTV, trong đó chủ yếu qua đài, ti vi (68,43%), cán bộ y tế xã (16,06%), bạn bè (18,43%) và sách báo (15,19%).

Bảng 3. Kiến thức của phụ nữ về bệnh ung thư vú (n=928)

Kiến thức về bệnh UTV	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Kiến thức về triệu chứng UTV	527 (56,8)	401 (43,2)
Kiến thức về yếu tố nguy cơ gây UTV	313 (33,7)	615 (66,3)
Kiến thức về biện pháp phòng ngừa UTV	718 (77,4)	210 (22,6)
Kiến thức về phương pháp phát hiện UTV	460 (49,6)	468 (50,4)
Kiến thức chung về UTV	192 (20,7)	736 (79,3)

Về kiến thức liên quan đến bệnh UTV, tỉ lệ phụ nữ có kiến thức về biện pháp phòng ngừa đạt chiếm tỉ lệ cao nhất với 77,4%, sau đó đến triệu chứng với 56,8%, phương pháp phát hiện với 49,6%, thấp nhất là yếu tố nguy cơ với 33,7%. Tuy nhiên, tỉ lệ có kiến thức chung về UTV đạt chỉ có 20,7%.

Bảng 4. Thái độ của phụ nữ về bệnh ung thư vú (n=928)

Thái độ về ung thư vú	Tích cực n (%)	Chưa tích cực n (%)
UTV rất nguy hiểm	869 (93,6)	59 (6,4)
UTV có thể phòng ngừa được	671 (72,3)	257 (27,7)
Việc phòng ngừa và phát hiện sớm UTV rất có giá trị	806 (86,8)	122 (13,2)
UTV chữa khỏi hoàn toàn khi phát hiện sớm	647 (69,7)	281 (30,3)
UTV điều trị tốn kém	776 (83,6)	152 (16,4)
Có thể điều trị bảo tồn UTV ở giai đoạn sớm	621 (66,9)	307 (33,1)
Cần khuyến mẹ, chị, em gái đi khám nếu mình mắc UTV	832 (89,7)	96 (10,3)
Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết	841 (90,6)	87 (9,4)
Thái độ chung về UTV	825 (88,9)	103 (11,1)

Về thái độ với bệnh UTV, các tiêu chí đều đạt trên 60%, tỉ lệ phụ nữ có thái độ tích cực chung về bệnh UTV đạt 88,9%.

Bảng 5. Thực hành của phụ nữ trong phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư vú

Thực hành trong phát hiện sớm và phòng ngừa UTV	Số lượng (n=928)	Tỉ lệ %
Có từng đi khám vú	446	48,1
Có đi khám vú định kì	60	6,5
Có tự khám vú	472	50,9
Thực hành tự khám vú đạt	60	6,5

Trong thực hành để phát hiện sớm và phòng ngừa UTV, kết quả nghiên cứu cho thấy có 48,1% phụ nữ đã từng đi khám vú nhưng chỉ có 6,5% phụ nữ đi khám vú định kì. Về thực hành tự khám vú, có 50,9% trả lời có tự khám vú tại nhà nhưng chỉ có 6,5% thực hành đạt theo quan sát bằng bảng kiểm.

IV. BÀN LUẬN

Nhận thức chưa đầy đủ về bệnh ung thư vú cũng như ích lợi của việc sàng lọc, phát hiện sớm là những rào cản quan trọng đối với phụ nữ trong việc đi khám, phát hiện sớm các khối u ở vú, làm giảm đáng kể cơ hội chữa khỏi bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của phụ nữ về bệnh UTV còn hạn chế. Trong đó, kiến thức tốt nhất của phụ nữ là về biện pháp phòng ngừa với tỉ lệ 77,4% trả lời đạt, sau đó đến triệu chứng với 56,8% trả lời đạt, phương pháp phát hiện với 49,6% trả lời đạt, thấp nhất là yếu tố nguy cơ chỉ có 33,7% trả lời đạt. Hơn nữa, tỉ lệ có kiến thức chung về UTV đạt (tất cả các tiêu chí kiến thức đều đạt) chỉ có 20,7%. Trong khi đó, có 86,87% phụ nữ đã trả lời từng tiếp cận với các thông tin, truyền thông về bệnh UTV. Điều này cho thấy phụ nữ quan tâm nhiều hơn đến biện pháp phòng ngừa và triệu chứng của UTV, trong khi ít chú ý đến các phương pháp phát hiện và yếu tố nguy cơ gây bệnh. Hơn nữa, chủ yếu phụ nữ tiếp cận với các thông tin từ các kênh đài, ti vi (68%), nguồn thông tin từ sách báo hay cán bộ y tế

chỉ có chưa đến 20%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đó như tác giả Nguyễn Hữu Châu ở Khánh Hòa nghiên cứu trên 1200 phụ nữ từ 20 – 60 tuổi cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng về UTV là 68% [2], tác giả Pinar Erbay và cs nghiên cứu ở một nhóm phụ nữ nông thôn Thổ Nhĩ Kỳ, cho thấy có 56,1% có kiến thức về UTV đạt [5]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số của nghiên cứu này là người dân ven biển, có tập quán sinh sống dựa vào chủ yếu là nông nghiệp và ngư nghiệp, sự tiếp cận với các thông tin cũng như các chương trình y tế về UTV còn nhiều khó khăn. Đây có thể là một vấn đề đáng quan tâm của ngành y tế địa phương.

Về thái độ của phụ nữ với bệnh UTV, kết quả có phần tốt hơn so với kiến thức. Trong đó, có 2/8 nội dung đạt trên 90% tích cực là UTV rất nguy hiểm và Việc tuyên truyền UTV là rất cần thiết, còn lại đều đạt từ 60 đến trên 80%. Điều này cho thấy mặc dù còn hiểu biết hạn về bệnh nhưng phần lớn người dân cũng đều có thái độ tích cực về bệnh UTV, coi UTV là bệnh nguy hiểm, điều trị

tồn kém nhưng có thể phòng ngừa được bằng phát hiện sớm và cần thiết phải tuyên truyền về bệnh UTV một cách rộng rãi. Đây sẽ là các cơ sở để cho các chương trình can thiệp trên quy mô lớn triển khai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả O Abimbola thấy rằng chỉ 55,2% đồng ý rằng phát hiện sớm và điều trị hiệu quả có thể ngăn ngừa tử vong [7].

Trong thực hành để phát hiện sớm và phòng ngừa UTV của phụ nữ 6 xã, chúng tôi khảo sát tỉ lệ đi khám vú, khám vú định kì và việc tự khám vú tại nhà. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ có từng đi khám vú là 48,1%. Tuy vậy, số thực hiện đi khám vú định kì thì lại khá thấp, phần lớn chỉ khám khi có triệu chứng hoặc tiện khám cùng các bệnh khác, chỉ có 6,5% đi khám vú định kì. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu khi có đến trên 60% phụ nữ trong nghiên cứu làm công việc nội trợ và làm ruộng. Trong khi, việc thực hiện khám sức khỏe định kì hiện nay hầu hết mới chỉ thực hiện ở những cán bộ công nhân viên chức. Bên cạnh việc khám vú, tự kiểm tra vú thường xuyên là một trong những phương pháp hiệu quả nhất để phát hiện sớm ung thư vú ở phụ nữ không có triệu chứng, đây là phương pháp đơn giản và hiệu quả để phát hiện sớm ung thư vú, nó có một vai trò lớn trong chương trình nâng cao nhận thức và sàng lọc ban đầu các quốc gia đặc biệt với nguồn lực hạn chế, giảm được nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong vì UTV. Trong nghiên cứu này, chỉ có 6,5% phụ nữ thực hành tự khám vú đạt trong số 50,9% người có tự khám vú tại nhà (Bảng 5). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên trên

306 phụ nữ 20 - 49 tuổi tại Thanh Hóa cũng cho thấy chỉ có 13,8% có tự khám vú và 17% có đi khám vú lâm sàng [9]. Tác giả Pinar Erbay và cs chỉ có 40,9% phụ nữ đã thực hành tự khám vú trong 12 tháng trước và 25,0% đã đi kiểm tra vú [8] hay tác giả O Abimbola nghiên cứu tại Ethiopia cũng chỉ có 6,4% xác định tự khám vú và 1,2% có khám lâm sàng vú [7]. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò của giáo dục truyền thông trong việc phòng chống UTV. Cần có những chương trình can thiệp để nâng cao nhận thức về UTV, giúp người dân tự phòng bệnh và phát hiện sớm, giảm gánh nặng bệnh UTV cho cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhận thức chung của phụ nữ về bệnh ung thư vú còn hạn chế ở đối tượng nghiên cứu tại các xã ven biển huyện Thủy Nguyên, đặc biệt là thực hành phát hiện sớm ung thư vú, với kiến thức đạt về triệu chứng bệnh UTV là 56,8%; về các yếu tố nguy cơ gây UTV là 33,7%; về phòng ngừa UTV là 77,4%; về các phương pháp phát hiện UTV là 49,6%. Trên 90% phụ nữ ở có thái độ tích cực cao với bệnh UTV nhưng việc thực hành phát hiện sớm UTV còn rất thấp, chỉ có 48,1% phụ nữ đã từng đi khám vú; tỉ lệ phụ nữ có đi khám vú lâm sàng định kì và tỉ lệ tự khám vú đạt chỉ đạt 6,5%.

Do đó, cần nỗ lực đẩy mạnh các chương trình giáo dục sức khỏe, phổ biến rộng rãi trên mọi kênh thông tin để nâng cao trình độ hiểu biết của phụ nữ về UTV cũng như các chương trình sàng lọc cộng đồng giúp phát hiện sớm UTV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **María R. Schettino, María A. Hernández-Valero, Rocío Moguel, Richard A. Hajek, Lovell A. Jones** Assessing Breast Cancer Knowledge, Beliefs, and Misconceptions Among Latinas in Houston, Texas, *Journal of Cancer Education*, Vol. 21, No. 1, suppl: pages S42-S46
2. **Nguyễn Hữu Châu (2015)** “Khảo sát các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về ung thư vú ở phụ nữ 20-60 tuổi tại tỉnh Khánh Hòa năm 2015”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 3 – 2016.
3. **Michael N Okobia, Clareann H Bunker, Friday E Okonofua and Usifo Osime:** Knowledge attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross sectional Study. *World Journal of Surgical Oncology* 2006;4 :11
4. **Amira S. Ahmed¹, Rehab M. El-Gharabawy², Haneen O. AL-Suhaibany³ (2015)** “Knowledge, Attitude and Practice about Breast Cancer among Women in Saudi Arabia. *MedPub Journals*”, <http://journals.imed.pub>
5. **Dundar E.P. and et al:** The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006,6:43
6. **Margaret S.T Chua and et al,** Knowledge, perception and attitudes of Hongkong Chinese women on screening mammography and early breast cancer management. *The breast Journal* 2005;11:52-56.
7. **Oluwatosin O. A., Oladepo O.:** Knowledge of breast cancer and its early detection measures among rural women in Akinyele Local Government Area, Ibadan, Nigeria. *BMC Cancer* 2006,6:271
8. **Paul C, Barratt A, Redman S, Cockburn J, Lowe J:** Knowledge and perceptions about breast cancer incidence, fatality and risk among Australian women. *Aust N Z J Public Health* 1999,23(4):396-400.
9. **Bùi Thị Duyên, Đỗ Thị Thanh Toàn.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thực hành phát hiện sớm ung thư vú của phụ nữ 20 -49 tuổi xã Cẩm Giang, huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 28, số 4 -2018, tr 94 – 100.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2018-2020

Vũ Thị Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định căn nguyên gây bệnh của nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Việt Tiệp. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh trên 39 bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết. Kết quả và kết luận: Nhiễm khuẩn huyết thường gặp ở những bệnh nhân xơ gan mất bù child C với biểu hiện lâm sàng đa dạng, tổn thương nhiều cơ quan, tỷ lệ suy hô hấp, toan chuyển hóa, rối loạn ý thức và sốc nhiễm khuẩn khá cao. Ổ nhiễm khuẩn thường gặp là đường tiêu hóa và hô hấp. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *E. coli*, *K. pneumonia* và *A. hydrophila*.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF SEPSIS IN CIRRHOTIC PATIENTS AT VIET TIEP HOSPITAL IN 2018-2020

Objectives: To review the clinical and subclinical characteristics and determine the cause of sepsis in cirrhotic patients at Viet Tiep Hospital. Subjects and methods: The study described a series of cases in 39 cirrhotic patients with septicemia. Results and conclusions: Sepsis is common in patients with childC decompensated cirrhosis with diverse clinical

manifestations, multiple organ damage, incidence of respiratory failure, metabolic acidosis, consciousness disturbances, and shock infection is quite high. Common foci of infection are gastrointestinal tract and respiratory tract. The most common pathogenic bacteria are *E. coli*, *K. pneumonia* và *A. hydrophila*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh cảnh nặng được mô tả là những phản ứng miễn dịch toàn thân của cơ thể đối với quá trình nhiễm khuẩn có thể dẫn tới rối loạn chức năng nhiều cơ quan và giai đoạn cuối là tử vong. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong sự hiểu biết về sinh lý bệnh học cũng như những tiến bộ trong các công cụ theo dõi huyết động và các biện pháp hồi sức, nhiễm khuẩn huyết vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong các bệnh lý nhiễm trùng. Ở bệnh nhân xơ gan, do tình trạng suy giảm chức năng gan, suy giảm miễn dịch nên tình trạng nhiễm khuẩn huyết rất dễ xảy ra. Hiện nay, chẩn đoán căn nguyên và điều trị sớm nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân xơ gan còn gặp nhiều khó khăn và là mối quan tâm lớn của hầu hết các cơ sở y tế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2018-2020 và xác định căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết ở những đối tượng trên.

*Trường Đại học y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính:

Email: Vttrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 39 bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết điều trị bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan dựa vào 2 hội chứng: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết (theo tiêu chuẩn sepsis 3 và bộ y tế năm 2013): Bệnh nhân có triệu chứng nhiễm khuẩn được chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ kèm qSOFA ≥ 2 điểm (Nhịp thở ≥ 22 lần/phút, thay đổi tri giác, huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg) và cấy máu tìm vi khuẩn dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ khỏi nghiên cứu các trường hợp không được cấy máu, mắc các bệnh suy giảm miễn dịch như

AIDS, bạch cầu cấp, ung thư, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả một loạt các ca bệnh. Chọn mẫu: Thuận tiện.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng của xơ gan (vàng da, phù, cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan, hội chứng gan thận, viêm màng bụng tiên phát), triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết (sốt, khó thở, trụy mạch, sốc, rối loạn ý thức).

- Đặc điểm cận lâm sàng: đánh giá các xét nghiệm về nhiễm khuẩn (bạch cầu, procalcitonin, CRP), các xét nghiệm đánh giá chức năng các cơ quan (hemoglobin, tiểu cầu, PT%, ure, creatin, AST, ALT, bilirubin toàn phần, NH3).

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm spss 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2020 chúng tôi thu được một số kết quả sau.

Bảng 3.1. Tuổi và giới

Chỉ số \ Giới	Nam	Nữ	Tổng
n	34	5	39
%	87,2	12,8	100
Tuổi trung bình	55,26 $\pm$ 11,58	58,32 $\pm$ 10,24	56,18 $\pm$ 10,67

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (87,2%). Độ tuổi trung bình là 56,18 $\pm$ 10,67

Bảng 3.2. Tiên lượng Child-Push

Child-Push	n	%
Child A	2	5,1
Child B	8	20,5
Child C	29	74,3

Nhận xét: Xơ gan Child-Push C chiếm đa số (74,3%)

Bảng 3.3. Triệu chứng của xơ gan

Triệu chứng	n	%
Vàng da	30	76,9
Phù, cổ trướng	31	79,4
Viêm màng bụng tiên phát	9	23,1
Xuất huyết tiêu hóa	7	17,9
Bệnh não gan	8	20,5
Hội chứng gan thận	9	23,1

Nhận xét: Vàng da, phù, cổ trướng là triệu chứng hay gặp chiếm trên 70 %.

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng nhiễm khuẩn huyết

Triệu chứng	n	%
Sốt cao rét run	28	71,8
Sốt nhẹ	8	20,5
Không sốt	3	7,7
Khó thở	15	38,5
Rối loạn ý thức	12	30,8
Trụy mạch, sốc	7	17,9

Nhận xét: Sốt cao rét run chiếm đa số (71,8%).

Bảng 3.5. Các xét nghiệm nhiễm khuẩn

Xét nghiệm	n	%	Trung bình
Bạch cầu (G/l)	> 10	24	12,43 ± 9,25
	< 4	9	
	4 - 10	6	
Procalcitonin (ng/ml)	< 0,5	4	34,27 ± 31,56
	0,5 - < 2,0	5	
	2,0 - 10,0	8	
	> 10,0	22	
CRP (mg/l)	< 10	0	91,8 ± 65,7
	10 - < 40	6	
	40 - 200	23	
	> 200	10	

Nhận xét: Bạch cầu tăng cao gặp ở đa số các bệnh nhân (61,5%). Procalcitonin tăng cao trên 22ng/ml chiếm phần lớn (56,4%), hầu hết tăng CRP trên 40mg/l.

Bảng 3.6. Các xét nghiệm máu đánh giá chức năng các cơ quan

Xét nghiệm	n	%	Trung bình
Ure máu tăng	27	69,2	14,2 ± 6,4
Creatinin tăng	18	46,2	137,1 ± 72,1
Hạ natri máu	20	51,3	131,1 ± 2,3
Hạ/tăng kali máu	35	89,7	3,4 ± 2,3
AST tăng	39	100	146,9 ± 140,6

ALT tăng	39	100	82,9 ± 109,7
Bilirubin tp tăng	31	79,5	139,6 ± 116,2
NH3 tăng	32	82,1	76,5 ± 38,4
Albumin giảm	36	92,3	23,1 ± 4,3
Hemoglobin giảm	39	100	86,8 ± 29,3
Tiểu cầu giảm	39	100	67,3 ± 21,7
Prothrombin giảm	38	97,4	35,4 ± 17,8
Lactat máu tăng	39	100	7,4 ± 4,9
pH máu giảm	9	23,1	7,32 ± 0,21

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có rối loạn chức năng các cơ quan

Bảng 3.7. Đường vào của nhiễm khuẩn huyết

Đường vào	n	%
Tiêu hóa	15	38,5
Hô hấp	11	28,2
Tiết niệu	2	5,1
Da mô mềm	3	7,6
Không rõ	8	20,5

Nhận xét: Đường vào tiêu hóa chiếm 38,5%, hô hấp chiếm 28,2%, 20,5% không xác định được đường vào.

Bảng 3.8. Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết

Vi khuẩn	n	%
<i>E.coli</i>	11	28,2
<i>A.hydrophila</i>	8	20,5
<i>K.pneumonia</i>	8	20,5
<i>S.aureus</i>	3	7,7
<i>V.vulificus</i>	1	2,5
<i>A.baumannii</i>	1	2,5
<i>E.cloacae</i>	1	2,5
<i>Pseudomonas</i>	1	2,5
<i>Salmonella</i>	1	2,5
<i>B.cepacia</i>	1	2,5
<i>S.maltophilia</i>	1	2,5
<i>S.parasanguinis</i>	1	2,5
<i>S.sanguinis</i>	1	2,5
Tổng	39	100,0

Nhận xét: Vi khuẩn hay gặp là *E.coli* (28,2%), *K.pneumonia* (20,5%), *A.hydrophila* (20,5%).

Bảng 3.9. Nhóm vi khuẩn với tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn

Chỉ số	Sốc nhiễm khuẩn	%
Vi khuẩn gram dương	1	14,3
Vi khuẩn gram âm	6	85,7

Nhận xét: Sốc nhiễm khuẩn đa số gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm (85,7%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết trong nghiên cứu này là $56,18 \pm 10,67$, trong đó chủ yếu là nam giới chiếm 87,2%. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết phần lớn ở giai đoạn Child C chiếm 87,3%. Các triệu chứng của xơ gan giai đoạn mất bù biểu hiện tương đối đầy đủ với vàng da chiếm 76,9%, phù và cổ trướng chiếm 79,4%, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa chiếm 17,9%, bệnh não gan gặp ở 20,5% số bệnh nhân, hội chứng gan thận cũng chiếm 23,1%, viêm màng bụng tiên phát gặp ở 23,1% các trường hợp. Về triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết khá đa dạng đặc biệt các triệu chứng bị chông chéo với biểu hiện của xơ gan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các bệnh nhân có biểu hiện sốt cao rét run chiếm 71,8%, có 20,5% các bệnh nhân chỉ sốt nhẹ và 7,7% các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết không có sốt, các trường hợp nhiễm khuẩn huyết không có sốt chúng tôi chỉ phát hiện được khi có biểu hiện trụy mạch và sốc nhiễm khuẩn. Có 38,5% bệnh nhân có biểu hiện khó thở và suy hô hấp, 30,8% các bệnh nhân có biểu hiện rối loạn ý thức từ loạn thần, lơ mơ ngủ gà, cho đến hôn mê. Có 17,9% các trường hợp có biểu hiện trụy mạch và sốc nhiễm khuẩn. Các biểu hiện của nhiễm khuẩn tại các cơ quan thì khá kín đáo, chúng tôi nhận thấy có 38,5% các trường hợp gợi ý đường vào tiêu hóa với

biểu hiện đau bụng và ỉa lỏng. 28,2 % các trường hợp gợi ý đường vào hô hấp với biểu hiện ho khạc đờm và có ran ẩm ở phổi. Chỉ có 3 bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng da, một bệnh nhân có áp xe nang lông và hai bệnh nhân viêm tấy lan tỏa cẳng chân. Có 2 bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn tiết niệu với dấu hiệu tiểu buốt tiểu đục và xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu và nitrit niệu. Có tới 20,5% các bệnh nhân không tìm thấy biểu hiện ổ nhiễm khuẩn tiên phát.

Xét nghiệm các marker nhiễm khuẩn ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này cho thấy, phần lớn các bệnh nhân có tăng các yếu tố nhiễm khuẩn. Trong đó 61,5% các bệnh nhân có tăng bạch cầu và 23,1% có giảm bạch cầu, đặc biệt các trường hợp giảm bạch cầu thường gặp ở những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nặng và xơ gan child C. Trên 80% các trường hợp có tăng procalcitonin và 56,4% bệnh nhân có tăng procalcitonin trên 10ng/ml. Tất cả các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tăng CRP. Như vậy có thể thấy CRP và procalcitonin vẫn là những xét nghiệm khá đặc hiệu trong việc đánh giá các nhiễm trùng toàn thân. Về các xét nghiệm đánh giá chức năng các cơ quan, kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các cơ quan đều biến đổi chức năng, kết quả này vừa là hậu quả của xơ gan vừa là hậu quả của nhiễm khuẩn huyết khiến cho tình trạng bệnh nhân càng trở nên trầm trọng. Có 46,2% bệnh nhân có biểu hiện tăng creatinine máu, 51,35 có biểu hiện hạ natri

máu, 89,7% có rối loạn tăng hoặc hạ kali máu. 100% các trường hợp có tăng enzyme gan, thiếu máu và giảm tiểu cầu. Trên 90% các trường hợp có giảm albumin và tỷ lệ prothrombin. 82,1% có tăng ammoniac huyết thanh. Tất cả các trường hợp đều có tăng lactat máu và có 23,1% có biểu hiện toan chuyển hóa.

Về xét nghiệm vi khuẩn học, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được cấy máu ngay khi vào viện, trước khi dùng kháng sinh. Kết quả cấy máu cho thấy phần lớn các bệnh nhân nhiễm vi khuẩn gram âm, trong đó hay gặp nhất là *Escherichia coli* chiếm 28,2%, *Klebsiella pneumoniae* chiếm 20,5% và *Aeromonas hydrophila* chiếm 20,5%; có 3 trường hợp nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu vàng gặp ở 3 bệnh nhân nhiễm khuẩn đa mô mềm. Các bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn chủ yếu là do vi khuẩn gram âm chiếm 85,7%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết chúng tôi nhận thấy nhiễm khuẩn huyết thường gặp ở những bệnh nhân xơ gan mất bù child C với biểu hiện lâm sàng đa dạng, tổn thương nhiều cơ quan, tỷ lệ suy hô hấp, toan chuyển hóa rối loạn ý thức và sốc nhiễm khuẩn khá cao. Ở nhiễm khuẩn thường gặp là đường tiêu hóa và hô hấp, một tỷ lệ không nhỏ biểu hiện nhiễm khuẩn kín đáo không xác định được

đường vào. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *E. coli*, *K. pneumonia*, *A. hydrophila*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bishal Gyawali, Karan Ramakrishna and Amit S Dhamoon (2019)** Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. SAGE Open Medicine (7): 1–13.
2. **Nguyen HB, Jaehne AK, Jayaprakash N, et al. (2016)** Early goal-directed therapy in severe sepsis and septic shock: insights and comparisons to ProCESS, ProMISe, and ARISE. Crit Care 2016; 20(1): 160.
3. **Preveden Tomislav, (2015)** Bacterial infections in patients with liver cirrhosis. Medicinski pregled 68 (5-6), 187-191.
4. **The European Association for the Study of the Liver (2016)**, EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis, J Hepatol, 53(3), pp. 397-417.
5. **Vu Quoc Dat, et al, (2017)** Bacterial bloodstream infections in a tertiary infectious diseases hospital in Northern Vietnam: aetiology, drug resistance, and treatment outcome. BMC Infectious Diseases, (17): 493.
6. **Yangxin Xie, et al, (2017)** Bacterial distributions and prognosis of bloodstream infections in patients with liver cirrhosis. Scientific Reports, (7): 11482.

MỐI LIÊN QUAN CÁC YẾU TỐ VỚI CHIỀU DÀI KÊNH CỔ TỬ CUNG Ở THAI PHỤ TỪ 16 - 24 TUẦN QUA SIÊU ÂM ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Lê Anh Nam¹, Phạm Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan của thai phụ như tuổi, BMI tiền thai, tiền sử sản khoa, tuổi thai với chiều dài kênh cổ tử cung.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 199 thai phụ có tuổi thai từ 16 tuần - 24 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ 01.01.2019 đến 30.04.2019.

Kết quả và kết luận: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần sinh con đủ tháng của thai phụ và tuần tuổi thai với chiều dài kênh cổ tử cung, chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố tuổi thai phụ, BMI trước khi mang thai, tiền sử sảy thai với chiều dài kênh cổ tử cung.

Từ khóa: mối liên quan, chiều dài kênh cổ tử cung, tuổi thai 16 - 24 tuần, siêu âm đường âm đạo.

SUMMARY

RELATIONSHIP FACTORS TO THE LENGTH OF THE CERVICAL IN PREGNANCY FROM 16 TO 24 WEEK BY VAGINAL ULTRASOUND AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Describe some relevant factors of the pregnant woman such as age, pre-natal BMI,

obstetric history, gestational age with cervical length.

Materials and study method: Cross-sectional descriptive study in 199 pregnant women from 16 weeks to 24 weeks gestation to the antenatal check-up at Hai Phong Obstetrics Hospital from 01.01.2019 to 30.04.2019

Result and conclusion: There was a statistically significant correlation between the number of term births of pregnant women and the gestational age week with the length of the cervical canal, no association was found between the factors of gestational age, pre-pregnancy BMI, a history of miscarriage with cervical length.

Keywords: cervical canal length, 16-24 weeks gestation, vaginal ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cổ tử cung là cửa ngõ vào buồng tử cung, đóng vai trò quan trọng trong quá trình mang thai, giữ cho thai phát triển. Độ dài cổ tử cung là một trong những triệu chứng thực thể, phản ánh phản ánh kết quả tác động của con co tử cung. Sự ngắn đi của cổ tử cung trước khi thai đủ trưởng thành là một dấu chứng quan trọng của dọa sảy thai hoặc chuyển dạ sinh non. Sinh non hiện vẫn là một thách thức của y học và là nguyên nhân chính của bệnh và tử vong chu sinh. Sinh non không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe từng cá thể mỗi gia đình, mà còn là gánh nặng cho toàn xã hội, gây nhiều tổn kém trong chăm sóc y tế cũng như giáo dục.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm: Lê Anh Nam

Email: dr.leanhnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu sử dụng chỉ số chiều dài kênh cổ tử cung nhằm đánh giá nguy cơ dẫn đến sảy thai to hay chuyển dạ sinh non, đa số những nghiên cứu này được thực hiện ở ba tháng giữa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Mối liên quan các yếu tố với chiều dài kênh cổ tử cung ở thai phụ từ 16 - 24 tuần qua siêu âm đường âm đạo*" ở Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng với mục tiêu sau: "Mô tả một số yếu tố liên quan của thai phụ như tuổi, BMI tiền thai, tiền sử sản khoa, tuổi thai với chiều dài kênh cổ tử cung".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả các thai phụ đơn thai, thai sống, tuổi thai từ 16 - 24 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tiền sử phẫu thuật trên tử cung như mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ tử cung...

+ Tiền sử sảy thai tự nhiên ≥ 2 lần hay ít nhất 1 lần sinh non tự nhiên > 20 tuần.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01.01.2019 đến 30.04.2019 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:
$$n = \frac{Z^2 \cdot sd^2}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu (số đối tượng cần nghiên cứu).

- Z: khoảng tin cậy: $Z = 1,96$.

- sd: độ lệch chuẩn, $sd = 4,095$ (theo Nguyễn Công Định năm 2009).

- d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn được tính bằng $\epsilon \cdot \bar{X}$, trong đó:

$\bar{X}$: trung bình nghiên cứu = 40,256 mm (theo Nguyễn Công Định năm 2009).

ϵ : độ chính xác = 0,05.

Áp dụng công thức ta có thể tính được cỡ mẫu cho nghiên cứu:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 4,095^2}{40,256^2 \cdot 0,05^2} = 15,09$$

Do $n = 15,09$, ước tính tỉ lệ mất mẫu là 10% nên ở mỗi tầng nghiên cứu chúng tôi làm tròn thành 18 đối tượng nghiên cứu. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát độ dài cổ tử cung tương ứng với mỗi tuổi thai từ 16 - 24 tuần nên số tầng nghiên cứu là 9. Như vậy, nghiên cứu này cần phải có mẫu ít nhất là 162 đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/04/2019, tại khoa Chẩn đoán trước sinh có 204 trường hợp đến khám thai thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu nên chúng tôi lấy cả 204 trường hợp để nghiên cứu có độ tin cậy cao hơn. Trong đó có 5 trường hợp nghiên cứu thử không được đưa vào kết quả.

- **Phương tiện nghiên cứu:** máy siêu âm 4D và 5D tại khoa chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu****Bảng 0.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu**

	n = 199	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)		
< 20	2	1,0
≥ 20	197	99,0
≤ 30	123	61,8
≥ 31	76	38,2
BMI tiền thai		
Nhẹ cân	40	20,1
Bình thường	136	68,3
Thừa cân	23	11,6
Số lần sinh		
Chưa sinh	83	41,7
1 con	89	44,7
2 con	23	11,6
3 con	4	2,0
Số lần sảy		
Không	138	69,3
1 lần	61	30,7

Nhận xét: Ở ngưỡng cắt 20 tuổi, 99% là thai phụ ≥ 20 tuổi. Ở ngưỡng cắt 30 tuổi, số thai phụ ≤ 30 tuổi chiếm tỉ lệ là 61,8%. Nhóm BMI bình thường gặp với tỉ lệ cao nhất là 68,3%.

Mối liên quan giữa giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung với đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 0.2. Bảng so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm tuổi, tiền sử sảy thai

		Mẫu	Trung bình (mm)	 t 	p
Nhóm tuổi	< 20	2	34,50 (4,95)	0,727	> 0,05
	≥ 20	197	34,90 (5,04)		
	≤ 30	123	35,86 (5,40)	0,075	< 0,05
	≥ 31	76	34,30 (4,70)		
Tiền sử sảy thai	Không	138	34,88 (4,91)	0,560	> 0,05
	1 lần	61	34,94 (5,31)		

Nhận xét: Ở ngưỡng cắt 30 tuổi, qua phép kiểm T-Test cho thấy rằng sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi là có ý nghĩa thống kê với $|t| = 0,075$ và $p = 0,033$. Bằng phép kiểm T-Test so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa 2 nhóm có và không có tiền sử sảy thai ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 0.3. Bảng so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm BMI tiền thai, sinh con đủ tháng

	Mẫu	Trung bình (mm)	F	p
BMI tiền thai				
Nhẹ cân.	40	33,36 (4,70)	2,375	> 0,05
Bình thường.	136	35,23 (5,06)		
Thừa cân.	23	35,57 (5,03)		
Sinh con đủ tháng				
Chưa sinh.	83	33,95 (4,92)	4,964	< 0,05
1 con.	89	35,03 (4,97)		
≥ 2 con.	27	37,30 (4,73)		

Nhận xét: So sánh chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm BMI, chiều dài kênh cổ tử cung chênh lệch không nhiều. Khi thực hiện phép kiểm ANOVA, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: $F = 2,375$ với $p = 0,096$.

Bảng 0.4. Bảng so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm tiền sử sinh con đủ tháng

Số lần	Mẫu	Trung bình (mm)	F	p
Chưa sinh.	83	33,95 (4,92)	4,964	< 0,05
1 con.	89	35,03 (4,97)		
≥ 2 con.	27	37,30 (4,73)		
Tổng số.	199	34,90 (5,02)		

Nhận xét: Phân tích ANOVA so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm có số lần sinh con khác nhau, chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: $F = 4,964$ với $p = 0,008$.

Bảng 0.5. Bảng so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm tiền sử sinh con đủ tháng

Số lần sinh con đủ tháng	Trung bình (mm)	t	p
Chưa sinh.	33,95 (4,92)	0,639	> 0,05
1 con.	35,03 (4,97)		
≥ 2 con.	37,30 (4,73)	0,983	< 0,05
Chưa sinh.	33,95 (4,92)		
≥ 2 con.	37,30 (4,73)	0,750	< 0,05
1 con.	35,03 (4,97)		

Nhận xét: Tiến hành phép kiểm T-Test từng cặp, thai phụ đã sinh ≥ 2 lần và thai phụ sinh con so và những thai phụ đã 1 lần sinh con đủ tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Phân tích đơn biến mối liên quan giữa giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung với các đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 0.6. Bảng phân tích đơn biến mối liên quan giữa giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung với đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	r	r²	p
Tuổi thai phụ	0,133	0,018	0,061
BMI trước mang thai	0,097	0,009	0,172
Số lần sinh con đủ tháng	0,213	0,045	0,003
Tiền sử sảy thai	0,006	0,000	0,933
Tuổi thai	0,173	0,030	0,015

Nhận xét: Hệ số tương quan r chỉ ra số lần sinh con đủ tháng và tuổi thai là hai yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chiều dài kênh cổ tử cung ở tuổi thai từ 16 - 24 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa chiều dài kênh cổ tử cung và tuổi thai phụ

So sánh với nghiên cứu của Petrovic (2008) [2], chúng tôi tìm thấy sự dài hơn có ý nghĩa thống kê của chiều dài kênh cổ tử cung ở những thai phụ trong nhóm tuổi ≤ 30 so với nhóm tuổi ≥ 31 .

Nghiên cứu của Eramus [3] nhận thấy rằng những thai phụ < 20 tuổi có chiều dài kênh cổ tử cung ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với những thai phụ ≥ 20 tuổi. Kết quả của những nghiên cứu này khác với chúng tôi, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tuổi này vì ở nhóm tuổi < 20 trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 thai phụ.

Mối liên quan BMI tiền thai với chiều dài kênh cổ tử cung

Khi so sánh giá trị trung bình chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm của biến số BMI, chúng tôi nhận thấy có sự tăng dần của trị số trung bình ứng với sự tăng lên của chỉ số BMI. Kết quả này của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Việt Anh

[1], và không tìm thấy mối liên quan giữa chiều dài kênh cổ tử cung với chỉ số BMI trước mang thai, kết luận này giống với nghiên cứu của Eramus [3].

Mối liên quan số lần sinh đủ tháng với chiều dài kênh cổ tử cung.

Khi so sánh chiều dài kênh cổ tử cung giữa các nhóm tiền sử sinh con đủ tháng, chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiều dài kênh cổ tử cung, cụ thể, nhóm thai phụ đã từng sinh ≥ 2 lần có chiều dài kênh cổ tử cung dài hơn có ý nghĩa thống kê so với những thai phụ đã sinh con 1 lần và những thai phụ chưa sinh lần nào. Sau khi phân tích đa biến loại trừ yếu tố gây nhiễu, chúng tôi vẫn thấy có mối liên quan giữa số lần sinh con đủ tháng và chiều dài kênh cổ tử cung. Giống với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Nguyễn Thị Việt Anh cũng thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiều dài kênh cổ tử cung giữa nhóm thai phụ sinh con rạ với nhóm thai phụ sinh con so ở tuổi thai từ tuần thứ 20 trở đi [1].

Mối liên quan giữa tiền sử sảy thai với chiều dài kênh cổ tử cung

Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Heath [4], điều này có thể giải thích do mục tiêu chính trong nghiên cứu của Heath là tìm mối liên quan giữa các yếu tố tiền sử sản khoa với chiều dài kênh cổ tử cung nên cỡ mẫu đủ năng lực để tìm ra mối liên quan giữa tiền sử sảy thai với chiều dài kênh cổ tử cung. Bên cạnh đó, sự khác biệt trong kết luận của chúng tôi với Heath có thể giải thích do sự khác nhau về chủng tộc của dân số nghiên cứu và tuổi thai nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần sinh con đủ tháng của thai phụ và tuần tuổi thai với chiều dài kênh cổ tử cung. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố

tuổi thai phụ, BMI trước khi mang thai, tiền sử sảy thai với chiều dài kênh cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Việt Anh (2016)**, "Nghiên cứu độ dài cổ tử cung ở những thai phụ có tuổi thai từ 12 tuần đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Luận văn thạc sỹ y học.
2. **Petrovic D., Novakov-Mikic A., Mandic V. (2008)**, "Socio-demographic factors and cervical length in pregnancy", Med Pregl, 61 (9-10), pp. 443-51.
3. **Erasmus I., Nicolaou E., van Gelderen C. J., et al. (2005)**, "Cervical length at 23 weeks' gestation--relation to demographic characteristics and previous obstetric history in South African women", S Afr Med J, 95 (9), pp. 691-5.

NGHIÊN CỨU MẬT ĐỘ XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP DEXA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Phạm Thị Thu Thủy*, Khổng Thị Vân Anh*,
Đỗ Đình Tiệp*, Trần Thị Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mật độ xương bằng phương pháp DEXA và xác định một số yếu tố liên quan với mật độ xương ở phụ nữ sau sinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 145 bệnh nhân nữ đã từng sinh con, được chỉ định đo mật độ xương tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 9/2020. **Kết quả:** Mật độ xương tại cột sống thắt lưng là $0,816 \pm 0,15$ và tại cổ xương đùi là $0,675 \pm 0,12$. Tỷ lệ loãng xương và thiếu xương tại cột sống thắt lưng là 49,7% và 26,9%, tại cổ xương đùi là 35,2% và 37,9%. Có mối liên quan mật độ xương cột sống thắt lưng, cổ xương đùi với tuổi ($p < 0,05$), tình trạng mãn kinh ($p < 0,01$), thời gian mãn kinh ($p < 0,01$). Không có mối liên quan loãng xương với số lần sinh con ($p > 0,05$), hoạt động thể lực ($p > 0,05$), BMI ($p > 0,05$). Có sự tương quan nghịch mật độ xương tại cột sống thắt lưng với tuổi ($r = -0,558$, $n = 145$, $p < 0,001$), mật độ xương tại cổ xương đùi với tuổi ($r = -0,653$, $n = 145$, $p < 0,001$). Không có sự tương quan giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng và mật độ xương tại cổ xương đùi với BMI. **Kết luận:** tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi và thời gian mãn kinh, mật độ xương giảm dần theo tuổi và thời gian mãn kinh.

Từ khóa: mật độ xương, loãng xương, DEXA.

SUMMARY

RESEARCH ON BONE DENSITY USING DEXA METHOD AND FACTORS ASSOCIATED WITH OSTEOPOROSIS IN POSTPARTUM FEMALES AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objectives: To describe bone density by DEXA method and determine the factors associated with bone density in postpartum women. **Subjects and Methods:** A cross-sectional description study was carried out on 145 female patients who had had given birth to a child. Their bone densities were measured in the imaging diagnostic department at Haiphong Medical University Hospital from January 2020 to September 2020. **Results:** Bone density at the lumbar spine was $0,816 \pm 0,15$, at the femoral neck was $0,675 \pm 0,12$. The ratio of osteoporosis and osteopenia at the lumbar spine was 49,7% and 26,9%, at the femoral neck was 35,2% and 37,9%. There was a correlation between bone density with age ($p < 0,05$), menopause ($p < 0,01$), menopause time ($p < 0,01$). There was no correlation between osteoporosis with the times of birth ($p > 0,05$), physical activity ($p > 0,05$), BMI ($p > 0,05$). There was a negative correlation between bone density at the lumbar spine and age ($r = -0,558$, $n = 145$, $p < 0,001$), bone density at the femoral neck and age ($r = -0,653$, $n = 145$, $p < 0,001$). There was no correlation between bone density at the lumbar spine and BMI,

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Thủy
Email: pttthuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 31.5.2021

between bone density at the femoral neck and BMI. **Conclusions:** The ratio of osteoporosis increases with age and menopause time, the bone density decreases with age and menopause time.

Keywords: bone density, osteoporosis, DEXA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là tình trạng giảm mật độ chất khoáng của mô xương. Đây là một bệnh lý hay gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây đau xương, gãy xương dẫn đến giảm hoặc mất khả năng vận động. Bệnh lý loãng xương chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: tuổi, giới, chế độ dinh dưỡng, chế độ lao động, số lần sinh con, tiền sử chấn thương... Khảo sát mật độ xương bằng phương pháp DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry) là một thăm dò khách quan và chính xác trong nghiên cứu loãng xương.

Xác định mật độ xương và đánh giá mối liên quan giữa mật độ xương với các yếu tố nguy cơ loãng xương giúp các thầy thuốc lâm sàng có kế hoạch phòng ngừa và điều trị loãng xương, đồng thời biết được nhóm có nguy cơ loãng xương cao để can thiệp sớm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả mật độ xương bằng phương pháp DEXA và xác định một số yếu tố liên quan với mật độ xương ở phụ nữ sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

145 bệnh nhân nữ đã từng sinh con, được chỉ định đo mật độ xương tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn chọn:
- + Phụ nữ đã từng sinh một hoặc nhiều con.
- + Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các đối tượng đang điều trị các thuốc làm ảnh hưởng đến mật độ xương.

+ Các đối tượng bị mắc các bệnh gây loãng xương thứ phát: cường giáp, cường cận giáp, suy thận mạn, viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp... hoặc đang mắc các bệnh cấp tính.

+ Các đối tượng không đo được mật độ xương bằng phương pháp DEXA.

+ Các đối tượng không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- Thời gian: từ tháng 01/2020 đến tháng 9/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.3.2. Phương tiện nghiên cứu

Máy đo mật độ xương theo phương pháp DEXA.

2.3.3. Các bước nghiên cứu

Chọn mẫu nghiên cứu → Thu thập thông tin (Phiếu điều tra) → Đo mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng → Phân tích, đánh giá kết quả.

2.3.4. Các biến số nghiên cứu

a. Tuổi: chia 3 nhóm:

- Nhóm 1 : ≤ 45 tuổi
- Nhóm 2 : $45 < \text{và} \leq 59$ tuổi
- Nhóm 3 : ≥ 60 tuổi

b. Số lần sinh con: chia 2 nhóm

- 1-2 con
- ≥ 3 con

c. Thời gian mãn kinh: Vì 10 năm đầu sau mãn kinh là pha mất xương nhanh nên chúng tôi chia thời gian mãn kinh ra 2 nhóm

- Nhóm 1: ≤ 10 năm
- Nhóm 2: > 10 năm

d. *Hoạt động thể lực*: gồm 2 giá trị có hoặc không. Được tính là có hoạt động thể lực khi có lao động nặng (làm việc bằng chân tay, môi trường ngoài trời, hao tổn nhiều công sức) hoặc tập thể dục, đi bộ, tập dưỡng sinh... ít nhất 4 giờ / tuần.

e. *BMI*: Tính chỉ số khối cơ thể (BMI): Cân nặng (kg) / (Chiều cao)² (m²). Chẩn đoán thừa cân béo phì dựa vào Tiêu chuẩn đánh giá béo phì của WHO năm 2000 dành

cho người châu Á trưởng thành [10].

f. *Đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA*

- Mục đích: đo mật độ xương của cột sống thắt lưng và cổ xương đùi bằng phương pháp hấp thụ năng lượng tia X kép.

- Phương tiện: Máy OSTEASYS R1AA008 do Hàn Quốc sản xuất.

- Đánh giá kết quả: Dựa vào Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương (WHO 1994).

Bảng 2.1. Chẩn đoán loãng xương dựa vào chỉ số T

Chỉ số T (T)	Phân loại chẩn đoán
T > -1	Bình thường
T ≤ -1 đến T > -2,5	Thiếu xương (Osteopenia)
T ≤ -2,5	Loãng xương (Osteoporosis)
T ≤ -2,5 kèm có tiền sử gãy xương	Loãng xương nặng (Severe osteoporosis)

Với: - 1T: 1 độ lệch chuẩn trên giá trị trung bình của người trẻ, khỏe.

- 1T: 1 độ lệch chuẩn dưới giá trị trung bình của người trẻ, khỏe

2.4. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)
Tuổi	≤ 45 tuổi
	21 (14,5)
	45 < và ≤ 59 tuổi
	59 (40,7)
	≥ 60 tuổi
	65 (44,8)
	Tuổi trung bình
	56,2 ± 11,7
	Tuổi lớn nhất, nhỏ nhất
	Tmax = 80, Tmin = 26
Tình trạng mãn kinh	Chưa mãn kinh
	42 (29)
	Mãn kinh
	103 (71)
Thời gian mãn kinh (năm)	≤ 10
	40 (38,8)
	> 10
	63 (61,2)
Số lần sinh con (lần)	1-2
	90 (62)
	≥ 3
	55(38)
Hoạt động thể lực	Có
	84 (58)
	Không
	61 (42)
BMI (kg/m ²)	Bình thường
	89 (61,4)
	Thừa cân
	42(29)
	Béo phì
	14 (9,6)

3.2. Mật độ xương

Bảng 3.2. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

Phân loại	Cột sống thắt lưng		Cổ xương đùi	
	n	%	n	%
Bình thường (Chỉ số T > -1)	34	23,4	39	26,9
Thiếu xương (-2,5 < Chỉ số T ≤ -1)	39	26,9	55	37,9
Loãng xương (Chỉ số T ≤ -2,5)	72	49,7	51	35,2
Tổng	145	100	145	100
Mật độ xương (g/cm ²)	0,816±0,15		0,675±0,12	

3.3. Liên quan mật độ xương với các yếu tố nguy cơ loãng xương

Bảng 3.3. Liên quan mật độ xương với tuổi, tình trạng mãn kinh và thời gian mãn kinh

Mật độ xương (g/cm ²)		Cột sống thắt lưng	Cổ xương đùi
Các yếu tố nguy cơ loãng xương			
Tuổi	≤ 45	0,89 ± 0,12	0,71 ± 0,11
	45 < và ≤ 59	0,87 ± 0,12	0,68 ± 0,10
	≥ 60	0,75 ± 0,11	0,54 ± 0,09
	p	p< 0,05	p< 0,05
Tình trạng mãn kinh	Chưa mãn kinh	0,91 ± 0,10	0,72± 0,08
	Mãn kinh	0,75 ± 0,11	0,61 ± 0,09
	p	p< 0,01	p< 0,01
Thời gian mãn kinh	≤ 10 năm	0,83 ± 0,12	0,65 ±0,09
	>10 năm	0,71 ± 0,11	0,55 ± 0,08
	p	p< 0,01	p< 0,01

Bảng 3.4. Liên quan loãng xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi với số lần sinh con, hoạt động thể lực và BMI.

Chỉ số T		Loãng xương (Chỉ số T ≤ -2,5)		Không loãng xương (Chỉ số T > -2,5)	
		CSTL	CXD	CSTL	CXD
Số lần sinh con	1-2	42	46	48	44
	≥ 3	29	30	26	25
	Tổng	71	76	74	69
	OR(CSTL) = 1,28 (CI 95%: 0,65 ÷ 2,50); p > 0,05 OR (CXĐ) = 1,15 (CI 95%: 0,59 ÷ 2,25); p > 0,05				
Hoạt động thể lực	Có	36	25	48	59
	Không	32	33	29	28
	Tổng	68	58	77	87
	OR (CSTL) = 0,68 (CI 95%: 0,35 ÷ 1,32); p > 0,05				

	OR (CXĐ) = 0,36 (CI 95%: 0,18 ÷ 0,72); p < 0,01		
BMI		Mật độ xương CSTL	Mật độ xương CXĐ
	Bình thường	0,79 ± 0,14	0,62 ± 0,11
	Thừa cân, béo phì	0,81 ± 0,14	0,65 ± 0,11
	p	p > 0,05	p > 0,05

Bảng 3.5. Tương quan mật độ xương với tuổi và BMI

Chỉ số	Mật độ xương tại CSTL		Mật độ xương tại CXĐ	
	r	p	r	p
Tuổi (năm)	-0,558	< 0,001	-0,653	< 0,001
BMI (kg/m ²)	0,114	> 0,05	0,001	> 0,05

Có sự tương quan nghịch giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng với tuổi: hệ số tương quan $r = -0,558$ ($p < 0,001$), $y = -0,007x + 1,403$; mật độ xương tại cổ xương đùi với tuổi: hệ số tương quan $r = -0,653$ ($p < 0,001$), $y = -0,006x + 1,107$.

Không có sự tương quan giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng với BMI, giữa mật độ xương tại cổ xương đùi với BMI.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mật độ xương của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ xương tại cột sống thắt lưng là $0,816 \pm 0,15$ và mật độ xương tại cổ xương đùi là $0,675 \pm 0,12$ (Bảng 3.2).

Theo Chapurlat R.D. và cộng sự, phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh bị mất xương đáng kể ở các vị trí: cổ xương đùi, mấu chuyển lớn và cột sống thắt lưng [6]. Kết quả nghiên cứu của Kim K.C. và cộng sự, ở 907 phụ nữ Hàn quốc mãn kinh khỏe mạnh đã chứng minh rằng tỉ lệ mỡ trong cơ thể và vòng bụng có liên quan đến mật độ xương thấp và là nguy cơ cao cho gãy xương cột sống [8].

4.1.2. Phân loại mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

Tại cột sống thắt lưng, tỷ lệ thiếu xương là 26,9% và tỷ lệ loãng xương là 49,7%. Phân loại mật độ xương tại cổ xương đùi, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thiếu xương và

loãng xương lần lượt là 37,9% và 35,2% (Bảng 3.2). Tỷ lệ loãng xương và thiếu xương trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hải Yến, tỉ lệ loãng xương đo ở vị trí cổ xương đùi ở phụ nữ > 50 tuổi là 21% và tỉ lệ thiếu xương là 19% [4].

4.2. Liên quan và tương quan mật độ xương với các yếu tố nguy cơ loãng xương

4.2.1. Mật độ xương với tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi được chia 3 nhóm là: ≤ 45 tuổi, $45 < \text{tuổi} \leq 59$ và ≥ 60 tuổi. Mật độ xương tại cổ xương đùi và cột sống thắt lưng của nhóm ≤ 45 tuổi và nhóm $45 < \text{tuổi} \leq 59$ là tương đương nhau. Mật độ xương của 2 nhóm tuổi này đều cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.3).

Theo kết quả Bảng 3.5, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan nghịch giữa mật độ xương với tuổi. Nghiên cứu của Lê Thị Huệ và cộng sự, nghiên cứu ở 73 bệnh nhân nữ ≥ 50 tuổi, các tác giả kết luận tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi và mật độ xương giảm dần theo tuổi [3].

4.2.2. Mật độ xương với tình trạng mãn kinh

Mãn kinh làm suy giảm nồng độ estrogen ảnh hưởng đến mật độ xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 145 phụ nữ đã sinh con, có 42 đối tượng chưa mãn kinh và 103 đối tượng mãn kinh. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng nhóm chưa mãn kinh là $(0,91 \pm 0,10)$ và nhóm mãn kinh là $(0,75 \pm 0,11)$. Mật độ xương tại cổ xương đùi nhóm chưa mãn kinh là $(0,72 \pm 0,08)$ và nhóm mãn kinh là $(0,61 \pm 0,09)$. Chúng tôi nhận thấy nhóm mãn kinh có mật độ xương thấp hơn nhóm chưa mãn kinh, có sự khác biệt ($p < 0,01$) (Bảng 3.3).

Tác giả Đặng Thị Hải Yến [4] nghiên cứu ở 410 phụ nữ ≥ 50 tuổi kết luận phụ nữ đã mãn kinh có tỉ lệ thiếu xương và loãng xương cao hơn phụ nữ chưa mãn kinh, điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.3. Mật độ xương với thời gian mãn kinh

Chúng tôi nhận thấy nhóm có thời gian mãn kinh > 10 năm mật độ xương giảm so với nhóm có thời gian mãn kinh ≤ 10 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.3). Loãng xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi, nhóm có thời gian mãn kinh > 10 năm nguy cơ loãng xương cao hơn nhóm có thời gian mãn kinh ≤ 10 năm.

Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Dũng [1], nguy cơ loãng xương ở nhóm phụ nữ có thời gian mãn kinh > 10 năm cao hơn 4,17 lần so với nhóm phụ nữ có thời gian mãn kinh ≤ 10 năm, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.4. Mật độ xương với số lần sinh con

Kết quả Bảng 3.4, trong 55 trường hợp có số lần sinh con ≥ 3 , có 29 trường hợp loãng xương CSTL và 26 trường hợp không

loãng xương CSTL. Trong 90 trường hợp có số lần sinh con 1 - 2, có 42 trường hợp loãng xương CSTL và 48 trường hợp không loãng xương CSTL. Không tìm thấy mối liên quan loãng xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi với số lần sinh con với ($p > 0,05$). Tác giả Đặng Thị Hải Yến [4] nghiên cứu ở 410 phụ nữ ≥ 50 tuổi kết luận những phụ nữ có số lần sinh con ≥ 3 có tỷ lệ loãng xương và thiếu xương cao hơn những phụ nữ < 3 con. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.5. Mật độ xương với hoạt động thể lực

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 84 đối tượng có hoạt động thể lực (58%) và 61 người không hoạt động thể lực (42%). Trong tổng số 84 trường hợp có hoạt động thể lực có 36 trường hợp có loãng xương CSTL và 48 trường hợp không loãng xương CSTL. Không có mối liên quan loãng xương cột sống thắt lưng với hoạt động thể lực ($p > 0,05$). Trong tổng số 84 trường hợp có hoạt động thể lực có 25 trường hợp có loãng xương CXĐ và 59 trường hợp không loãng xương CXĐ. Không có mối liên quan loãng xương CXĐ với hoạt động thể lực ($p > 0,05$) (Bảng 3.4).

Tác giả Bijelic R. và cộng sự nghiên cứu trên 100 phụ nữ mãn kinh được chẩn đoán loãng xương bằng phương pháp DEXA, nhóm chứng gồm 100 phụ nữ mãn kinh không loãng xương. Tác giả kết luận hoạt động thể lực là yếu tố bảo vệ để duy trì khối lượng xương [5].

4.2.6. Mật độ xương với BMI

Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt mật độ xương tại cổ xương đùi và cột sống thắt lưng giữa 2 nhóm: bình thường và thừa cân, béo phì (Bảng 3.4). Qua phân tích tương quan mật độ xương với BMI của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy không có sự tương quan giữa loãng xương

tại cột sống thắt lưng và tại cổ xương đùi với BMI. Nghiên cứu của Lưu Ngọc Giang (2019) lại tìm thấy sự tương quan thuận giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng với BMI, hệ số tương quan $r = 0,19$ ($p < 0,05$), giữa mật độ xương tại cổ xương đùi với BMI, hệ số tương quan $r = 0,20$ ($p < 0,05$) [2]. Nghiên cứu của Greco EA và cộng sự nghiên cứu ở 398 người béo phì, kết luận BMI tương quan nghịch với mật độ xương cột sống thắt lưng [7].

V. KẾT LUẬN

5.1. Mật độ xương ở phụ nữ sau sinh

- Mật độ xương tại cột sống thắt lưng là $0,816 \pm 0,15$ và mật độ xương tại cổ xương đùi là $0,675 \pm 0,12$.

- Tỷ lệ loãng xương và thiếu xương tại cột sống thắt lưng là 49,7% và 26,9%, tại cổ xương đùi là 35,2% và 37,9%.

5.2. Mối liên quan giữa mật độ xương với các yếu tố nguy cơ loãng xương

- Có mối liên quan giữa mật độ xương với tuổi ($p < 0,05$), với tình trạng mãn kinh ($p < 0,01$) và với thời gian mãn kinh ($p < 0,01$).

- Không có mối liên quan loãng xương với số lần sinh con ($p > 0,05$), hoạt động thể lực ($p > 0,05$), BMI ($p > 0,05$).

- Có sự tương quan nghịch, mức độ vừa giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng với tuổi ($r = -0,558$, $n=145$, $p < 0,001$). Có sự tương quan nghịch, mức độ mạnh giữa mật độ xương tại cổ xương đùi với tuổi ($r = -0,653$, $n=145$, $p < 0,001$).

- Không có sự tương quan giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng và mật độ xương tại cổ xương đùi với BMI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Dũng (2017), “Nghiên cứu mật độ xương, các yếu tố nguy cơ loãng xương,

sự thay đổi một số dấu ấn chu chuyển xương ở phụ nữ sau mãn kinh được bổ sung sữa đậu nành có tăng cường vitamin D và Canxi tại cộng đồng”, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

2. Lưu Ngọc Giang (2019), “Nghiên cứu mật độ xương, kháng insulin và các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 45 tuổi thừa cân, béo phì”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
3. Lê Thị Huệ, Nguyễn Trung Kiên, Đỗ Thị Kim Yến (2014), “Khảo sát tình trạng loãng xương ở bệnh nhân lớn tuổi điều trị tại khoa Nội Cơ xương khớp”, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18 (3), tr. 256 – 262
4. Đặng Thị Hải Yến, Đặng Văn Chính (2014), “Xác định tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ ≥ 50 tuổi tại Thành phố Vũng tàu, Bà Rịa - Vũng Tàu”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của số 6, tr. 134 - 140.
5. Bijelic R., Milicevic S., Balaban J. (2017), “Risk Factors for Osteoporosis in Postmenopausal Women”, Med Arch, 71(1), pp. 25-28.
6. Chapurlat R.D., Garnero P., Sornay-Rendu E., et al. (2000) “Longitudinal study of bone loss in pre- and perimenopausal women: evidence for bone loss in perimenopausal women” Osteoporos Int;11(6), pp. 493-8.
7. Greco E.A., Fornari R., Rossi F., et al. (2010), “Is obesity protective for osteoporosis? Evaluation of bone mineral density in individuals with high body mass index”, Int J Clin Pract, 64(6), pp. 817- 820.
8. Kim K.C., Shin D.H., Lee S.Y., et al. (2010), “Relation between Obesity and Bone Mineral Density and Vertebral Fractures in Korean Postmenopausal Women”, Yonsei Med J., 51(6), pp 857-863.
9. WHO/IASO/IOTF (2000), "The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment", Health Communications Australia, pp. 1 - 56.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở SẢN PHỤ QUÁ NGÀY SINH BẰNG PROSTAGLANDIN E2 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2019

**Thái Thị Huyền, Bùi Văn Hiếu*,
Nguyễn Thị Thuý***

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 sản phụ thai quá ngày sinh được chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 tại BVPSHP từ 01/01/2019 – 31/12/2019. Thời gian trung bình thành công mức độ 1 là $9,4 \pm 5,5$ giờ, mức độ 2 là $13,2 \pm 6,2$ giờ. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%, thời gian trung bình sinh con theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%. Nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai là do thai suy (42,8%), đầu không lọt (14,3%) và cổ tử cung không tiến triển (35,7%). Tỷ lệ sản phụ gặp phải biến chứng sau KPCD là 2,2%, trong đó chảy máu sau đẻ chiếm tỉ lệ 1,1% và đờ tử cung chiếm tỉ lệ 1,1%. Chỉ số Bishop thấp làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên, Bishop < 5 điểm sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên 35,7%. Nước ối xanh làm tăng tỷ lệ KPCD thất bại lên gấp 4,7 lần so với nước ối trong ($p < 0,05$). Các yếu tố: tuổi thai nhi, lượng nước ối không làm ảnh hưởng đến thời gian xuất hiện cơn co. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%. Bishop < 5 điểm sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên 35,7%. Nước ối xanh làm tăng tỷ lệ KPCD thất bại lên gấp 4,7 lần so với nước ối trong ($p < 0,05$).

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, prostaglandin E2, thai quá ngày sinh.

SUMMARY

ASSESSING THE RESULTS OF LABOR INDUCTION WITH PROSTAGLANDIN E2 IN OVERDUE PREGNANCY AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

We conducted a cross section on 91 overdue pregnancy at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital in 01/01/2019 to 31/12/2019. The average time for success at level 1 was 9.4 ± 5.5 hours, and at level 2 was 13.2 ± 6.2 hours. The rate of vaginal delivery was 84.6%, the average time for vaginal delivery was 14.7 ± 8.0 hours. The rate of failed induction requiring cesarean section was 15.4%. The cause of cesarean section is fetal distress (42.8%), Cephalopelvic disproportion (CPD) (14.3%) and the cervix not dilating enough (35.7%). The rate of pregnant women having complications after induction of labor is 2.2%, of which postpartum bleeding accounts for 1.1% and uterine atony accounts for 1.1%. Low Bishop index increases cesarean section rate, Bishop <5 points will increase cesarean section rate to 35.7%. Green amniotic fluid increases the rate of failure labor induction by 4.7 times compared to clear amniotic fluid ($p < 0.05$). Factors: fetal age, amniotic fluid volume do not affect the timing onset of labor contractions. The rate of vaginal delivery was 84.6%. The rate of failed induction requiring cesarean section was 15.4%. Bishop <5 points will increase cesarean section rate to

**Trường Đại học Y dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Thái thị Huyền
Email: thaihuyenhp@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.3.2021
Ngày duyệt bài: 25.3.2021

35.7%. Green amniotic fluid increases the rate of failure labor induction by 4.7 times compared to clear amniotic fluid ($p < 0.05$).

Keywords: Labor induction, prostaglandin E2, overdue pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai quá dự kiến sinh mà chưa có dấu hiệu chuyển dạ là mối lo hàng đầu của các sản phụ. Hiện tượng tắc mạch trong các gai rau làm giảm diện tích trao đổi chất giữa sản phụ và thai nhi, giảm cung cấp oxy và dinh dưỡng, dẫn đến hiện tượng thai nhi chết trong buồng tử cung. Thai quá ngày sinh còn gặp phải tình trạng nước ối giảm sút gây cạn nước ối, tăng nguy cơ thai bị ngạt trong buồng tử cung, từ đó tăng kết cục suy thai và mổ lấy thai. Khi ra đời sơ sinh già tháng hay gặp các bệnh đường hô hấp, điều nhiệt... nguy cơ tử vong cao.

Từ nhiều năm nay, việc sử dụng các Prostaglandin E2 để khởi phát chuyển dạ đã được nghiên cứu và ứng dụng trong lâm sàng. Tuy nhiên, chỉ có Prostaglandin E2 đã được ACOG, RCOG khuyến cáo giúp làm chín muồi cổ tử với các lợi ích: Cải thiện đáng kể chỉ số Bishop, tỷ lệ gây chuyển dạ thành công và sinh đường âm đạo là 83 - 97%, làm giảm tỉ lệ sinh mổ, an toàn cho mẹ và thai nhi. Một số nơi đã sử dụng Prostaglandin E2 để gây khởi phát chuyển dạ cho những trường hợp thai chết lưu, dị dạng... nhưng chưa có nghiên cứu nào sử dụng Prostaglandin E2 để khởi phát chuyển dạ cho thai quá dự kiến ngày sinh tại địa bàn Hải Phòng nói riêng và Việt Nam nói chung. Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở sản phụ quá ngày sinh bằng Prostaglandin E2 tại Bệnh Viện Phụ Sản Hải*

Phòng năm 2019” với các mục tiêu : Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 và xác định một số yếu tố liên quan đến khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 trên sản phụ quá ngày sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai quá dự kiến sinh, đơn thai, ngôi chỏm, thai sống.
- Chưa có dấu hiệu chuyển dạ
- Có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng đường âm đạo.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ quá mẫn cảm, chống chỉ định với PG.
- Không có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng đường âm đạo
- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon \cdot p)^2}$$

Công thức:

Trong đó: $\alpha = 0,05$. $Z = 1,96$. $\varepsilon = 0,1$.

$+ p = 0,81$ (Dr Himangi S. Warke - India: tỷ lệ thành công là 0,81).

Thay vào công thức ta được $n = 90,8$. (n làm tròn là 91).

Cỡ mẫu lý thuyết là 91 sản phụ quá dự kiến sinh.

Phương pháp xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Trường Đại học Y dược Hải Phòng và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

III. KẾT QUẢ

3.1. Phương pháp sinh

Đa số các sản phụ KPCD thành công, số sản phụ sinh con theo đường âm đạo chiếm tỷ lệ 84,6%

Bảng 3.1. Thời gian xuất hiện cơn co sau khi KPCD

Kết quả	Ngắn nhất	Dài nhất	$\bar{X} \pm SD$	p
Con so	1	29	$6,9 \pm 5,0$	<0,05
Con rạ	1	18	$6,4 \pm 4,4$	

Có sự khác biệt về thời gian xuất hiện cơn co giữa con rạ và con so

Bảng 3.2. Tỷ lệ thành công và thất bại sau khi KPCD

Kết quả	n	%
Thành công mức độ 1	88/91	96,7
Thành công mức độ 2	79/91	86,8
Thành công thực sự	77/91	84,6
Thất bại	14/91	15,4

Tỷ lệ KPCD thất bại là 15,4% chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.3. Thời gian trung bình từ khi đặt thuốc đến KPCD thành công

Kết quả \ Thời gian (giờ)	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Thành công mức 1	1	24	$9,4 \pm 5,5$
Thành công mức 2	1,75	29	$13,2 \pm 6,2$
Thành công thực sự	2,75	45	$14,7 \pm 8,0$

Thời gian trung bình từ khi đặt thuốc đến khi KPCD thành công là $14,7 \pm 8,0$ giờ.

- Thời gian trung bình để sản phụ sinh theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ, thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến khi phải mổ để lấy thai là $15 \pm 5,7$ giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Các yếu tố liên quan đến KPCD thành công

Bảng 3.4. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công theo số lần sinh

Số lần \ Kết quả	Thành công		Thất bại		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Con rạ	22	100	0	0	22	100
Con so	55	79,7	14	20,3	69	100

100% sản phụ con rạ khởi phát thành công.

Bảng 3.5. Tỷ lệ KPCD thành công theo chỉ số Bishop trước khi dùng thuốc

Bảng 5.5: Tỷ lệ R1 CD thành công theo chỉ số Bishop trước khi dùng thuốc					
Bishop \ Kết quả	Thành công		Thất bại		OR
	n	%	n	%	
≤ 6 điểm	36	46,7	12	85,7	0,15
> 6 điểm	41	53,3	2	14,3	
P	< 0,05				

Chỉ số Bishop có giá trị tiên lượng kết quả khởi phát chuyển dạ

Bảng 3.6. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công tính theo màu sắc nước ối

Bảng 3.17: Tỷ lệ phát hiện dị dạng bẩm sinh theo màu sắc nước ối					
Kết quả Màu sắc ối	Thành công		Thất bại		OR
	n	%	n	%	4,7
Trong	71	92,2	10	71,5	
Xanh	6	7,8	4	28,5	
p	< 0,05				

Màu sắc nước ối có ảnh hưởng tới tỷ lệ thành công của KPCD bằng PG E2. Nhóm sản phụ có nước ối trong có tỷ lệ thành công cao gấp 4,7 lần so với nhóm sản phụ có nước ối xanh.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sản phụ sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ 84,6%, chỉ có 15,4% là mổ lấy thai. Tỷ lệ sản phụ sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ cao là do trước khi tiến hành khởi phát chuyển dạ chúng tôi đã tiến hành đánh giá kỹ càng các yếu tố để tiên lượng cuộc đẻ: sự tương thích giữa khung chậu của người mẹ và đầu thai nhi, chỉ số nước ối, trọng lượng thai nhi, chỉ số Bishop. Chỉ số Bishop trung bình trong nghiên cứu là $6,53 \pm 0,89$ điểm là chỉ số thuận lợi cho quá trình chuyển dạ, do đó đạt kết quả khởi phát chuyển dạ tốt. Theo tác giả Lê Quang Hòa [1] nghiên cứu trên 91 sản phụ có thai quá dự kiến sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2011 tỷ lệ sinh đường âm đạo là 91,2%. Tác giả Vũ Văn Vinh [2] nghiên cứu trên 70 sản phụ bị thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015 tỷ lệ sinh âm đạo chiếm 82,9%, sinh mổ chiếm 17,1%.

Tỷ lệ sản phụ phải mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,4%. Nguyên nhân của mổ lấy thai ở một số trường hợp là do CTC không tiến triển trong quá trình chuyển dạ, do sự bất cân xứng giữa đầu thai nhi và khung chậu, một số trường hợp rối loạn cơn co dẫn tới cơn co cường tính, một số trường hợp thai suy trong quá trình chuyển dạ. Do vậy khi chỉ định khởi phát

chuyển dạ cần cân nhắc kỹ các yếu tố rối loạn cơn co có phải do bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu.

Ở người sinh con so CTC và âm đạo chưa từng trải qua thử thách nên sự giãn nở sẽ kém hơn, đồng thời CTC sẽ phải xóa hết sau đó mới mở nên cũng là nguyên nhân khiến thời gian chuyển dạ kéo dài hơn. So sánh với các tác giả khác có sự khác biệt, tác giả Lê Quang Hòa [1] nghiên cứu trên 91 sản phụ có thai quá dự kiến sinh có 69,9% sản phụ sinh đường âm đạo trong khoảng thời gian từ 6 - 12 giờ, thời gian trung bình từ khi khởi phát chuyển dạ đến khi sinh là $8,12 \pm 3,65$ giờ. Tác giả Vũ Văn Vinh [2] nghiên cứu trên 70 sản phụ thiếu ối, số sản phụ có thời gian từ khi bắt đầu khởi phát chuyển dạ đến khi sinh mất từ 6 - 12 giờ chiếm đa số với tỷ lệ là 63,8%, nhóm sản phụ sinh mất >12 giờ lại chiếm số lượng ít với tỷ lệ là 13,8%.

V. KẾT LUẬN

Thời gian trung bình thành công mức độ 1 là $9,4 \pm 5,5$ giờ, mức độ 2 là $13,2 \pm 6,2$ giờ. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%, thời gian trung bình sinh con theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%, trong đó nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai là do thai suy (42,8%), đầu không lọt (14,3%) và cổ tử

cung không tiến triển (35,7%). Tỷ lệ sản phụ gặp phải biến chứng sau KPCD chiếm tỉ lệ thấp 2,2%.

Chỉ số Bishop thấp và nước ối xanh làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên. Các yếu tố: tuổi thai phụ, lượng nước ối không làm ảnh hưởng đến thời gian xuất hiện con co.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Hòa (2011)**, Đánh giá kết quả gây chuyển dạ của Prostaglandin E2 cho thai quá ngày sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 4/2011-7/2011, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Văn Vinh (2015)**, Nghiên cứu kết quả KPCD của Prostaglandin E2 trên những thai phụ thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015.
3. **Himangi S. Warke (1999)**, “Prostaglandin E2 Gel in Ripening of Cervix in Induction of Labour”, 45(4): 105 – 109.
4. **Alexander J.M. et al (2001)**, “Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births”, Obstet Gynecol, 97, 911 - 915.
5. **J. M. DeCoster, T.J. Fraser and J. D. Orr (2006)**, “Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavourable cervix”, 1366 – 1376.
6. **Veena Palinal (2009)**, “Safety of induction of labour with vaginal Prostaglandin E2 in grandmultipara”.
7. **Y. Yogev (2003)**, “Induction of labour with vaginal Prostaglandin E2

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LAO PHỔI MỚI AFB (+) Ở BỆNH NHÂN LẠM DỤNG RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG 2017 - 2019

Nguyễn Huy Điện*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi mới AFB (+) ở bệnh nhân lạm dụng rượu tại bệnh viện phổi Hải Phòng 2017 - 2019.

Đối tượng: Gồm 208 bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) lạm dụng rượu được chẩn đoán tại Bệnh viện phổi Hải Phòng. Theo tiêu chuẩn của ICD-10 (Lạm dụng rượu); TCYTTC và CTCLQG từ 1/2017- 12/2019.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu với mẫu thuận tiện.

Kết quả và kết luận: Tuổi mắc bệnh chủ yếu nhóm 45- 54 và 55-64 tuổi (36,1%), tuổi trung bình là $53,36 \pm 9,3$, chỉ gặp ở giới nam, nông thôn 70,2%. Lao động tự do 49,5%. Bệnh nhân uống rượu trên 20 năm chiếm tỷ lệ 43,3% và có 65,4% bệnh nhân uống rượu từ 500 – 1000ml một ngày. Triệu chứng hay gặp nhất là ho khạc đờm kéo dài (46,9%). Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của bệnh lao nhưng đều đến khám muộn. Đờm trực tiếp AFB(+) chủ yếu 1(+) (56,7%). Có 70,2% bệnh nhân có tổn thương Xquang phổi diện vừa và rộng, tổn thương Xquang chủ yếu là dạng phổi hợp (68,3%) và ở cả 2 bên phổi (74,0%). Số lượng hồng cầu trước và sau điều trị đa số ở mức bình thường. Chỉ số GOT/GPT/GGT lúc vào viện tăng cao, đặc biệt GGT tăng rất cao

Từ Khóa: Lao phổi và lạm dụng rượu.

SUMMARY

CLINICAL AND PRE-CLINICAL CHARACTERISTICS OF NEW FLUID AFB (+) IN ALCOHOL ABUSE PATIENTS AT HAI PHONG TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL 2017 – 2019

Objectives: Study on some new clinical and subclinical features of AFB (+) pulmonary tuberculosis in alcohol abuse patients at Hai Phong lung hospital 2017 - 2019.

Subjects: Including 208 new AFB (+) alcoholic pulmonary TB patients diagnosed at Hai Phong Lung Hospital. According to the standards of WHO and the NTP from 1/2017 to 12/2019.

Method: Retrospective description with convenient sample.

Results and conclusions: The main infected age is 45- 54 and 55-64 years (36.1%), the average age is 53.36 ± 9.3 , only seen in men, 70.2 in rural areas. %. Self-employed 49.5%. The proportion of patients who drink alcohol for more than 20 years accounts for 43.3% and 65.4% of patients drink alcohol from 500 - 1000ml a day. The most common symptom is a persistent coughing up sputum (46.9%). Most patients have classic TB symptoms, but are late to see them. Sputum directly AFB (+) lower 1 (+) (56.7%). There are 70.2% of patients with medium and broad dominant radiological lesions, radiographic lesions are mainly lung form (68.3%) and in both sides of the lung (74.0%). The number of red blood cells before and after treatment was mostly normal. GOT / GPT / GGT

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Điện
Email: nhdien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 30.5.2021

index at admission increased highly, especially GGT very high

Keywords: Tuberculosis and alcohol abuse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao hiện nay vẫn là mối quan tâm của nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước kém và đang phát triển bởi tỷ lệ mắc cao và đang có xu hướng gia tăng, đồng thời làm tăng tỷ lệ di chứng và biến chứng của bệnh. Nghiện rượu là một căn bệnh thật sự, là nhóm bệnh rất phổ biến chiếm 1-10% dân số. Rượu gây nhiều tác hại đối với cơ thể và tâm thần, Tổ chức Y tế thế giới xếp tác hại của rượu đối với cơ thể sau tim mạch và ung thư. Những người nghiện rượu thường có chế độ dinh dưỡng kém nên rất dễ mắc bệnh lao, đồng thời những người nghiện rượu thường không quan tâm đến sức khỏe của mình nên việc phát hiện bệnh lao thường rất muộn và nặng nề ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị. Vì thế chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lao phổi mới AFB (+) ở bệnh nhân lạm dụng rượu tại bệnh viện phổi Hải Phòng năm 2017 – 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Bệnh nhân nghiên cứu

Gồm 208 bệnh nhân lao phổi AFB(+) lạm dụng rượu được chẩn đoán tại Bệnh viện phổi Hải Phòng. Theo tiêu chuẩn của TCYTTC và CTCLQG từ 1/2017 – 12/2019.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện phổi Hải Phòng.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

Chẩn đoán xác định lao phổi AFB(+) lạm dụng rượu theo tiêu chuẩn TCYTTC và CTCLQG.

- Bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng lâm sàng: Ho khạc đờm kéo dài, ho ra máu, sốt, mệt mỏi gầy sút cân, khó thở tức ngực và các triệu chứng khác kèm theo.

- Cận lâm sàng: có tổn thương trên XQ phổi thường quy, xét nghiệm đờm trực tiếp AFB(+), CTM, men gan, và các xét nghiệm cơ bản khác định hướng lao.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán lạm dụng rượu: Theo ICD-10, có 3 trong 6 triệu chứng sau thì được chẩn đoán lạm dụng rượu:

➤ Thèm muốn mạnh mẽ không thể ngăn cản và bắt buộc phải uống rượu.

➤ Khó kiểm tra thời gian bắt đầu và kết thúc cũng như mức độ uống hàng ngày.

➤ Giảm hoặc ngừng uống rượu là một việc rất khó khăn, khi ngừng thì xuất hiện hội chứng cai và có ý định uống lại để né tránh hoặc giảm triệu chứng cai.

➤ Có những chứng cứ về khả năng dung nạp rượu như tăng liều.

➤ Dần dần sao nhãng những thú vui trước đây vốn ưa thích.

➤ Vẫn tiếp tục uống rượu, mặc dù biết những hậu quả tai hại của nó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. Mẫu không xác xuất với mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu.

2.3.1. Nghiên cứu về tuổi, giới, địa dư, tiền sử tiếp xúc nguồn lây, các triệu chứng lâm sàng về cơ năng và thực thể ở phổi, và các triệu chứng khác liên quan.

2.3.2. Nghiên cứu các xét nghiệm: XQ thường quy, Soi đờm trực tiếp tìm AFB, Công thức máu, men gan, và các xét nghiệm khác..

2.4. Phương pháp xử lý số liệu.

Kết quả nghiên cứu được tính tỷ lệ %, giá trị trung bình của nhóm nghiên cứu. Số liệu thu được được xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp.

Bảng 3.1 Tỷ lệ bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng (n = 208)	Tỷ lệ (%)
25 – 34	1	0,5
35 – 44	37	17,8
45 – 54	75	36,1
55 – 64	75	36,1
≥65	20	9,6
Trung bình	53,36 ± 9,3	
Nông thôn	146	70,2
Thành thị	62	29,8

Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp của bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu

Nghề nghiệp	Số lượng(n = 208)	Tỷ lệ %
Công nhân, VC	9	4,3
Làm ruộng	68	32,7
Lao động tự do	103	49,5
Không nghề	17	8,2
Hưu trí	11	5,3

3.2. Mắc các bệnh phối hợp, thời gian, số lượng rượu uống hàng ngày.

Bảng 3.3 Tỷ lệ mắc các bệnh phối hợp

Bệnh phối hợp	N = 208	Tỷ lệ %
Bệnh phổi phế quản khác	71	34,1
Loét dạ dày, tá tràng	46	22,1
Đái tháo đường	26	12,5
Tăng huyết áp	68	32,7
Khác	5	2,4

Bảng 3.4 Thời gian uống rượu và số lượng rượu uống hàng ngày, hội chứng cai

	Thời gian uống rượu (năm)				Lượng rượu uống (ml/ngày)				Hội chứng cai	
	≤5	5 - 10	11- 20	>20	<300	300- <500	500- 1000	>1000	Có	Không
n	4	43	71	90	44	22	136	6	117	91
(%)	1,9	20,7	34,1	43,3	21,2	10,6	65,4	2,9	56,3	43,8

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.5: Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	35	16,8
Ho kéo dài	144	69,2
Đau tức ngực, khó thở	30	14,4
Suy nhược	22	10,6
Ho ra máu	39	18,8
Khác	37	17,8
Tổng	208	100

Bảng 3.6. Thời gian chẩn đoán của bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu

Thời gian	N = 208	Tỷ lệ %
< 2 tháng	99	47,6
2 - < 4 tháng	66	31,7
4 - < 6 tháng	16	7,7
≥ 6 tháng	27	13,0
Chẩn đoán sớm	99	47,6
Chẩn đoán muộn	109	52,4

Bảng 3.7. Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu

Triệu chứng	N = 208	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	148	73,3
Ra mồ hôi trộm	39	19,3
Da xạm	75	37,1
Da xanh	59	29,2
Da niêm mạc vàng	25	12,4
Sốt nhẹ về chiều	110	54,5
Sốt thất thường	70	34,7
Gầy sút cân	131	64,9

Bảng 3.8. Triệu chứng của bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu

Triệu chứng	N = 208	Tỷ lệ %
Ho khan	34	16,3
Ho khạc đờm	165	79,3
Ho ra máu	72	34,6
Tức ngực	125	60,1
Khàn tiếng	42	20,2
Khó thở	138	66,3
Ran phổi	146	70,2

Hội chứng 3 giảm	6	2,9
Gan, lách to	30	14,4
Bụng chướng	19	9,1
Tuần hoàn bàng hệ	14	6,7

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng.

Bảng 3.9. Kết quả soi đờm TT của bệnh nhân lao phổi AFB(+)/Lạm dụng rượu.

AFB soi trực tiếp	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Dương tính 1(+)	118	56,7
Dương tính 2(+)	67	32,2
Dương tính 3(+)	23	11,1
Tổng	208	100,0

Bảng 3.10. Tổn thương cơ bản trên XQ của BN lao phổi lạm dụng rượu.

Dạng tổn thương	N=208	Tỷ lệ %
Thâm nhiễm	130	62,5
Nốt	120	57,7
Hang	67	32,2
Xơ	57	27,4
Phối hợp	142	68,3

Bảng 3.11. Hồng cầu trước và sau điều trị

Nhóm bệnh Hồng cầu	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n=208	Tỷ lệ %	n=208	Tỷ lệ %
<3 T/l	8	3,8	3	1,4
3-4 T/l	68	32,7	60	28,8
>4 T/l	132	63,5	145	69,7
SL HC trung bình	4,15 ± 0,84		4,24 ± 0,68	

Bảng 3.12. Men gan

Men gan	GOT (U/L)	GPT (U/L)	GGT (U/L)
Thấp nhất	13,0	6,0	12
Cao nhất	235	880	2001
Trung bình	51,52 ± 45,01	53,1 ± 76,19	170,02 ± 241,21

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.1) cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,36 \pm 9,3$; tuổi thấp nhất là 28, cao nhất là

87. Nhóm tuổi 45 – 54, 55 – 64 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,1%. Kết quả chúng tôi gặp 100% bệnh nhân là nam, không gặp bệnh nhân nữ nào. Điều này hoàn toàn phù hợp với phng tục tập quán của người Á đông, chủ yếu nam uống rượu còn nữ rất hiếm. Tỷ lệ bệnh nhân

sống ở thành thị là 29,8% thấp hơn so với ở nông thôn là 70,2%.

Bảng (3.2) Nhóm nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 103/208 bệnh nhân (49,5%), xếp thứ 2 là nhóm làm ruộng 68/208 bệnh nhân (32,7%), theo sau là nhóm không nghề 17/208 bệnh nhân (8,2%), công nhân viên chức chiếm tỷ lệ nhỏ 9/208 (4,3%).

4.2. Mắc các bệnh phổi hợp, thời gian, số lượng rượu uống hàng ngày.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.3) Tỷ lệ bệnh nhân lao có bệnh kết hợp với bệnh phổi phế quản khác chiếm tỷ lệ cao 34,1% sau đó là các bệnh tăng huyết áp 32,7%: loét dạ dày tá tràng 22,1% và đái tháo đường 26,1%, chiếm tỷ lệ rất nhỏ là các bệnh phổi hợp khác 2,4%.

Thời gian uống rượu (bảng 3.4) uống rượu >20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3% và thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhân uống rượu ≤ 5 năm. Cao nhất là 65,4% số bệnh nhân có lượng rượu uống trên ngày từ 500 - 1000ml, thấp nhất là 2,9% với lượng rượu là >1000ml. Có 56,3% số bệnh nhân có hội chứng cai.

4.3. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả (bảng 3.5) cho thấy: bệnh nhân vào viện chủ yếu là ho kéo dài (69,2%), ho ra máu chiếm (18,8%), đây là những triệu chứng rất hay gặp trong lao phổi. Nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với y văn.

Bảng (3.6) Chẩn đoán sớm trước 2 tháng chiếm 47,6%. Chẩn đoán muộn sau 6 tháng là 52,4%. Vì lạm dụng rượu vì thế bệnh nhân ít quan tâm tới sức khỏe, mặt khác những người thân đôi khi chán nản ít quan tâm tới người bệnh vì thế mà khi bệnh quá nặng mới phát hiện ra do đó tỷ lệ chẩn đoán muộn sau 6 tháng khá cao.

Kết quả (bảng 3.7) Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất ở bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu là mệt mỏi 73,3%; tiếp đến là gầy sút cân 64,9%, sốt nhẹ về chiều 54,5%. Triệu chứng ít gặp nhất là da niêm mạc vàng 3,8%.

Triệu chứng hô hấp hay gặp nhất (bảng 3.8) là Ho khạc đờm 79,3%, Ran phổi 70,2%; ít gặp hơn là hội chứng 3 giảm 2,9%.

Triệu chứng tiêu hóa bệnh nhân lao phổi lạm dụng rượu hay gặp nhất là gan, lách to 14,4%, ít gặp hơn là tuần hoàn bàng hệ 6,7%.

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.9) Trong 208 trường hợp có kết quả soi đờm AFB trực tiếp dương tính. Trong đó có 118 trường hợp có mức độ AFB là 1+ (56,7%), 67 trường hợp là AFB 2+ (32,2%) và AFB 3+ chiếm thấp nhất (11,1%).

Bảng (3.10) hình ảnh tổn thương trên XQ cho thấy: đa số tổn thương là phổi hợp với 142 trường hợp (68,3%), tổn thương dạng thâm nhiễm dạng nốt cũng rất cao, sau tiếp đến là hang và xơ.

Bảng (3.11) cho thấy hầu hết các bệnh nhân không thiếu máu, có số lượng Hồng cầu không thay đổi trước và sau điều trị lao.

Bảng (3.12) kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: một số bệnh nhân khi vào viện và trong quá trình điều trị men gan tăng, tất cả đều được giảm độc trước khi điều trị lao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 208 bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) lạm dụng rượu tại bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2017 – 2019. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

5.1. Đặc điểm chung

Tuổi mắc bệnh lao phổi mới AFB (+) lạm dụng rượu chủ yếu là 45- 54 tuổi và 55-64 tuổi (36,1%), tuổi trung bình là $53,36 \pm 9,3$,

chỉ gặp ở giới nam. Bệnh nhân chủ yếu ở nông thôn 70,2%. Lao động tự do gặp nhiều nhất 49,5%. Bệnh nhân uống rượu trên 20 năm chiếm 43,3% và có 65,4% bệnh nhân uống từ 500 – 1000ml một ngày.

5.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện hay gặp nhất là ho khạc đờm kéo dài (46,9%). Đa số các bệnh nhân được chẩn đoán lao sớm trước 2 tháng (47,6%). Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của bệnh lao như: mệt mỏi, sốt nhẹ về chiều, gầy sút cân, ho khạc đờm kéo dài, ho ra máu, đau ngực, da xanh, ít gặp hơn là ra mồ hôi trộm.

5.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong các bệnh nhân AFB(+) chủ yếu là mức 1(+) (56,7%). Có 70,2% bệnh nhân có tổn thương Xquang phổi diện vừa và rộng, trong đó mức độ tổn thương phổi càng nặng khi mức độ AFB càng tăng, tổn thương Xquang chủ yếu là dạng phổi hợp (68,3%) trong đó thâm nhiễm (62,5%), nốt (57,7%), hang (32,2%), xơ (27,4%), tổn thương Xquang chủ yếu là ở cả 2 bên phổi (74,0%). Số lượng hồng cầu trước và sau điều trị đa số ở mức bình thường. Chỉ số GOT/GPT/GGT lúc vào viện tăng cao, đặc biệt GGT tăng rất

cao, ảnh hưởng đến điều trị bệnh lao, do vậy những bệnh nhân này đều được điều trị trở về bình thường trước khi sử dụng thuốc lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bài giảng bệnh lao và bệnh phổi (1999)**, Nhà xuất bản Y học : Tr 147-155.
2. **Lã Thị Bưởi, (2000)**, Nghiện rượu mạn tính, Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần,,Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 112-121.
3. **Chương trình chống lao Quốc gia (2016)**, Báo cáo tổng kết công tác phòng chống lao giai đoạn 2010-2016, phương hướng kế hoạch giai đoạn 2016-2020.
4. **Nguyễn Việt Cồ (1999)**, “ Đại cương về bệnh lao”, Bài giảng bệnh lao và bệnh phổi, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 5.
5. **Bùi Quang Huy, (2010)**, Nghiện rượu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 55-65.
6. **Nguyễn Hữu Phước, (2011)**, Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nghiện rượu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
7. **World Health Organization GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT (2017)**, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI BẰNG PHƯƠNG PHÁP LASER NỘI TĨNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thê May*, Nguyễn Công Huy*, Tiêu Công Quyết*,
Nguyễn Thị Phương Anh*, Nguyễn Trọng Đức*,
Nguyễn Anh Đà*, Nguyễn Việt Phương*

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 25 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng phương pháp Laser nội tĩnh mạch tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 5/2019 đến tháng 11/2020.

Kết quả: Tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam là 13/12. Có 16 trường hợp phải kết hợp với thủ thuật Muller. Kết quả bước đầu tốt, không có biến chứng trong quá trình thao tác. Đánh giá lâm sàng sau can thiệp đa số bệnh nhân không đau. Siêu âm sau can thiệp: 100% trường hợp tĩnh mạch được can thiệp teo nhỏ và không có dòng chảy bên trong, không có huyết khối tĩnh mạch sâu. Bệnh nhân tái khám sau 1 tháng cho kết quả rất tốt và không có tái phát.

Kết luận: Phương pháp laser nội tĩnh mạch trong điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính là phương pháp ít xâm lấn, tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng và có tính thẩm mỹ cao, nhanh chóng đưa người bệnh về cuộc sống thường nhật.

Từ khóa: laser nội tĩnh mạch, suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới.

SUMMARY

OUTCOME OF VARICOSE VEIN TREATMENT USING ENDOVENOUS LASER AT VIET TIET HOSPITAL

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 25 patients with superficial varicose veins of the lower extremities who were treated by intravenous laser at Viet Tiet Friendship Hospital from May 2019 to November 2020.

Results: The female/male ratio was 13/12. There are 16 cases that must be combined with the Muller procedure. Initial results were good, there were no complications during the procedure. Clinical assessment after intervention, the majority of patients are painless. Post-interventional ultrasound: 100% of the interventional veins are atrophied and there is no internal flow, no deep vein thrombosis. The patient re-examined after 1 month with very good results and did not show any recurrence of the disease.

Conclusion: Intravenous laser method in the treatment of chronic superficial varicose veins of the lower extremities is a minimally invasive method with high success rate, a few complications and high aesthetic value, the patients soon return to daily activities

Key words: Endovenous laser ablation, varicose veins.

*Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thê May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 30.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới là bệnh lý khá phổ biến. Trên thế giới, theo nhiều báo cáo tỷ lệ mắc dao động từ 10 – 40% dân số [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc gặp khoảng 9 - 30% [1]. Suy tĩnh mạch chi dưới nếu không được điều trị có thể dẫn đến thiếu dưỡng, loét phần mềm cẳng chân, thậm chí là nguyên nhân gây huyết khối hệ tĩnh mạch chi dưới dẫn đến thuyên tắc động mạch phổi. Chẩn đoán bệnh dựa vào các dấu chứng lâm sàng và siêu âm Doppler mạch máu. Các phương pháp điều trị: nội khoa, phẫu thuật, can thiệp nội mạch. Điều trị nội khoa áp dụng cho phân loại CEAP 1 và phối hợp với các phương pháp phẫu thuật hoặc can thiệp. Phẫu thuật lột bỏ tĩnh mạch hiển là phương pháp điều trị xâm lấn, nặng nề, gây đau kéo dài, thời gian hồi phục lâu do đó hiện nay ít áp dụng. Trong những năm gần đây, với sự tiến bộ của y học, can thiệp nhiệt nội mạch sử dụng năng lượng sóng cao tần hoặc laser đã chứng minh tính ưu việt, thẩm mỹ, an toàn. Phương pháp laser nội tĩnh mạch tỏ ra có ưu thế hơn với năng lượng sóng cao tần với thời gian tiến thành thủ thuật nhanh hơn, đốt được tĩnh mạch bệnh lý có đường kính lớn hơn. Từ tháng 5/2019 đến nay chúng tôi bắt đầu áp dụng phương pháp laser nội tĩnh

mạch điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới. Tại Hải Phòng, chưa có báo cáo tổng kết, đánh giá kết quả của phương pháp này vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

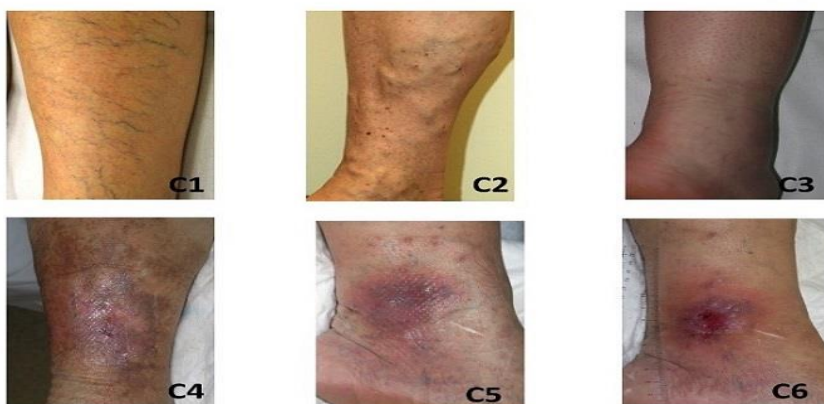
2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 25 bệnh nhân được chẩn đoán suy giãn tĩnh mạch chi dưới (với tổng số 39 tĩnh mạch tổn thương) được điều trị bằng phương pháp can thiệp Laser nội mạch tại khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 5/2019 đến tháng 11/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả kết hợp theo dõi dọc.

Phương tiện nghiên cứu: Máy NEOV 1470 Laser bước sóng 1470 nm; máy siêu âm PROSOUND 6; dây dẫn (Guide-wire) 0.035; kim chọc mạch máu 18G; ống dẫn (Sheath) 6F.

Phân độ suy tĩnh mạch chi dưới theo hệ thống CEAP:



Hình 1: phân loại suy tĩnh mạch theo hệ thống CEAP

C0: Không thấy hoặc sờ thấy tĩnh mạch giãn.

C1: Có mao mạch giãn hoặc lưới tĩnh mạch giãn, kích thước <3mm.

C2: Giãn tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé, có kích thước >3mm.

C3: Phù nhưng chưa biến đổi trên da.

C4: Loạn dưỡng da.

C5: Loạn dưỡng da và có sẹo loét đã lành.

C6: Loạn dưỡng da và loét tiến triển.

Chỉ định can thiệp:

- Bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch chi dưới từ C2 trở lên, có triệu chứng lâm sàng, điều trị nội khoa trên không cải thiện triệu chứng.

Các bước tiến hành

- Khám lâm sàng và các xét nghiệm cơ bản.

- Siêu âm doppler mạch máu đánh giá đường kính tĩnh mạch nông, dòng phụt ngược, các tĩnh mạch hệ sâu.

- Phương pháp vô cảm: gây tê tùy sống

- Siêu âm vẽ đường đi tĩnh mạch và đánh dấu vị trí đâm kim, luồn dây dẫn (guide-wire) và ống dẫn (sheath).



Hình 2: Luồn dây laser vào trong lòng tĩnh mạch hiển

- Sợi dây laser được luồn vào trong lòng sheath kiểm tra dây laser trong lòng tĩnh mạch ở đúng vị trí bằng siêu âm và ánh sáng tia laser.

- Tiêm dung dịch nước muối sinh lý xung quanh thân tĩnh mạch hiển qua siêu âm nhằm tách tĩnh mạch ra khỏi mô xung quanh để tránh làm phồng mô và ép thân tĩnh giúp tăng diện tiếp xúc của thành tĩnh với tác động nhiệt từ laser.

- Đốt bằng năng lượng 70 J/cm, năng lượng 10W, phát sóng liên tục. Dây laser được rút dần đều với tốc độ 10mm/7s.



Hình 3: Đốt tĩnh mạch hiển bằng năng lượng laser

- Thực hiện thủ thuật Muller (rạch đường nhỏ trên da sau đó dùng dụng cụ lấy bỏ các tĩnh mạch giãn) đối với trường hợp bệnh nhân có tĩnh mạch nông giãn to ngoằn ngoèo dưới da.

- Sau thủ thuật bệnh nhân được mang tất tĩnh mạch trong vòng 3 tháng.

- Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật ghi nhận kết quả thủ thuật trong khoảng thời gian 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2019 đến 11/2020 có 25 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới được vào khoa Ngoại Tổng hợp. Chúng tôi đã can thiệp laser nội tĩnh mạch trên 39 tĩnh mạch hiển.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Số lượng bệnh nhân	25 bệnh nhân
Giới tính	13 bệnh nhân nữ 52%; 12 bệnh nhân nam 48%.
Tuổi trung bình	53,5±16,7 (27-84)

Về giới tỷ lệ bệnh nhân nữ là 52% tỷ lệ bệnh nhân nam là 48%. Độ tuổi trung bình là 53,5 ±16,7.

Bảng 2: Lâm sàng

Phân loại CEAP	Số bệnh nhân
C2	22 (56,4%)
C3	10 (25,6 %)
C4	6 (15,3%)
C5	1 (2,5%)

Đa số bệnh nhân suy tĩnh mạch nông vào viện ở giai đoạn C2 (56,4%), C3 (25,6 %) ít gặp hơn ở C4 (15,3%) và C5 (2,5%).

Bảng 3: Siêu âm Doppler màu tĩnh mạch hiển

Số bệnh nhân suy 2 TM hiển lớn	14 (56%)
Số bệnh nhân chỉ suy 1 TM hiển lớn	11 (44%)
Dòng trào ngược	39 (100%)
Đường kính quai TM hiển	10,05 ± 2,88 mm (7-16mm)
Đường kính thân TM hiển	7,82 ± 1,29 mm (6-14mm)

Bảng 4: Thời gian và tai biến trong can thiệp

Can thiệp	Số bệnh nhân (n=25)	Thời gian (phút)
1 chân	11	52,6 ± 14,5
2 chân	14	78,1 ± 20,5

Thời gian can thiệp trung bình ở bệnh nhân suy tĩnh mạch 1 chân là 52,6 ± 14,5 phút ở bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển 2 bên là 78,1 ± 20,5 phút.

Bảng 5: Kết quả lâm sàng sau can thiệp

Đặc điểm	1 tuần		1 tháng	
	n	%	n	%
Giảm triệu chứng	36	92,3	39	100
Tĩnh mạch nông xẹp hoàn toàn	39	100	39	100
Máu tụ ở dưới da	5	12,8	0	0
Phồng da	0	0	0	0
Vết tím ở da xung quanh tĩnh mạch	13	33,3	0	0

Sau can thiệp 1 tuần 92,3% số chân giảm triệu chứng và 100% sau 1 tháng. Tĩnh mạch nông xẹp hoàn toàn sau 1 tuần là 100%. Có 12,8% số chân sau can thiệp xuất hiện tụ máu dưới da và 33% số chân xuất hiện vết tím ở da xung quanh tĩnh mạch.

Bảng 6: Kết quả siêu âm doppler sau thủ thuật

Đặc điểm	1 tuần		1 tháng	
	n	%	n	%
Thân TM can thiệp teo nhỏ	39	100	39	100
Không còn dòng chảy trong TM can thiệp	39	100	39	100
Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	0	0	0

Sau can thiệp 1 tuần và 1 tháng 100% thân tĩnh mạch can thiệp teo nhỏ và không còn dòng chảy trong tĩnh mạch. Không có trường hợp nào có huyết khối tĩnh mạch sâu.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới thường gặp ở hầu hết các nước trên thế giới, chiếm từ 10 – 40% dân số, tỉ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nữ (52%) cao hơn nam (48%) xấp xỉ 1:1. So sánh tỷ lệ này với tác giả Liu (2016) với 117 ca bệnh (nữ 61 BN; nam 56 BN) tỷ lệ này của chúng tôi khá tương đồng. Tuy nhiên độ tuổi trung bình của tác giả Liu là 57 ± 12 tuổi cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có sự khác biệt này do tuổi thọ trung bình của người Việt còn thấp. Đồng thời độ tuổi trung bình cao trong đó BN cao tuổi nhất của nghiên cứu là 84 tuổi cho thấy tính ưu việt, ít xâm lấn của phương pháp can thiệp nội mạch cho phép tiến hành trên những BN cao tuổi mà nếu phẫu thuật sẽ rất nặng nề và nhiều nguy cơ rủi ro cho người bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng khiến bệnh nhân đến viện trong nhóm nghiên cứu tập trung nhiều ở phân độ C2 (56,4%) và C3 (25,6%) trường hợp biểu hiện nặng nhất là C5 có 1 BN (2,5%). Tác giả Hamann (2019) đánh giá 148 BN suy tĩnh mạch chi dưới: C2 (34,5%), C3 (51,4%), C4 (9,5%), C5 (2%), C6 (2%) [8].

Qua số liệu này cho thấy BN sớm nhận thấy biểu hiện bất thường về đôi chân của mình để đi khám và điều trị kịp thời. Ngoài ra việc can thiệp trong giai đoạn C2-3 cải thiện rõ rệt triệu chứng trước và sau can thiệp, BN hồi phục sớm. Những trường hợp tổn thương nặng như C5-6 gặp khá ít chỉ khoảng 2%, kết quả của chúng tôi tương đương với nhiều tác giả khác. Những BN này ngoài việc can thiệp điều trị suy tĩnh mạch còn phải kết hợp chăm sóc tốt các thương tổn phần mềm phối hợp hạn chế BN phải mang di chứng thậm trí có thể mất phần chi thể do viêm loét hoại tử.

Giúp cho chẩn đoán xác định suy tĩnh mạch chi dưới vai trò của siêu âm Doppler mạch máu rất quan trọng. Trong nghiên cứu này đường kính tĩnh mạch hiển trung bình $7,82 \pm 1,29$ mm (6-14mm) kích thước mạch này tương đương nghiên cứu của Hamann (2019) là 7,8 mm (6,1–9,7mm). Siêu âm cho phép đưa ra chẩn đoán xác định kết hợp cùng lâm sàng. Bên cạnh đó siêu âm cho phép phát hiện sớm bệnh lý suy tĩnh mạch khi triệu chứng lâm sàng chưa điển hình. Với kích thước mạch trung bình trên cho thấy hiệu quả đốt tĩnh mạch của năng lượng laser

cho phép can thiệp đốt tĩnh mạch với đường kính lớn hơn so với năng lượng sóng cao tần (kích thước mạch dao động 5,6 mm(4,6 – 7,0mm). Nhiều tác giả đồng quan điểm sẽ lựa chọn đốt tĩnh mạch bằng năng lượng laser đối với đường kính tĩnh mạch hiển > 10mm. Nghiên cứu của Hồ Khánh Đức đường kính thân TM hiển lớn 10 mm[1], nghiên cứu của K.A Myers và cộng sự gặp đường kính từ 4 -17 mm [5]. Chúng tôi can thiệp và theo dõi 25 trường hợp với 39 tĩnh mạch hiển lớn trong 1 tháng, cho thấy 100% có kết quả tốt trên siêu âm, > 90% giảm hẳn các triệu chứng lâm sàng, 100% các tĩnh mạch nông xếp hoàn toàn. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy siêu âm sau 1 tháng sẽ thấy tĩnh mạch bị tắc hoàn toàn, không có phổ dòng chảy.

Trên thế giới nhiều báo cáo khoa học đánh giá hiệu quả của laser nội tĩnh mạch trong điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới ở nhiều thời điểm khác nhau đều cho thấy tỉ lệ thành công khá cao [2],[3]. Năm 2001 tại Mỹ hai nghiên cứu của Min và Navarro tỉ lệ thành công sau 6 tháng là 96% và 100% [6]. Theo nghiên cứu của các tác giả người Pháp, tỉ lệ thành công của Gerard sau 1 tháng là 100% và Sadick sau 2 năm là 97% [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% có kết quả tốt trên siêu âm, kết quả này phù hợp với tác giả Hồ Khánh Đức, thành phố Hồ Chí Minh [1].

Kenneth Myer báo cáo trên 404 tĩnh mạch hiển được làm laser nội tĩnh mạch có hai trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu và 1 trường hợp thuyên tắc phổi [4]. Các tác giả cho rằng biến chứng huyết khối tĩnh mạch

sâu chỉ xảy ra khi đầu dây laser đặt sai vị trí đi vào tĩnh mạch sâu [6]. Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào bị huyết khối tĩnh mạch sâu và phồng da. 33,3% trường hợp có vết thâm tím lan ra xung quanh thân tĩnh mạch do hiện tượng xuất tiết máu từ trong lòng tĩnh mạch ra mô dưới da và triệu chứng này mất hoàn toàn trong vòng 1 tháng. Chúng tôi không gặp biến chứng bỏng, dị cảm ở da và nhiễm trùng ở vị trí đâm kim. Tác giả Liu (2016) với 117 BN can thiệp laser nội mạch, tác giả ghi nhận một số biến chứng: Bỏng da 10%, dị cảm 23%, vùng da chai cứng 33%. Đối với tĩnh mạch hiển đoạn đùi ít khi xảy ra tình trạng này do tĩnh mạch nằm sâu dưới da. Tuy nhiên đoạn gần gối và cẳng chân cần lưu ý bơm nước quanh tĩnh mạch đủ độ dày để giảm nhiệt tiếp xúc trong quá trình đốt có thể làm tổn thương da. Hầu hết trường hợp sau can thiệp, bệnh nhân đều có thể vận động được ngay sau khi can thiệp, thời gian nằm viện ngắn bệnh nhân có thể đi làm việc trở lại ngay ngày hôm sau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 25 trường hợp suy tĩnh mạch nông chi dưới được can thiệp nhiệt nội tĩnh mạch bằng năng lượng Laser, thời gian theo dõi 1 tháng chúng tôi nhận thấy phương pháp laser nội tĩnh mạch đã và đang là hướng đi hiệu quả trong điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới. Đồng thời, đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn, thẩm mỹ, ít biến chứng và đặc biệt là tỉ lệ thành công cao.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng để người dân hiểu về bệnh và đến khám và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Khánh Đức (2010)**, Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch với laser bán dẫn bước sóng 810nm, Tạp chí Y học Việt Nam, Tổng hội Y học Việt Nam, tr.315-322.
2. **Nguyễn Phước Bảo Quân (2012)**, “Phân tích thông tin trong siêu âm Doppler tĩnh mạch”, Siêu âm Doppler mạch máu, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 156-170.
3. **Gerard JL, Desgranges P, Becquemine J (2002)**, Feasibility of endovenous laser for the treatment of greater saphenous varicose veins: one month outcome in a series of 20 outpatients, J Mal Vasc, 27, pp. 222- 5.
4. **Kenneth Myers, Rokert fris and Damien Jolley (2006)**, Treatment of varicose veins by endovenous laser therapy: assessment of results by ultrasound surveillance, MJA, 185(4), pp. 199- 202.
5. **Liu JJ, Fan LH, Xu DC, Li X, Dong ZH, Fu WG (2016)**, The endovenous laser treatment for patients with varicose veins, Pak J Med Sci, pp. 55-58.
6. **Min R, Zimmet S, Isaacs M, Forrestal M (2001)**, Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein, J Vasc Interv Radiol,12, pp. 1167– 71
7. **Navarro L, Min R, Bone C (2001)**, Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins – preliminary observation using an 810nm diode laser, Dermatol Surg, 27, pp. 117- 22.
8. **S. A. S. Hamann , L. Timmer-de Mik, W. M. Fritschy, G. R. R. Kuiters (2019)**, Randomized clinical trial of endovenous laser ablation versus direct and indirect radiofrequency ablation for the treatment of great saphenous varicose veins, Published online 16 May 2019 in Wiley Online Library,pp. 998-1004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Công Huy¹, Nguyễn Hữu Ước²,
Bùi Thanh Doanh³, Nguyễn Thế May¹

TÓM TẮT

Phòng động mạch chủ bụng thường gặp ở người cao tuổi (> 60 tuổi), nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ tử vong do phòng động mạch chủ bụng đứng thứ 10 các nguyên nhân tử vong hàng năm ở nam trên 55 tuổi. Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị phòng động mạch chủ bụng dưới thận có biến chứng tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 2015 – 2020. Tổng số 50 bệnh nhân (36 nam, 12 nữ), tuổi trung bình $67,46 \pm 11,12$ tuổi. Triệu chứng thường gặp là đau bụng, đau thắt lưng chiếm 94%, hội chứng thiếu máu chiếm 26%. Hình dạng khối phòng hình thoi chiếm 92%, kích thước trung bình khối phòng là $66,83 \pm 16,13$ mm. Tỷ lệ tử vong sớm 8%, tử vong sau 5 năm 19,56%.

Từ khóa: phòng động mạch chủ bụng, phòng động mạch chủ bụng vỡ.

SUMMARY

CLINICAL, DIAGNOSTIC IMAGING AND TREATMENT RESULTS OF OPEN REPAIR FOR RUPTURED

ABDOMINAL AORTIC AT VIETDUC HOSPITAL

Abdominal aortic aneurysm is more common in the elderly (> 60 years), male higher than female. The death rate from abdominal aortic bulge is the 10th leading cause of death annually in men over 55 years old. Through the study of 50 patients Open Repair for Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm at Viet Duc Friendship Hospital from 2015 to 2020. A consisted of 50 patients (36 male, 12 female), median age $67,46 \pm 11,12$ years. Common symptoms are abdominal pain, low back pain accounts for 94%, anemia syndrome accounts for 26%. The shape of the saccular is 92%, the median aneurysmal diameter 66.83 ± 16.13 mm. Early mortality rate 8%, mortality after 5 years 19.56%.

Keywords: Abdominal Aortic Aneurysm, Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng động mạch là tình trạng một đoạn động mạch giãn rộng, với đường kính đoạn giãn $\geq 1,5$ lần đường kính của động mạch bình thường lân cận. Phòng động mạch chủ bụng thường gặp ở người cao tuổi, năm 1987 ở Mỹ có từ 2 - 5% nam giới trên 60 tuổi bị phòng động mạch chủ bụng. Tỷ lệ tử vong do phòng động mạch chủ bụng đứng thứ 10 các nguyên nhân gây tử vong hàng năm ở nam trên 55 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh nam: nữ là 4:1.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021

Ngày duyệt bài: 30.5.2021

Phòng động mạch chủ bụng dưới thận chiếm 90 - 95% trong số các phòng động mạch chủ nói chung [1]. Nguyên nhân chủ yếu của phòng động mạch là xơ vữa động mạch (95% theo De Bakey), còn lại là do bẩm sinh, sau chấn thương, viêm nhiễm,[2] ...

Biến chứng chủ yếu của phòng động mạch chủ bụng dưới thận là phòng động mạch dọa vỡ và vỡ phồng. Đây là các cấp cứu ngoại khoa- can thiệp mạch máu với tỷ lệ tử vong sau mổ cao hơn 2-10 lần nhóm bệnh nhân chưa có biến chứng.

Phẫu thuật cấp cứu ghép đoạn mạch nhân tạo có vai trò đặc biệt quan trọng, hiệu quả, triển khai nhanh chóng và phù hợp với mọi bệnh nhân. Với tần suất phẫu thuật khoảng 10-15 ca/năm, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một cơ sở y tế đầu ngành có nhiều kinh nghiệm xử trí các biến chứng của phòng động mạch chủ bụng dưới thận. Nhằm nâng cao khả năng chẩn đoán cũng như chất lượng điều trị phòng động mạch chủ bụng dưới thận chúng tôi thực hiện nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị phòng động mạch chủ bụng dưới thận có biến chứng tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

50 bệnh nhân được chẩn đoán PĐMCB dưới thận vỡ, dọa vỡ đã được phẫu thuật tại

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2015 đến 5/2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian biểu hiện bệnh, yếu tố nguy cơ.

Triệu chứng cơ năng: đau bụng, thời gian đau, tính chất đau.

Thực thể: Dấu hiệu mất máu, sốc, dấu hiệu tại chỗ.

Cận lâm sàng:

Siêu âm doppler : Vị trí khối phồng, kích thước, hình thái, dọa vỡ hay vỡ, các tổn thương phối hợp khác

CT scans: Vị trí khối phồng, kích thước, hình thái, dọa vỡ hay vỡ, các tổn thương phối hợp khác.

Kết quả phẫu thuật:

Đánh giá tổn thương trong mổ: hình thái, kích thước khối phồng, vỡ hay dọa vỡ, lượng máu mất trong mổ, tổn thương phối hợp.

Thời gian phẫu thuật và cấp động mạch chủ. Lượng máu truyền trong phẫu thuật..

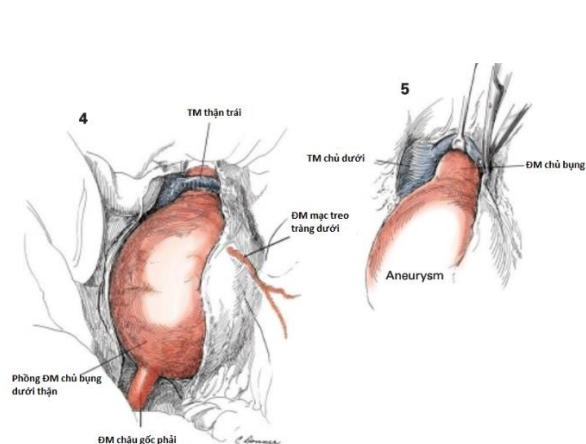
Thời gian nằm viện.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ.

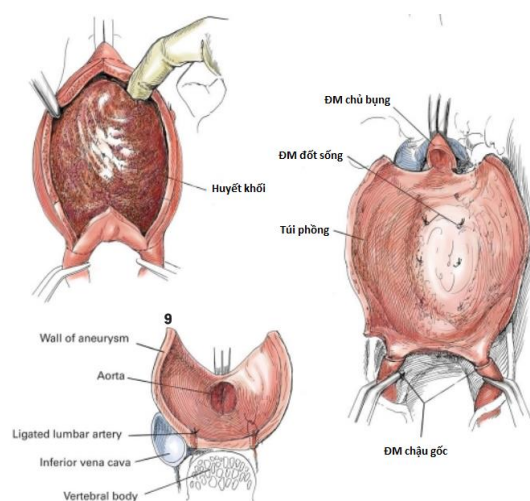
Theo dõi sau phẫu thuật.

Phương pháp phân tích số liệu: xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

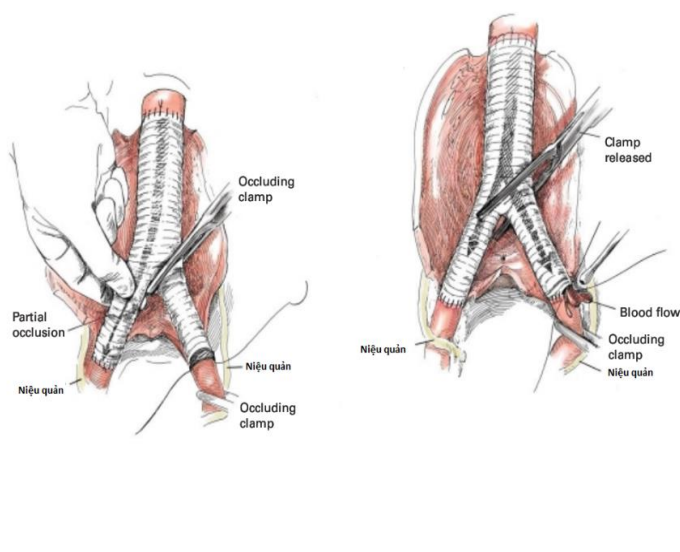
Phương pháp ghép nối mạch máu



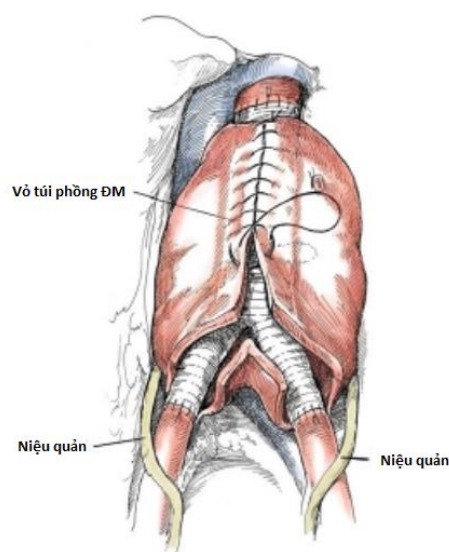
Hình 1: Bộc lộ phòng động mạch chủ bụng dưới thận



Hình 2: Thắt ĐM mạc treo tràng dưới, mở túi phòng động mạch chủ bụng, khâu cầm máu các nhánh ĐM đốt sống



Hình 3: Khâu các miệng nối ĐM chủ - chậu gốc



Hình 4: Khâu vỏ túi phòng bọc đoạn ghép

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Tổng số 50 bệnh nhân được chẩn đoán PDMCB dưới thận vỡ, dọa vỡ đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2015 đến 5/2020. Tuổi trung bình: $67,46 \pm$

11,12 tuổi. Trẻ nhất 30 tuổi, già nhất 87 tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi (chiếm 94%). Trong đó, 36 nam (76%), 12 nữ (24%)

Bệnh lý nền thường gặp là tăng huyết áp (66%) không được điều trị đều, suy thận

(12%), tăng Lipid máu (8%). Trong bệnh lý PĐMCB có biến chứng huyết áp đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy dẫn đến dọa vỡ hoặc vỡ phồng ĐM. Nhiều tài liệu cho thấy kích thước mạch > 6cm nguy cơ vỡ phồng ĐM rất cao, tuy nhiên với kích thước mạch nhỏ hơn vẫn có nguy cơ vỡ nếu không khống chế được huyết áp [5].

Thời gian biểu hiện bệnh trung bình trước khi vào viện : $13,34 \pm 11,72$ giờ. BN lâu nhất sau 72 giờ có triệu chứng đau BN vào viện.

Triệu chứng

Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng hoặc đau thắt lưng có 47/50 bệnh nhân (94%) trong đó nhóm vỡ và dọa vỡ lần lượt là 38%, 56%. Nguyên nhân của cơn đau được

một số tác giả cho là sự chèn ép thứ phát của khối máu tụ lên các nhánh thần kinh cảm giác quanh ĐMCB [6]. Khối ở bụng đập theo mạch chiếm tỷ lệ: nhóm dọa vỡ (56%), nhóm vỡ chiếm 22%. Hội chứng thiếu máu có 13 bệnh nhân (26%), sốc mất máu 3 bệnh nhân (6%). Do đó khi gặp bệnh nhân cao tuổi vào cấp cứu trong tình trạng huyết động không ổn định kèm đau bụng, đau lưng cần khẩn trương làm các thăm dò đánh giá bệnh nhân có phồng động mạch chủ bụng vỡ hay không [6].

Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện : $13,34 \pm 11,72$ giờ. Bệnh nhân lâu nhất vào viện sau 72 giờ.

Cận lâm sàng

Bảng 1: Hình dạng khối phồng

	Vỡ		Dọa vỡ	N
	Vào ổ bụng	Sau phúc mạc		
Hình thoi	2	17	27	46
Hình túi	1	2	1	4
Siêu âm	3	19	28	50
Chụp CT scans	0	17	28	45

Bảng 2: Kích thước khối phồng

Nhóm	N	$\pm$ SD (mm)	Min (mm)	Max (mm)
Hình thoi	46	$66,83 \pm 16,13$	45	108
Hình túi	4	$70,75 \pm 44,13$	70	120

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì số bệnh nhân phồng động mạch đa số là phồng dạng hình thoi chiếm 92%. Khác với phồng động mạch do nhiễm trùng thì phồng hình túi là chủ yếu. Kích thước trung bình phồng ĐMCB hình thoi là $66,83 \pm 16,13$ mm, kích thước phồng lớn nhất hình thoi là 108 mm. PĐMCB có biến chứng thường gặp với kích thước mạch lớn > 60mm, kích thước khối phồng càng lớn, nguy cơ vỡ càng cao.

Bảng 3: Thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật

Tổn thương		n	$\pm$ SD (giờ)	Min (giờ)	Max (giờ)
Vỡ khối phồng	Vào ổ bụng	3	$1,0 \pm 0,50$	0,5	1,5
	Sau phúc mạc	19	$4,5 \pm 3,86$	0,5	16
Dọa vỡ		28	$7,8 \pm 4,83$	1	18

Khi được chẩn đoán vỡ phồng ĐMCBN được chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp với thời gian nhanh nhất là 0,5 giờ, trường hợp vỡ sau phúc mạc có thời gian chuẩn bị đến khi phẫu thuật trung bình: $4,5 \pm 3,86$ giờ. Nhóm BN PĐMCB dọa vỡ cho phép chỉ định mổ cấp cứu có trì hoãn với thời gian chờ mổ

trung bình: $7,8 \pm 4,83$ giờ. Theo Nguyễn Hữu Ước đối với vỡ sau phúc mạc nguy cơ tử vong đến chậm hơn 2 – 4 giờ nên cần chỉ định mổ sớm mới hy vọng cứu sống bệnh nhân. [3]

Kết quả điều trị

Bảng 4: Tổn thương trong mổ cấp cứu

Tổn thương		n	Tỷ lệ (%)
Vỡ khối phồng	Vào ổ bụng	3	6
	Sau phúc mạc	19	38
Dọa vỡ		28	56
Mạch mạch treo tràng dưới	Bình thường	2	4
	Hẹp tắc	48	96
Tổn thương phối hợp	Tắc ĐM cẳng chân T do huyết khối	1	2
	U nhày ruột thừa	1	2

Có 22 bệnh nhân (chiếm 44%) khối phồng đã vỡ trong đó vỡ ra sau phúc mạc là chủ yếu với 19 bệnh nhân, chỉ có 3 trường hợp vỡ vào ổ bụng. Tổn thương dọa vỡ gặp 28 trường hợp (56%).

Tổn thương khác trong ổ bụng: 1 bệnh nhân tắc ĐM cẳng chân trái do huyết khối đã

được lấy huyết khối bằng Forgaty. 1 bệnh nhân có kèm theo u nhày ruột thừa đã được cắt ruột thừa cắt ruột thừa sau khi xử trí xong tổn thương mạch máu.

Trong nhóm nghiêm cứu 45 BN (90%) được ghép mạch chữ Y, 5 BN (10%) được ghép bằng mạch thẳng.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật và cấp ĐM chủ trung bình

	± SD	Min	Max
Thời gian phẫu thuật (phút)	$219,3 \pm 60,49$	120	390
Thời gian cấp ĐMC (phút)	$83,88 \pm 22,89$	40	150

Với phẫu thuật bệnh lý ĐMC bụng nói chung và phẫu thuật phồng ĐMCBN có biến chứng thì việc bộc lộ tổn thương luôn gặp khó khăn và tổn thương mạch phức tạp do đó thời gian phẫu thuật thường kéo dài.

Bảng 6: Lượng máu truyền trong phẫu thuật

	± SD (ml)	Min (ml)	Max (ml)
Lượng máu truyền trong mổ	$1513,1 \pm 984,59$	250	4350
Vỡ vào ổ bụng	$2685 \pm 422,69$	2255	3100
Vỡ sau phúc mạc	$2105,2 \pm 957,99$	750	4350
Dọa vỡ	$985,7 \pm 668,17$	250	3900

22 trường hợp vỡ PĐMCB cần truyền lượng máu lớn hơn gấp 2 -2,5 lần (2105,2 – 2685ml) so với trường hợp dọa vỡ (985,7 ml)

Bảng 7: Thời gian nằm viện trung bình

	$\pm$ SD	Min	Max
Thời gian nằm viện (ngày)	15,14 $\pm$ 9,17	6	51

Bảng 8: Tỷ lệ biến chứng sau mổ

Biến chứng		n	Tỷ lệ (%) (N = 50)
Chảy máu		0	0
Hoại tử đại tràng		1	2
Tụ dịch sau phúc mạc		6	12
Bội nhiễm, thở máy kéo dài		2	4
Biến chứng khác	Suy đa tạng	2	4
	Rò D3 tá tràng	1	2
	Tắc mạch chi dưới	2	4
	Tụ máu thành bụng	1	2
Mổ lại		7	14
Tử vong		4	8

Tổng cộng có 7 trường hợp mổ lại: 2 BN tụ dịch sau phúc mạc, 2 BN tắc mạch chi dưới, 1 BN tụ máu thành bụng, 1 BN hoại tử đại tràng, 1 BN rò D3 tá tràng. Có 4 trường hợp (8%) tử vong: 1 BN viêm phổi thở máy kéo dài, 1 BN tắc mạch chi dưới và suy đa tạng, 1 BN hoại tử đại tràng, 1 BN rò D3 tá tràng.

Bảng 9: Vỡ khối phồng với nguy cơ tử vong sớm sau mổ

Tình trạng Tử vong	Vỡ khối phồng		Dọa vỡ		r	p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Có tử vong	4	18,18	0	0	0,333	0,018
Không tử vong	18	81,82	28	100		
Tổng	22	100	28	100		

Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có vỡ khối phồng cao hơn nhóm dọa vỡ có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

Bảng 10: Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

Kết quả	n	Tỷ lệ (%) N=46
Tắc miệng nổi	0	0
Thiếu máu chi dưới	2	4,34
Cắt cụt chi	0	0
Tắc ruột dính	1	2,17
Tử vong	9	19,56

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 35,2 $\pm$ 17,2 tháng. Ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 63 tháng. Có 9 trường hợp tử vong trong 33 bệnh nhân theo dõi được (chiếm 19,56%). Nguyên nhân: Nhồi máu cơ tim cấp 1 trường hợp, xuất huyết tiêu hóa 1 trường hợp, bệnh lý phổi 1 trường hợp còn lại không rõ nguyên nhân. Theo Englund (2017) 105 bệnh nhân vỡ phồng ĐMCB, có 35 trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu chiếm 33,33%. Tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm, 5 năm, 10 năm, 15 năm, 20 năm lần lượt là 93,6%, 71,2%, 40%, 17% và 2% [4]

IV. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu của nghiên cứu khả quan với tỷ lệ sống sau phẫu thuật là 92%. Trừ biến chứng nặng gây tử vong 8%, các biến chứng còn lại được điều trị ổn định, BN ra viện không để lại di chứng gì. Theo dõi bệnh nhân bước đầu của chúng tôi với tỷ lệ tử vong 19,56%. Không có trường hợp nào tắc mạch nhân tạo. Với bệnh lý phồng ĐMC bệnh nhân thường cao tuổi do đó người bệnh tử vong còn có thể do các biến cố tim mạch, bệnh lý phổi tắc nghẽn, tai biến mạch não.... Tỷ lệ tử vong trong 5 năm đầu của nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của một số tác giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hanh Đệ Và Cs (2001)**, Phồng động mạch chủ bụng vỡ. Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực, (NXB y học): p. 177 – 188.
2. **Văn Tàn Và Cs (2010)**, Tiến bộ trong điều trị phồng động mạch chủ bụng. Tạp chí y học Việt Nam 375: p. 311.
3. **Nguyễn Hữu Ước (2017)**, Phồng động mạch chủ. Bệnh học ngoại lồng ngực - tim mạch Sau đại học, hệ Ngoại: p. 406-418.
4. **Englund R. and Katib N.(2017)**, Long-term survival following open repair of ruptured abdominal aortic aneurysm. ANZ J Surg, 87(5): p. 390-393.
5. **Erbel R., Aboyans V., et al.(2014)**, 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 35(41): p. 2873-926.
6. **Thomas S. Huber W. Anthony Lee(2011)**, Abdominal Aortic Aneurysms. Greenfield's surgery : scientific principles and practice 5th ed, 100.