HÌNH ẢNH SIÊU ÂM GAN VÀ HOẠT ĐỘ AST, ALT, GGT HUYẾT THANH CỦA MỘT SỐ BỆNH NHÂN MẮC RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG, NĂM 2020

Nguyễn Thị Phương Mai*, Nguyễn Thị Phương Thảo*, Nguyễn Quang Anh*

TÓM TẮT

Rối loạn lipid máu (RLLM) là bệnh thường gặp trong cộng đồng ở mọi lứa tuổi với hậu quả gan nhiễm mỡ, viêm gan nhiễm mỡ xơ gan. Với mục tiêu mô tả liên quan giữa mức độ tăng triglycerid huyết thanh và mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm của bệnh nhân rối loạn lipid máu; nhận xét liên quan giữa hình ảnh gan nhiễm mỡ trên siêu âm và AST, ALT, GGT huyết thanh nhằm giảm gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và xã hội. Nghiên cứu cắt ngang mô tả với phương pháp lấy mẫu thuận tiện tiến hành trên 179 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/12/2019 đến 30/6/2020. Kết quả cho thấy mức độ gan nhiễm mỡ không liên quan tới mức độ tăng triglyceride nhưng liên quan tới thời gian mắc RLLM có ý nghĩa thống kê với p = 0,013. Hoạt độ AST, ALT, GGT tăng dần theo mức độ gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kiểm soát tốt nồng độ triglyceride, AST, ALT, GGT là cần thiết trong điều trị RLLM.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, gan nhiễm mỡ

SUMMARY

LIVER ULTRASOUND RESULTS AND ACTIVITY OF SERUM AST, ALT, GGT AMONG DYSLIPIDEMIA PATIENTS IN HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2020

Dyslipidemia is a common disease at all ages in the community and with consequences of steatosis, hepatic steatosis, cirrhosis. The aim of this study was to describe the relationship between level of serum triglycerides elevation and steatosis level by liver ultrasound among dyslipidemia patients; assess the relationship between the steatosis level by ultrasound and serum AST, ALT, GGT to reduce the burden of disease for patients and society. Descriptive cross-sectional study with convenient sampling collection was conducted on 179 patients who came for examination and treatment at the Medical Clinic, Haiphong Medical University Hospital from December 1, 2019 to June 30, 2020. The results showed that the degree of steatosis was not related to the level of increased triglycerides but statistically significant related to the duration of dyslipidemia patient at p = 0.013. Activity of AST, ALT, GGT statistically significant increased duration treatment steatosis with p <0.05. Good control of triglycerides, AST, ALT, and GGT levels is essential in the treatment of dyslipidemia.

Keywords: dyslipidemia, steatosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLM) là bệnh lý thường gặp trong cộng đồng ở mọi lứa tuổi. Tại khu vực Thái Bình Dương, tỉ lệ RLLM từ 9-44% tùy quốc gia [3]. Riêng tại tỉnh Thái Bình, tỉ lệ rối loạn lipid máu là 56,1%;

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Mai
Email: ntpmai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2021
]Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

trong đó, tăng cholesterol toàn phần, triglyceride toàn phần, LDL – C, giảm HDL-C, lần lượt là 32,1%; 28,7%; 24,7% và 14% [7].

Rối loạn lipid máu được Federick và WHO phân chia thành 5 type với đặc trưng là sự tăng triglycerid ở type I, IIb, III, IV và V) [2].

Theo Chương trình Giáo dục Quốc gia về Cholesterol tại Mỹ (NCEP-National Cholesterol Education program) và của Ủy ban điều trị tăng Cholesterol ở người trưởng thành (ATPIII-Adult Treatment Panel III), triglyceride huyết thanh được chia thành các mức độ: bình thường (<1,77 mmol/L), cao tới hạn (1,77-2,3 mmol/L), cao (2,3-5,6 mmol/L) và rất cao (> 5,6 mmol/L) [1].

Triglycerid ngoại và nội sinh được vận chuyển bởi chylomicron và VLDL. Thông thường, 60% acid béo được gan sử dụng để tổng hợp triglycerid có nguồn gốc từ mô mỡ, 25% từ sự tổng hợp tại gan và 15% từ chylomicron. Như vậy, rối loạn điều hòa thoái hóa lipid tại mô mỡ và tổng hợp triglycerid tại gan là nguyên nhân tăng triglycerid tại gan và gan nhiễm mỡ [6]

Rối loạn lipid máu thể tăng triglycerid có liên quan tới tăng tích lũy triglycerid tại gan dẫn tới hình thái gan nhiễm mỡ, xa hơn nữa là xơ gan. Triglycerid là yếu tố tiên lượng nguy cơ gan nhiễm mỡ với hệ số tương quan 9,89 [9]. Gan nhiễm mỡ được định nghĩa là tình trạng triglycerid tăng 5% so với trọng lượng gan hoặc 5% tế bào gan có chứa lipid không do bởi nghiện rượu, nhiễm virus, thuốc. Các mức độ gan nhiễm mỡ 0, 1, 2, 3 được phân loại theo tỉ lệ chất béo trong gan lần lượt 0%; 5-33%; 34-66%; >66% [8]. Bên cạnh đó, gan nhiễm mỡ còn được phân độ căn cứ vào mật độ âm trên siêu âm, bao gồm:

Độ 0: âm vang của gan bình thường

Độ 1: tăng âm nhẹ, xác định được cơ hoành và đường bờ tĩnh mạch.

Độ 2: độ hồi âm lan tỏa, nhu mô gan tăng âm, cơ hoành và đường bờ tĩnh mạch trong gan đã mờ hơn so với trước

Độ 3: Tăng độ hồi âm lan tỏa, không quan sát thấy vùng cơ hoành và đường bờ tĩnh mạch trong gan và bờ trước của thùy gan phải [4].

Tăng triglycerid đồng nghĩa với tăng acid béo tại gan, làm tăng quá trình β oxy hóa tại ty thể (mitochondrial) tạo năng lượng dưới dạng ATP tại không bào (peroxisome) thậm chí tại các cytochrome dẫn tới hình thành các gốc tự do ROS (reactive oxygen species), stress oxy hóa (oxidative stress), gây tổn thương ty thể. Bệnh nhân có hoạt độ ALT > 19 IU/L và nồng độ triglycerid > 1,3 mmol/L có nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ không phải do rượu [10]

Jimenez-Aguero và cộng sự đã thiết lập công thức tính nồng độ triglyceride tại gan như sau: triglyceride (mg)/khối lượng gan (g) = 5.082 + (432,104 x multi-echo MRI mức độ gan nhiễm mỡ - fat fration) [5].

Chẩn đoán gan nhiễm mỡ căn cứ vào định lượng acid béo trong gan hay chụp cộng hưởng từ chưa phải là một giải pháp phù hợp với điều kiện kinh tế của người dân Việt Nam. Siêu âm gan là kỹ thuật chẩn đoán gan nhiễm mỡ phổ biến hiện nay. Để giảm nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ, viêm gan nhiễm mỡ, giảm gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và xã hội, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với 02 mục tiêu:

1. Mô tả liên quan giữa mức độ tăng triglycerid huyết thanh và mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm của bệnh nhân rối loạn lipid máu.

2. Nhận xét liên quan giữa hình ảnh gan nhiễm mỡ trên siêu âm và AST, ALT, GGT huyết thanh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: gồm 179 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn lipid máu đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân đã điều trị rối loạn lipid máu hoặc mới mắc

Có đủ hồ sơ bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có tiền sử uống rượu, nghiện rượu, bệnh lý viêm gan hoặc đang mắc bệnh lý về gan như: viêm gan B, C, D; xơ gan.

Bệnh nhân mắc đái tháo đường

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thu thập và phân tích mẫu tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, từ 1/12/2019-30/6/2020

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, nghiên cứu hồ sơ bệnh án

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Phương tiện nghiên cứu: hồ sơ bệnh án

Vật liệu và trang thiết bị sử dụng trong nghiên cứu: Máy phân tích hóa sinh tự động AU 480 và hóa chất của hãng Beckman Coulter (Nhật Bản), máy siêu âm Hitachi-Aloka F31 (Nhật Bản)

Phương pháp phân tích

Triglycerid toàn phần được định lượng theo nguyên lý enzyme màu và phương pháp đo điểm cuối.

AST, ALT, GGT được đo hoạt độ theo nguyên lý và kỹ thuật động học.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê Y học để tính giá trị trung bình, liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hơn 2/3 trong số 179 đối tượng nghiên cứu là nữ giới, chiếm 65,9%. Độ tuổi trung bình của đối tượng RLLM thể tăng triglyceride toàn phần là 51,6 ± 13,2 (dao động từ 21-84 tuổi), hơn ½ số đó (50,1%) trên 50 tuổi. Các bệnh nhân có thời gian mắc và điều trị RLLM trung bình 4,8 ± 0,6 tháng. Nồng độ triglyceride toàn phần của nhóm đối tượng là 4,7 ± 0,3 mmol/L, dao động từ 1,8-29,0 mmol/L; nhóm tăng triglycerid toàn phần mức trung bình chiếm tới 68,5% (122/179). Nhóm lần đầu khám có nồng độ triglycerid 4,9 ± 0,3 mmol/L cao hơn nhóm đã điều trị RLLM (4,0 ± 0,3 mmol/L) có ý nghĩa thống kê với p = 0,04. Trong số 179 bệnh nhân, có tới 44,1% nhiễm mỡ độ 1; số bệnh nhân mắc nhiễm mỡ độ 2 và độ 0 tương đương nhau - 27,4%.

Bảng 1: *Liên quan giữa mức độ tăng triglycerid với mức độ gan nhiễm mỡ*

Mức độ tăng triglycerid toàn phần	**Độ gan nhiễm mỡ**			**Tổng số n (%)**
	0	**1**	**2**	
Nhẹ (1,7-2,3 mmo/L)	5	10	5	20 (11,1%)
Cao (2,3-5,6 mmol/L)	32	56	34	122 (62,2%)
Rất cao (>5,6 mmol/L)	10	15	12	37 (20,7%)
Tổng số: n %	**47 (26,4%)**	**81 (45,2%)**	**51 (28,4%)**	**179 (100%)**

Mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm không liên quan tới nồng độ triglycerid toàn phần với p=0,85. Tuy nhiên, nhóm mắc RLLM có kết quả gan nhiễm mỡ có thời gian điều trị cao hơn nhóm không mắc gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với p = 0,013.

Bảng 2: *Liên quan giữa hoạt độ AST, ALT, GGT, nồng độ triglyceride toàn phần theo phân độ gan nhiễm mỡ*

Chỉ số	Độ gan nhiễm mỡ			p
	0 (n=47)	1 (n =81)	2 (n=51)	
AST (IU/L) median (min – max)	24 (14-94)	24,5 (16-62)	30 (16-149)	**0,005**
ALT (IU/L) median (min – max)	22 (16-68)	27 (10-84)	40 (10-92)	**<0,001**
GGT (IU/L) median (min – max)	36 (12-87)	44 (14-79)	64 (18-168)	**<0,001**

Mức độ tăng hoạt độ AST, ALT, GGT có liên quan với mức độ gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng của nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Dung (51%) và cộng sự tại tỉnh Thái Bình, của Tomizawa, Nhật Bản (52,2%) nhưng trái ngược với kết quả của Chao [3][7][8]. Có lẽ do đặc điểm địa lý, lối sống, mô hình bệnh tật của các nghiên cứu khác nhau mà dẫn tới sự khác nhau về tỉ lệ giới tính. Tuy nhiên, kết quả về độ tuổi của đối tượng trong nghiên cứu cũng tương tự như các nghiên cứu của Phạm Thị Dung và Tomizawa [7][8]. RLLM thường gặp ở nhóm bệnh nhân mắc Hội chứng Rối loạn chuyển hóa nên xu hướng tuổi thường khá cao.

Nồng độ triglyceride của đối tượng nghiên cứu dao động từ 1,8-29 mmol/L, đa số (68,2%) tăng ở mức trung bình (2,3-5,7 mmol/L). Kết quả của nghiên cứu cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Thị Dung, đa số đối tượng nghiên cứu có tăng triglyceride toàn phần ở mức độ trung bình [7]. Nồng độ triglyceride trung bình của nhóm đã điều trị thấp hơn nhóm chưa điều trị có ý nghĩa thống kê. Gần ½ số đối tượng có kết quả gan nhiễm mỡ độ 1. Tuy nhiên, mức độ gan nhiễm mỡ không liên quan giữa mức độ tăng triglyceride nhưng liên quan tới thời gian điều trị có ý nghĩa thống kê. Có lẽ do nồng độ triglyceride dễ được kiểm soát bởi chế độ ăn, lối sống và phác đồ điều trị nên các bệnh nhân đã điều trị có nồng độ triglyceride mặc dù ở mức tăng trung bình nhưng thấp hơn nhóm chưa điều trị có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, cũng có lẽ do kiểm soát chưa tốt nồng độ triglyceride mà dẫn tới tình trạng gan nhiễm mỡ ở nhóm này cao hơn nhóm chưa điều trị. Kết quả về liên quan giữa thời gian mắc RLLM với gan nhiễm mỡ cho thấy nhóm mắc RLLM và gan nhiễm mỡ có thời gian điều trị cao hơn nhóm không mắc gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với p = 0,013. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào công bố sự liên quan giữa thời gian mắc RLLM với gan nhiễm mỡ nhưng kết quả của nghiên cứu đã gợi ý sự tăng triglyceride mạn tính lại là nguyên nhân dẫn tới gan nhiễm mỡ.

Mặc dù nhóm đối tượng có hoạt độ tăng AST là ALT (<25%) nhưng cũng đã chỉ ra hậu quả viêm gan nhiễm mỡ. Nhóm viêm gan nhiễm mỡ có hoạt độ triglyceride toàn phần 4,8 ± 0,8 mmol/L; 62,5% bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ độ 2, số còn lại mắc gan

nhiễm mỡ độ 1 với thời gian điều trị RLLM trung bình 12 tháng. Sự tích lũy triglyceride nồng độ cao kéo dài làm giảm nuôi dưỡng gan, gia tăng tình trạng viêm gan nhiễm mỡ [6]. Điều đó được thể hiện qua mối liên quan giữa độ tăng hoạt độ AST, ALT, GGT với mức độ gan nhiễm mỡ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, bệnh nhân có tăng triglyceride và hoạt độ AST > 25 IU/L hoặc ALT > 27 IU/L hoặc GGT > 43,2 IU/L có nguy cơ bị nhiễm mỡ tại gan.

V. KẾT LUẬN

Triglycerid toàn phần ở bệnh nhân đang điều trị RLLM không do rượu và đái tháo đường không liên quan với tình trạng gan nhiễm mỡ trên siêu âm. Bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ có thời gian điều trị dài hơn nhóm không mắc gan nhiễm mỡ trên siêu âm.

Hoạt độ AST, ALT, GGT huyết thanh tăng dần theo mức độ gan nhiễm mỡ.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cần kiểm soát tốt nồng độ triglyceride toàn phần, hoạt độ AST < 24 IU/L, ALT <27 IU/L và GGT <44 IU/L ở bệnh nhân RLLM

- Cần có nhóm đối chứng để xác định điểm cắt triglyceride, AST, ALT, GGT ở bệnh nhân viêm gan nhiễm mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **ATP III Guidlines at a glance quick desk reference.** National Cholesterol educational Program.https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf
2. **Berberich A, Hegele R.A (2013).** Hypertriglyceridemia. J. Nutrients 5(3), 981-1001
3. **Chao F.L, Ya H.C, Shih C.C et al (2018).** Epidemiology of dyslipidemia in the Asia Pacific region. International Journal of Gerontology, 2-6
4. **Ferraioli G, Monterio L B S (2019).** Ultrasound-based techniques for the diagnosis of liver steatosis. World J Gastroenterol, 25(40) 6053-6062
5. **Jimenez-Aguero R, Emparanza J.I, Beguristain A et al (2014).** Novel equation to determine the hepatic triglyceride concentration in humans by MRI: diagnosis and monitoring of NAFLD in obese patients before and after bariatric surgery. J BMC Med, 12, 137
6. **Nassir F, Rector R.S, Hammoud G M et al (2015).** Pathogenesis and prevention of hepatic steatosis. Gastroenterology $ Hepatology, 11 (3), 167- 175
7. **Pham T.D, Nguyen T.H, Do V.V et al (2020).** Prevalence of dyslipidemia and associates factors among adults in rural Vietnam. J. Sys Rev Pharm, 11 (1), 185-191
8. **Qayyum A, Nystrom M, Noworolski SM, et al (2012).** MRI steatosis grading: development and initial validation of a color mapping system. AJR Am J Roentgenol. **198**(3):582-588
9. **Tomizawa M, Kawanabe Y, Shinozaki F et al (2014).** Triglyceride is strongly associated with nonalcoholic fatty liver disease among markers of hyperlipidemia and diabestes. J. Biomedical Reports, **2**(5), 633-636
10. **Tomizawa M, Kawanabe Y, Shinozaki F et al (2014).** Elevated levels of alanine transaminase and triglycerides within normal limits are associated with fatty liver. Exp. Ther Med, **8**(3), 759-7625

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN BẰNG CHÂM HUYỆT ĐIỀU KHẨU THẤU THỪA SƠN TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Hồng Thái*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng châm huyệt Điều Khẩu thấu Thừa Sơn tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng**: 30 bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, điều trị tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng từ 01/2020 đến 10/2020. **Phương pháp nghiên cứu**: tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau điều trị. **Kết quả:** sau 12 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ 5,20 ± 1,40 xuống 1,57 ± 1,45 điểm với p < 0,05; điểm EFA trung bình tăng từ 8,33 ± 2,68 lên 14,57 ± 1,74 (p < 0,05). Chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp. **Kết luận:** Châm huyệt Điều Khẩu thấu Thừa Sơn có hiệu quả tốt và an toàn trong điều trị điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Từ khóa: Kiên tý, Viêm quanh khớp vai, Điều Khẩu thấu Thừa Sơn, Châm cứu

SUMMARY

ASSESSING THE TREATMENT EFFECTS OF PERIARTHRITIS HUMEROSCAPULARIS'S TENDINITIS BY NEEDLING TIAOKOU THROUGH CHENGSHAN POINT AT THE TRADITIONAL MEDICINE DEPARTMENT OF HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objective: Remark on treatment results of periarthritis humeroscapularis's tendinitis by needling Tiaokou through Chengshan point at Hai phong Medical University Hospital in 2020. **Subjects**: 30 patients were diagnosed periarthritis humeroscapularis's tendinitis, treated at Hai Phong Medical University Hospital from January to October 2020. **Methods:** progressive, evaluating the results before and after treatment. **Results**: after 12 days of treatment, the average VAS score decreased from 5.20 ± 1.40 to 1.57 ± 1.45 points with p <0.05; average EFA score increased from 8.33 ± 2.68 to 14.57 ± 1.74 (p <0.05). No side effects of the intervention method have been recorded. **Conclusion:** Needling Tiaokou through Chengshan point is effective and safe of treating periarthritis humeroscapularis's tendinitis.

KeyWords: Shoulderimpediment , Periarthritis humeroscapularis, Tiaokou through Chengshan, Acupuncture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là một bệnh khớp gặp khá phổ biến trên lâm sàng với biểu hiện 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

**Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Thái
Email: nhthai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

cũng như chất lượng cuộc sống. Tổn thương của bệnh viêm quanh khớp vai là tổn thương ở phần mềm quanh khớp mà chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Điều trị VQKV thường bằng nội khoa, y học hiện đại chủ yếu sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau, giãn cơ kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng.

Theo Y học cổ truyền, bệnh lý viêm quanh khớp vai thuộc phạm vi chứng kiên tý chủ yếu do phong, hàn, thấp gây ra với các triệu chứng điển hình: đau nhức và hạn chế vận động khớp vai. Từ xưa đến nay châm cứu được áp dụng để làm giảm các triệu chứng của viêm quanh khớp vai, huyệt Điều Khẩu được nhắc đến đầu tiên trong "Châm cứu giáp ất kinh", trong "Cứu nguyên tham thảo" với phương pháp điều trị chứng đau vai gáy của Tiều Quốc Thụy lão tiên sinh, Weigel đã báo cáo ở hội nghị châm cứu quốc tế năm 1980 về huyệt Điều Khẩu trong điều trị dính khớp vai, Điều Khẩu thường được sử dụng như một huyệt quan trọng ở xa, châm cứu hoặc điện châm huyệt Điều Khẩu có thể làm giảm đáng kể cơn đau và cải thiện tầm hoạt động của khớp vai, nên chúng tôi mong muốn áp dụng phương pháp này vào điều trị lâm sàng để đánh giá và góp phần nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau:

Nhận xét kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng châm huyệt Điều Khẩu thấu Thừa Sơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, được khám và điều trị tại khoa y học cổ truyền bệnh viện đại học y Hải Phòng. Từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân trên 18 tuổi, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị có tiêu chuẩn như sau:

Tiêu chuẩn chọn theo y học hiện đại: bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai thể đơn thuần như sau:

a. Về lâm sàng:

+ Đau nhức vùng vai, ở vị trí mỏm cùng, mặt trước và mặt ngoài vai.

+ Hạn chế vận động chủ động khớp vai, không hạn chế vận động thụ động.

+ Khám khớp vai: ấn đau ở mỏm cùng xương bả vai, mặt trước chỏm xương cánh tay, gân cơ nhị đầu trong rãnh nhị đầu.

b. Về cận lâm sàng:

+ Siêu âm khớp vai: Thấy tổn thương của gân và bao gân. Hình ảnh gân giảm âm hơn bình thường. Nếu gân bị vôi hóa sẽ thấy nốt tăng âm kèm bóng cản. Có thể thấy dịch quanh bao gân nhị đầu.

Tiêu chuẩn chọn theo y học cổ truyền: bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh Kiên tý thể kiên thống nguyên nhân chủ yếu do hàn tà xâm phạm làm bế tắc kinh lạc gây đau hoặc do nguyên nhân phong hàn thấp, hoặc do sang chấn gây đau và hạn chế vận động, góc nách khép dần hẹp lại, khó hoặc không mặc áo được, rêu lưỡi trắng mỏng dính, mạch phù.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- VQKV thể đau vai cấp, thể giả liệt khớp vai, thể đông cứng khớp vai.
- Chấn thương gây tổn thương khớp vai, tổn thương rễ thần kinh cổ, cánh tay C5.
- VQKV nhiễm khuẩn, lao khớp vai, các bệnh thấp khớp, hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay.
- Thoái hóa khớp vai.
- Bệnh nhân đang dùng phương pháp điều trị khác như thuốc giảm đau, corticoid, vật lý

trị liệu hoặc tự ý sử dụng các thuốc này trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc không tuân thủ theo đúng quy trình điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, so sánh kết quả trước - sau điều trị.

2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu điều trị tại khoa y học cổ truyền bệnh viện đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020 với cỡ mẫu là 30 bệnh nhân.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Khám lâm sàng, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, đánh giá mức độ hoạt động khớp theo thang điểm EFA.

- Làm các xét nghiệm: công thức máu, siêu âm khớp vai

- Tiến hành điều trị bằng châm cứu

- Bệnh nhân được điều trị bằng châm cứu huyệt Điều Khẩu thấu Thừa Sơn: sát trùng, châm kim qua da nhanh, tiến hành thủ pháp Bổ tả theo phép "Thiêu sơn hoả" hoặc châm sâu 2-2,5 thốn tiến hành ôn châm. Liệu trình: 20 phút/lần/ngày, điều trị trong 12 ngày.

Bệnh nhân được lượng giá mức độ đau trước và sau điều trị (D0 và D12) bằng thang điểm VAS, đánh giá mức độ hoạt động khớp theo thang điểm EFA.

Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên lâm sàng

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

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

Triệu chứng đau: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS và cho điểm

Không đau: 0 điểm.

Đau nhẹ: 1 - 3 điểm.

Đau vừa: 4 - 6 điểm

Đau nặng: 7 - 10 điểm

Đánh giá mức độ hoạt động khớp bằng bảng điểm EFA

Rất tốt: 17-18 điểm

Tốt: 15-16 điểm

Khá tốt: 13-14 điểm

Trung bình: 9- 12 điểm

Kém: ≤ 8 điểm

Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp trên lâm sàng:

Vựng châm, ban đỏ phù nề, sẩn ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm.

3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD của thang điểm VAS và thang điểm EFA.

Sử dụng test thống kê Paired-Sample T-Test để so sánh trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

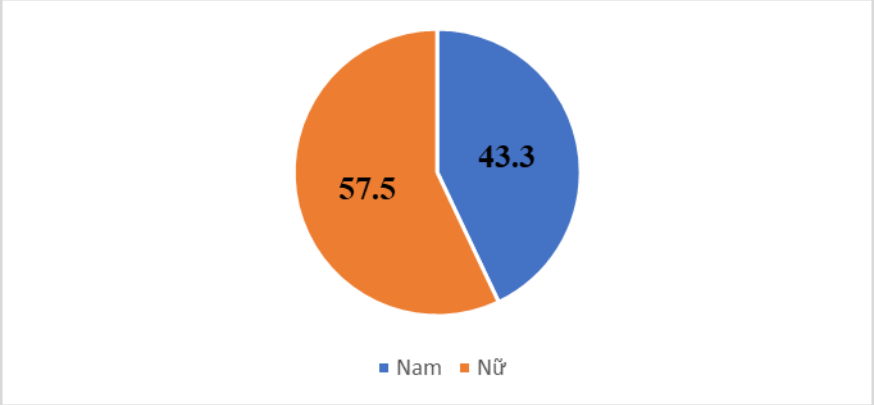
1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	6	20
40 – 59	8	26,7
≥ 60	16	53,3
Tuổi trung bình	59,13 ± 14,11	
(Min; Max)	(35; 77)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,13 ± 14,11 tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,3%. Tuổi thấp nhất là 35 tuổi cao nhất là 77.

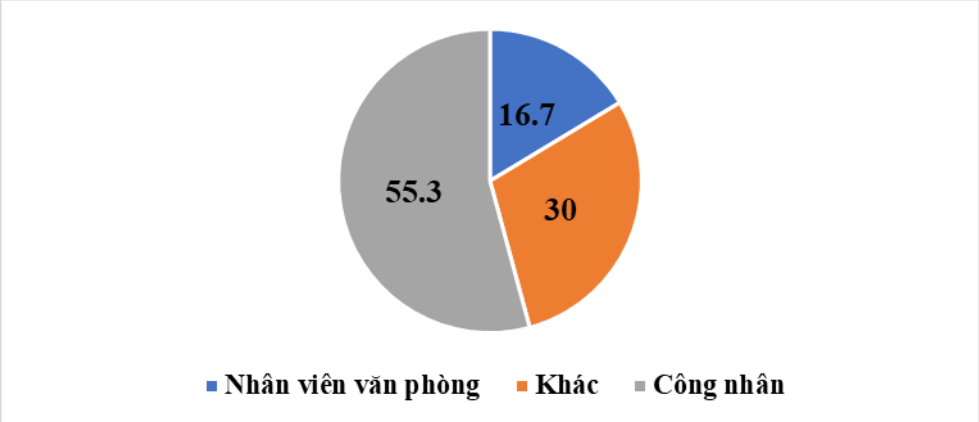
1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Trong 30 BN nghiên cứu, nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,5/1

1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu chủ yếu là nhóm công nhân chiếm 55,3%

2. Kết quả điều trị

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

Bảng 3.3. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS

Ngày / VAS	D0 (n = 30)		D12 (n = 30)	
	n	%	n	%
Không đau	0	0	6	20
Đau nhẹ	4	13,3	18	60
Đau vừa	20	66,7	6	10
Đau nặng	6	20	0	0
VAS ($\bar{X} \pm SD$)	**5,20 ± 1,40**		**1,57 ± 1,45**	
Độ chênh Δ_{D12-D0}	**3,63 ± 0,85**			
p_{D12-D0}	< 0,05			

Nhận xét: Sau 12 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ 5,20 ± 1,40 xuống 1,57 ± 1,45 điểm, giảm 3,63 ± 0,85 điểm. Nhóm đau vừa từ 66,7% xuống 10%. Không còn BN đau nặng**.** Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.2. Sự cải thiện điểm EFA trước và sau điều trị

Bảng 3.4. Sự cải thiện điểm EFA trung bình trước và sau điều trị

Ngày / Điểm EFA	D0 (n = 30)	D12 (n = 30)
EFA ($\overline{X} \pm SD$)	8,33 ± 2,68	14,57 ± 1,74
Độ chênh $\Delta_{D12 - D0}$	6,23 ± 1,07	
p_{D12-D0}	< 0,05	

Nhận xét: bảng 3.9 cho thấy trước điều trị, điểm EFA trung bình của đối tượng nghiên cứu là 8,33 ± 2,68 điểm. Sau 12 ngày, điểm EFA trung bình tăng thành 14,57 ± 1,74 điểm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Hiệu suất tăng điểm EFA sau 12 ngày điều trị là 6,23 ± 1,07 điểm.

Bảng 3.5. Sự biến đổi mức độ hoạt động khớp theo thang điểm EFA trước và sau điều trị

Ngày / Phân loại EFA	D0 (n = 30)		D12 (n = 30)	
	n	%	n	%
Rất tốt	0	0	4	13,3
Tốt	0	0	12	40
Khá	2	6,6	11	36,7
TB	14	46,7	3	10
Kém	14	46,7	0	0

Nhận xét: bảng 3.10 cho thấy trước điều trị mức độ hoạt động khớp vai chủ yếu là loại trung bình (46,7%) và kém (46,7%). Sau 12 ngày điều trị, tỷ lệ loại trung bình giảm còn 10% và không còn bệnh nhân thuộc loại kém, tỷ lệ từ loại khá trở lên chiếm 90%.

3. Tác dụng không mong muốn.

Trong quá trình theo dõi 30 bệnh nhân VQKV đơn thuần điều trị bằng phương pháp châm huyệt Điều khẩu thấu Thừa sơn trong 12 ngày, chúng tôi chưa ghi nhận bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn: vựng châm, ban đỏ phù nề, sẩn ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm trên lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,13 ± 14,11 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân cao nhất là nhóm tuổi ≥ 60 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Duyên Trang (2013) với bệnh nhân độ tuổi ≥ 60 tuổi (48,4%).

Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ và nam lần lượt là 57,5% và 43,3%, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng (2018) với tỷ lệ nữ 63,3%. Có lẽ do người phụ nữ Việt Nam đảm đương nhiều công

việc ngoài xã hội và trong gia đình, kết hợp với quá trình lão hóa ở nữ giới diễn ra nhanh và mạnh nên gây ra tỷ lệ bệnh lý cao.

Nghề nghiệp bệnh nhân trong nghiên cứu đa phần thuộc nhóm công nhân chiếm tỷ lệ 55,3%. Là đối tượng thường xuyên lao động chân tay phải mang vác vật nặng hoặc thực hiện động tác sai tư thế gây ra các tổn thương cho khớp vai.

Đa số bệnh nhân mắc bệnh thời gian từ 1 đến 3 tháng (63,3%).

2. Kết quả điều trị

2.1. Sự thay đổi mức độ đau của nhóm nghiên cứu theo VAS

Cải thiện chỉ số VAS trung bình: kết quả nghiên cứu cho thấy trước điều trị, điểm VAS trung bình của đối tượng nghiên cứu là 5,20 ± 1,40 điểm. Sau 12 ngày, điểm VAS trung bình giảm còn 1,57 ± 1,45 điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu suất giảm điểm VAS sau 12 ngày điều trị là 3,63 ± 0,85 điểm.

Hiệu quả điều trị trên thang điểm VAS: trước điều trị, đa số bệnh nhân ở mức độ đau vừa, chiếm 66,7%, không có bệnh nhân không đau. Sau 12 ngày điều trị, số bệnh nhân không đau và đau nhẹ chiếm đa số, tỷ lệ này lần lượt là 20% và 60%, không có bệnh nhân đau nặng.

Theo Y học hiện đại, điện châm có tác dụng giảm đau thông qua cơ chế làm tăng tác dụng ức chế của các sợi A và C dẫn truyền cảm giác đau, tăng phóng thích các chất enkephalin và endorphin tác động lên các thụ cảm với morphin trên các mức kiểm soát đau. Theo Y học cổ truyền, khí huyết vận hành trong kinh lạc bị bế tắc sẽ gây đau, tức là "bất thông tắc thống". Châm vào huyệt Điều khẩu thuộc kinh Dương minh là kinh đa khí đa huyết có tác dụng nhu dưỡng, điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc từ đó có tác dụng giảm đau.

2.2. Sự cải thiện mức độ hoạt động khớp theo thang điểm EFA

Thay đổi chỉ số EFA trung bình: điểm EFA trung bình trước điều trị của đối tượng nghiên cứu là 8,33 ± 2,68 điểm và sau điều trị là 14,57 ± 1,74 điểm.

Hiệu quả điều trị theo thang điểm EFA: trước điều trị mức độ hoạt động khớp vai chủ yếu là loại trung bình (46,7%) và kém (46,7%). Sau 12 ngày điều trị, tỷ lệ loại trung bình giảm còn 10% và không còn bệnh nhân thuộc loại kém, tỷ lệ từ loại khá trở lên chiếm 90%.

Kết quả cho thấy có sự cải thiện tốt về mức độ hoạt động khớp.

3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

Trong quá trình tiến hành nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn: vựng châm, ban đỏ phù nề, sẩn ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm, điều này góp phần thể hiện tính an toàn của phương pháp trên thực hành lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Sau quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi rút ra kết luận:

Giảm đau: cụ thể trước điều trị, điểm VAS trung bình của đối tượng nghiên cứu là 5,20 ± 1,40 điểm. Sau 12 ngày, điểm VAS trung bình giảm còn 1,57 ± 1,45 điểm. Hiệu suất giảm điểm VAS sau 12 ngày điều trị là 3,63 ± 0,85 điểm.

Điểm EFA trung bình trước điều trị của đối tượng nghiên cứu là 8,33 ± 2,68 điểm.

Sau 12 ngày, điểm EFA trung bình tăng thành 14,57 ± 1,74 điểm. Hiệu suất tăng điểm EFA sau 12 ngày điều trị là 6,23 ± 1,07 điểm. Sau điều trị, tỷ lệ loại trung bình giảm còn 10%, tỷ lệ từ loại khá trở lên chiếm 90%.

Chưa ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào gặp tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội (2003),** "Một số bệnh về khớp xương", Nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr 253 – 256.
2. **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, tr 173 – 176.
3. **Trần Ngọc Ân (2002),** "Viêm quanh khớp vai", Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, tr 364 – 374.
4. **Vũ Thị Duyên Trang (2013),** "Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 43.
5. **Trần Thúy, Vũ Nam (2003),** Danh pháp y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr 111 – 302.

NGHIÊN CỨU QUY LUẬT SỬ DỤNG BÀI THUỐC SÀI HỒ QUẾ CHI THANG (THƯƠNG HÀN LUẬN) TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH HỆ HÔ HẤP

Nguyễn Thị Thúy*, Đoàn Mỹ Hạnh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sài hồ Quế chi thang là bài thuốc cổ phương có nguồn gốc từ cuốn Thương hàn luận được ứng dụng rộng rãi. **Mục tiêu:** nghiên cứu quy luật sử dụng bài thuốc trong điều trị các bệnh thuộc hệ hô hấp. **Phương pháp:** thu thập các bài báo đã đăng có báo cáo các ca lâm sàng dùng Sài hồ Quế chi thang điều trị bệnh hô hấp trên 2 kho dữ liệu điện tử là https://www.cnki.net (CNKI) và https://www.wanfangdata.com.cn (WANFANG DATA) thu được 85 trường hợp, thông qua phần mềm xử lý số liệu Pattern Analytics Tool đưa ra kết quả ở dạng hình ảnh trực quan. **Kết quả**: Bài thuốc Sài hồ Quế chi thang được áp dụng khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng sốt, sợ lạnh, sợ gió, ăn kém, tự hãn, miệng đắng, đau mỏi tứ chi, lưỡi hơi đỏ, rêu trắng mỏng, mạch phù, huyền. Các vị thuốc và liều lượng thường dùng: Sài hồ 15-30g, Quế chi 6-10g, Hoàng cầm 10-15g, Bán hạ 10g, Bạch thược 10-15g, Đảng sâm 10g, Cam thảo 6-10g, Sinh khương 3 lát, Đại táo 6 quả. Gia giảm thêm: Hạnh nhân, Trần bì, Hậu phác, Thạch cao, Huyền sâm, Cát căn. **Kết luận:** Xác định được triệu chứng thường gặp, dạng lưỡi, dạng mạch tương ứng với phạm vi ứng dụng của bài thuốc, xác định được liều lượng cụ thể thường dùng cũng như gia giảm của bài thuốc Sài hồ quế chi trong điều trị các bệnh thuộc hệ hô hấp.

Từ khóa: Sài hồ quế chi thang, Thương hàn luận, Hệ hô hấp

SUMMARY

STUDYING THE REGULATION OF CHAIHU GUIZHI DECOCTION (SHANGHANLUN) IN TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES

Background: Chaihu Guizhi decoction (CGD) is an ancient medicine. **Objective**: To study the regulation of Chaihu guizhi decoction in treatment of respiratory diseases. **Methods:** Collecting articles that report a disease using CGD treatment for respiratory diseases on the 2nd largest database of China is CNKI and WANFANG DATA, obtained 85 patients, through data processing software Pattern Analytics Tool results in a visual image. **Results:** CGD were applied when patients evinced the symptoms of fever, fear of cold, fear of wind, poor appetite, dysphoria, bitter mouth, limb pain, reddish tongue, thin white moss, edema, hypotenuse, reddish tongue, thin white moss, hypotenuse. Frequently used medicines: Radix bupleuri 15-30g, Cassia twig 6-10g, Radix Scutellariae 10-15g, Pinellia 10-15g, Radix paeoniae alba 10-15g, Codonopsis pilosula 10g, Licorice 6-10g, Ginger 3pieces, Jujube 6 pieces. The most common additional medicines, such as Almond, Tangerine peel, Magnolia officinalis, Gypsum, Figwort, Pueraria lobate. **Conclusion:** To determine the symptoms, the

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy
Email: ntthuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2021
Ngày duyệt bài: 22.5.2021

type of tongue, the vascular form corresponds to the application range of the decoction, determine the specific dosage usually used as well as the reduction of the Chaihu guizhi decoction…..

Keywords: Chaihu guizhi decoction, Shanghanlun, Respriratory diseases

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sài hồ Quế chi thang được nhắc đến trong cuốn Thương hàn luận, một trong tứ đại kinh điển của Y học cổ truyền. Nội dung: "Thương hàn 6, 7 ngày, sốt, hơi sợ lạnh, các khớp đau nhức, nôn, vùng dưới tim đau trướng, đó là do ngoại tà chưa giải hết, dùng Sài hồ Quế chi thang"[1],[5]. Bài thuốc là sự kết hợp giữa Quế chi thang và Tiểu sài hồ thang với tác dụng điều hòa dinh vệ, hòa giải Thiếu dương Thành phần bài thuốc bao gồm: Sài hồ, Quế chi, Bạch thược, Nhân sâm, Bán hạ chế, Hoàng cầm, Chích cam thảo, Sinh khương, Đại táo[2],[3].

Quế chi thang, có tác dụng giải cơ phát biểu, điều hòa dinh vệ, Tiểu sài hồ thang hòa giải Thiếu dương, sơ can lý khí, điều hòa tỳ vị. Do đó, bài Sài hồ Quế chi thang có thể điều trị các triệu chứng thuộc phần biểu "các khớp đau nhức, sốt, sợ lạnh", lại có thể điều trị chứng Thiếu dương bất hòa "nôn, vùng dưới tim đầy trướng"[5]. Trên lâm sàng được ứng dụng rộng rãi trong các chứng bệnh thuộc Thái dương và Thiếu dương đồng bệnh.

Trên lâm sàng các thầy thuốc YHCT hay gặp các bệnh viêm long đường hô hấp, ho, hen, cảm cúm, viêm phế quản, viêm phổi, viêm mũi thuộc hệ hô hấp, đa số thuộc chứng biểu ở kinh Thái dương và Thiếu dương kết hợp đã được minh chứng là có hiệu quả khi dùng Sài hồ Quế chi thang, đáng được nghiên cứu và phổ biến rộng rãi.[6-7]

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu quy luật sử dụng bài thuốc Sài hồ Quế chi thang trong điều trị các bệnh liên quan hệ hô hấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Lấy số liệu từ các bài báo đã đăng từ những năm 1960 đến tháng 10 năm 2019, nội dung có báo cáo các ca lâm sàng được dùng bài thuốc Sài hồ Quế chi thang điều trị các bệnh thuộc hệ hô hấp. Số liệu được tải về từ 2 khó dữ liệu điện tử lớn là CNKI và WANFANG DATA.

Địa điểm nghiên cứu: Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc.

Tiêu chuẩn chọn lựa bài báo và ca bệnh: Bài báo có từ khóa hoặc tiêu đề là "Sài hồ Quế chi thang", là các bài báo cáo lâm sàng. Các ca bệnh được dùng bài Sài hồ Quế chi thang (gồm Sài hồ, Quế chi, Hoàng cầm, Bán hạ chế, Bạch thược, Nhân sâm hoặc Đảng sâm, Chích cam thảo, Đại táo, Sinh khương) với số vị thuốc gia giảm không vượt quá 7 vị và phải có liều lượng rõ ràng, có đầy đủ thông tin của tứ chẩn.

Tiêu chuẩn loại trừ bài báo: Bài báo có từ khóa phù hợp nhưng nội dung nghiên cứu thực nghiệm, phân tử hoặc các báo cáo lâm sàng không đầy đủ thành phần bài thuốc, liều lượng và thông tin tứ chẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Thu thập từ 2 kho dữ liệu trên được hơn 1200 bài báo, các bài báo được quản lý bằng phần mềm trích dẫn và quản lý tài liệu NoteExpress, sau khi loại bỏ những bài báo trùng lặp, nội dung ít liên quan, thu được 229 bài báo có các ca bệnh được sử dụng bài thuốc Sài hồ quế chi với đầy đủ thông tin về thành phần đơn thuốc, liều lượng, tứ chẩn, dữ liệu được nhập vào phần mềm Excel 2016, thông qua

phần mềm xử lý dữ liệu Pattern Analytics Tool; xử lý dữ liệu ra kết quả cuối cùng dạng hình ảnh (partial ordered structure diagram - POSD) [4] và tiến hành phân tích.

Cách phân tích kết quả nghiên cứu: dữ liệu sẽ xuất hiện ở dạng cây sơ đồ kín với 2 điểm đầu và điểm cuối là điểm tập kết của tất cả các nhánh thành phần. Mỗi nhánh là đại diện của một đối tượng nghiên cứu ví dụ như bệnh nhân, ca bệnh báo cáo... mỗi nhánh là sự tập hợp của nhiều điểm, mỗi điểm là một thuộc tính đang nghiên cứu. Một thuộc tính xuất hiện trên nhiều đối tượng khác nhau sẽ được xuất hiện ở những tầng trên của cây sơ đồ nghiên cứu, càng đi về phía dưới thì tính cá biệt càng tăng cao. Ví dụ nghiên cứu các triệu chứng xuất hiện của bệnh nhân thì 1 nhánh là đại diện cho 1 bệnh nhân, mỗi nhánh có nhiều điểm thắt, mỗi điểm thắt là một triệu chứng xuất hiện[8]. Những triệu chứng xuất hiện ở những tầng trên cùng là những triệu chứng thường xuất hiện và cùng gặp trên nhiều bệnh nhân khác nhau và có giá trị trong nghiên cứu, càng đi xuống dưới cây sơ đồ thì các triệu chứng biểu hiện thuộc về từng cá thể và ít có giá trị nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả thu được 229 bài báo có báo cáo 320 ca bệnh ở tất cả các mặt bệnh, trong đó thu được 85 ca bệnh được báo cáo sử dụng bài thuốc Sài hồ quế chi điều trị các bệnh hệ hô hấp. Sau khi được nhập vào biểu Excel, thông qua phần mềm Pattern analytics tools tiến hành xử lý cho được kết quả chi tiết như sau:

3.1 Giới và độ tuổi

Bảng 1: Tỷ lệ giới tính và độ tuổi trung bình trong nghiên cứu

Giá trị tính	Nam	Nữ	Tổng
Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn	40,80±14,59	42,46±15,87	42,16±16,02
Tuổi nhỏ nhất (Minimum)	17	18	17
Tuổi lớn nhất (Maximum)	78	80	80
Số mẫu (n)	33	52	85
Tỷ lệ %	38,83	61,17	100

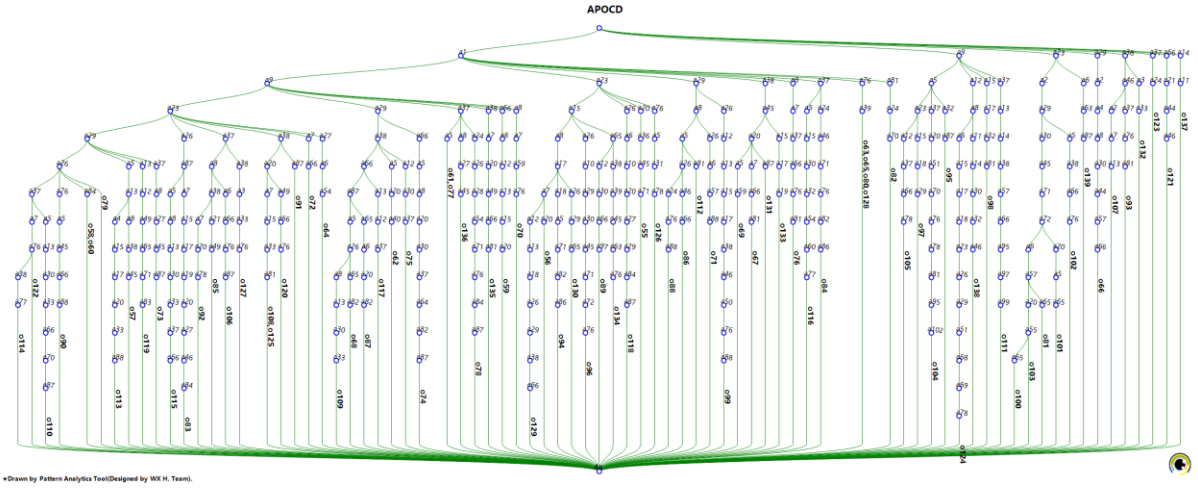
Trong số 85 ca bệnh ghi nhận sử dụng bài thuốc thì thấy bệnh xuất hiện đều ở cả nam giới và nữ giới với độ tuổi trung bình là 42,16±16,02 tuổi. Trong đó, nhóm nữ giới có số lượng bệnh nhân là 52 trường hợp (chiếm 61,17%), tuổi bị bệnh nhỏ nhất ghi nhận được là 18 tuổi và người cao tuổi nhất 80 tuổi, ở nhóm nam giới nhóm tuổi bị bệnh cũng tương đương dao động từ 17-78 tuổi.

3.2 Triệu chứng

Triệu chứng ở đây bao gồm các triệu chứng chủ quan của bệnh nhân và những triệu chứng khách quan do thầy thuốc nhận định theo YHCT, bao gồm Vọng chẩn, Văn chẩn và Vấn chẩn, Thiết chẩn. Cụ thể ở đây sẽ phân tích Thiệt chẩn đại diện Vọng chẩn, Chứng trạng đại diện Vấn chẩn và Văn chẩn, Mạch chẩn đại diện Thiết chẩn.

3.3 Chứng trạng

Thu thập được 69 loại triệu chứng trên 85 bệnh nhân, được thể hiện chi tiết trong Hình 1.



Hình 1: Các chứng trạng thường gặp

Chú thích: o55-o93: Viêm long đường hô hấp trên, o94-098: Ho; o99-o104: Hen; o105-o128: Cảm cúm; o129-o132: Viêm phế quản; o133-o136: Viêm phổi; o136-o139: Viêm mũi

-a1: sốt; a2: hàn nhiệt vãng lai; a5: tự hãn; a8: sợ gió; a9: sợ lạnh; a15: ho; a17: đờm ít; a23: ăn kém; a29: đắng miệng; a37: đau mỏi người; a38: đau các chi; a45: phiền táo; a7: mệt mỏi lờ đờ

Phân tích kết quả từ Hình 1 cho thấy: từ trên xuống 2 triệu chứng xuất hiện ở đỉnh của 2 nhóm triệu chứng tập hợp đa số các ca bệnh, đó là a1 sốt, a9 sợ lạnh. Trong đó có nhóm triệu chứng a1 sốt xuất hiện với tần số nhiều nhất 64/85 ca bệnh (chiếm 75,29%), chứng tỏ đây là triệu chứng chủ đạo, từ điểm a1 sốt phân tiếp thành 3 nhóm triệu chứng nhỏ bao gồm nhóm nhỏ 1 có a9 sợ lạnh, a23 ăn kém, a29 đắng miệng, a38 đau mỏi tứ chi, a26 miệng khô; nhóm nhỏ 2 có a23 ăn kém, a8 sợ gió, a15 ho, a17 ít đờm; nhóm nhỏ 3 có a29 đắng miệng, a8 sợ gió, a5 tự hãn. Nhóm triệu chứng có đỉnh là a9 sợ lạnh đi kèm với các triệu chứng a5 tự hãn, a23 ăn kém. Kết hợp 2 nhóm triệu chứng thường gặp, ta thấy các bệnh hệ hô hấp có thể áp dụng được bài thuốc Sài hồ quế chi bao gồm sốt, sợ lạnh, sợ gió, ăn kém, tự hãn, miệng đắng và đau mỏi tứ chi. Từ đây thấy rằng các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với nguyên văn điều 146 của Thương hàn luận đã mô tả: "phát sốt, sợ lạnh…. các khớp đau nhức …đó là do ngoại tà chưa giải…."

3.3.1 Thiệt chẩn và Mạch chẩn

Thiệt chẩn là phương pháp xem lưỡi để chẩn đoán bệnh, thông qua phân tích tình trạng của chất lưỡi và rêu lưỡi có thể đưa ra những đánh giá sơ bộ về tình trạng của ngũ tạng lục phủ và vị trí cũng như tính chất của bệnh tật, Thiệt chẩn cũng là một đặc trưng của Y học cổ truyền. Ghi nhận được 12 dạng lưỡi ở 85 bệnh nhân. Dựa trên kết quả phân tích số liệu sau khi tổng hợp các dạng lưỡi thường gặp để có thể áp dụng được bài thuốc Sài hồ quế chi bao gồm lưỡi hơi đỏ rêu trắng mỏng, lưỡi nhợt rêu trắng nhớt hoặc lưỡi nhợt rêu vàng mỏng.

Mạch chẩn là phương pháp bắt mạch để chẩn đoán bệnh, bắt mạch là phương pháp chẩn đoán đặc trưng của các bác sỹ Y học cổ truyền, việc bắt mạch cũng là một trong các công việc quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh trong y học cổ truyền. Có 14 dạng mạch thu

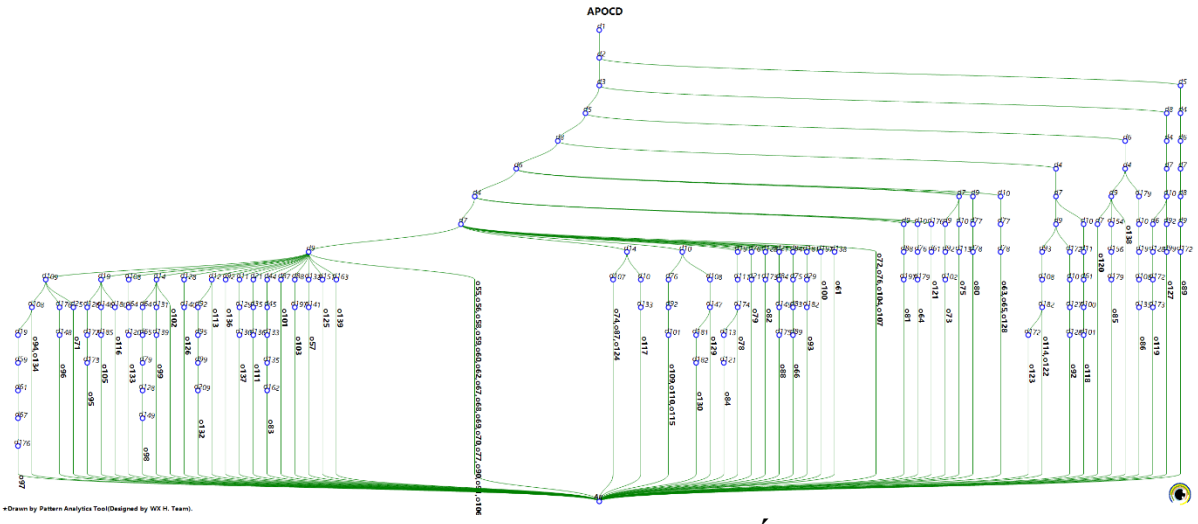
thập được trên 85 bệnh nhân có triệu chứng đường hô hấp. Dựa trên kết quả phân tích số liệu sau khi tổng hợp, dạng mạch chủ yếu gặp trong bệnh hô hấp áp dụng bài Sài hồ quế chi là mạch huyền hoặc mạch phù. Các mạch kết hợp thành huyền phù, huyền tế, huyền sác, phù sác, phù tế hoặc phù hoãn. Mạch huyền và mạch phù là những dạng mạch đặc trưng của kinh Thái dương biểu chứng và kinh Thiếu dương.

3.4 Phân tích quy luật sử dụng bài thuốc

Bao gồm các vị thuốc thường dùng, gia giảm và liều lượng thường dùng

3.4.1 Gia giảm bài thuốc

Trong số 85 ca bệnh ghi nhận dùng bài thuốc Sài hồ quế chi thang số lượng các vị thuốc được sử dụng là 83, trong đó chi tiết các vị thuốc gia giảm được thể hiện trong Hình 2.



Hình 2: Gia giảm bài thuốc

Chú thích: o55-o93: Viêm long đường hô hấp trên, o94-098: Ho; o99-o104: Hen; o105-o128: Cảm cúm; o129-o132: Viêm phế quản; o133-o136: Viêm phổi; o136-o139: Viêm mũi

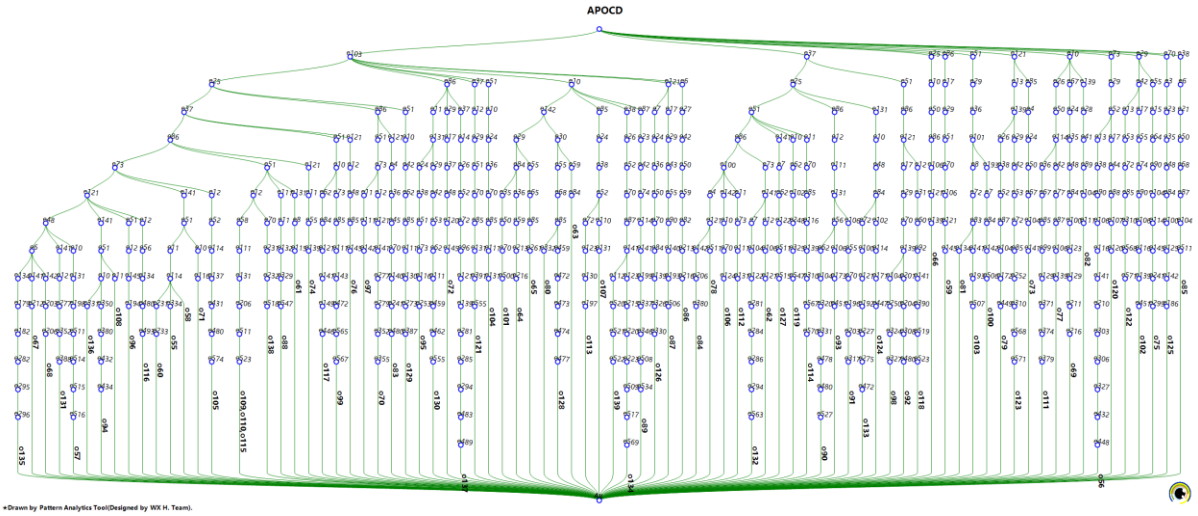
-d1 Sài hồ, d2 Quế chi, d3 Hoàng cầm, d4 Bán hạ chế, d5 Bạch thược, d6 Cam thảo, d7 Sinh khương, d8 Đại táo, d9 Đảng sâm, d10 Nhân sâm, d12 Xạ can, d14 Cát căn, d19 Trần bì, d75 Phòng phong, d76 Huyền sâm, d77 Đan sâm, d78 Địa cốt bì, d92 Thạch cao, d93 Tri mẫu, d107 Sa sâm, d108 Hạnh nhân, d109 Hậu phác.

Từ Hình 2 có thể thấy từ tầng thứ nhất đến tầng thứ 6 lần lượt là các vị thuốc d1 Sài hồ, d2 Quế chi, d3 Hoàng cầm, d5 Bạch thược, d8 Đại táo, d6 Cam thảo, các vị thuốc này gần như xuất hiện ở toàn bộ số ca bệnh. Có thể thấy đây là các vị thuốc cơ bản không thể thiếu trong bài thuốc Sài hồ quế chi. 3 tầng còn lại d4 Bán hạ, d7 Sinh khương, d9 Đảng sâm, là các vị thuốc xuất hiện với tần suất thưa hơn trong bài thuốc. Đến tầng số 8 là d7 Sinh khương bắt đầu chia ra 2 nhóm lớn, nhóm d9 Đảng sâm và nhóm d10 Nhân sâm, trong đó nhóm dùng Đảng sâm chiếm đại đa số với 53/85 ca bệnh (chiếm 62,35%), Nhân sâm chỉ được sử dụng 16/85 lần, như vậy mặc dù bài gốc sử dụng Nhân sâm nhưng hiện nay xu hướng dùng thuốc trên

lâm sàng là dùng Đảng sâm để thay thế Nhân sâm đang rất phổ biến, cũng từ nhóm d9 Đảng sâm có thể thấy 1 nhánh bao gồm 16/85 ca bệnh (chiếm 18,82%) hoàn toàn chỉ có 9 vị thuốc của bài Sài hồ quế chi thang, đồng nghĩa với việc dùng nguyên phương không gia giảm mà vẫn đạt hiệu quả điều trị. Điều này cũng thể hiện được ưu việt của bài thuốc cổ phương vẫn hoàn toàn phù hợp với sự diễn biến bệnh ngày càng phức tạp hiện nay. Từ nhánh d9 Đảng sâm và d10 Nhân sâm bắt đầu phân các nhánh nhỏ, từ các nhánh nhỏ này chúng ta biết được các vị thuốc thường hay gia thêm đó là d108 Hạnh nhân, d14 Cát căn, d19 Trần bì, d92 Thạch cao, d75 Phòng phong, d77 Huyền sâm, d109 Hậu phác.

3.4.2 Liều lượng

Nghiên cứu ghi nhận bài thuốc Sài hồ quế chi thang sử dụng 83 loại thuốc với các liều lượng khác nhau, tổng hợp thành 218 loại liều lượng, được phân bố theo Hình 3 dưới đây.



Hình 3: Liều lượng thường dùng

Chú thích: o55-o93: Viêm long đường hô hấp trên, o94-098: Ho; o99-o104: Hen; o105-o128: Cảm cúm; o129-o132: Viêm phế quản; o133-o136: Viêm phổi; o136-o139: Viêm mũi

-e4 Sài hồ 30g, e6 Sài hồ 24g, e10 Sài hồ 15g, e11 Sài hồ 12g, e12 Sài hồ 10g, e13 Sài hồ 9g, e24 Quế chi 12g, e25 Quế chi 10g, e26 Quế chi 9g, e29 Quế chi 6g, e30 Quế chi 5g, e37 Bán hạ chế 10g, e51 Hoàng cầm 10g, e52 Hoàng cầm 9g, e56 Hoàng cầm 5g, e68 Đảng sâm 20g, e70 Đảng sâm 15g, e85 Bạch thược 12g, e86 Bạch thược 10g, e87 Bạch thược 9g, e100 Chích cam thảo 10g, e103 Chích cam thảo 6g, e111 Sinh khương 10g, e121 Sinh khương 3 lát, e131 Đại táo 10g, e141 Đại táo 5 quả, e206 Huyền sâm 15g, e511 Thạch cao 30g

Từ Hình 3 có thể thấy, bài thuốc Sài hồ quế chi được các chuyên gia dùng liều lượng rất khác nhau, trong đó thấy xuất hiện 2 nhóm lớn và nhiều nhóm nhỏ tản mác. 2 nhóm lớn bao gồm e103 Cam thảo 6g và e37 Bán hạ 10g đứng đầu. Trong đó nhóm thứ nhất chiếm đại đa số các ca bệnh và có thể đây chính là liều lượng thường được áp dụng

của bài thuốc khi điều trị nhóm bệnh Tiêu hóa, nhóm này lại chia thành 2 nhánh nhỏ, bao gồm e103 Chích am thảo 6g, e25 Quế chi 10g, e37 Bán hạ chế, e86 Bạch thược 10g, e73 Đảng sâm 10g, e121 Sinh khương, e48 Hoàng cầm 15g, e26 Sài hồ 24g, nhánh còn lại là e103 Chích cam thảo 6g, e10 Sài hồ 15g, e142 Đại táo 6 quả, e29 Quế chi 6g, e84 Bạch thược. Nhóm thứ 2 bao gồm e37 Bán hạ chế, e25 Quế chi 10g, e51 Hoàng cầm 10g, e86 Bạch thược 10g, e100 Chích cam thảo 10g, e4 Sài hồ 30g, e121 Sinh khương 3 lát. Các nhóm còn lại phân bố tản mác, số lượng ít nên không tiến hành phân tích. Ở đây cũng thấy rằng, các vị thuốc gia giảm liều lượng phân bố khá tản mác nên ở phần này chúng tôi chỉ có thể đưa ra kết luận về liều lượng thường dùng nhất của các vị thuốc trong bài thuốc gốc Sài hồ quế chi thang bao gồm Sài hồ 15-30g, Quế chi 6-10g, Hoàng cầm 10-15g, Bán hạ 10g, Bạch thược 10-15g, Đảng sâm 10g, Cam thảo 6-10g, Sinh khương 3 lát, Đại táo 6 quả. Ở đây Sài hồ được dùng liều khá cao, lên đến 30g, điều này có thể liên quan đến tình trạng kinh Thiếu dương bất hòa ở mức độ nặng.

IV. BÀN LUẬN

Từ các kết quả trên cho thấy, đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu có các đặc điểm như tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới, tuổi mắc bệnh trung bình ở nhóm tuổi lao động, cường độ lao động cao, áp lực trong cuộc sống và công việc đều có thể là những yếu tố thuận lợi dẫn đến mắc bệnh.

Các triệu chứng thường gặp là sốt, sợ lạnh, sợ gió, ăn kém, tự hãn, miệng đắng và đau mỏi tứ chi, lưỡi hơi đỏ, rêu trắng mỏng hoặc rêu nhớt, mạch phù, huyền, trong đó sốt, sợ lạnh, sợ gió, tứ chi đau mỏi là các triệu chứng đặc trưng của bệnh hệ hô háp mà điển hình là của bệnh lý viêm long đường ho hấp trên, đây cũng là căn bệnh có tỷ lệ xuất hiện cao nhất trong các ca bệnh thu thập được; miệng đắng, ăn kém là các triệu chứng thuộc kinh Thiếu dương, sốt, sợ lạnh là các triệu chứng thuộc kinh Thái dương biểu chứng.

Các vị thuốc thường dùng trong bài thuốc có liều lượng trung bình từ 10-15g, là liều lượng các thầy thuốc thường kê trong thực tế lâm sàng. Các vị thuốc gia giảm thường được dùng là thuốc có tác dụng lý khí, hóa đờm chỉ khái (Hạnh nhân, Trần bì, Hậu phác) hoặc các vị thuốc thanh nhiệt hạ sốt, lương huyết (Thạch cao, Huyền sâm, Cát căn) giải quyết tình trạng sốt, ho có đờm, miệng khô gặp trên đa số các bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1 Kết luận

Quy luật sử dụng bài thuốc Sài hồ quế chi thang thể hiện như sau:

①Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Các ca bệnh xuất hiện ở nữ giới (61,17%) cao hơn nam giới (38,83%), độ tuổi trung bình là 42,16±16,02 tuổi.

②Triệu chứng thường gặp: sốt, sợ lạnh, sợ gió, ăn kém, tự hãn, miệng đắng, đau mỏi tứ chi. Dạng lưỡi thường gặp: lưỡi hơi đỏ, rêu trắng mỏng. Dạng mạch thường gặp: mạch phù, huyền, có thể kết hợp thêm mạch sác, hoạt, khẩn.

③Các vị thuốc và liều lượng thường dùng: Sài hồ 15-30g, Quế chi 6-10g, Hoàng cầm 10-15g, Bán hạ 10g, Bạch thược 10-15g, Đảng sâm 10g, Cam thảo 6-10g, Sinh khương 3 lát, Đại táo 6 quả.

④Các vị thuốc có thể gia giảm thêm: Hạnh nhân, Trần bì, Hậu phác, Thạch cao, Huyền sâm, Cát căn.

4.2 Kiến nghị

Do nghiên cứu này chỉ tập trung thu thập các bài báo ứng dụng bài thuốc Sài hồ quế chi có chứa thông tin về báo cáo lâm sàng được phát hành từ khi 2 kho dữ liệu trên được thành lập đến nay (những năm 1960 trở lại đây), chỉ phản ánh một phần rất nhỏ quy luật ứng dụng của bài thuốc cổ phương này so với thời gian ra đời và ứng dụng của Thương hàn luận cũng như bài thuốc Sài hồ quế chi. Hy vọng trong các nghiên cứu tiếp theo sẽ mở rộng phạm vi nghiên cứu để có cái nhìn tổng quan hơn về quy luật sử dụng bài thuốc này trong ứng dụng lâm sàng Y học cổ truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Đại học Y Hà Nội (2008). Thương hàn luận. Nhà xuất bản Y học.

[2] Đỗ Tất Lợi (2004). Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học.

[3] Trần Văn Kỳ (2008). 250 bài thuốc Đông y cổ truyền chọn lọc. Nhà xuất bản thanh niên Việt Nam.

[4] Meng H (2016). Knowledge Discovery of Prescription for Spleen Deficiency Syndrome Base on Attribute Partial Ordered Structure Diagram:, 中国重庆, [C]

[5] 郝万山,张仲景,王叔和 (2005).伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社

[6] 陈建 (2010). 柴胡桂枝汤临证应用思路浅析 [J]. 光明中医,25(05):753-754.

[7]戴思思,李群,刘芸.柴胡桂枝汤治疗呼吸道病毒感染(阴虚/气虚)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2018,32(06):9-11.

[8] 洪文学, 栾景民, 张涛等 (2014). 基于偏序结构理论的知识发现方法 [J]. 燕山大学学报,(5):394-402.

NGHIÊN CỨU QUY LUẬT SỬ DỤNG LIỀU LƯỢNG CỦA BÀI THUỐC SÀI HỒ QUẾ CHI THANG (THƯƠNG HÀN LUẬN) TRÊN CÁC BÁO CÁO LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Thúy*, Đoàn Mỹ Hạnh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sài hồ Quế chi thang là bài thuốc cổ phương trong cuốn Thương hàn luận đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị. **Mục tiêu:** nghiên cứu quy luật sử dụng bài thuốc trong điều trị các bệnh được mô tả trong các báo cáo lâm sàng. **Phương pháp:** thu thập các bài báo đã đăng có báo cáo các ca bệnh sử dụng Sài hồ Quế chi thang điều trị bệnh trên 2 kho dữ liệu điện tử là https://www.cnki.net (CNKI) và https://www.wanfangdata.com.cn (WANFANG DATA) thu được 320 trường hợp, thông qua phần mềm Excel tiến hành phân tích và ra kết quả. Kết quả: Các ca bệnh xuất hiện ở cả 2 giới với tỉ lệ nam: nữ đạt 1:1,5, độ tuổi trung bình là 41, 61±16,57 tuổi, diện bệnh bao gồm tất cả các mặt bệnh, trong đó chủ yếu ở các khoa hô hấp, tiêu hóa, cơ xương khớp và tâm thần kinh. Trên lâm sàng, việc sử dụng liều lượng của các vị thuốc trong bài thuốc Sài hồ Quế chi thang được biến hóa rất linh hoạt, tùy thuộc từng cá thể, từng loại bệnh mà gia giảm cho phù hợp. Xác định được liều lượng thường dùng nhất cho các vị thuốc trong bài: Sài hồ 10-15g, Quế chi 6-10g, Hoàng cầm 10g, Bán hạ 10g, Bạch thược 10-15g, Đảng sâm 10-15g, Cam thảo 6g, Sinh khương 10g hoặc 3 lát, Đại táo 10g hoặc 3-6 quả. **Kết luận:** Xác định được phạm vi sử dụng liều lượng của từng vị thuốc, liều tối đa, tối thiểu và liều thường dùng của bài thuốc Sài hồ quế chi trong điều trị các bệnh trên thực tế lâm sàng.

Từ khóa: Sài hồ quế chi thang, Thương hàn luận

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy
Email: ntthuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2021
Ngày duyệt bài: 23.5.2021

SUMMARY

STUDYING THE REGULATION DOSAGE OF CHAIHU GUIZHI DECOCTION (SHANGHANLUN) ON CLINICAL REPORT

Background: Chaihu Guizhi decoction (CGD) is an ancient medicine. **Objective**:To study the regulation dosage of CGD on clinical report. **Methods:** Collecting articles that report using the Chaihu guizhi decoction for treatment on the 2nd largest database of China is CNKI and WANFANG DATA, obtained 320 cases, through Excel software to analyze and produce results. **Resuls:** Both gender could be suffered from diseases, male: female 1: 1.5, the average age was 41, 61 ± 16.57 years old, the disease area includes all disease aspects, of which in the respiratory diseases, digestive diseases, rheumatic diseases and neuropsychiatric diseases. Clinically, the use of medicinal herbs in the remedy of CGD is transformed very flexibly, depending on the individual, each type of disease, and decrease accordingly. Determine the most commonly used dosage for the herbs in the article: Radix bupleuri 10-15g, Cassia twig 6-10g, Radix Scutellariae 10g, Pinellia 10g, Radix paeoniae alba 10-15g, Codonopsis pilosula 10-15g, Licorice 6g, Ginger 10g or 3 slices, Jujube

10g or 3-6 pieces. **Conclusion**: Determining the dosage range of each medicine, the maximum, minimum and usual dose of the remedy for the treatment of diseases in clinical practice.

Keywords: Chaihu guizhi decoction, Shanghanlun

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sài hồ Quế chi thang được nhắc đến trong cuốn sách Thương hàn luận, một trong tứ đại kinh điển của Y học cổ truyền, của tác giả Trương Trọng Cảnh (cuối đời Hán-Trung Quốc). Nội dung: "Thương hàn 6, 7 ngày, sốt, hơi sợ lạnh, các khớp đau nhức, nôn, vùng dưới tim đau trướng, đó là do ngoại tà chưa giải hết, dùng Sài hồ Quế chi thang"[1],[4]. Bài thuốc là sự kết hợp giữa Quế chi thang và Tiểu sài hồ thang với tác dụng điều hòa dinh vệ, hòa giải Thiếu dương. Với sự tham gia Quế chi thang, có tác dụng giải cơ phát biểu, điều hòa dinh vệ, Tiểu sài hồ thang hòa giải Thiếu dương, sơ can lý khí, điều hòa tỳ vị. Do đó, bài Sài hồ Quế chi thang có thể điều trị các triệu chứng thuộc phần biểu "các khớp đau nhức, sốt, sợ lạnh", lại có thể điều trị chứng Thiếu dương bất hòa "nôn, vùng dưới tim đầy trướng"[4].

Thành phần bài thuốc theo Thương hàn luận bao gồm: Sài hồ 4 lạng, Quế chi 1,5 lạng, Thược thược 1,5 lạng, Nhân sâm 1,5 lạng, Bán hạ chế 2,5 nắm, Hoàng cầm 1,5 lạng, Chích cam thảo 1 lạng, Sinh khương 2,5 lạng, Đại táo 6 quả[2-4].

Trên lâm sàng các thầy thuốc YHCT thường ứng dụng bài thuốc Sài hồ Quế chi đối với những bệnh nhân có chứng biểu ở kinh Thái dương và Thiếu dương kết hợp, với liều lượng đa dạng, phong phú, và đã thay đổi đơn vị đo sang gam (g) để phù hợp với đơn vị đo hiện tại.[5-8]

Mục tiêu nghiên cứu: nhận xét quy luật dùng liều lượng của các vị thuốc trong bài thuốc Sài hồ Quế chi thang trên các báo cáo lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Lấy số liệu từ các bài báo đã đăng từ những năm 1960 đến tháng 10 năm 2019, nội dung có báo cáo các ca bệnh được dùng bài thuốc Sài hồ Quế chi thang. Số liệu được tải về từ 2 khó dữ liệu điện tử lớn là CNKI và WANFANG DATA.

Tiêu chuẩn chọn lựa bài báo và ca bệnh: Bài báo có từ khóa hoặc tiêu đề là "Sài hồ Quế chi thang", là các bài báo cáo lâm sàng. Các ca bệnh được dùng bài Sài hồ Quế chi thang (gồm Sài hồ, Quế chi, Hoàng câm, Bán hạ chế, Bạch thược, Nhân sâm hoặc Đảng sâm, Chích cam thảo, Đại táo, Sinh khương) với số vị thuốc gia giảm không vượt quá 7 vị, có đầy đủ thông tin của tứ chẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Sau khi thu thập từ hơn 1.200 bài báo có từ khóa là "Sài hồ quế chi thang", tác giả dùng phần mềm trích dẫn và quản lý tài liệu NoteExpress để tiến hành phân loại và chọn lọc theo tiêu chuẩn lựa chọn. sau khi loại bỏ những bài báo trùng lặp, nội dung ít liên quan, thu được 229 bài báo có các ca bệnh được sử dụng bài thuốc Sài hồ quế chi, dữ liệu trong các bài báo được nhập vào phần mềm Excel 2016, xử lý dữ liệu ra kết quả và tiến hành phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả thu được 229 bài báo có báo cáo các ca bệnh ở tất cả các mặt bệnh. Sau khi được nhập vào biểu Excel, tiến hành xử lý cho được kết quả chi tiết như sau:

4.3 Giới tính, độ tuổi và phổ bệnh

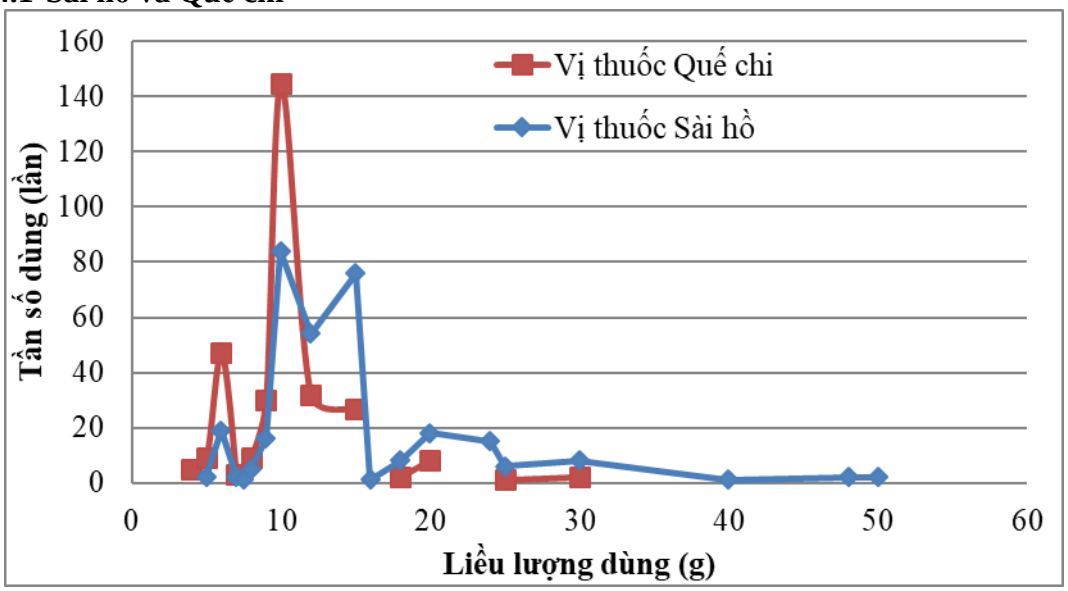
Giới tính: Trong số 320 ca bệnh ghi nhận sử dụng bài thuốc thì thấy bệnh xuất hiện đều ở cả nam giới và nữ giới. Trong đó nữ giới là 194 trường hợp chiếm 60,63%, nam giới là 126 trường hợp chiếm 39,37%. Tỉ lệ nam: nữ đạt 1: 1,5.

Tuổi trung bình: Ghi nhận được là 41,61±16,57 tuổi, bao gồm tất cả các lứa tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là bệnh nhi 1 tuổi, cao tuổi nhất là bệnh nhân 82 tuổi chia theo các khung tuổi của WHO. Trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 40-49 tuổi chiếm 26,88%, thứ hai là nhóm 50-59 tuổi chiếm 18,75%, thứ ba là nhóm 30-39 tuổi chiếm 16,25%, thứ tư là nhóm 20-29 tuổi, 4 nhóm tuổi này chiếm tổng tỉ lệ là 77,82%. Như vậy thấy rằng nhóm tuổi lao động từ 20-59 là nhóm tuổi thường mắc bệnh với các triệu chứng phù hợp để dùng bài thuốc Sài hồ Quế chi thang.

Phổ bệnh: Ghi nhận trên 320 bệnh nhân, thu được 108 loại bệnh theo chẩn đoán YHHĐ, bao gồm bệnh thuộc khoa Sản-phụ, khoa Nhi, khoa hô hấp, khoa tiêu hóa, khoa tâm-thần kinh, khoa cơ xương khớp và các khoa khác. Trong đó có 4 khoa có số bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất bao gồm khoa hô hấp 26,56%, khoa tiêu hóa 18,44%, khoa cơ xương khớp chiếm 17,5% và khoa tâm-thần kinh chiếm 14,38%. Chứng tỏ bài thuốc Sài hồ Quế chi thang có ưu thế điều trị trên các mặt bệnh trên.

4.4 Phân tích quy luật sử dụng liều lượng của các vị thuốc trong bài

4.4.1 Sài hồ và Quế chi



Hình 1: Liều lượng thường dùng vị thuốc Quế chi và Sài hồ

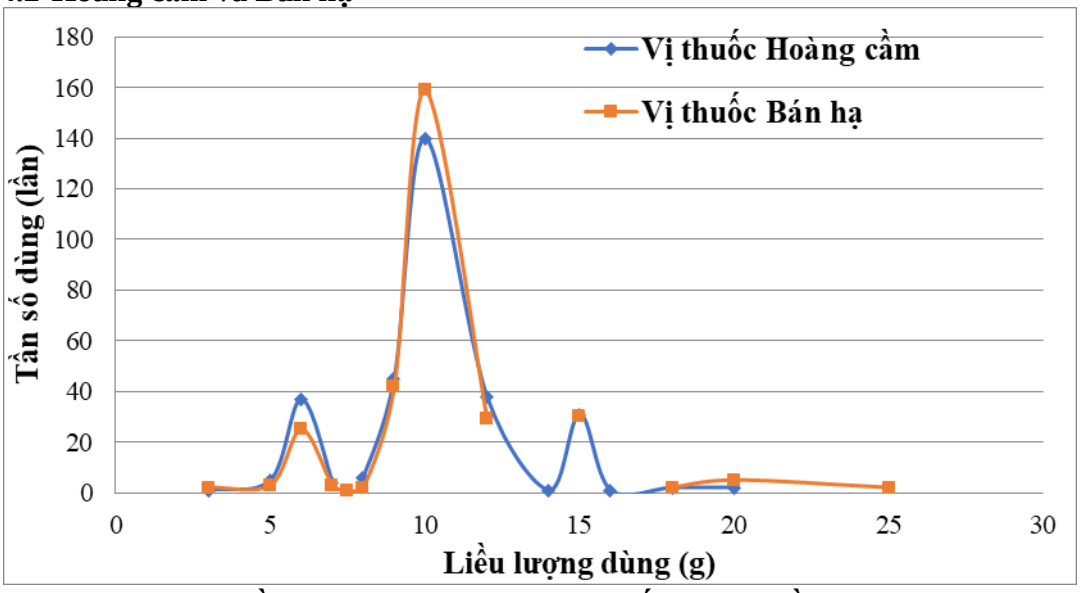
Nhận xét:

Sài hồ: Nghiên cứu thu thập trên 320 bệnh nhân được dùng bài thuốc Sài hồ Quế chi thang, tần số sử dụng vị thuốc Sài hồ chiếm 100%, chia ra 18 loại liều lượng, trong đó liều cao nhất được ghi nhận là 50g, có 2 trường hợp, chiếm 0,63%, liều nhỏ nhất là 5g, có 2 bệnh nhân chiếm 0,63%; thường dùng nhất là Sài hồ 10g, Sài hồ 15g và Sài hồ 12g lần lượt chiếm tỷ lệ 26,25%; 23,75%;

16,88%.

Quế chi: Tần số sử dụng Quế chi trong bài thuốc Sài hồ Quế chi thang là 320/320 lần, chiếm 100%, chia ra 13 loại liều lượng, trong đó liều cao nhất ghi nhận được là 30g, chiếm 0,63%, lượng nhỏ nhất là 4g chiếm 1,56%; liều lượng thường dùng có Quế chi 10g, Quế chi 6g, Quế chi 12g, Quế chi 9g, Quế chi 15g với tỉ lệ lần lượt 45,3%; 14,69%; 10,0%; 9,38%; 8,44%.

4.4.2 Hoàng cầm và Bán hạ



Hình 2: Liều lượng thường dùng vị thuốc Hoàng cầm và Bán hạ

Nhận xét:

Hoàng cầm: Ghi nhận được 13 loại liều lượng dùng khác nhau của vị thuốc Hoàng cầm, trong đó liều lượng cao nhất là 20g chiếm 0,63%, liều lượng nhỏ nhất là 3g chiếm tỉ lệ 0,32%; các liều lượng thường dùng là Hoàng cầm 10g, Hoàng cầm 9g, Hoàng cầm 12g, Hoàng cầm 6g, Hoàng cầm 15g chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,75%; 14,06%; 11,88%; 11,56%; 9,69%.

Bán hạ: Ghi nhận được 13 loại liều lượng dùng khác nhau của vị thuốc Hoàng cầm, trong đó liều lượng cao nhất là 25g chiếm 0,63%, liều lượng nhỏ nhất là 3g chiếm tỉ lệ 0,63%; các liều lượng thường dùng là Bán hạ 10g, Bán hạ 9g, Bán hạ 15g, Bán hạ 12g, Bán hạ 6g, chiếm tỉ lệ lần lượt là 49,69%; 13,13%; 9,38%; 9,06%; 7,81%

4.4.3 Thược dược và Nhân sâm

Bảng 1: Liều lượng thường dùng của vị thuốc Thược dược và Nhân sâm

Liều lượng (gam)	Vị thuốc Bạch thược (Tần số)	Vị thuốc Xích thược(Tần số)	Vị thuốc Nhân sâm (Tần số)	Vị thuốc Đảng sâm (Tần số)
40	1	0	0	0
30	11	0	7	9

25	1	0	0	0
20	17	3	12	7
18	6	1	2	0
15	47	3	52	8
14	0	0	1	0
12	59	3	23	2
10	134	5	96	25
9	14	1	15	2
8	1	0	4	0
7	2	0	1	0
6	17	0	8	10
5	2	0	1	3
3	0	0	0	1

Nhận xét:

Thược dược: Nghiên cứu 320 bệnh nhân thấy vị thuốc Thược dược dùng ở 2 dạng Bạch thược và Xích thược, có trường hợp dùng cả Bạch thược và Xích thược. Bạch thược có tổng 13 loại liều lượng với liều cao nhất là 40g, chiếm 0,32%, liều nhỏ nhất là 5g, chiếm 0,63%; liều lượng thường dùng là Bạch thược 10g, Bạch thược 12g, Bạch thược 15g với tỉ lệ là 41,88%; 18,44%; 14,69%. Xích thược được dùng 6 loại liều lượng, cao nhất là 20g, thấp nhất là 9g; liều lượng thường dùng là Xích thược 10g chiếm 15,6%.

Nhân sâm: Nhân sâm được sử dụng ở 2 loại Nhân sâm và Đảng sâm, trong đó Nhân sâm được dùng 9 loại liều lượng, liều cao nhất là 30g, nhỏ nhất là 3g, liều thường dùng là Nhân sâm 10g chiếm 7,81%. Đảng sâm được ghi nhân 12 loại liều lượng, liều cao nhất là 30g, nhỏ nhất là 5g, liều thường dùng là Đảng sâm 10g, Đảng sâm 15g chiếm tỷ lệ 30,0% và 16,25%.

4.4.4 Cam thảo, Sinh khương, Đại táo

Bảng 2: Liều lượng thường dùng của vị thuốc Cam thảo, Sinh khương và Đại táo

Liều lượng	Tần số	Liều lượng	Tần số	Liều lượng	Tần số
Cam thảo 15g	7	Sinh khương18g	2	Đại táo 30g	1
Cam thảo 12g	7	Sinh khương 15g	8	Đại táo 20g	3
Cam thảo 10g	48	Sinh khương 12g	4	Đại táo 18g	2
Cam thảo 9g	11	Sinh khương 10g	68	Đại táo 15g	8
Cam thảo 8g	5	Sinh khương 9g	9	Đại táo 12g	3
Cam thảo 6g	176	Sinh khương 8g	2	Đại táo 10g	65
Cam thảo 5g	26	Sinh khương 6g	36	Đại táo 9g	5g
Cam thảo 4g	1	Sinh khương 5g	4	Đại táo 6g	4
Cam thảo 3g	22	Sinh khương 3g	10	Đại táo 5g	4

Cam thảo 2g	1	Sinh khương 2.5g	1	Đại táo 3g	2
		Sinh khương 1g	1	Đại táo 10 quả	10
		Sinh khương 10 lát	1	Đại táo 8 quả	1
		Sinh khương 6 lát	3	Đại táo 7 quả	6
		Sinh khương 5 lát	19	Đại táo 6 quả	43
		Sinh khương 4 lát	3	Đại táo 5 quả	59
		Sinh khương 3 lát	87	Đại táo 4 quả	8
		Sinh khương 2 lát	14	Đại táo 3 quả	33
		Sinh khương 1 lát	1	Đại táo 2.5 quả	1
				Đại táo 2 quả	7
				Đại táo 1 quả	7

Nhận xét:

Cam thảo: Ghi nhận được 10 loại liều lượng, trong đó liều cao nhất là Cam thảo 15g chiếm 2,19%, liều nhỏ nhất là 2g chiếm 0,32%; liều lượng thường dùng là Cam thảo 6g chiếm 55%.

Sinh khương: Ghi nhận được 18 loại liều lượng Sinh khương, chia thành 2 đơn vị đo là gam và lát. Trong đó ở đơn vị đo gam ghi nhận được liều lượng cao nhất là Sinh khương 18g, thấp nhất là 1g; đơn vị lát cao nhất là 10 lát, nhỏ nhất là 1 lát; liều lượng thường dùng là Sinh khương 10g và Sinh khương 3 lát, chiếm tỉ lệ 21,25% và 27,19%.

Đại táo: Ghi nhận 20 loại liều lượng của vị thuốc Đại táo, chia thành 2 loại đơn vị đo bao gồm gam và quả. Ở đơn vị gam, liều cao nhất là 30g, nhỏ nhất 3g, đơn vị quả có liều cao nhất là 10 quả, thấp nhất là 1 quả; liều lượng thường dùng là Đại táo 10g, Đại táo 5 quả, Đại táo 6 quả, Đại táo 3 quả với tỉ lệ lần lượt là 20,31%; 18,44%; 13,44%; 10,31%.

IV. BÀN LUẬN

Từ các kết quả trên cho thấy, đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu có các đặc điểm như tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới, tuổi mắc bệnh trung bình ở nhóm tuổi lao động, cường độ lao động cao, áp lực trong cuộc sống và công việc đều có thể là những yếu tố thuận lợi dẫn đến mắc bệnh. Diện bệnh gặp trên tất cả các khoa, trong đó chủ yếu là những bệnh phù hợp với triệu chứng của bài thuốc Sài hồ Quế chi thang.

Sài hồ vị bạc khí thăng, chủ dương khí hạ hãm, có thể dẫn thanh khí thượng hành mà thanh nhiệt tà ở Thiếu dương, Quyết âm, tuyên thông khí huyết, tán kết điều kinh, là biểu dược của Thiếu dương, trị thương hàn tà nhiệt, đàm nhiệt kết thực, hư lao cơ nhiệt, ẩu thổ tâm phiền. Trong nghiên cứu Sài hồ được dùng liều cao nhất cá biệt lên đến 50 trong các trường hợp bệnh ngoại cảm có sốt. Liều thường dùng từ 10-15g,

Quế chi khí bạc sinh phù năng trị thương phong đầu thống, trúng phong tự hãn, điều hòa dinh vệ. Trong nghiên cứu này, Quế chi được dùng phổ liều từ 4-30g, tùy trường hợp sẽ dùng với liều lượng thích hợp, liều thường dùng nhất ghi nhận được là 6-10g.

Hoàng cầm vị đắng tính lạnh, đắng vào Tâm, hàn thắng nhiệt, tả thực hỏa ở trung

tiêu, trừ thấp nhiệt Tỳ Vị, điều trị lỵ tật phúc thống, huyết bế khí nghịch hoàng đản ngũ lâm và các chứng thất huyết. Trong nghiên cứu này, Hoàng cầm được dùng liều từ 3-20g, trong đó liều thường dùng nhất là Hoàng cầm 10g.

Bán hạ vị cay hơi có độc, năng tẩu năng tán, hòa Vị kiện Tỳ bổ Can nhuận Thận, trừ thấp hóa đàm, phát biểu khai uất, hạ nghịch khí, chỉ phiền ẩu, lợi thủy đạo. Trong nghiên cứu này Bán hạ được dùng liều từ 3-25g, trong đó liều thường dùng nhất là Bán hạ 10g.

Nhân sâm vị cam, vi khổ, vi hàn, quy kinh Tỳ, Phế, Tâm, Thận, đại bổ nguyên khí, phục mạch cố thoát, bổ Tỳ ích Phế, sinh tân dưỡng huyết, an thần ích trí. Trong bài gốc, vị thuốc được dùng là Nhân sâm, tuy nhiên trong thực tế lâm sàng thấy, hiện nay chủ yếu dùng Đảng sâm để thay thế Nhân sâm, với tần số Đảng sâm 222/320, liều Đảng sâm ghi nhận được là 5-30, với liều thường dùng là 10-15g, vẫn có các bệnh nhân được dùng Nhân sâm với liều lượng từ 3-30g, liều thường dùng là Nhân sâm 10g.

Thược dược tính vị khổ, toan, vi hàn quy kinh Can Tỳ, dưỡng huyết điều kinh, liễm âm chỉ hãn, nhu can chỉ thống, bình can trừ phiền. Trong nghiên cứu, Thược dược được dùng ở 2 loại, Bạch thược và Xích thược, trong đó chiếm đa số là Bạch thược với tần số 312/320 lượt dùng, liều lượng từ 5-40g, trong đó liều thường dùng là 10-15g, bộ phận nhỏ bệnh nhân được dùng Xích thược với liều lượng dao động từ 9-20g, phổ biến nhất là Xích thược 10g.

Cam thảo vị cam tính bình, bổ Tỳ ích khí, thanh nhiệt giải độc, khư đàm chỉ khái, hoãn cấp chỉ thống, điều hòa bài thuốc. Trong nghiên cứu, Cam thảo được dùng liều dao động từ 2-15g, với liều phổ biến là Cam thảo 6g

Sinh khương tính vị tân ôn, giải biểu tán hàn, ôn trung chỉ ẩu, hóa đàm chỉ khái, giải độc tôm cá. Trong nghiên cứu, Sinh khương được dùng dưới 2 dạng, gam và lát với liều dao động từ 1-18 g và 1-10 lát, liều phổ biến là Sinh khương 10g và Sinh khương 3 lát.

Đại táo tính vị cam bình, an thần, trợ 12 kinh, bình Vị khí, thông cửu khiếu, bổ khí sinh tân, hòa bách dược. Trong nghiên cứu này Đại táo được mô tả dưới 2 dạng đơn vị, gam và quả, liều dao động từ Đại táo 3-30g và 1-10 quả, trong đó liều phổ biến là Đại táo 10g và Đại táo 3-6 quả.

V.KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

Quy luật sử dụng bài thuốc Sài hồ quế chi thang thể hiện như sau:

①Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Các ca bệnh xuất hiện ở cả 2 giới với tỉ lệ nam: nữ đạt 1:1,5, độ tuổi trung bình là 41, 61±16,57 tuổi, diện bệnh bao gồm tất cả các mặt bệnh, trong đó chủ yếu ở các khoa hô hấp, tiêu hóa, cơ xương khớp và tâm thần kinh.

②Xác định được liều lượng thường dùng nhất cho các vị thuốc trong bài: Sài hồ 15-30g, Quế chi 6-10g, Hoàng cầm 10g, Bán hạ 10g, Bạch thược 10-15g, Đảng sâm 10-15g, Cam thảo 6g, Sinh khương 10g hoặc 3 lát, Đại táo 10g hoặc 3-6 quả.

5.2. Kiến nghị

Do nghiên cứu này chỉ tập trung thu thập các bài báo ứng dụng bài thuốc Sài hồ quế chi phát hành từ khi 2 kho dữ liệu trên được

thành lập đến nay (những năm 1960 trở lại đây), chỉ phản ánh một phần rất nhỏ quy luật ứng dụng của bài thuốc cổ phương này so với thời gian ra đời và ứng dụng của cuốn sách Thương hàn luận cũng như bài thuốc Sài hồ quế chi thang. Hy vọng trong các nghiên cứu tiếp theo sẽ mở rộng phạm vi nghiên cứu để có cái nhìn tổng quan hơn về quy luật sử dụng bài thuốc này trong ứng dụng lâm sàng Y học cổ truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

[1] Đại học Y Hà Nội (2008). Thương hàn luận. Nhà xuất bản Y học.

[2] Trần Văn Kỳ (2008). 250 bài thuốc Đông y cổ truyền chọn lọc. Nhà xuất bản thanh niên Việt Nam.

[3] Đỗ Tất Lợi (2004). Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học.

Tiếng Trung

[4]郝万山,张仲景,王叔和 (2005).伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社.

[5]李时珍明.本草纲目[M].北京:光明日报出版社,2016..

[6]丁玲,崔向宁.柴胡桂枝汤临床应用及研究概述[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(10):212-216.

[7]姚海强.柴胡桂枝汤方证研究[D].北京中医药大学,2013.

[8]曹卓青.柴胡桂枝汤证治思路及应用规律研究[D].**山西中医**药大学,2018.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA KIỆN NÃO AN THẦN ĐAN TRÊN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU MÁU NÃO MẠN TÍNH

Trần Danh Tiến Thịnh[(1)], Nguyễn Văn Dũng[(2)], Trần Quang Minh[(3)]
Nguyễn Nguyên Xuân[(2)], Thái Thị Hải Yến[(2)]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của Kiện não an thần đan trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng so sánh trước sau không đối chứng. **Cỡ mẫu:** 58 bệnh nhân thiếu mãu não mạn tính. **Kết quả:** Kiện não an thần đan giảm tốt các triệu chứng đau đầu, chóng mặt và đặc biệt là cải thiện tốt tình trạng mất ngủ. Sau 30 ngày sử dụng, điểm Khadjev giảm trung bình 17.2 điểm với 95%CI từ 16.3 đến 18.1 điểm. Không ghi nhân tác dụng không mong muốn trong quá trình theo dõi. **Kết luận:** Kiện não an thần đan làm giảm các triệu chứng trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính.

Từ khóa: Thiếu máu não mạn tính, Kiện não an thần đan, Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng.

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTS OF "KIEN NAO AN THAN DAN" PILL ON THE PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC CEREBRAL CIRCULATION INSUFFICIENCY

Objective: To evaluate the effects of "Kien nao an than dan" pill on the patients suffering from chronic cerebral circulation insufficiency. **Method:** non-controlled clinical trials. **Sample size:** 58 patients diagnosed with chronic cerebral circulation insufficiency. **Result:** Results of clinical trial on 58 patients showed that "Kien nao an than dan" has good effect on improving symptoms such as headache, dizziness, especially insomnia. After 30 days of treatment, the Khadjev score decrease average is 17.2 with 95% CI from 16.3 to 18.1. There were no adverse effects reported after 30-day treatment. **Conclusion:** This study review revealed that "Kien nao an than dan" could improve symptoms in patients with CCCI.

Keyword: Chronic cerebral circulation insufficiency, Kien nao an than dan, Danang traditional medicine hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng thiếu máu não mạn tính (Chronic cerebral ciculation insufficiency (CCCI)) được mô tả với tình trạng giảm lượng máu lên não dưới mức cần thiết về mặt sinh lý (≤40-60ml/phút cho 100g mô não), dẫn đến các rối loạn chức năng của não bộ. Tình trạng suy giảm lượng máu lên não kéo dài không được điều trị thích hợp có thể gây nên đột quỵ não, cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua, suy giảm hoặc mất trí nhớ và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo báo cáo dịch tễ học tại Trung Quốc năm 2016, tỷ lệ thiếu máu não mạn tính tương đối cao ở người cao tuổi, khoảng 2/3 đối với người trên 65 tuổi, 50% đối tượng trong độ tuổi từ 50 đến 65, với sự lão hóa của dân số thì tỷ lệ mắc bệnh có xu

[(1)]*Trường Đại học Y dược Hải Phòng.*
[(2)]*Bệnh viện Y học cổ truyền TP Đà Nẵng.*
[(3)]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Danh Tiến Thịnh
Email: Tdtthinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2021
Ngày duyệt bài: 24.5.2021

hướng tăng lên. Thiếu máu não mạn tính xảy ra do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó nguyên nhân hàng đầu do xơ vữa động mạch, huyết áp không được kiểm soát. Triệu chứng thường gặp trong lâm sàng là đau đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ. Điều trị hiện nay sử dụng các thuốc cải thiện tuần hoàn não theo những cơ chế tác dụng khác nhau: như làm giãn mạch, làm trao đổi chất qua hàng rào máu não được dễ dàng hơn, làm tổ chức não sử dụng glucose và oxy tốt hơn, làm tế bào não chịu đựng tình trạng thiếu máu nuôi được tốt hơn và các thuốc điều trị triệu chứng. Vì vậy theo sau việc phát hiện sớm cần có điều trị thích hợp tình trạng này là một điều hết sức quan trọng.

Theo y học cổ truyền (YHCT), thiếu máu não mạn tính được mô tả trong các chứng "huyễn vựng", "đầu thống", "thất miên" và được điều trị bằng các biện pháp sử dụng các bài thuốc cổ phương, nghiệm phương cùng với các phương pháp không dùng thuốc như: Châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt... đã đạt được những kết quả khả quan. Kiện não an thần đan có nguồn gốc từ bài "thông thuyên hóa ứ thang" đã được nghiên cứu đánh giá độc tính và bước đầu sử dụng điều trị thiếu máu não mạn tính tại bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng nhiều năm và thu được kết quả khả quan. Tuy nhiên hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của Kiện não an thần đan, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị của kiện não an thần đan trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

– Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu não mạn tính theo hướng dẫn của Phạm Khuê (1993) và phương pháp lập bảng của Khadjev (1979). Bệnh nhân được chẩn đoán CCCI thuộc thể khí trệ huyết ứ với các triệu chứng (Vọng chẩn: Lưỡi có điểm ứ huyết, sắc lưỡi tím. Vấn chẩn: Hồi hộp, mất ngủ, hay quên, tinh thần không minh mẫn, đau đầu lâu không hết, đau điểm cố định. Thiết chẩn: Mạch trầm trì hoặc sáp). Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu của đề tài.

– Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có mắc kèm 1 trong các tình trạng sau: Lao phổi, tiền sử đột quỵ não, xơ gan, suy thận, suy tim, phụ nữ có thai, cho con bú, bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính khác, bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bệnh nhân sử dụng các thuốc tăng tuần hoàn não khác.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền TP Đà Nẵng.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2019-6/2020.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng.

2.5. Cỡ mẫu – phương pháp chọn mẫu:

– **Thử nghiệm lâm sàng:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho so sánh trước sau can thiệp với: **α=0.05 và β=0.2. E =80%,** r_{within} **=0,75,** $SD_{Khadjev}$ **=3.09, A = 1 * n =** $\frac{A(Z\alpha+Z\beta)^2}{(E/S(\Delta))^2}$ **= 58 bệnh nhân. Cách lấy mẫu: Thuận tiện.**

2.6. Nội dung dung và quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn sẽ được đưa vào quy trình nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu: Đánh giá các đặc điểm chung (tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng); Đánh giá tác dụng của Kiện não an thần đan (Mức độ

cải thiện đau theo VAS, rối loại trí nhớ, tình trạng mất ngủ theo test Pittsburgh, điểm Khadjev. Theo dõi một số triệu chứng không mong muốn thường gặp.

Thời điểm đánh giá: trước can thiệp (D0), sau can thiệp 15 ngày (D15), sau can thiệp 30 ngày (D30).

2.7. Quản lý và xử lý số liệu:

Số liệu được ghi chép trong một mẫu bệnh án thống nhất. Nhập liệu bằng phần mềm excel 2007. Xử lý và làm sạch số liệu bằng R-language version 3.6.0 for window. Sai lầm loại I với α =0.05, sai lầm loại II với β=0.20, khoảng tin cậy 95% (95% CI).

Các biến định tính được sử dụng thuật toán tính %, tần số xuất hiện, so sánh tỷ lệ sử dụng test phi tham số. Các biến định lượng: sử dụng thuật toán kiểm định phân phối chuẩn, tính giá trị trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD), so sánh giá trị trung bình sử dụng T-test ghép cặp. Các biến định lượng không tuân theo quy luật phân phối chuẩn sử dụng trung vị (median), bách phân vị 25% đến 75%, so sánh ghép cặp với bootstrapping 5000 lần.

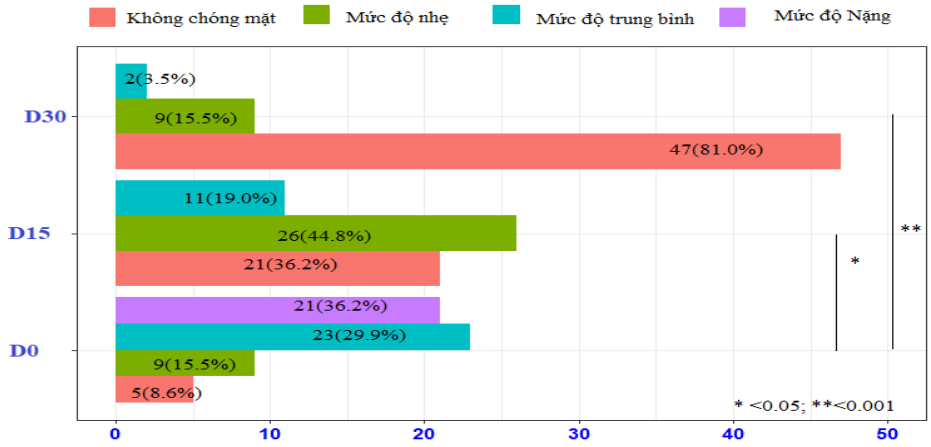
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh diễn biến nặng sẽ được chuyển phác đồ điều trị phù hợp.

Kiện não an thần đan được bào chế theo tiêu chuẩn cơ sở và kết quả đánh giá độc tính trên động vật cho thấy không gây độc tính cấp với liều gấp 43 lần dùng trên người, không gây độc tính bán trường diễn với liều gấp 3 lần. Kiện não an thần đan đã được nghiên cứu tác dụng trên mô hình động vật thực nghiệm, kết quả cho thấy có tác dụng cải thiện khả năng học tập, trí nhớ và làm giảm độ nhớt máu (Nguyễn Văn Ánh 2019).

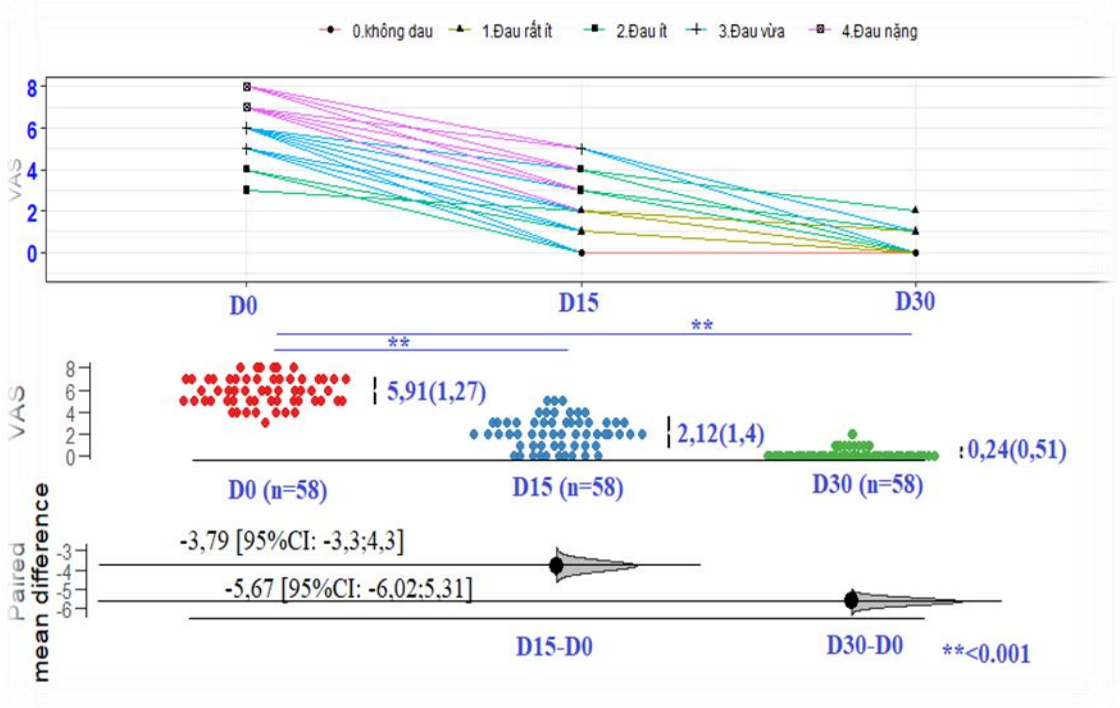
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu này có 58 đối tượng tham gia, với độ tuổi trung bình là 59.5 tuổi. Giới tính chủ yếu (67.2%) là nữ giới. Trước điều trị có 53(91.4%) bệnh nhân chóng mặt, trong đó mức độ trung bình (39.9%), nặng (36.2%), 100% đau đầu, 55(94.8%) mất ngủ, rối loạn cảm xúc 13(22.4%) và rối loạn trí nhớ 20 (34.5%) bệnh nhân.



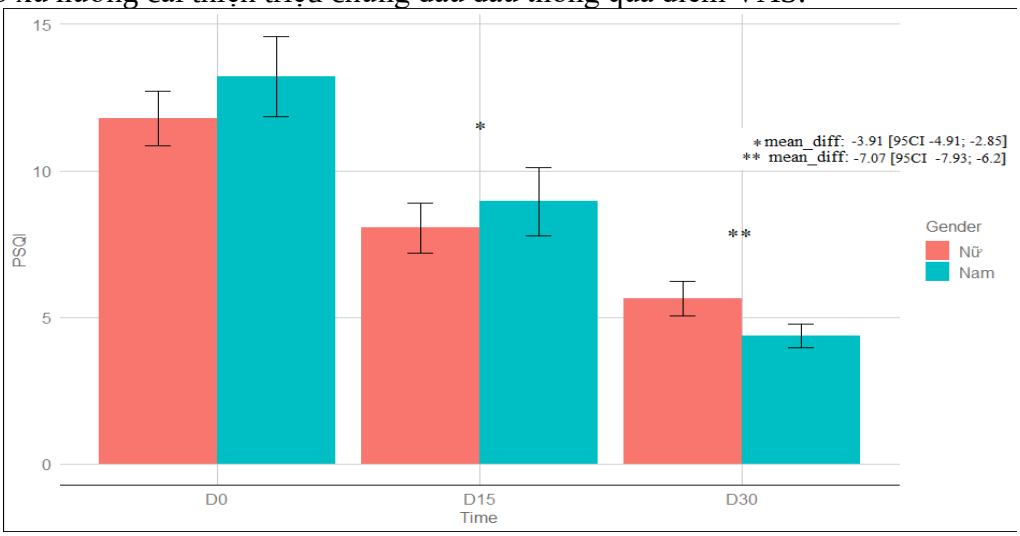
Biểu đồ 1. Kết quả thay đổi triệu chứng đau đầu sau điều trị

Sau điều trị 15 ngày, còn 19% chóng mặt mức độ trung bình, đa số chóng mặt mức độ nhẹ (44,8%) và không chóng mặt (36,2%). Sau 30 ngày, còn 15,5% bệnh nhân chóng mặt mức độ nhẹ, 81% bệnh nhân không chóng mặt, sự khác biệt có ý nghãi thống kê với p<0,05.



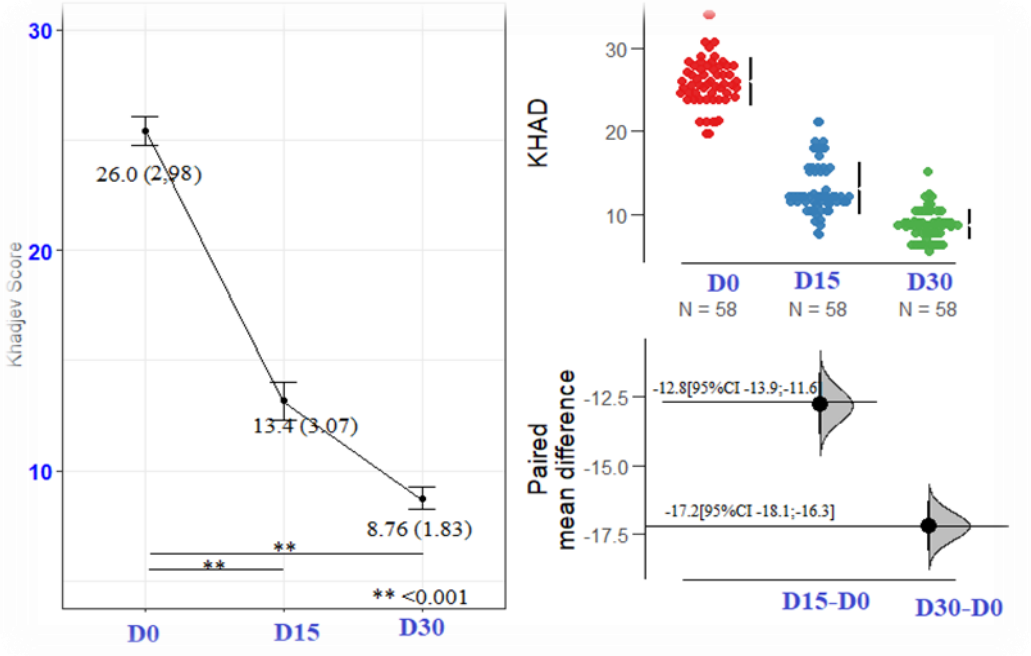
Biểu đồ 2. Kết quả cải thiện triệu chứng đau đầu sau điều trị

Sau 15 ngày điểm VAS trung bình là 2,12 ±1,4, giảm trung bình là 3,79 điểm, sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 3,3 đến 4,3 và p <0,05. Sau 30 ngày sử dụng, điểm VAS trung bình là 0,24±0,51, giảm trung bình 5,67 điểm, sự khác biệt với trước khi sử dụng có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 5,31 đến 6,02 điểm, p<0,05. 100% bệnh nhân có xu hướng cải thiện triệu chứng đau đầu thông qua điểm VAS.



Biểu đồ 3. Thay đổi điểm PSQI trước và sau điều trị.

Sau điều trị đa số bệnh nhân có xu hướng cải thiện tình trạng mất ngủ. Sau 15 ngày, điểm PSQI giảm trung bình 3,91 điểm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 2,85-4,91. Sau 30 ngày điều trị điểm PSQI giảm trung bình 7,07 điểm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 6,2- 7,93 điểm.



Biểu đồ 4. Thay đổi điểm Khadjev trước và sau điều trị.

Sau 15 ngày sử dụng chế phẩm, điểm Khadjev giảm trung bình 12,8 điểm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 11,6-13,9 điểm. Sau 30 ngày điều trị điểm Khadjev giảm trung bình 17.2 điểm do với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI từ 16,3-18,1 điểm.

Trong 30 ngày sử dụng Kiện não an thần đan trên 58 bệnh nhân thiếu máu não mạn tính không ghi nhận các biểu hiện tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như nôn, buồn nôn, dị ứng, đau bụng, rối loạn đại tiện và trên cận lâm sàng (thay đổi chức năng thận và GOT, GPT).

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu dược lý khác đã chứng minh tác dụng dược lý liên quan đến khả năng cải thiện tuần hoàn não bộ, ngăn chặn quá trình ngưng tập tiểu cầu, cải thiện vi tuần hoàn như hồng hoa, xuyên khung, đan sâm, đương quy từ đó làm tăng lưu lượng tuần hoàn não, cải thiện triệu chứng đau đầu, chóng mặt. Đồng thời các dược liệu chứa các thành phần có khả năng ức chế thần kinh trung ương thông qua con đường hệ thống GABAergic, chống stress của các vị thuốc hòe hoa, sài hồ, xích thược được ứng dụng giải thích khả năng cải thiện giấc ngủ trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính. Đối với các dược liệu chứa hợp chất có khả năng làm bền thành mạch như rutin và quereetin giúp tăng khả năng phục hồi tính đàn hồi của mao mạch đã bị tổn thương do vậy có khả năng làm chậm quá trình tổn thương thành mạch

do các căn nguyên gây xơ vữa thành mạch. Kết quả trên mô hình thực nghiệm cho thấy Kiện não an thần đan tác dụng cải thiện trí nhớ và thay đổi độ nhớt của máu và huyết tương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Theo Y học cổ truyền "Kiện não an thần đan" có thành phần là các vị thuốc hành khí hoạt huyết, an thần do vậy toàn bài có công năng lý khí chỉ thống, hoạt huyết hóa ứ, dưỡng tâm an thần. Các vị thuốc hành khí hoạt huyết như đan sâm, ngưu tất, xích thược, xuyên khung, hồng hoa kết hợp với các vị thuốc hành khí và sài hồ, cát cánh dẫn thuốc lên trên giúp khí huyết lưu thông thuận lợi. Khí huyết vận hành thông lợi, giúp cải thiện các triệu chứng đau đầu trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính thể khí trệ huyết ứ. Não tủy được nuôi dưỡng đầy đủ, thần tỉnh táo mà hoạt động tư duy trí nhớ được cải thiện, không chóng mặt hoa mắt. Bên cạnh đó khí huyết đầy đủ, đêm về thần có nơi trú ngụ, các vị thuốc toan táo nhân, viễn chí giúp định tâm an thần từ đó bệnh nhân cải thiện chất lượng giấc ngủ thông qua điểm PSQI. Một số tác giả khác như Nguyễn Văn Toại (2011), Cheng Han Wu (2013) sử dụng các vị thuốc có tác dụng hành khí hoạt huyết trên bệnh nhân thiếu máu não kết quả cải thiện tốt các triệu chứng đau đầu chóng mặt sau 4 đến 8 tuần. Kiện não an thần đan có tác dụng dưỡng tâm an thần, hành khí hoạt huyết và được chỉ định trên các bệnh nhân thể khí trệ huyết ứ do vậy kết quả điểm Khadjev của bệnh nhân được cải thiện rõ ràng sau 15 và 30 ngày sử dụng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

V. KẾT LUẬN

Sau 30 ngày sử dụng Kiện não an thần đan trên bệnh nhân thiếu máu não mạn tính cho thấy cải thiện tôt các triệu chứng đau đầu, chóng mặt, mất ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ánh,** Nghiên cứu tác dụng dược lý của chế phẩm kiện não an thần đan trên động vật thực nghiệm, Luận văn BS CKII, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, 2019.
2. **C. Wu (2013),** "Effects of Yangxue Qingnao Granules on chronic cerebral circulation insufficiency: a randomized, double-blind, double-dummy, controlled multicentre trial", Psychogeriatrics. 13(1), 29-34.
3. **Ye Gou Wei (2017),** "Application of 320-row CT-perfusion Imaging combined with cervical CTA in patients with chronic cerebral ischemia", Chinese journal of medical imaging. Vol.28(no.10 2018), 1756-1759.
4. **D. Zhou (2018),** "Advances in chronic cerebral circulation insufficiency", CNS Neurosci Ther. 24(1), 5-17.
5. **Shavkat Karimov at el (2011),** "Diagnostics and treatment of the patients with chronic cerebral vasculat insufficiency", Medical and Health Sciencee journal. 5, 23-29.
6. **L. Zhang (2015),** "Montreal cognitive assessment and analysis of related factors for cognitive impairment in patients with chronic cerebral circulation insufficiency", Int J Psychiatry Med. 50(3), 257-70.
7. **J. Tang (2018),** "Analyzing the neuropsychological characteristics and changes in serum markers of patients with chronic cerebral circulation insufficiency", Rev Assoc Med Bras (1992). 64(1), 41-46.
8. **V. V. Zakharov (2016),** "[Chronic cerebral circulatory insufficiency: A clinical case report]", Ter Arkh. 88(4), 93-99.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LAO PHỔI AFB (+) Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG TRONG 2 NĂM 2018-2019

Nguyễn Thị Trang[1], Nguyễn Đức Thọ[1]

TÓM TẮT

Sự lão hóa của cơ thể khiến cho các bệnh lý ở người cao tuổi trở nên ngày càng phức tạp, trong đó có lao phổi. Lâm sàng và biểu hiện Xquang ở lao phổi người cao tuổi thường không điển hình cho nên việc tìm hiểu về lâm sàng, cận lâm sàng của lao phổi người cao tuổi giúp tìm ra các đặc điểm đặc trưng vẫn mang tính thời sự, giúp cho viêc phát hiện sớm lao phổi ở người cao tuổi.

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi AFB(+) ở người cao tuổi tại bệnh viện Phổi Hải Phòng trong 2 năm 2018 – 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh để thu thập các thông tin chung, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của 200 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán lao phổi AFB(+) tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng trong 2 năm từ 2018 – 2019 theo mẫu bệnh án thống nhất.

Kết quả nghiên cứu: Lao phổi AFB (+) ở người cao tuổi tập trung nhiều ở nhóm tuổi 60-70 chiếm 57,55%, tuổi trung bình là 70,55; tuổi trung bình của nữ cao hơn nam, p < 0,05. Tỉ lệ nam/ nữ là 3/1. Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh mạn tính là 53,5%; hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 26,9%. Thời gian chẩn đoán bệnh chủ yếu là 2-6 tháng chiếm 47,5%. Thời gian chẩn đoán muộn sau 6 tháng của nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính cao hơn nhóm có bệnh mạn tính, p < 0,05. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp chủ yếu là ho khạc đờm, đau ngực, khó thở, sốt, ran ẩm. Tỷ lệ biến dạng lồng ngực, khám có hội chứng 3 giảm ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có bệnh mạn tính, p < 0,05. Mức độ tổn thương xquang chủ yếu là độ 3 và độ 2 với các dạng tổn thương cơ bản hay gặp là nốt, hang, xơ, vôi hóa, thâm nhiễm. Tỷ lệ tổn thương xquang độ 2 của nhóm có tiền sử bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh mạn tính, trong khi ở độ 3 thì ngược lại, p < 0,05. Bệnh nhân có chẩn đoán muộn thì nguy cơ tổn thương Xquang độ 3 cao gấp 3,849 lần bệnh nhân có chẩn đoán bệnh sớm. Kết quả Gen Xpert 92,5% có MTB và không kháng RMP. Kết quả cấy MGIT 87,5% dương tính. Các chỉ số hồng cầu và bạch cầu hầu hết trong giới hạn bình thường.

Kết luận: lao phổi AFB dương tính ở người cao tuổi gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ có bệnh lý mạn tính kèm theo cao. Nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính kèm theo có thời gian chẩn đoán muộn, triệu chứng lâm sàng và tổn thương xquang nặng nề hơn nhóm có bệnh lý mạn tính.

Từ khóa: Bệnh viện Phổi Hải Phòng, Lao phổi AFB (+); Người cao tuổi

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF AFB-POSITIVE PULMONARY TUBERCULOSIS IN ELDERLY PATIENTS IN HAI PHONG LUNG HOSPITAL IN 2 YEARS 2016-2018

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang
Email: nttranghpmu91@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 24.5.2021

The aging of the body makes diseases in the elderly more and more complicated, including tuberculosis. The clinical and radiological manifestations in pulmonary tuberculosis of the elderly are often atypical, thus the clinical and subclinical study of pulmonary tuberculosis in the elderly to find the characteristic features is still current, helping detect tuberculosis in the elderly early.

Objective: to describe the clinical and subclinical characteristics of AFB-positive pulmonary tuberculosis in elderly patients in Hai Phong Lung Hospital from 2018 to 2019.

Materials and methods: we carried out a retrospective cross-sectional study to collect the clinical and subclinical characteristics of 200 AFB-positive pulmonary tuberculosis in the elderly patients in Hai Phong Lung Hospital from 2018 to 2019.

Results: AFB-positive pulmonary tuberculosis in elderly have an average age of 70.55, from 60 to 79 years old accounting for 57.55%. Average age of female is higher than that of male, p <0.05. The male / female ratio is 3/1. The rate of patients with chronic diseases is 53.5%, the most common one is diabetes, accounting for 26.9%. Time of diagnosis is mainly 2-6 months, accounting for 47.5%. Time of late diagnosis after 6 months in the group of patients without chronic diseases was higher than the group with chronic diseases, p <0.05. The most common clinical symptoms are coughing up sputum, chest pain, shortness of breath, fever, wetness. The rate of thoracic deformity, syndrome examination 3 decreased in the group of patients without chronic disease higher than the group without chronic disease, p <0.05. The degree of x-ray lesions is mainly degree 3 and 2 with the common types of lesions are nodular, cavernous, fibrous, calcified, infiltrated. The rate of second-degree x-ray lesions in the group with chronic diseases was higher than in the group without chronic diseases, while at degree 3 the opposite, p < 0.05. In patients with a late diagnosis, the risk of third-degree X-ray damage is 3.849 times higher than that of patients with an early diagnosis. Gen Xpert results are 92.5% with MTB and not RMP resistance. The result of MGIT culture is 87.5% was positive. RBC and WBC counts are mostly within the normal range.

Conclusion: AFB-positive pulmonary tuberculosis in elderly occur in men than in women, most of them have chronic disease. Patients without chronic diseases have delayed diagnosis, their clinical symptoms and x-ray damage are more severe than patients with chronic diseases.

Keywords: Hai Phong Lung Hospital, AFB-positive pulmonary tuberculosis, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự lão hóa của cơ thể khiến cho các bệnh lý ở người cao tuổi trở nên ngày càng phức tạp, trong đó có các bệnh lý về hệ hô hấp. Bệnh lao hiên nay, trong đó có lao phổi ở người cao tuổi đang có xu hướng gia tăng, đặc biêt ở các nước đang phát triển do tình hình bệnh lao nói chung đang có xu hướng gia tăng và tỷ lê người già cũng gia tăng [6]. Mặt khác ở người cao tuổi bị lao phổi thường ít được chú ý điều trị và cách ly, nên đây là nguồn lây bênh rất lớn cho xã hôi, do vậy cần phải được đặc biêt quan tâm. Lâm sàng và biểu hiên Xquang ở lao phổi người cao tuổi (LPNCT) thường không điển hình. Theo Korzeniewska-Kosela M. và CS (1994) các triêu chứng ở LPNCT thường kín đáo nên khó chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [5]. Cho nên viêc tìm hiểu lâm sàng, Xquang của LPNCT để tìm ra các đặc điểm đặc trưng vẫn mang tính thời sự, giúp cho viêc phát hiên sớm lao phổi ở người già. Nghiên cứu này nhằm mô tả rõ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lao phổi AFB (+) ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Toàn bộ bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán lao phổi mới AFB(+) tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ năm 2018 đến năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu: 200 bệnh nhân.

Thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án thống nhất gồm các thông tin chung của bệnh nhân (họ tên, tuổi, giới, nghề nghiệp…), các đặc điểm về lâm sàng (cơ năng, toàn thân, thực thể), các đặc điểm cận lâm sàng (xét nghiệm AFB đờm, gen Xpert, cấy MGIT, máu…).

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: nhập và xử lí số liệu trên phần mềm SPSS 22.0

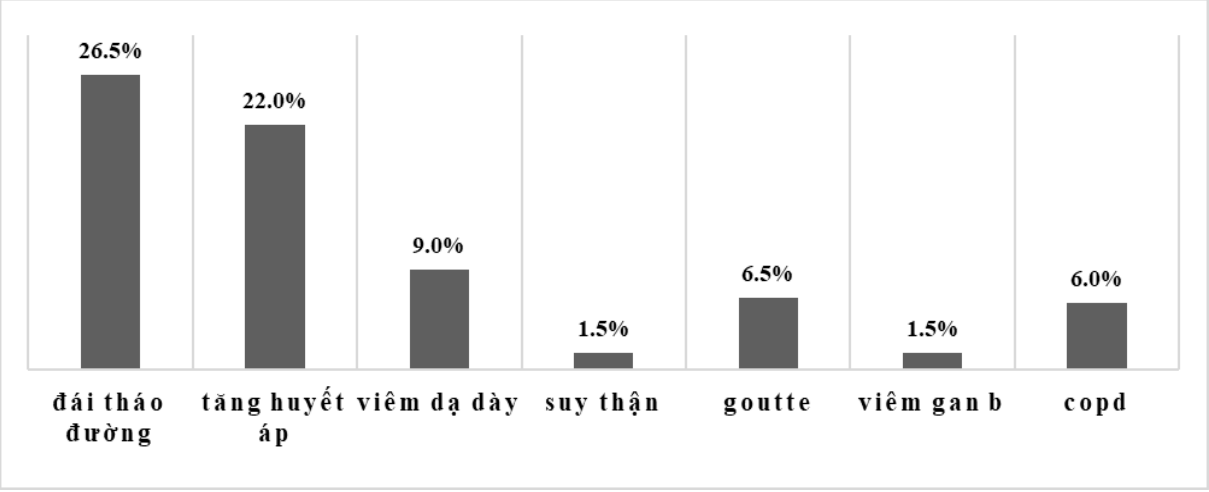
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, sự đồng thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Giới / Tuổi	Tổng		Nam		Nữ		p
	N	%	n	%	n	%	
60-<70	115	57,5	96	48,0	19	9,5	< 0,05
70-<80	45	22,5	33	16,5	12	6,0	> 0,05
80-<90	35	17,5	16	8,0	19	9,5	< 0,05
≥ 90	5	2,5	2	1,0	3	1,5	> 0,05
Tổng	200	100,0	147	73,5	53	26,5	< 0,05
Trung bình tuổi	70,55 ± 9,1222		68,61 ± 8,063		75,92 ± 9,788		< 0,05

Nhận xét: Tuổi cao nhất ở nữ là 97, ở nam là 93. Nhóm tuổi 60- <70 chiếm tỉ lệ cao nhất 57,5%, nhóm tuổi > 90 có tỉ lệ thấp nhất 2,5%; tỉ lệ nam cao hơn nữ, p< 0,05;tỉ lệ nam /nữ là 3/1; tuổi trung bình của nữ cao hơn nam, p < 0,05; 59,5% số bệnh nhân sống ở nông thôn, 40,5% sống ở thành thị.



Biểu đồ 1: Tiền sử các bệnh mạn tính

Nhận xét: Số bệnh nhân có bệnh mạn tính chiếm 53,5%, số bệnh nhân có đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất là 26,5%, sau đó là tăng huyết áp 22,0%.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng		**Tổng**		**Không có tiền sử bệnh mạn tính**		**có tiền sử bệnh mạn tính**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Thời gian chẩn đoán bệnh	Trước 2 tháng	79	39,5	33	16,5	46	23,0	>0,05
	2-6 tháng	95	47,5	44	22,0	51	25,5	> 0,05
	Sau 6 tháng	26	13,0	16	8,0	10	5,0	< 0,05
Ho khan		95	47,5	41	20,5	54	27,0	> 0,05
Ho có đờm		195	97,5	91	45,5	104	52,0	> 0,05
Ho ra máu		32	16,0	15	7,5	17	8,5	> 0,05
Đau ngực		176	88,0	84	42,0	92	46	> 0,05
Khó thở		175	87,5	80	40,0	95	47,5	> 0,05
Sốt		170	85,0	78	39,0	92	46,0	> 0,05
Cân nặng gầy sút trung bình		2,46 ± 2,325		2,63 ± 2,254		2,30 ± 2,384		> 0,05
Biến dạng lồng ngực		19	9,5	15	7,5	4	2,0	< 0,05
Hội chứng 3 giảm		23	11,5	16	8,0	7	3,5	< 0,05
Ran ẩm		175	87,5	85	42,5	90	45,0	> 0,05
Ran nổ		126	63,0	63	31,5	63	31,5	> 0,05
Ran rít, ran ngáy		22	11,0	5	2,5	17	8,5	< 0,05
Lao cơ quan khác		24	12,0	15	7,5	9	4,5	> 0,05

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thời gian chẩn đoán bệnh là 2-6 tháng, nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính có thời gian chẩn đoán muộn sau 6 tháng cao hơn nhóm có bệnh mạn tính, p < 0,05. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho khạc đờm (97,5%); đau ngực (88,0%); khó thở (87,5%); sốt (85,0%); ram ẩm (87,5%); tỉ lệ biến dạng lồng ngực, khám có hội chứng 3 giảm ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính cao hơn nhóm có bệnh mạn tính, p < 0,05. Các lao ngoài phổi hay gặp là lao màng phổi (10.0%); lao màng não (0.5%); lao thanh quản (1.5%).

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương Xquang của đối tượng nghiên cứu

Số bệnh nhân / **Xquang**		**Tổng**		**Không có tiền sử bệnh mạn tính**		**có tiền sử bệnh mạn tính**		**P**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Mức độ tổn thương	Độ 1	39	19,5	19	9,5	20	10,0	> 0,05
	Độ 2	91	45,5	33	16,5	58	29,0	< 0,05
	Độ 3	70	35,0	41	20,5	29	14,5	< 0,05
Vị trí tổn	Phía trên	86	43,0	32	16,0	54	27,0	< 0,05

thương	Phía dưới	14	7,0	7	3,5	7	3,5	> 0,05
	Cả trên và dưới	100	50,0	54	27,0	46	23,0	< 0,05
	Bên trái	24	12,0	7	3,5	17	9,5	> 0,05
	Bên phải	39	19,5	15	7,5	24	12,0	> 0,05
	Cả 2 bên	136	68,0	70	35,0	66	33,0	>0,05
Dạng tổn thương	Thâm nhiễm	188	94,0	88	44,0	100	50,0	>0,05
	Nốt	174	87,0	86	43,0	88	44,0	<0,05
	Vôi	62	31,0	37	18,5	25	12,5	<0,05
	Hang	148	74,0	68	34,0	80	40,0	> 0,05
	Xơ	84	42	46	23,0	38	19,0	< 0,05

Nhận xét: Tổn thương xquang chủ yếu là dạng thâm nhiễm (94,0%), nốt (87,0%); hang (74,0%); độ 2 (45,5%); cả trên và dưới (50,0%); số bệnh nhân có tổn thương Xquang độ 2 của nhóm có tiền sử bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh mạn tính, trong khi ở độ 3 thì ngược lại, p < 0,05. Vị trí tổn thương xquang chủ là cả 2 bên phổi (8,0%); cả bên trên và dưới (50,0%). Bệnh nhân có chẩn đoán muộn thì nguy cơ tổn thương Xquang độ 3 cao gấp 3,849 lần bệnh nhân có chẩn đoán bệnh sớm.

Kết quả AFB đờm dương tính ghi rõ số lượng là 13,0%; 1 (+) là 28.5%; 2 (+) là 20,5%; 3 (+) là 18,0%. Có 80,5% bệnh nhân được làm Xn gen xpert trong đó 6,2% âm tính; 92,5% có MTB và không kháng RMP; 1,2% có MTB và kháng R. Có 84% bệnh nhân được làm Xn cấy MGIT trong đó 12,5% âm tính; 87,5% dương tính. Không có sự khác biệt giữa nhóm có bệnh lý mạn tính và nhóm không có bệnh lý mạn tính kèm theo.

Bảng 4: kết quả công thức máu

Số BN / Chỉ số		Tổng		Không có tiền sử bệnh mạn tính		có tiền sử bệnh mạn tính		p
		n	%	n	%	N	%	
BC (G/L)	≤10,0	129	64,5	61	30,5	68	34,0	> 0,05
	10,1- < 15,0	62	31,0	29	14,5	33	16,5	> 0,05
	> 15,0	9	4,5	3	1,5	6	3,0	> 0,05
HC (T/L),	< 3,00	7	3,5	4	2,0	3	1,5	> 0,05
	3,00 -<4,00	67	33,5	32	16,0	35	17,5	> 0,05
	≥ 4,00 T/L	126	63,0	57	28,5	69	34,5	> 0,05

Nhận xét: Nhóm BC ≤10,0 G/l nhiếm tỉ lệ cao nhất 64,5%, nhóm 10,1- < 15,0 G/l chiếm 31,0%; nhóm > 15,0G/l là 4,5 %. HC chủ yếu bình thường chiếm 63,0%; nhóm 3,0- 4,0 chiếm 33,5%, nhóm < 3,00 chiếm 3,5%.

Hầu hết các chỉ số sinh hóa trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 200 bệnh nhân lao phổi AFB (+) tại Bệnh Phổi Hải Phòng trong 2 năm 2018-2019 thấy nhóm tuổi 60 - <70 chiếm tỉ lệ cao nhất 57,5%, nhóm tuổi > 80 chiếm 20,0%; tỉ lệ nam cao hơn nữ, p < 0,05; tỉ lệ nam /nữ là 3/1; tuổi trung bình của nữ cao hơn nam, p < 0,05; 59,5% số bệnh nhân sống ở nông thôn, 40,5% sống ở thành thị. Theo Vũ Thị Bích Hồng (2009) nhóm từ 60 - 69 tuổi là 47,7%; nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi là 35,8%; nhóm tuổi trên 80 tuổi là 16,5% [2]. Ta nhận thấy tỉ lệ nhóm tuổi trên 80 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể do tuổi thọ của con người đã tăng. Tỉ lệ Nam/nữ là 3/1 phù hợp với tỉ lệ mắc lao phổi nói chung. Số bệnh nhân có bệnh mạn tính chiếm 53,5%; số bệnh nhân có đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất là 26,5%, sau đó là tăng huyết áp 22,0%. Bùi Xuân Tám và cs (2005), tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi có bệnh phối hợp là 76,97% trong khi ở người trẻ tỷ lệ này là 33,61% (cao hơn tỷ lệ của chúng tôi có lẽ do bệnh nhân nghiên cứu ở đây là người già lao phổi chung, còn chúng tôi chỉ nghiên cứu bệnh nhân già lao phổi mới AFB dương tính). Đa số bệnh nhân có thời chẩn đoán bệnh là 2-6 tháng chiếm 47,5%, nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính có thời gian chẩn đoán muộn sau 6 tháng cao hơn nhóm có bệnh mạn tính, p < 0,05. Nguyễn Đức Thọ (2015) thấy thời gian chẩn đoán bệnh ở bệnh nhân mắc tiểu đường thấp hơn nhóm bệnh nhân không mắc [4]. Điều này có thể giải thích là do khi có bệnh mạn tính kèm theo, bệnh nhân được thường xuyên tiếp cận với y tế hơn nên phát hiện bệnh lao sớm hơn. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp chủ yếu là ho khạc đờm 97,5%; đau ngực 88,0%; khó thở 87,5%; sốt 85,0%; ram ẩm 87,5%; tỉ lệ biến dạng lồng ngực, khám có hội chứng 3 giảm ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có bệnh mạn tính, p < 0,05. Theo Vũ Thị Bích Hồng (2009) ran ẩm là 71,6%; ran nổ (61,5%); ran rít ngáy (11,9); biến dạng lồng ngực (10,1%). Lê Bật Tân và Lê Ngọc Hưng (2007) gặp tỉ lệ ít hơn, trong đó: Ran ẩm, nổ 59,2%; ran rít 5,2%; lồng ngực lép 22,2% [2]. Trong các lao ngoài phổi chủ yếu là lao màng phổi 10,0%; lao màng não 0,5%; lao thanh quản 1,5%. Theo Nguyễn Văn Chi (2014) cho thấy tỷ lệ lao phối hợp ở người già là 4,2%; trong đó lao màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 1,4% [1]. Tổn thương xquang chủ yếu là dạng thâm nhiễm (94,0%), nốt (87,0%); hang (74,0%); độ 2 (45,5%); cả trên và dưới (50,0%); sô bệnh nhân có tổn thương xquang độ 2 của nhóm có tiền sử bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh mạn tính, trong khi ở độ 3 thì ngược lại, p < 0,05. Vị trí tổn thương xquang chủ là cả 2 bên phổi, cả bên trái và bên phải. Điều này có thể giải thích là do tổn thương xquang rộng nên vị trí tổn thương là cả trên và dưới 2 bên phổi. Bệnh nhân có chẩn đoán muộn thì nguy cơ tổn thương Xquang độ 3 cao gấp 3,849 lần bệnh nhân có chẩn đoán bệnh sớm. Như vậy bệnh càng đến muộn thì tổn thương Xquang càng nặng nề. Kết quả soi đờm trực tiếp tìm AFB dương tính ghi rõ số lượng là 13,0%; dương tính 1 (+) là 28.5%; dương tính 2 (+) là 20,5%; dương tính 3 (+) là 18,0%. Có 80,5% bệnh nhân được làm Xn gen xpert trong đó 6,2% âm tính; 92,5% có MTB và không kháng RMP; 1,2% có MTB và kháng R. Có 84% bệnh nhân được làm Xn cấy MGIT trong đó 12,5% âm tính; 87,5% dương tính. Theo Nguyễn Văn Chi (2014) thì tỷ lệ AFB đờm dương tính (1+) là 59,4%, dương tính (2+) là 21,9%, dương tính (3+) là 18,8% [1]. Số lượng hồng cầu và bạch cầu của đối

tượng nghiên cứu chủ ở mức độ bình thường. Số bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu là 37,0% nhưng chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ. Số bệnh nhân có lượng BC > 15G/l chỉ chiếm 4,5%. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh của lao là bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ. Hầu hết các chỉ số sinh hóa trong giới hạn bình thường.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 200 bệnh nhân lao phổi AFB (+) ở người cao tuổi tại Bệnh Phổi Hải Phòng trong 2 năm 2018-2019 thấy tập trung nhiều ở nhóm tuổi 60-70 chiếm 57,55%, tuổi trung bình là 70,55; tuổi trung bình của nữ cao hơn nam, p < 0,05. Tỉ lệ nam/ nữ là 3/1. Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo là 53,5%; hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 26,9%. Thời gian chẩn đoán bệnh chủ yếu là 2-6 tháng chiếm 47,5%. nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính có thời gian chẩn đoán muộn sau 6 tháng cao hơn nhóm có bệnh mạn tính, p < 0,05. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp chủ yếu là ho khạc đờm, đau ngực, khó thở, sốt, ran ẩm. Tỷ lệ biến dạng lồng ngực, khám có hội chứng 3 giảm ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có bệnh mạn tính, p < 0,05. Mức độ tổn thương xquang chủ yếu là độ 3 và độ 2 với các dạng tổn thương cơ bản hay gặp là nốt, hang, xơ, vôi hóa, thâm nhiễm. Tỷ lệ tổn thương xquang độ 2 của nhóm có tiền sử bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh mạn tính, trong khi ở độ 3 thì ngược lại, p < 0,05. Bệnh nhân có chẩn đoán muộn thì nguy cơ tổn thương Xquang độ 3 cao gấp 3,849 lần bệnh nhân có chẩn đoán bệnh sớm. Kết quả Gen Xpert 92,5% có MTB và không kháng RMP. Kết quả cấy MGIT 87,5% dương tính. Các chỉ số hồng cầu và bạch cầu hầu hết trong giới hạn bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chi (2014),** " nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau 2 tháng điều trị lao phổi mới AFB(+) ở người cao tuổi tại bệnh viện 71 trung ương", luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học y dược Hải Phòng.
2. **Vũ Thị Bích Hồng (2009),** "nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tấn công lao phổi mới AFB(+) ở người cao tuổi tại Hải Phòng năm 2007 – 2009", luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y dược Hải Phòng.
3. **Lê Bật Tân, Lê Ngọc Hưng (2007),** " nghiên cứu triệu chứng lâm sàng lao phổi tái phát ở người cao tuổi", Tạp chí Y học Việt Nam tháng 9- số 2/2007.
4. **Nguyễn Đức Thọ (2015),,** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi mới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Lao và bệnh phổi Hải Phòng 2008-2013", Y học thực hành số 991-2015, tr 37.
5. **Korzeniewska-Kosela M, Krysl J, Muller N, Black W, Allen E, FitzGerald JM:** Tuberculosis in young adults and the elderly. A prospective comparison study. Chest 1994, 106(1):28–32.
6. **WHO (2020)** Global Tuberculosis Report 2020.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG, VIÊM LỢI Ở HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC NGUYỄN DU, THÀNH PHỐ HÀ TĨNH, NĂM 2020

Phạm Minh Khuê*, Lê Ngọc Thanh*, Phạm Thanh Hải*

TÓM TẮT

Sâu răng, viêm lợi là hai bệnh phổ biến trong số các bệnh răng miệng ở trẻ em. Ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, do điều kiện kinh tế còn nhiều khó khăn, thiếu trang thiết bị và nhận thức về sức khỏe răng miệng còn nhiều hạn chế nên tỷ lệ mắc bệnh răng miệng còn cao và có chiều hướng gia tăng. Do đó mục tiêu của đề tài nhằm đánh giá tình hình bệnh sâu răng, viêm lợi của học sinh tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh làm cơ sở để ngành y tế Hà Tĩnh tham mưu cho tỉnh việc hoạch định chính sách y tế phù hợp trong đó có chương trình Nha học đường.

SUMMARY

STATUS OF DENTAL CARIES AND GINGIVITIS AT NGUYEN DU ELEMENTARY SCHOOL, HA TINH, 2020

Dental caries and gingivitis are widely common diseases in children in Vietnam. Preventive dentistry and primary dental care are still the most effective solutions. In developing country including Vietnam, the prevalence of dental caries and gingivitis are still high due to the lack of facilities and education. In order to consult to dental policy of Ha Tinh province, the aim of this study is to investigate the status of dental caries and gingivitis among students at Nguyen Du elementary school, Ha Tinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng, viêm lợi là hai bệnh phổ biến trong số các bệnh răng miệng ở trẻ em [1]. Từ những năm 70 của thế kỷ XX, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xếp 3 bệnh trong số hơn 10 bệnh phổ biến là tai họa của loài người: Bệnh tim mạch, bệnh ung thư và bệnh sâu răng [9]. Bệnh sâu răng là một tai họa của loài người vì 3 lý do: bệnh mắc rất sớm; rất phổ biến (chiếm > 90% dân số); chi phí chữa răng rất lớn, nếu chỉ chú ý đến việc chữa bệnh thì không một quốc gia nào có thể chi trả được kể cả những nước giàu có nhất [10].

Trong những thập niên vừa qua, khoa học thế giới đã đạt được nhiều tiến bộ trong việc giải thích bệnh căn của sâu răng cũng như cách phòng chống bệnh răng miệng cho nên tỷ lệ bệnh sâu răng ở những nước phát triển giảm xuống còn một nửa so với những năm trước [4]. Ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh răng miệng còn cao và có chiều hướng gia tăng. Từ nhiều năm nay, ngành răng hàm mặt Việt Nam đã đặt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu là nhiệm vụ hàng đầu và lấy công tác Nha học đường làm trọng tâm vì nhà trường là môi trường tốt nhất để tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em.

Trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh là một trường nằm trong khu vực dân cư đông đúc ở trung tâm

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê
Email: pmkhue@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

Thành phố Hà Tĩnh, và chưa có nghiên cứu khoa học nào về Nha học đường tại trường. Để tham mưu cho tỉnh việc hoạch định chính sách y tế phù hợp trong đó có chương trình Nha học đường.

Đề tài*: "Thực trạng sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh năm 2020"* được thực hiện với mục tiêu sau:

- Mô tả thực trạng sâu răng, viêm lợi của học sinh Trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Học sinh tiểu học từ lớp 1 đến lớp 5 tại Trường tiểu học Nguyễn Du, Hà Tĩnh.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
- Học sinh tiểu học từ 7 - 11 tuổi.
- Học sinh hợp tác khám và trả lời phỏng vấn.
- Học sinh khỏe mạnh đi học trong thời gian khám và phỏng vấn.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
- Học sinh ngoài nhóm tuổi nghiên cứu.
- Học sinh không hợp tác khám và trả lời phỏng vấn.
- Học sinh đang mắc bệnh cấp tính.

2. Thời gian nghiên cứu: **Từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020**

3. Thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần chọn.

$Z_{1-a/2}$ = 1,96 ở mức độ ý nghĩa thống kê 95%.

p: tỷ lệ mắc bệnh răng miệng của trẻ em 6 - 12 tuổi theo nghiên cứu trước (p = 0,75) **[7].**

d: độ chính xác mong muốn của kết quả nghiên cứu, d = 0,05.

Lấy p = 0,75 ta tính được n = 288, để tăng độ tin cậy cho cỡ mẫu ta cộng thêm ít nhất 10%, thực tế mẫu nghiên cứu là 371 học sinh.

- Kĩ thuật chọn mẫu:

+ Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng, mỗi tầng là 1 khối trong 5 khối (Từ khối lớp 1 đến khối lớp 5).

+ Chọn ngẫu nhiên 2 lớp trong mỗi khối bằng phương pháp chọn ngẫu nhiên đơn. Chọn tất cả học sinh của lớp được chọn trong mỗi khối. Ước lượng như vậy chúng tôi sẽ chọn được từ 340 đến 380 học sinh vào điều tra, số lượng này thỏa mãn cỡ mẫu tối thiểu.

5. Biến số nghiên cứu:

Mục tiêu	Biến số và Chỉ số	Định nghĩa Biến số, Chỉ số	Phương pháp thu thập thông tin
Xác định tỷ lệ hiện mắc sâu răng, viêm lợi	Tỷ lệ sâu răng	Số HS sâu răng / Tổng số HS được khám	Phiếu khám, khám RM
	Răng sâu (D)	Gồm răng sâu ở thân răng, cổ răng và răng đã hàn lại bị sâu	
	Răng mất (M)	Răng mất do sâu răng	
	Răng trám (F)	Răng trám không sâu thêm	

	Chỉ số SMT (DMFT) theo WHO 201 [9]	Số răng sâu+mất+trám /Tổng số học sinh được khám	
	Viêm lợi	Lợi nề đỏ ở bờ tự do, dễ rỉ máu khi chải răng, có cao răng, miệng hôi	
	Tỷ lệ viêm lợi	Số HS viêm lợi /Tổng số HS được khám	

6. Phương pháp thu thập thông tin

Các bác sỹ chuyên khoa RHM và điều dưỡng tại Khoa RHM, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh trực tiếp khám, phỏng vấn.

7. Phân tích số liệu

Số liệu thu thập được sau khi làm sạch thô được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số nghiên cứu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và các bảng biểu. So sánh tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi, giới, xem xét mức ý nghĩa thống kê dựa trên Test χ^2, ngưỡng tin cậy $p < 0,05$.

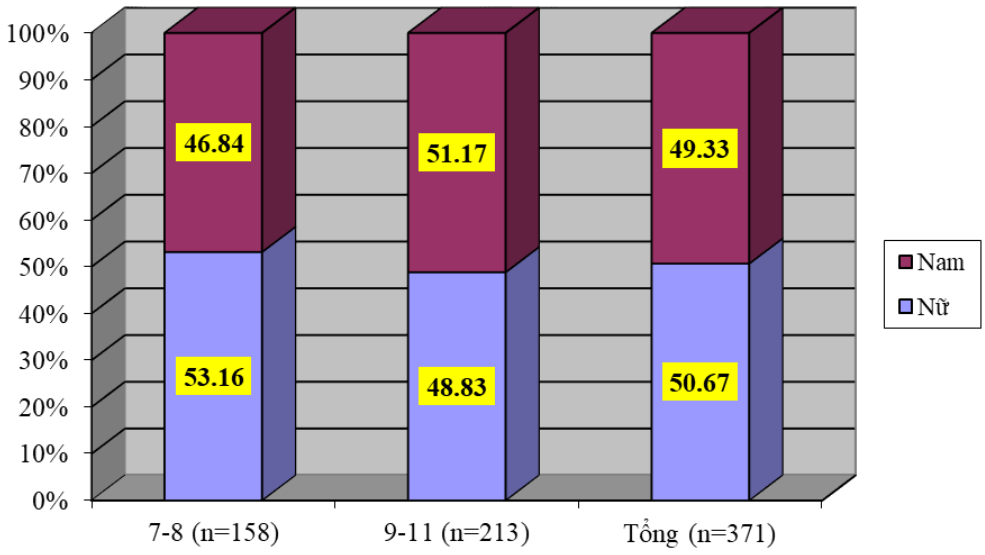
8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài tuân thủ đề cương nghiên cứu được hội đồng thông qua đề cương luận văn Bác sỹ chuyên khoa 2 Quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
- Nghiên cứu được sự cho phép của cơ quan quản lý là Phòng giáo dục và đào tạo thành phố Hà Tĩnh đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu.
- Sự tham gia của học sinh được phụ huynh học sinh đồng ý và tự nguyện tham gia của học sinh. Mọi thông tin cá nhân đảm bảo được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng bệnh sâu răng viêm lợi của học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, phường Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, năm 2020.

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi, giới của học sinh trong nghiên cứu.

Nhận xét: Theo thiết kế, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 330 học sinh. Thực tế chúng tôi chọn mẫu ngẫu nhiên và khám được 371 học sinh, trong đó có 77 học sinh 7 tuổi; 81 học sinh 8 tuổi; 73 học sinh 9 tuổi; 61 học sinh 10 tuổi và 79 học sinh 11 tuổi. Nhóm 7-8 tuổi có 158 học sinh chiếm 42,59%; nhóm 9-11 tuổi có 213 học sinh chiếm 57,41%.

Tỷ lệ học sinh nam nhiều hơn nữ ở tuổi từ ≥ 9-11, nữ nhiều hơn nam ở tuổi từ ≥7-8. Sự khác biệt giới theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2. Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh

Bảng 3.1. Tỷ lệ sâu răng chung của học sinh theo nhóm tuổi

Bệnh / Nhóm tuổi	Sâu răng		Không sâu răng		Tổng	p
	n	%	n	%		
7-8	68	43,04	90	56,96	158	< 0,05
9-11	151	70,89	62	29,11	213	
Tổng	**219**	**59,03**	**152**	**40,97**	**371**	

Nhận xét: Tỷ lệ học sinh sâu răng chung là 59,03%; học sinh nhóm tuổi 9-11 sâu răng (70,89%) cao hơn học sinh nhóm tuổi từ 7-8 (43,04%); sự khác biệt giữa tỉ lệ sâu răng và không sâu răng theo từng nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.2. Chỉ số dmft răng sữa theo tuổi

Tuổi	n	Số răng sâu (dt)	Số răng mất (mt)	Số răng trám (ft)	Tổng số răng (dmf)	Chỉ số dmft
7	77	288	55	2	345	4,5
8	81	319	57	3	379	4,7
9	73	304	64	4	372	5,1
10	61	250	43	6	299	4,9
11	79	311	53	7	371	4,7
Tổng	**371**	**1472**	**272**	**22**	**1766**	**4,8**

Nhận xét: Chỉ số sâu mất trám răng sữa của đối tượng nghiên cứu là 4,8 và tăng dần theo tuổi.

Bảng 3.3: Chỉ số DMFT răng vĩnh viễn theo tuổi

Tuổi	n	Số răng sâu (DT)	Số răng mất (DM)	Số răng trám (DF)	Tổng số răng (DMF)	Chỉ số DMFT
7	77	11	0	0	11	0,14
8	81	32	0	2	34	0,42
9	73	30	1	3	34	0,47
10	61	26	3	6	35	0,57
11	79	45	3	7	55	0,70
Tổng	**371**	**144**	**7**	**18**	**169**	**0,46**

Nhận xét: Chỉ số sâu mất trám răng vĩnh viễn của đối tượng nghiên cứu là 0,46. DMFT tăng dần theo tuổi, nhóm cao nhất là 11 tuổi 0,70.

Bảng 3.4. Tỷ lệ học sinh viêm lợi theo tuổi

Bệnh / Tuổi	Viêm lợi		Không viêm lợi		
	n	%	n	%	
7	11	14,29	66	85,71	χ^2= 36,34 p < 0,05
8	19	23,46	62	76,54	
9	31	42,47	42	57,53	
10	25	40,98	36	59,02	
11	35	44,30	44	55,70	
Tổng cộng	**121**	**32,61**	**250**	**67,39**	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh viêm lợi ở học sinh 11 tuổi là cao nhất (44,30%), học sinh 7 tuổi mắc viêm lợi là thấp nhất 14,29%; tỷ lệ mắc bệnh viêm lợi giữa các lứa tuổi có khác biệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tại bảng kết quả 3.1 cho thấy: Những học sinh có nhóm tuổi từ 9-11 có tỷ lệ sâu răng sữa (70,89%) cao gấp 1,64 lần học sinh sâu răng sữa có nhóm tuổi từ 7-8 (43,04%); sự khác biệt sâu răng sữa ở 2 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p <0,05. So với các nghiên cứu Đỗ Phương Linh (2017) [6]: tại trường tiểu học Nguyễn Văn Trỗi - đảo Cát Bà - Hải Phòng thì tỷ lệ sâu răng cao hơn rất nhiều 93%. Một số công trình trong nước cũng đưa ra tỷ lệ sâu răng cho lứa tuổi 6 - 10 tuổi; nghiên cứu của Ngô Đồng Khanh và Vũ Thị Kiều Diễm [5] năm 1993 - 1998 là 74,79%. Đỗ Văn Chiến (2012) [2] tại tỉnh Hưng Yên trường tiểu học Bình Minh là 71,4 %, trường tiểu học thị trấn Khoái Châu 73,6%.

Bảng 3.2 cho thấy chỉ số sâu mất trám dmft ở răng sữa ở mức cao là 4.8. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Tấn Tài 2016 khi nghiên cứu tại học sinh tiểu học Thừa Thiên Huế [7].

Bảng 3.3 cho thấy các chỉ số sâu mất trám DMFT ở răng vĩnh viễn trung bình là 0.46. Chỉ số này thấp hơn so với kết quả của Trần Tấn Tài 2016 [7] là 1,41 và Nguyễn Văn Trường là 1,62 [8].

So sánh tỷ lệ viêm lợi trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.4) với các nghiên cứu của một số tác giả cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Văn Chiến [2] ở lứa tuổi 8 là 22,2%; 9 tuổi là 37,7%; 10 tuổi là 28,6% nhưng thấp hơn kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc 2001 của Trần Văn Trường [8]: tỷ lệ viêm lợi ở trẻ 6-8 tuổi: 42,7%; trẻ 9-11 tuổi: 69,2%,

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ học sinh bị mắc bệnh viêm lợi (32,61%) cao hơn của nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dương (2014) [3] (22,5%)

Như vậy, kết quả của chúng tôi thấp hơn phần lớn các tác giả khác. Điều này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện sau hơn nên ý thức của nhân dân về răng miệng tốt hơn, sự phát triển của chuyên nghành răng

hàm mặt cao hơn, điều kiện về cơ sở vật chất, sinh hoạt cũng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan bệnh sâu răng ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ sâu răng chung của học sinh là 59,03%, trong đó chủ yếu gặp ở lứa tuổi 9-11.

- Tỷ lệ sâu mất trám tăng dần từ 7-11 tuổi, và cao nhất ở lứa tuổi 11

- Tỷ lệ học sinh mắc bệnh viêm lợi 32,61%, trong đó cao nhất ở học sinh 11 tuổi (44,3%) và 9 tuổi (42,47%) và thấp nhất ở học sinh 7 tuổi (14,29%)

Kiến nghị cần đánh giá yếu tố về kiến thức, thực hành vệ sinh răng răng miệng có thể liên quan ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng, viêm lợi ở học sinh tiểu học. Qua đó giúp Nhà Trường, Tỉnh hoạch định chính sách cải thiện, dự phòng sâu răng, viêm lợi ở lứa tuổi học đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội (2006),** Bài giảng Răng Hàm Mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Đỗ Văn Chiến (2012),** "Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan của học sinh hai trường tiểu học, huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hải Phòng.
3. **Nguyễn Thị Thùy Dương (2014),** Kiến thức, thực hành và nhu cầu chăm sóc răng, miệng cho học sinh tại một trường tiểu học tại Hải Phòng năm 2014, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Nguyễn Mạnh Hà (2010),** Sâu răng và các biến chứng, Bệnh răng hàm mặt, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr: 5 -25.
5. **Ngô Đồng Khanh (2004),** "Mô hình bệnh răng miệng ở các tỉnh phía Nam- Định hướng chiến lược và giải pháp, chủ biên", Tạp chí Hội nghị khoa học kỹ thuật Răng Hàm Mặt toàn quốc năm 2004.
6. **Đỗ Phương Linh (2017),** "Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Văn Trỗi – đảo Cát Bà – Hải Phòng năm 2017", Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Trần Tấn Tài (2016),** Thực trạng sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế
8. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải (2001),** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **WHO (2013),** Oral health surveys basic methos, 5^{h} Edition, Geneva.
10. **Y. K. Kayoko Shinada Khristine Marie G. Cariño KM (2003),** "Early childhood caries in northern Philippines", Community Dent Oral Epidemiol, pp. 81-89.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG SÂU RĂNG, VIÊM LỢI Ở HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC NGUYỄN DU, THÀNH PHỐ HÀ TĨNH NĂM 2020

Phạm Minh Khuê*, Lê Ngọc Thanh*, Phạm Thanh Hải*

TÓM TẮT

Sâu răng, viêm lợi là hai bệnh phổ biến trong số các bệnh răng miệng ở trẻ em đặc biệt ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Để tăng cường công tác phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu thì việc đánh giá yếu tổ liên quan là rất cần thiết. Do đó mục tiêu của đề tài nhằm đánh giá các yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi của học sinh tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh làm cơ sở để ngành y tế Hà Tĩnh tham mưu cho tỉnh việc hoạch định các giải pháp y tế phù hợp.

SUMMARY

ASSOCIATION FACTORS OF DENTAL CARIES AND GINGIVITIS AT NGUYEN DU ELEMENTARY SCHOOL, HA TINH, 2020

Dental caries and gingivitis are widely common diseases in children in Vietnam. It is necessary to focus on the association factors in those diseases in order to enhance the effectiveness of preventive dentistry and primary dental care. The aim of this study is to investigate association factors of dental caries and gingivitis among students at Nguyen Du elementary school, Ha Tinh.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê
Email: pmkhue@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 23.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng, viêm lợi là hai bệnh phổ biến trong số các bệnh răng miệng ở trẻ em [1]. Trong những thập niên vừa qua, tỷ lệ bệnh sâu răng ở những nước phát triển giảm xuống còn một nửa so với những năm trước nhờ đánh giá và tác động vào các yếu tố liên quan đến bệnh. [3], [4]. Ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh răng miệng còn cao và có chiều hướng gia tăng [8]. Từ nhiều năm nay, ngành răng hàm mặt Việt Nam đã đặt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu là nhiệm vụ hàng đầu và lấy công tác Nha học đường làm trọng tâm.

Trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh là một trường nằm trong khu vực dân cư đông đúc ở trung tâm Thành phố Hà Tĩnh. Song song với nghiên cứu về thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi thì việc đánh giá các yếu tố liên quan là rất cần thiết để tham mưu cho tỉnh việc hoạch định giải pháp y tế phù hợp trong đó có chương trình Nha học đường.

Đề tài: *"Một số yếu tố liên quan đến thực trạng sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh năm 2020"* được thực hiện với mục tiêu sau: ***Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi của đối tượng nghiên cứu.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. Đối tượng nghiên cứu:

Học sinh tiểu học từ lớp 1 đến lớp 5 tại Trường tiểu học Nguyễn Du, Hà Tĩnh.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Học sinh:

- Học sinh tiểu học từ 7 - 11 tuổi.
- Học sinh hợp tác khám và trả lời phỏng vấn.
- Học sinh khỏe mạnh đi học trong thời gian khám và phỏng vấn.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Học sinh:

- **Học sinh ngoài nhóm tuổi nghiên cứu.**
- **Học sinh không hợp tác khám và trả lời phỏng vấn.**
- **Học sinh đang mắc bệnh cấp tính.**

2. Thời gian nghiên cứu: **Từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020**

3. Thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần chọn.

$Z_{1-a/2}$ = 1,96 ở mức độ ý nghĩa thống kê 95%.

p: tỷ lệ mắc bệnh răng miệng của trẻ em 6 - 12 tuổi theo nghiên cứu trước (p = 0,75) **[7].**

d: độ chính xác mong muốn của kết quả nghiên cứu, d = 0,05.

Lấy p = 0,75 ta tính được n = 288, để tăng độ tin cậy cho cỡ mẫu ta cộng thêm ít nhất 10%, thực tế mẫu nghiên cứu là 371 học sinh.

5. Biến số nghiên cứu:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi	**Tuổi học sinh**	**Học sinh từ 7 đến 11 tuổi**	Phỏng vấn, quan sát
	Giới	Nam hoặc Nữ	
	Tỷ lệ học sinh có kiến thức VSRM tốt	Số HS trả lời đúng > 8 câu / Tổng số HS được phỏng vấn	
	Tỷ lệ hs có KT VSRM trung bình và kém	Số HS trả lời đúng < 8 câu / Tổng số HS được phỏng vấn	
	Tỷ lệ học sinh thực hành VSRM tốt	Số HS (chải răng > 3 lần / ngày, chải xoay tròn, > 3 phút) / số HS được phỏng vấn	
	Tỷ lệ học sinh khám răng định kỳ	Số HS khám RM định kỳ tháng một lần / Tổng số HS được phỏng vấn	

6. Phương pháp thu thập thông tin

Các bác sỹ chuyên khoa RHM và điều dưỡng tại Khoa RHM, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh trực tiếp khám, phỏng vấn.

7. Phân tích số liệu

Số liệu thu thập được sau khi làm sạch thô được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số nghiên cứu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và các bảng biểu. Một số yếu tố liên quan tới bệnh sâu răng, viêm lợi như tuổi, giới, mức độ và tình trạng kiến thức thực hành về vệ sinh răng miệng, ... trên cơ sở phân tích, tính toán sự khác biệt có ý nghĩa thông kê khi p < 0,05.

8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài tuân thủ đề cương nghiên cứu được hội đồng thông qua đề cương luận văn Bác sỹ chuyên khoa 2 Quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Nghiên cứu được sự cho phép của cơ quan quản lý là Phòng giáo dục và đào tạo thành phố Hà Tĩnh đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu.

- Sự tham gia của học sinh được phụ huynh học sinh đồng ý và tự nguyện tham gia của học sinh. Mọi thông tin cá nhân đảm bảo được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số yếu tố liên quan với bệnh sâu răng ở học sinh

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa thực hành vệ sinh răng miệng và sâu răng ở học sinh

		Răng Sữa				Răng Vĩnh Viễn			
Bệnh / Kiến thức		Sâu răng (n=219)		Không sâu (n=152)		Sâu răng (n=98)		Không sâu (n=273)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
TH chải răng	Kém	109	73,65	39	26,35	47	31.76	101	68,24
	Tốt	110	49,33	113	50,67	51	22,87	172	77,13
		OR= 2,87; 95% CI [1,52 - 5,32], p<0.05				OR= 1,57; 95% CI [0,60 - 3,82], p>0.05			

Nhận xét: Ở nhóm răng sữa

Những học sinh có thực hành chải răng trung bình, kém có nguy cơ mắc sâu răng sữa cao gấp 2,87 lần so với nhóm học sinh có thực hành chải răng tốt, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với OR= 2,87; p <0,05; 95%CI [1,52-5,32]

Ở nhóm răng vĩnh viễn

Những học sinh có thực hành chải răng trung bình, kém có nguy cơ mắc sâu răng vĩnh viễn gấp 1,57 lần so với nhóm học sinh có thực hành chải răng tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05; OR= 1,57; 95%CI [0,60-3,82].

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa khám răng định kỳ và sâu răng ở học sinh

		Răng Sữa				**Răng Vĩnh Viễn**			
Bệnh / Kiến thức		**Sâu răng (n=219)**		**Không sâu (n=152)**		**Sâu răng (n=98)**		**Không sâu (n=273)**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Khám răng định kì	Không	174	66,92	86	33,08	89	34,23	171	65,77
	Có	45	40,54	66	59,46	9	8,11	102	91,89
		OR= 2,97; 95%CI [1,42 - 6,41], p<0.05				OR= 5,90; 95% CI [3,18 - 39,77], p<0.05			

Nhận xét:

Ở nhóm răng sữa. Những học sinh không đi khám răng định kỳ có nguy cơ mắc sâu răng sữa cao gấp 2,97 lần so với nhóm học sinh có đi khám răng định kỳ, sự chênh lệch có ý nghĩa

thống kê với OR= 2,97; p <0,05; 95%CI [1,42 - 6,41].

Ở nhóm răng vĩnh viễn. Những học sinh không đi khám răng định kỳ có nguy cơ mắc sâu răng vĩnh viễn cao gấp 5,9 lần so với nhóm học sinh có đi khám răng định kỳ, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

3.2. Một số yếu tố liên quan với bệnh viêm lợi ở học sinh

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành VSRM và viêm lợi ở HS.

Kiến thức TH \ Bệnh		Viêm lợi (n=121)		Không viêm lợi (n= 250)		p
Kiến thức VSRM	TB, kém	69	62,16%	42	37,84%	OR=6,57; 95% CI [3,39 - 9,70], p<0.05
	Tốt	52	20%	208	80%	
Thực hành chải răng	TB, kém	63	42,57%	85	57,43%	OR=2,11; 95% CI [0,89 - 2,37], p> 0,05
	Tốt	58	26,01%	165	73,99%	

Nhận xét: Những học sinh có kiến thức về VSRM trung bình, kém có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi cao gấp 6,57 lần so với nhóm học sinh có kiến thức thực hành tốt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Những học sinh có thực hành chải răng trung bình, kém có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi gấp 2,11 lần so với nhóm học sinh có thực hành chải răng tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa khám răng định kỳ và viêm lợi ở học sinh

Kiến thức TH \ Bệnh		Viêm lợi (n=121)		Không viêm lợi (n= 250)	
Khám răng định kỳ	Không	105	40,38%	155	59,62%
	Có	16	14,41%	95	85,59%
OR=4,02; 95% CI [2,31 - 8,66], p<0,05					

Nhận xét: Những học sinh không đi khám răng định kỳ có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi cao gấp nhiều lần so với nhóm học sinh có đi khám răng định kỳ, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan với bệnh sâu răng ở học sinh

- Bảng 3.1 cho thấy học sinh có thực hành chải răng trung bình, kém có nguy cơ mắc sâu răng sữa cao gấp 2,87 lần so với nhóm học sinh có thực hành chải răng tốt, trong khi tỉ lệ này là 1,57 ở nhóm răng vĩnh viễn. So với nghiên cứu của Đỗ Văn Chiến (2012) [2] cũng cho thấy tỉ lệ này là 1,6 lần ở nhóm răng sữa và 2,0 lần ở nhóm răng vĩnh viễn.

- Bảng 3.2 cho thấy những học sinh không đi khám răng định kỳ có nguy cơ mắc sâu răng sữa cao gấp 2,97 lần so với nhóm học sinh có đi khám răng định kỳ, tỉ lệ này là 5,9 lần ở nhóm răng vĩnh viễn. Điều này thể hiện nhóm học sinh có khám răng định kỳ được chăm sóc và tự chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt hơn nhóm học sinh không khám răng định kỳ. So với kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Chiến (2012) [2] nhóm học sinh không đi khám răng định kỳ thì sâu răng

vĩnh viễn gấp 2 lần so với nhóm đi khám răng định kỳ.

- Bảng 3.3 cho thấy học sinh có kiến thức về VSRM trung bình, kém có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi cao gấp 6,57 lần so với nhóm học sinh có kiến thức VSRM tốt.

Những học sinh có thực hành chải răng trung bình, kém có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi gấp 2,11 lần so với nhóm học sinh có thực hành chải răng tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành khi cho thấy mối liên quan của 2 yếu tố kiến thực và thực hành với bệnh sâu răng ở lứa tuổi tiểu học [7].

- Bảng 3.4 cho thấy những học sinh không đi khám răng định kỳ có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi cao gấp nhiều lần so với nhóm học sinh có đi khám răng định kỳ. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành khi cho thấy mối liên quan giữa khám răng định kì và bệnh sâu răng [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Các yếu tố như kiến thức và khám răng định kì có liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh tiểu học trong đó những học sinh có kiến thức tốt về vệ sinh răng miệng và khám răng định kì thì tỉ lệ sâu răng, viêm lợi thấp hơn so với học sinh có kiến thức kém hoặc không có kiến thức.

- Học sinh có kiến thức tốt về thực hành chải răng thì có tỉ lệ sâu răng thấp hơn nhóm kiến thức kém và trung bình, tuy nhiên không có mối liên hệ giữa kiến thức về chải răng với bệnh viêm lợi.

Kiến nghị cần tăng cường giáo dục, thực hành vệ sinh răng miệng ở các trường tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội (2006),** Bài giảng Răng Hàm Mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Đỗ Văn Chiến (2012),** "Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan của học sinh hai trường tiểu học, huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hải Phòng.
3. **Nguyễn Mạnh Hà (2010),** Sâu răng và các biến chứng, Bệnh răng hàm mặt, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr: 5 -25.
4. **Trịnh Đình Hải (2004),** Sâu răng và dự phòng sâu răng, Bệnh Răng hàm mặt, Nhà xuất bản Y học, tr: 1-30.
5. **Trần Tấn Tài (2016),** Thực trạng sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế
6. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải (2001),** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Thành (2007),** Đánh giá thực trạng bệnh sâu răng và khảo sát kiến thức thái độ hành vi của học sinh 6 tuổi tại thị xã Hưng Yên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Viện Răng Hàm Mặt (2009),** Tổng kết công tác nha học đường toàn quốc năm 2009, tháng 11, tr. 6-11.

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP SIX SIGMA TRONG KIỂM SOÁT CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HÓA SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Trịnh Văn Khương[1,2], Nguyễn Hùng Cường[1,2], Phạm Minh Khánh[1], Đào Thị Hương[3], Vũ Thị Xuân[1,2]

TÓM TẮT

Kiểm soát chất lượng (QC) trong phòng xét là nền tảng để đảm bảo độ chính xác, độ tin cậy của quá trình phân tích và phát hiện sai số. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả kiểm soát chất lượng xét nghiệm hóa sinh trên hệ thống máy hóa sinh tự động bằng six sigma tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành trên 11 thông số của hai máy xét nghiệm hóa sinh AU400 và AU480 của hãng Beckman Coulter (Hoa kỳ) tại Khoa XNTH - BVĐHYHP trong khoảng thời gian 6 tháng từ ngày 08 tháng 06 năm 2020 đến ngày 30 tháng 11 năm 2020. **Kết quả:** có 09/11 xét nghiệm đạt từ mức 3 sigma trở lên trên cả hai máy AU400 và AU480, trong đó trên mỗi máy có 06 xét nghiệm (chiếm 54,55%) đạt mức sigma ≥ 6. Trên máy AU400 có 02 xét nghiệm (BUN, TC) và máy AU480 có 01 xét nghiệm (BUN) chỉ đạt sigma nằm trong khoảng từ 2 < sigma < 3. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này cho thấy six sigma là một công cụ hiệu quả để đánh giá kết quả của các chất phân tích hóa sinh, có lợi cho việc đảm bảo và cải tiến chất lượng.

Từ khóa: QC, TEa, CV, Bias, Six sigma.

[1]Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,
[2]Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng
[3]Tổng công ty Bảo đảm an toàn hàng hải miền bắc Việt Nam.
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Khương
Email: tvkhuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2021
Ngày duyệt bài: 16.5.2021

SUMMARY

APPLICATION OF SIX SIGMA IN QUALITY CONTROL FOR BIOCHEMISTRY AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Quality control in the laboratory is the foundation for the accuracy and reliability of analytical process and error detection. **Objective:** To evaluate the results of quality control on automated biochemistry system by six sigma at Haiphong Medical University Hospital. **Materials and methods:** This is a descriptive cross-sectional study, conducting on 11 biochemical parameters analyzed by two Beckman Coulter chemistry analyzers AU400 and AU480 (USA) at Laboratory Departments - Haiphong Medical University Hospital in 6 months from 08 June 2020 to 30 November 2020. **Results:** 9 out of 11 assays showed a performance of ≥ 3 sigma levels on both Beckman Coulter AU400 and AU480, whereas six assays (54.55%) on each analyzer had a performance of ≥ 6 sigma levels. Two parameters (BUN and TC) on AU400 and one parameter (BUN) on AU480 showed a performance between 2 to 3 sigma levels. **Conclusions:** The results show that six sigma is a effective tool for evaluating the performance of biochemical analyzer as well as for maintaining and improving analytical quality.

Keywords: QC, TEa, CV, Bias, Six sigma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Chi phí xét nghiệm chiếm một phần nhỏ

trong toàn bộ chi phí điều trị, nhưng kết quả xét nghiệm ảnh hưởng đến 60 – 70% những quyết định quan trọng như nhập viện, xuất viện, điều trị,….". Do đó, kiểm soát chất lượng trong phòng xét nghiệm là điều cần thiết để tạo ra kết quả chính xác và tin cậy.

Kiểm soát chất lượng (QC) trong phòng xét là nền tảng để đảm bảo độ chính xác và độ tin cậy của quá trình phân tích và phát hiện sai số ngay lập tức, được thực hiện thông qua nội kiểm tra (IQC) và ngoại kiểm tra (EQC). Việc kiểm soát chất lượng nội bộ được thực hiện hàng ngày và nó được diễn giải theo các quy tắc tiêu chuẩn của Westgard. Kiểm soát chất lượng bên ngoài được thực hiện mỗi tháng một lần và nó được giải thích bằng điểm Z, chỉ số độ lệch chuẩn (SDI) [2,5].

Không thể đánh giá chính xác số lượng sai sót hoặc lỗi do phòng xét nghiệm thực hiện bằng cách đo giá trị QC bên trong và bên ngoài [1,3,5,6]. Số lượng chính xác các khuyết tật hoặc sai sót do phòng xét nghiệm thực hiện có thể được định lượng bằng cách sử dụng các thước đo sigma trong phòng xét nghiệm [4,8].

Trên thế giới, Six sigma đã được áp dụng ở bất cứ nơi nào đo lường được kết quả của một quá trình [3,7] để loại bỏ sai sót, giảm sự biến đổi trong quá trình chế biến và giảm giá thành sản phẩm. Six sigma như một phần của chương trình cải tiến và đo lường chất lượng [6]. Đo lường Six sigma có thể dùng như một phương pháp tự đánh giá trong việc hướng dẫn phòng xét nghiệm lâm sàng lập chiến lược QC và lập kế hoạch tần suất QC. Sẽ rất hữu ích nếu triển khai các chỉ số này vào các quy trình phân tích hàng ngày trong phòng xét nghiệm lâm sàng để tạo ra kết quả xét nghiệm chính xác [4,6]. Vì vậy, mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá kết quả kiểm soát chất lượng xét nghiệm hóa sinh trên hệ thống máy hóa sinh tự động bằng Six sigma tại BVĐHYHP và đưa ra chiến lược kiểm soát chất lượng phù hợp, đạt hiệu quả cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 11 thông số xét nghiệm đồng thời được thực hiện trên cả 2 máy phân tích AU400 và AU480, cùng thương hiệu hóa chất và sử dụng cùng Lot QC: Glucose (GLU), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinin (CRE), Total Cholesterol (TC), Triglycerid (TG), High density lipoprotein cholesterol (HDL-C), Aspartate aminotransferase (AST), Alanine aminotransferase (ALT), Gamma glutamin transpeptidase (GGT), Acid Uric (AU), Amylase (AMY).

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các kết quả QC vi phạm quy tắc 1_{3s}, 2_{2s}, 4_{1s}, R_{4s}, 10x của Westgard đều bị loại bỏ và từ chối đưa vào nghiên cứu.

2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa XNTH – BVĐHYHP.

3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

4. Quy trình nghiên cứu

Mẫu nội kiểm (IQC)

Vật liệu QC (LOT: 1043, sử dụng ở nồng độ bình thường, bao hàm điểm quyết định lâm sàng) được sử dụng hàng ngày trước khi phân tích mẫu bệnh nhân và chạy kèm trong trường hợp bất thường, mua từ hãng BioRad Laboratories Inc (Hoa Kỳ).

Áp dụng các quy tắc của Westgard để kiểm soát kết quả QC, các quy tắc 1_{3s}, 2_{2s}, 4_{1s}, R_{4s}, 10x được coi là vi phạm cần khắc phục và 1_{2s} là tình huống cảnh báo cho lần chạy tiếp theo.

Mẫu ngoại kiểm (EQC)

Thực hiện theo chương trình ngoại kiểm của Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học – Trường Đại học Y Hà Nội, phân tích 1 tháng/lần.

Thời gian tham gia ngoại kiểm cùng với thời gian lấy mẫu nội kiểm tra.

Phân tích thống kê

Từ dữ liệu IQC và EQC chúng tôi tính giá trị trung bình (Mean) và thiết lập hệ số biến thiên (CV) và sai lệch (Bias) tương ứng cho mỗi xét nghiệm.

CV được dùng để chỉ độ chính xác và được tính theo công thức sau:

CV (%) = [Độ lệch chuẩn (SD) / Trung bình] × 100% .

Bias (%) = (|giá trị đo lường - giá trị mục tiêu| / giá trị mục tiêu) × 100% .

TEa: tổng sai số cho phép của các chất phân tích khác nhau được xác định theo các tiêu chí thử nghiệm thành thạo của Bản sửa đổi 88 (CLIA88) về Cải tiến Phòng thí nghiệm Lâm sàng Hoa Kỳ.

Các chỉ số Sigma được tính theo công thức sau: Sigma = (TEa-Bias) / CV.

Mức sigma	DPMO	Tỷ lệ đạt của quá trình	Đánh giá
1.0	691.500	30,9%	Không chấp nhận được
2.0	308.500	69,2%	Không tốt
3.0	66.800	93,3%	Chấp nhận được
4.0	6.210	99,4%	Tốt
5.0	230	99,98%	Rất tốt
6.0	3,4	99,9997%	Xuất sắc

5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2016.

6. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ tuyệt đối quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Số liệu và thông tin được đảm bảo chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua bảng 1 ta thấy rằng, tất cả các xét nghiệm được đánh giá trên máy AU 400 đều có hệ số biến thiên nằm trong khoảng cho phép (CV <5%). Trong đó, CV lớn nhất là 4,73 ở xét nghiệm Creatinin (CRE) và CV nhỏ nhất là 2,27 ở xét nghiệm Acid Uric (AU). Cho thấy độ lặp lại của các xét nghiệm thực hiện trên máy này là rất tốt.

Bảng 1. Giá trị các tham số kiểm soát chất lượng 11 xét nghiệm hóa sinh trên máy AU 400

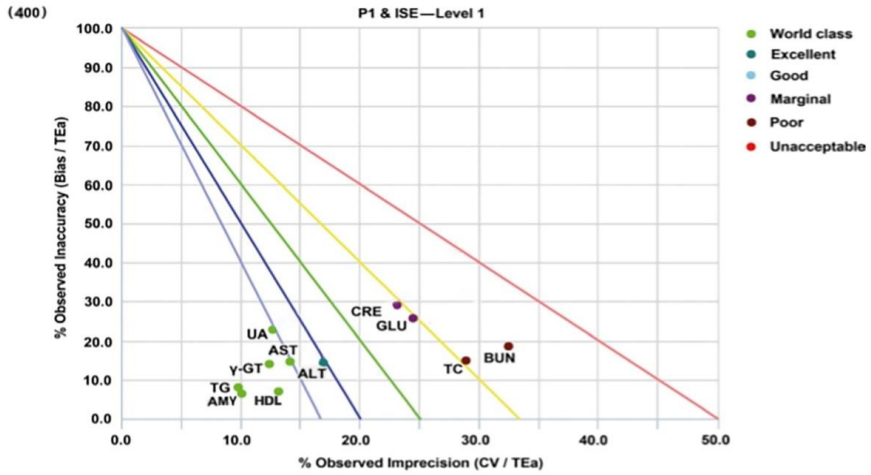
Test	TEa	Số lần đo QC	Target mean	Lab mean	SD	CV (%)	Bias (%)	Sigma ($\sum^{\delta}$)
Glucose (mmol/L)	10	174	5,38	5,42	0,16	2,95	0,81	3,12
BUN (mmol/L)	9	173	6,79	6,66	0,23	3,55	-1,83	2,01
Creatinin (µmol/L)	15	169	107	106,53	5,04	4,74	-0,43	3,07
Cholesterol (mmol/L)	10	174	4,26	4,19	0,13	3,21	-1,66	2,59
Triglycerid (mmol/L)	25	174	1,65	1,64	0,05	3,09	-0,49	7,92

HDL – C (mmol/L)	30	169	1,04	1,03	0,03	3,44	-0,79	8,49
AST (U/L)	20	174	52,5	52,99	1,58	2,99	0,93	6,37
ALT (U/L)	20	174	43,6	44,29	1,44	3,26	1,59	5,64
GGT (U/L)	22,11	173	63,1	62,73	1,29	2,07	-0,57	10,39
A.URIC (µmol/L)	17	174	360	358,11	8,12	2,27	-0,52	7,25
Amylase (U/L)	30	169	95,8	95,19	2,57	2,70	-0,62	10,85

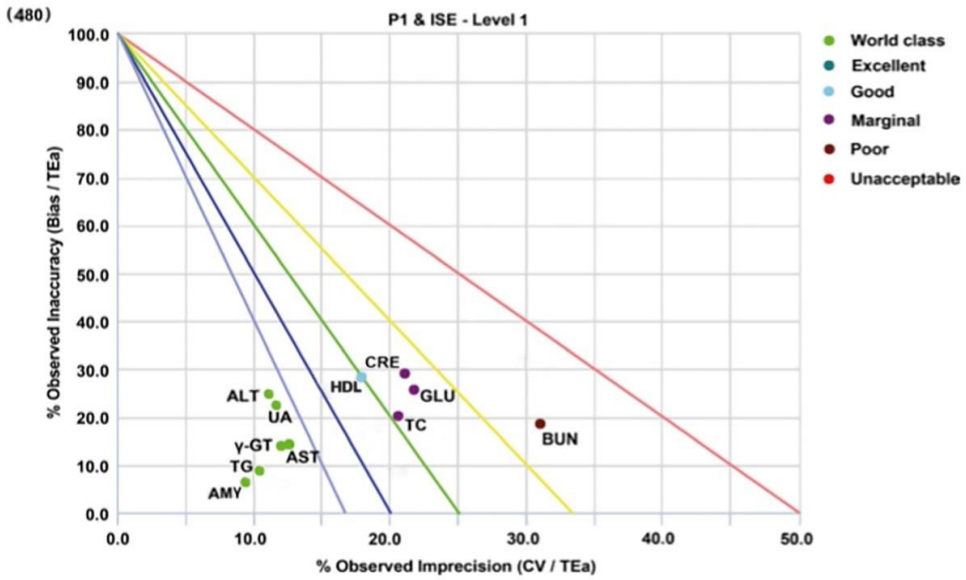
Bảng 2. Giá trị các tham số kiểm soát chất lượng 11 xét nghiệm hóa sinh trên máy AU 480

Test	TEa	Số lần đo QC	Target mean	Lab mean	SD	CV (%)	Bias (%)	Sigma ($\sum^{\delta}$)
Glucose (mmol/L)	10	145	5,38	5,42	0,13	2,54	0,79	3,61
BUN (mmol/L)	9	147	6,79	6,60	0,18	2,72	-2,71	2,30
Creatinin (µmol/L)	15	146	107	106.24	5,02	4,72	-0,70	3,02
Cholesterol (mmol/L)	10	149	4,26	4,20	0,12	2,83	-1,17	3,12
Triglycerid (mmol/L)	25	147	1,65	1,65	0,05	3,12	0,04	7,99
HDL – C (mmol/L)	30	141	1,04	1,02	0,06	6,22	-1,50	4,57
AST (U/L)	20	147	52,5	52,38	1,36	2,60	-0,21	7,58
ALT (U/L)	20	149	43,6	43,97	1,29	2,93	0,86	6,52
GGT (U/L)	22,11	146	63,1	62,80	1,37	2,19	-0,46	9,86
A.URIC (µmol/L)	17	147	360	356,08	8,09	2,27	-1,08	6,99
Amylase (U/L)	30	142	95,8	95,18	2,37	2,49	-0,64	11,76

Qua bảng 2, các xét nghiệm được đánh giá trên máy AU 480 có CV nhỏ nhất là 2,19 ở xét nghiệm Gamma glutamin transpeptidase (GGT) và CV lớn nhất là 6,22 ở xét nghiệm High density lipoprotein cholesterol (HDL-C).



Hình 1. Sự phân bố giá trị Sigma của các xét nghiệm trên máy AU 400.



Hình 2. Sự phân bố giá trị Sigma của các xét nghiệm trên máy AU 480.

Bảng 3. Ứng dụng Westgard sigma rules trong kiểm soát chất lượng xét nghiệm

Sigma	Quy tắc Westgard	Tần suất	Beckman Coulter AU400	Beckman Coulter AU480
Sigma ≥ 6	1_{3s}	1lần/ ngày	TG, HDL-C, AST, GGT, AU, AMY	TG, AST, ALT, GGT, AU, AMY
5 ≤ sigma < 6	1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s}	1lần/ ngày	ALT	
4 ≤ sigma < 5	1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s}, 4_{1s}	2lần/ ngày		HDL-C
3 ≤ sigma < 4	1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s}, 4_{1s}, 8x	2lần/ ngày	GLU, CRE	GLU,CRE, TC

Trên cả hai máy có tổng số 9/11 xét nghiệm: Glucose (GLU), Creatinin (CRE), Triglycerid(TG), High density lipoprotein cholesterol (HDL-C), Aspartate aminotransferase (AST) , Alanine aminotransferase (ALT), Gamma glutamin transpeptidase (GGT), Acid Uric (AU), Amylase (AMY) đều có giá trị sigma lớn hơn 3 (ngưỡng giá trị cho phép). Có tới 6/9 xét nghiệm: Triglycerid(TG), Aspartate aminotransferase (AST), Alanine aminotransferase (ALT), Gamma glutamin transpeptidase (GGT), Acid Uric (AU), Amylase (AMY) có giá trị sigma lớn hơn 6. Các xét nghiệm Glucose (GLU) và Creatinin (CRE) đạt giá trị sigma nằm trong khoảng từ 3 đến 4. Đối với xét nghiệm Blood urea nitrogen (BUN) chỉ đạt giá trị sigma nằm trong khoảng từ 2 đến 3 (σ<3).

Có sự khác biệt về giá trị sigma ở một số xét nghiệm giữa hai máy: với xét nghiệm High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) có giá trị sigma (8,49 sigma) lớn hơn 6 trên máy xét nghiệm AU 400 nhưng lại có giá trị sigma (4,57 sigma) nằm trong khoảng từ 4 đến 5 trên máy xét nghiệm AU 480 và xét nghiệm Alanine aminotransferase (ALT) có giá trị sigma (6,52 sigma) lớn hơn 6 trên

máy xét nghiệm AU 480 nhưng lại có giá trị sigma (5,64 sigma) nằm trong khoảng từ 5 đến 6 trên máy xét nghiệm AU 400. Đối với xét nghiệm Total Cholesterol (TC): máy AU 480 đạt 3,12 sigma, trong khi máy AU 400 chỉ đạt 2,59 (σ<3). Sự khác biệt này cho thấy khả năng xác định chính xác mức chất lượng (định lượng) của một xét nghiệm cụ thể bằng công cụ Six sigma đối với các máy phân tích khác nhau trên cùng một hệ thống.

Qua Hình 1 cho thấy rằng, trong 11 xét nghiệm được đánh giá trên máy AU 400 có 54,55% các xét nghiệm đạt 6 sigma trở lên, 9,09% các xét nghiệm đạt 5 sigma, 18,18% các xét nghiệm đạt 3 sigma và 18,18% các xét nghiệm nhỏ hơn 3 sigma.

Tương tự ở máy AU 480 có 54,55% các xét nghiệm đạt 6 sigma trở lên, 9,09% các xét nghiệm đạt 4 sigma, 27,27% các xét nghiệm đạt 3 sigma và 9,09% các xét nghiệm nhỏ hơn 3 sigma (Hình 2).

Bảng 3 cho thấy ứng dụng thang điểm Six sigma vào chương trình nội kiểm tra chất lượng, các xét nghiệm có mức sigma cao có khuynh hướng ứng dụng ít quy tắc Westgard hơn với số lần lặp lại trong ngày của mẫu QC ít hơn so với xét nghiệm có mức sigma thấp hơn trong chương trình kiểm soát chất lượng.

IV. BÀN LUẬN

Six sigma và phân tích chỉ số sigma là một thước đo được chấp nhận rộng rãi để đánh giá chất lượng của phương pháp, cải tiến, xử lý và tối ưu hóa quy trình QC [2] . Các chỉ số sigma được tính toán ở trên các phương tiện khác nhau có thể hoàn toàn khác nhau. Một thách thức khác trong việc tính toán các chỉ số sigma là làm thế nào để có được TEa, Bias và CV (SD) thích hợp. Do đó, nghiên cứu này được giới thiệu để đánh giá, phân tích và so sánh các số liệu sigma được tính trên cả hai máy xét nghiệm hóa sinh tại Khoa xét nghiệm tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Quy trình quản lý Six Sigma để đảm bảo và cải tiến chất lượng gồm 5 bước phổ biến bao gồm xác định, đo lường, phân tích, cải tiến và kiểm soát quá trình [1,8]. Các thước đo Sigma dựa trên khái niệm thống kê: các lỗi trong phòng thí nghiệm có thể được giảm bớt bằng cách duy trì 6 độ lệch chuẩn (6SD) giữa giá trị trung bình của tham số và các giới hạn trên và dưới của nó [1]. Đạt 6 sigma được coi là tiêu chuẩn vàng để xác định thước đo chất lượng đẳng cấp thế giới và 3 sigma là mức chất lượng tối thiểu chấp nhận với hiệu suất của quá trình [8].

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phân tích 11 chỉ số xét nghiệm sinh hóa bằng phương pháp sigma. Kết quả nhận được, hệ số biến thiên (CV) lớn nhất là 6,22% thấy ở xét nghiệm HDL – C trên máy Beckman Coulter AU480, tất cả các xét nghiệm khác có hệ số biến thiên đều nằm trong khoảng cho phép (CV <5%). Trên cả hai máy Beckman Coulter AU400 và AU480, tất cả các xét nghiệm đều có phần trăm sai lệch (Bias) nhỏ hơn 5%. Như vậy độ lặp lại của hai máy đều tốt và các kết quả xét nghiệm được đưa ra có độ chính xác cao.

Quy trình IQC là một giai đoạn quan trọng trong công việc hàng ngày được thực hiện tại các cơ sở y tế. Như đã báo cáo trước đây, các quy trình QC thích hợp có thể không chỉ làm giảm thời gian và nhân lực mà còn tránh chi phí kinh tế và nâng cao hiệu quả [4,8]. Giá trị Sigma rất hữu ích để hướng dẫn thiết kế chiến lược QC, qua đó có kế hoạch kiểm soát lỗi một cách chặc chẽ hơn với các xét nghiệm có sigma thấp và giảm thiểu việc giám sát QC không cần thiết đối

với các xét nghiệm có điểm sigma cao [1]. Đối với quy trình sigma cao, phòng thí nghiệm tương đối dễ dàng thiết kế quy trình QC, để phát hiện bất kỳ điều kiện ngoài tầm kiểm soát nào có thể gây ra nguy cơ đáng kể tạo ra kết quả không đáng tin cậy. Các giá trị số liệu sigma hữu ích trong việc thiết lập tiêu chí chấp nhận QC nội bộ [5] .

Đối với quy trình ≥6 sigma, sử dụng quy tắc 1_{3s} của Westgard để loại bỏ QC sai, với n (số lượng QC được chạy mỗi ngày) = 1 được sử dụng. Với các xét nghiệm TG, AST, GGT, AU, AMY có giá trị sigma lớn hơn 6. Điều này có nghĩa là phương pháp phân tích được sử dụng là phù hợp để phát hiện sai sót ở cả giá trị thấp và cao. Không cần thực hiện nghiêm ngặt các quy tắc của Westgard để kiểm soát chất lượng các xét nghiệm này, chỉ cần áp dụng quy tắc 1_{3s} để loại bỏ QC sai; Đối với quy trình 5 sigma, áp dụng với xét nghiệm ALT trên máy AU400 sử dụng quy tắc 1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s} của Westgard để loại bỏ QC sai, với n = 1 được sử dụng; Đối với quy trình 4 sigma, đa quy tắc Westgard 1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s}, 4_{1s} phải sử dụng cho xét nghiệm HDL-C trên máy AU480 để loại bỏ QC sai, với n = 2; Đối với quy trình 3 sigma, các xét nghiệm GLU, CRE trên cả hai máy AU400, AU480 và xét nghiệm TC trên máy AU480 phải sử dụng đa quy tắc của Westgard 1_{3s}, 2_{2s}, R_{4s}, 4_{1s}, 8x để loại bỏ QC sai, với n là 2 hoặc 3 phải được sử dụng. Đối với quy trình nhỏ hơn 3 sigma, với xét nghiệm BUN trên cả hai máy xét nghiệm AU400, AU480 và xét nghiệm TC trên máy AU400 hiệu suất của phương pháp phải được cải thiện trước khi có thể được sử dụng làm xét nghiệm cho bệnh nhân.

Sự khác nhau giữa CV, bias, TEa, Six sigma giữa 2 máy trong nghiên cứu đã chứng minh rằng hiệu suất của các phân tích (ALT, HDL-C) cho thấy sự khác biệt liên quan đến phương pháp phân tích, cho thấy một số phương pháp thuận lợi và những phương pháp khác không phù hợp. Do đó, đánh giá lại và cải thiện phương pháp được sử dụng cho các chất phân tích sẽ cải thiện chất lượng. Ngoài ra, hiệu suất của cùng một thông số phân tích thu được với các nhân viên khác nhau cũng sẽ thu được các cấp độ sigma khác nhau [6]. Lý do tiềm năng cho phát hiện này có thể là các nhân viên thể hiện mức độ lương tâm, thái độ, kiến thức lý thuyết và thâm niên khác nhau, điều này chứng minh rằng yếu tố nhân sự đóng một vai trò trong việc thực hiện các phân tích.

Phương pháp đánh giá, quy trình QC và độ chính xác có thể khác nhau giữa các phòng xét nghiệm khác nhau và mỗi phòng xét nghiệm chọn một mục tiêu chất lượng riêng (thông qua thông số TEa hoặc khoảng quyết định lâm sàng). Do đó, không thể so sánh giá trị sigma của quy trình QC giữa các phòng thí nghiệm lâm sàng khác nhau [1].

Những hạn chế của nghiên cứu này là chúng tôi chỉ tiến hành phân tích ở 1 mức nồng độ QC, do thiếu TEa của các xét nghiệm và mục tiêu TEa không nhất quán giữa các nguồn khác nhau nên dựa vào sự biến thiên quần thể của mình, chúng tôi lựa chọn TEa phù hợp từ CLIA. Số liệu từ chương trình EQC không đủ để tính toán giá trị sigma do đó chúng tôi sử dụng giá trị được cung cấp từ nhà sản xuất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá chất lượng bằng công cụ Six sigma cho thấy cùng một mức độ vật liệu QC, cùng một thương hiệu thuốc thử, cùng một Lot QC có: 09/11 xét nghiệm đạt từ mức 3 sigma trở lên trên cả hai máy phân tích Beckman Coulter AU400 và

AU480, trong đó trên mỗi máy có 06 xét nghiệm (chiếm 54,55%) đạt mức sigma ≥ 6 không yêu cầu kiểm soát chất lượng nghiêm ngặt.

Trên máy AU400 có 01 xét nghiệm (ALT) đạt giá trị sigma nằm trong khoảng 5 ≤ sigma < 6, có 02 xét nghiệm (GLU, CRE) đạt giá trị sigma 3 ≤ sigma < 4 và có 02 xét nghiệm (BUN, TC) chỉ đạt sigma nằm trong khoảng từ 2 < sigma < 3.

Trên máy AU480 có 1 xét nghiệm (HDL-C) đạt giá trị sigma nằm trong khoảng 4≤ sigma < 5, có 03 xét nghiệm (GLU, CRE, TC) đạt giá trị sigma nằm trong khoảng 3 ≤ sigma < 4 và có 01 xét nghiệm (BUN) chỉ đạt sigma nằm trong khoảng 2 < sigma < 3.

Six sigma là một công cụ hiệu quả để đánh giá kết quả của các chất phân tích hóa sinh, có lợi cho việc đảm bảo và cải tiến chất lượng.

KHUYẾN NGHỊ

Chương trình nội kiểm tra chất lượng cần được tiến hành ở nhiều mức nồng độ QC thay vì chỉ thực hiện ở một mức bình thường của QC. Áp dụng chặt chẽ Six sigma trên các xét nghiệm có sigma <6 và toàn bộ những thông số xét nghiệm chưa áp dụng để cải thiện được thang điểm Six sigma và kiểm soát được kết quả chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Huệ, (2019).** Ứng dụng phương pháp Six Sigma trong kiểm soát chất lượng phòng xét nghiệm hóa sinh. Tạp chí Y học TPHCM, số 6(23), 335-342.
2. **Cao S, Qin X.** Application of Sigma metrics in assessing the clinical performance of verified versus non-verified reagents for routine biochemical analytes. Biochem Medica [Internet]. 2018 Jun 15 [cited 2021 Jan 27];28(2). Available from: https://www .ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC6039166/
3. **Chauhan KP, Patel JD, Trivedi A.** Six sigma in clinical biochemistry: It matters, measure it. Int J Clin Biochem Res. :5.
4. **Guo X, Zhang T, Gao X, Li P, You T, Wu Q, et al.** Sigma metrics for assessing the analytical quality of clinical chemistry assays: a comparison of two approaches. Biochem Medica. 2018 Jun 15;28(2):020708.
5. **Nanda SK, Ray L.** Quantitative Application of Sigma Metrics in Medical Biochemistry. J Clin Diagn Res JCDR. 2013 Dec;7(12):2689–91.
6. **Mao X, Shao J, Zhang B, Wang Y.** Evaluating analytical quality in clinical biochemistry laboratory using Six Sigma. Biochem Medica. 2018 Jun 15;28(2):020904.
7. **Singh B, Goswami B, Gupta VK, Chawla R, Mallika V**. Application of Sigma Metrics for the Assessment of Quality Assurance in Clinical Biochemistry Laboratory in India: A Pilot Study. Indian J Clin Biochem. 2011 Apr;26(2):131–5.
8. **Westgard JO.** Statistical Quality Control Procedures. Clin Lab Med. 2013 Mar 1;33(1):111–24.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI SƠ SINH TIẾN TRIỂN CHẬM TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM NĂM 2019

Nguyễn Khánh Hưng[1], Đặng Văn Chức[1], Nhữ Văn Thuấn[1], Đoàn Văn Thành[1].

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu mô tả 1 loạt ca bệnh nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng gồm 80 bệnh nhân viêm phổi các mức độ khác nhau tiến triển chậm với điều trị. Phương pháp nghiên cứu mô tả 1 loạt ca bệnh. **Kết quả và kết luận.** Bệnh nhân trai chiếm 71,3%, tuổi trung bình là 19,45 ngày. Khi vào viện 71,3% được phân loại là viêm phổi nặng và 28,7% là viêm phổi rất nặng. Thời gian nằm viện trung bình 17,58 ± 3,734 ngày. Triệu chứng thường gặp nhất là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có ral ẩm. Đa số trẻ có số lượng bạch cầu và CRP trong giới hạn bình thường. X quang phổi chủ yếu là hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi, dày thành phế quản và đám mờ không đồng nhất.

Từ khóa. Viêm phổi tiến triển chậm, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ẩm, nốt mờ không đồng nhất

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF SLOW EVOLUTION NEONATAL PNEUMONIA IN HAI PHONG CHILDREN HOSPI TAL IN 2019

Objective. The case-series report was completely done to describe the clinical and paraclinical of slow evolution neonatal pneumonia at the Neoanate Department, Haiphong Children Hospital in 2019. **Subjects and Method.** Subjects included 80 newborns with slow evolution pnemonia. The method was a case-series report. **Results and Conclusions.** Boys represented 71.3% and mean age was 19.45 days. On admission, 71.3% cases were classified as severe pnemonia and 28.7% as very severe pnemonia. The average time in the hospital was 17.58 ± 3.734 days. Main signs and symptoms were coughing, fast breathing, chest indrawing and moist rales. The majority of patients had leucocyte number and CRP in normal limit. Chest X ray showed dessiminated opacities in both lungs, thick wall of bronchi, heterogenous opacities.

Keywords. Slow evolution neonatal pneumonia, coughing, fast breating, chest indrawing, moist rales, heterogenous opacities

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi nhất là ở sơ sinh và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em trên thế giới đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Trong số các nguyên nhân gây tử vong, viêm phổi sơ sinh chiếm gần một nửa tử vong do viêm phổi nói chung và là một trong những nguyên nhân

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Hưng
Email: nkhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 24.5.2021

gây tử vong cao nhất trong giai đoạn chu sinh [2], [7]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 2000 đến năm 2003, vấn đề nhiễm trùng hay viêm phổi sơ sinh là một trong sáu nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm 10% tử vong chung ở trẻ em [4]. Do vậy, viêm phổi sơ sinh cần được quan tâm hàng đầu vì mức độ phổ biến của nó và giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi sơ sinh nghĩa là giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ em nói chung.

Tại khoa Sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, viêm phổi tiến triển chậm còn ít được quan tâm nghiên cứu do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu sau đây:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi sơ sinh vào viện được chẩn đoán là viêm phổi nặng hoặc viêm phổi rất nặng (theo tiêu chuẩn của WHO 1995) tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Trong đó:

Ca bệnh: những bệnh nhân được điều trị đúng theo phác đồ điều trị viêm phổi đến ngày thứ 14 vẫn còn các triệu chứng lâm sàng và/hoặc Xquang phổi có tổn thương nặng lên.

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/04/2018 đến ngày 31/03/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp ngẫu nhiên không xác suất. Thực tế chọn được 80 trường hợp viêm phổi tiến triển chậm theo tiêu chuẩn.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

➢ **Đặc điểm dịch tễ:**

- Giới: nam/nữ.
- Ngày tuổi: ≤ 7 ngày, 8 – 15 ngày, > 15 ngày.

➢ **Đặc điểm lâm sàng:**

- Mức độ của bệnh khi vào viện: Viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng.
- Thời gian nằm viện: 14 – 20 ngày, 21 – 27 ngày, ≥ 28 ngày
- Triệu chứng hô hấp:

+ Ho;
+ Thở nhanh ;
+ Tím tái
+ Khụt khịt mũi
+ Rút lõm lồng ngực
+ Thở rên;
+ Thở khò khè
+ Ran phổi
+ Cơn ngưng thở ngắn

➢ **Cận lâm sàng:**

- Công thức máu:

+ Số lượng bạch cầu (G/l): <5 G/l; 5 – 20 G/l; >20 G/l
+ Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (G/l): <1,5 G/l; 1,5–5 G/L; ≥5 G/l.

- CRP (mg/dl): dương tính (≥10 mg/l), âm tính (<10 mg/l).
- X quang phổi: tổn thương nhu mô kèm các hình ảnh tổn thương sau: xẹp phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi. X quang được chụp lúc BN vào viện, sau 1 – 2 tuần điều trị hoặc khi có diễn biến bất thường trên lâm sàng.

Kết quả X quang phổi được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

- Cấy dịch phế quản

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Hỏi bệnh bố mẹ bệnh nhân, thông tin từ giấy chuyển viện của tuyến trước.

- Khám lâm sàng: xác định các triệu chứng chẩn đoán viêm phổi và bệnh lý kèm theo.

- Làm các xét nghiệm và thủ thuật: công thức máu, sinh hóa máu, chụp X quang phổi, siêu âm tim, cấy dịch tỵ hầu, nội soi phế quản bằng ống mềm có gây mê và cấy dịch phế quản hút được qua nội soi.

- Theo dõi kết quả điều trị đến khi xuất viện, chuyển tuyến hay tử vong.

- Lấy thông tin vào bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế từ trước.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập đầy đủ các thông tin sẽ được làm sạch trước khi nhập vào máy tính và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 80 bệnh nhân trong đó 71,3% là trai, 28,7% gái. Trên 15 ngày tuổi chiếm 72,5%, 8-15 ngày 23,8% và dưới ≤ 7 ngày chiếm 3,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: Mức độ của bệnh khi vào viện

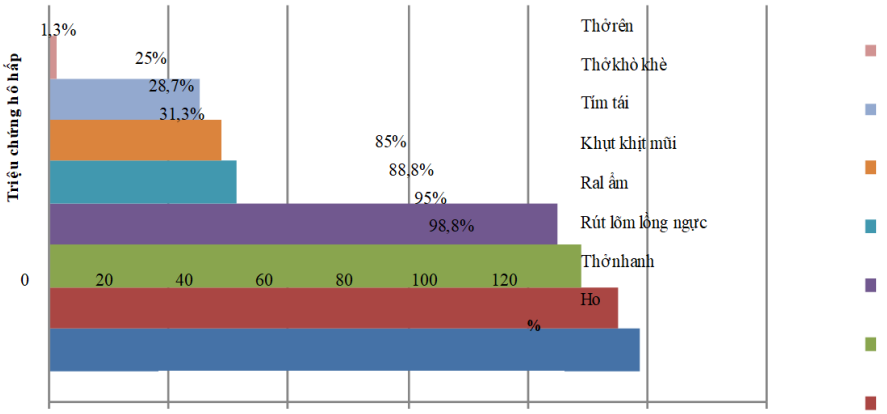
Mức độ bệnh	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi nặng	57	71,3
Viêm phổi rất nặng	23	28,7
Tổng số	**80**	**100,0**

Nhận xét: Bệnh nhân VPSS tiến triển chậm vào viện với chẩn đoán viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 71,3%; cao hơn tỷ lệ bệnh nhân vào viện với chẩn đoán viêm phổi rất nặng là 28,7%.

Bảng 3.2: Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
14 – 20 ngày	61	76,3
21 – 27 ngày	18	22,5
≥ 28 ngày	1	1,3
Tổng số	80	100,0
Thấp nhất – Cao nhất	14 – 31	
Trung bình ± SD	17,58 ± 3,734	

Nhận xét: Thời gian nằm viện chủ yếu là từ 14 – 21 ngày, chiếm tỷ lệ 76,3%. Nằm viện trên 28 ngày chỉ có 1 bệnh nhân (31 ngày), chiếm tỷ lệ 1,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 17,58 ± 3,734 ngày.



Hình 3.5: Các triệu chứng hô hấp

Nhận xét:

- Các triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh trong nhóm bệnh là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có ral ẩm.
- Khụt khịt mũi, tím tái và thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp hơn (31,3%; 28,7% và 25%).
- Triệu chứng thở rên chỉ xuất hiện ở 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,3% và không có bệnh nhân nào có cơn ngưng thở ngắn.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: Số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
< 5 G/l	1	1,3
5 – 20 G/l	79	98,7
> 20 G/l	0	0,0
Tổng số	80	100,0
Thấp nhất – Cao nhất	4,61 – 19,9	
Trung bình ± SD	10,5 ± 2,9	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20 G/L. Chỉ có 1 bệnh nhân có số lượng BC giảm <5 G/L, chiếm 1,3% và không có bệnh nhân nào có BC tăng cao > 20 G/L. Số lượng bạch cầu trung bình là 10,5 ± 2,9 G/L.

Bảng 3.4: Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính

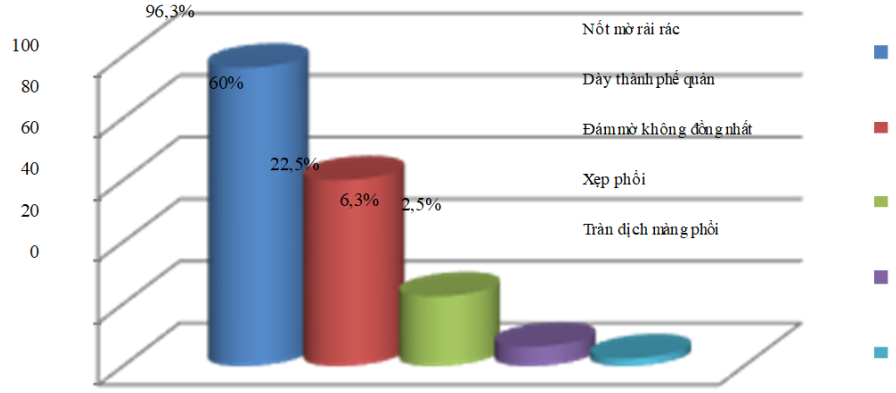
Số lượng bạch cầu ĐNTT	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
< 1,5 G/l	9	11,3
1,5 – 5 G/l	53	66,3
≥ 5 G/l	18	22,5
Tổng số	**80**	**100,0**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có lượng BCĐNTT từ 1,5 – 5 G/L, chiếm 66,3%. Bệnh nhân có BCĐNTT tăng ≥ 5 G/L chiếm 22,5%, còn lại có 11,3% bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt dưới 1,5 G/L.

Bảng 3.5: CRP trong huyết thanh

CRP	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	12	15,0
Âm tính	68	85,0
Tổng số	80	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu chủ yếu có CRP âm tính (<10 mg/l), chiếm 85%. Chỉ có 15% bệnh nhân có CRP dương tính (≥10 mg/l).



Hình 3.2: Hình ảnh X quang phổi

***Nhận xét*:** Hình ảnh tổn thương thường gặp nhất trên phim Xquang phổi của các bệnh nhân VPSS tiến triển chậm là nốt mờ nhỏ rải rác hai bên phế trường, chiếm 96,3%. Dạng tổn thương tiếp theo là dày thành phế quản với 60% và đám mờ không đồng nhất với 22,5%. Tổn thương xẹp phổi và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ rất nhỏ, lần lượt là 6,3% và 2,5%.

Bảng 3.6: Kết quả cấy dịch phế quản qua nội soi phế quản

Kết quả cấy dịch phế quản	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
K. pneumoniae	2	50,0
Strep. viridans	1	25,0
Âm tính	1	25,0
Tổng số	4	100,0

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, có 4 bệnh nhân viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm được chỉ định nội soi phế quản bằng ống mềm (có gây mê) và kết hợp hút dịch phế quản để cấy. Kết quả có 2 mẫu mọc vi khuẩn Klebsiella pneumoniae, 1 mẫu mọc vi khuẩn Streptococcus viridans và 1 mẫu không mọc vi khuẩn gây bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Phân loại viêm phổi khi vào viện

Phân loại viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 71,3%; cao hơn phân loại viêm phổi rất nặng là 28,7%. Như vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ bệnh là viêm phổi nặng (bảng 3.1).

Kết quả này gần giống với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): có 65,1% bệnh nhân VPSS không có biểu hiện suy hô hấp; 34,9% có biểu hiện suy hô hấp, trong đó suy hô hấp nhẹ là 17,6% và suy hô hấp nặng là 17,3% [1].

4.1.2. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu là 17,58 ± 3,734 ngày và chủ yếu là từ 14 – 21 ngày, chiếm tỷ lệ 76,3%. Nằm viện trên 28 ngày chỉ có 1 bệnh nhân (31 ngày), chiếm tỷ lệ 1,3% (bảng 3.2).

Theo Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân VPSS tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 03/2007 đến tháng 10/2007 là 13,8 ngày, trong đó chủ yếu là ≤ 2 tuần với tỷ lệ 74,2%; nằm viện > 2 tuần chỉ chiếm 25,8% [1], kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Các triệu chứng hô hấp

Các triệu chứng hô hấp thường gặp là ho (98,8%), thở nhanh (95%), rút lõm lồng ngực (88,8%) và nghe phổi có ral ẩm (85%). Các triệu chứng khác như khụt khịt mũi, tím tái và thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp hơn (31,3%; 28,7% và 25%). Triệu chứng thở rên chỉ xuất hiện ở 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,3% và không có bệnh nhân nào có cơn ngưng thở ngắn (Hình 3.1).

Ho có tần suất cao hơn của Khu Thị Khánh Dung (2003) là 38,8% và đặc biệt tỷ lệ ho rất thấp trong nhóm trẻ đẻ non [2]. Điều này có thể do nhóm nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung gồm rất nhiều trẻ sơ sinh bệnh nặng, mà phản xạ ho của nhóm này rất yếu nên tỷ lệ gặp triệu chứng ho ít hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Thở nhanh và rút lõm lồng ngực cũng là hai trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán Viêm phổi và chúng tôi gặp với tỷ lệ cũng khá cao, lần lượt là 95% và 88,8%. Kết quả tương đương của Trần Thị Hải Yến (2015) ho và rút lõm lồng ngực chiếm 98% và thở nhanh là 64% [6]. Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010) gặp những triệu chứng này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (ho 69,8%; rút lõm lồng ngực 78% và thở nhanh 53,2%) [1].

Khụt khịt mũi và thở khò khè gặp với tỷ lệ lần lượt là 31,3% và 25%. Tỷ lệ này thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến (2015): khụt khịt mũi 47% và khò khè 30% [6]. Còn theo tác giả Nguyễn Phương Hạnh (2011) nghiên cứu trên những trẻ VPSS có kết quả cấy dịch phế quản dương tính thì triệu chứng khò khè chiếm đến 69,7%, nhưng khụt khịt mũi chỉ chiếm 12,1% [3].Tím tái gặp với tỷ lệ 28,7%. Đây là một trong những dấu hiệu tiên lượng bệnh nặng. Trẻ sơ sinh có khả năng thích nghi với tình trạng thiếu oxy tốt hơn trẻ lớn do còn sự tồn tại của HbF sau sinh với khả năng gắn oxy cao nên khi xuất hiện dấu hiệu tím tái chứng tỏ bệnh đang diễn biến nặng, có nguy cơ tử vong. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng tím tái của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phương Hạnh (2011) là 45,5% [3] và nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến (2015) là 66% [6]; nhưng cao hơn một chút so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010) là 25,8% [1].

Thở rên là dấu hiệu rất đặc biệt ở trẻ sơ sinh, không gặp ở trẻ lớn. Bình thường, dây thanh âm mở ra khi thở vào và đóng lại khi thở ra để duy trì dung tích cặn chức năng, giúp phổi không xẹp hoàn toàn. Nhưng ở trẻ sơ sinh thì khả năng này rất hạn chế. Vì vậy, khi suy hô hấp thì trẻ phải gắng hết sức để khép dây thanh âm trong thời kỳ thở ra làm cho khí nhanh chóng lùa vào phổi ở cuối thời kỳ thở ra và tạo nên tiếng thở rên. Trẻ đẻ non hay gặp triệu chứng này hơn trẻ đủ tháng vì phổi trẻ đẻ non rất dễ xẹp hoàn toàn ở cuối thì thở ra do thiếu hụt Surfactant. Chúng tôi chỉ gặp 1,3% trẻ có dấu hiệu này, rất thấp so

với Trần Thị Hải Yên là 11,8% [6] và 54,4% của Khu Thị Khánh Dung (2003) [2].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính

Hầu hết bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20G/L. Chỉ có 1 bệnh nhân có số lượng BC giảm <5G/L, chiếm 1,3% và không có bệnh nhân nào có BC tăng cao > 20 G/L. Số lượng bạch cầu trung bình là 10,5 ± 2,9 G/L (bảng 3.3-4). Tác giả Kordek A. (2010) nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện ở trẻ sơ sinh cho thấy đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường [8].

Trần Thị Hải Yến (2015) cũng đã nhận xét: Đa số trẻ có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20 G/L, có 3,9% trẻ có số lượng BC giảm <5 G/L và 17,8% trẻ có số lượng BC tăng > 20 G/L [6]. Theo Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): BC 5 – 20 G/L chiếm 85,8%; BC < 5G/L là 4,5%, và > 20G/L là 9,7% [1]. Những kết quả này đều phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Đa số bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu có lượng BCĐNTT từ 1,5 – 5G/L, chiếm 66,3%. Bệnh nhân có BCĐNTT tăng ≥ 5 G/L chiếm 22,5%, còn lại có 11,3% bệnh nhân có giảm BCĐNTT dưới 1,5 G/L.

Kết quả của chúng tôi lại có sự khác biệt ở nhóm BCĐNTT ≥ 5 G/L (22,5%) so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Hạnh (2011): BCĐNTT ≥ 5 G/L chiếm 51,5% [3]. Điều này có thể giải thích do Nguyễn Phương Hạnh lựa chọn những bệnh nhân VPSS có kết quả cấy dịch phế quản dương tính, có bằng chứng nhiễm khuẩn nên số lượng BCĐNTT cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.2. CRP trong huyết thanh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có CRP âm tính (<10 mg/l), chiếm 85%. Chỉ có 15% bệnh nhân có CRP dương tính (≥10 mg/l) (bảng 3.5). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả như Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2011): CRP < 10mg/l: 77%; CRP ≥ 10 mg/l: 33% [1]. Nhưng lại có sự khác biệt so với các tác giả khác nghiên cứu về viêm phổi tiến triển chậm trên 2 tuần ở giai đoạn ngoài sơ sinh như tác giả Nguyễn Thể Tần và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2010) [5]: tỷ lệ CRP > 10 mg/l chiếm 46,7%, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.3. Hình ảnh X quang phổi

Kết quả Xquang cho thấy 96,3% có hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi; dày thành phế quản rốn phổi 60%; hình ảnh các nốt mờ to nhỏ tập trung thành đám không đồng nhất là 22,5%; xẹp phổi 6,3%; tràn dịch màng phổi 2,5%. Không có tràn khí màng phổi (hình 3.2).

Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả của Trần Thị Hải Yến [6].

4.2.4. Kết quả cấy dịch phế quản qua nội soi phế quản

Trong quá trình điều trị, có 4 bệnh nhân được chỉ định nội soi phế quản bằng ống mềm (có gây mê) do các bệnh nhân này đáp ứng kém với điều trị và có kết quả chụp X quang nghi ngờ xẹp phổi, nghi ngờ ổ áp xe,… nên cần chỉ định thủ thuật nội soi phế quản để phát hiện tổn thương trong lòng khí, phế quản, phát hiện những bất thường giải phẫu đường hô hấp và kết hợp hút dịch phế quản để cấy. Kết quả nội soi cả 4 bệnh nhân là viêm niêm mạc phế quản cấp và kết quả cấy dịch phế quản có 2 mẫu mọc VK Klebsiella pneumoniae, 1 mẫu mọc VK

Streptococcus viridans và 1 mẫu không mọc VK gây bệnh. Hai vi khuẩn này đều là những vi khuẩn thường gặp trong các nghiên cứu về căn nguyên gây bệnh phân lập được trong dịch phế quản của bệnh nhân VPSS (bảng 3.6).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ nam: 71,3%; nữ: 28,7%. Tuổi trung bình lúc vào viện: 19,45 ngày.
- Phân loại bệnh khi vào viện là viêm phổi nặng 71,3%; viêm phổi rất nặng 28,7%. Thời gian nằm viện trung bình 17,58 ± 3,734 ngày.
- Các triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có ral ẩm. Khụt khịt mũi, tím tái, thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp.
- Đa số trẻ có số lượng bạch cầu và CRP trong giới hạn bình thường
- X quang phổi: chủ yếu là hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi; dày thành phế quản, đám mờ không đồng nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh, Phạm Thị Minh Hồng (2010),** "Đặc điểm viêm phổi ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 03/2007 đến 10/2007", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 13 (phụ bản số 1) tr. 58-63.
2. **Khu Thị Khánh Dung (2003),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn, và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Phương Hạnh (2011),** Nhận xét phân bố vi khuẩn gây viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện Saint Paul Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Quỵ, Nguyễn Tiến Dũng, Phạm Văn Ca (1992),** "Kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ nhỏ", Chương trình ASTS, Hà Nội, Viện thông tin thư viện Y học Trung ương, tr. 71.
5. **Nguyễn Thể Tần và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2010),** "Đặc điểm viêm phổi nằm viện trên 2 tuần tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 150-154.
6. **Trần Thị Hải Yến (2015),** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi trẻ sơ sinh điều trị kéo dài tại khoa sơ sinh BVTE Hải Phòng từ 10/ 2014 – 10/2015, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Duke T (2005),** "Neonatal pneumonia in developing countries", Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed May;Vol 90, No 3, pp. 211 – 219.
8. **Kordek A, (2010),** "Concentrations of procalcitonin and C-reactive protein, white blood cell count, and the immature-to-total neutrophil ratio in the blood of neonates with nosocomial infections: Gram-negative bacilli vs coagulase-negative staphylococci", European journal of clinical microbiology and infectious diseases, Vol 30, No 3, pp. 455 – 457.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN CÁT HẢI NĂM 2020

Nhữ Văn Thuấn[1], Nguyễn Khánh Hưng[1], Hoàng Thu Hường[2].

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được thực hiện ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải, Hải Phòng năm 2020 để mô tả một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**. Nghiên cứu tiến hành trên 301 người cao tuổi, theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận**. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp gồm: Thu nhập cá nhân (OR=2,53), BMI >= 23(OR = 2,82), ăn mặn/mặn hơn bình thường (OR=2,74), hút thuốc lá/lào thường xuyên (OR=2,57), uống bia rượu thường xuyên (OR=3,15), không luyện tập thể thao, thể dục đều đặn (OR=2,85), thường xuyên ăn mỡ động vật (OR=1,70), gia đình có người mắc tăng huyết áp (OR=6,49) và đối tượng mắc tiểu đường (OR=6,89).

Một số yếu tố khác không liên quan ở mức có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp gồm: Giới tinh, lứa tuổi (trong nhóm người cao tuổi), công việc làm hiện tại, học vấn.

Từ khóa. Yếu tố liên quan, người cao tuổi, nghiên cứu mô tả, huyện Cát Hải

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO HYPERTENSION IN ELDERLY OF CAT HAI ISLAND IN 2020

Objective. The study was carried out to describe risk factors related to hypertension in elderly of Cat Hai Island, Hai Phong in 2020. **Subjects and methods**. 301 elderly people were enrolled in a cross-sectional study. **Results and conclusions**. Some risk factors that were significantly associated with hypertension include personal income (OR=2,53) BMI >=23 (OR=2.82), salty diet (OR=2.74), frequently smoking/cigarette or rustic tobacco (OR=2.57), frequently drinking beer or alcoholic beverage (OR=3.15), not frequently doing physical exercise (OR=2.85), frequently eating animal fat (OR=1.70), having relative(s) with hypertension(OR=6.49),or diabetes mellitus (OR=6.89). Some other risk factors that were not significantly associtated with hypertension in this group of elderly subjects were gender, increased age group, profession, living status, education level, and income.

***Keywords*.** Risk factors, elderly, cross-sectional study, Cat Hai Island.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, là tình trạng gia tăng áp lực máu trong các động mạch của đại tuần hoàn. Huyết áp động mạch tối đa còn gọi là huyết áp tâm thu, huyết áp động mạch tối thiểu còn gọi là huyết áp tâm trương.

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch quan trọng. Hiện nay bệnh THA ngày càng phổ biến ở mọi đối

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trung Tâm Kiểm Dịch Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nhữ Văn Thuấn
Email: nvthuan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

tượng, giới tính, nghề nghiệp nhưng người ta thấy tỷ lệ THA cao hơn ở người cao tuổi [1].

Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy tình hình THA ở NCT đang là vấn đề sức khỏe đáng lo ngại. Một nghiên cứu đa trung tâm do tổ chức Y tế thế giới đã tiến hành tại Bangladesh và Ấn Độ cho thấy tỉ lệ THA ở NCT là 65% [5]. Tại Việt Nam nghiên cứu của [2], năm 2018 cho thấy tỷ lệ THA ở người cao tuổi từ 37,5% tới 42,4%.

Mặc dù căn bệnh THA phổ biến hàng ngày đe dọa cuộc sống của NCT tại huyện Cát Hải nhưng những nghiên cứu xác định tỷ lệ, mô tả yếu tố liên quan đến THA ở đối tượng này còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Huyện Cát Hải nằm xa đất liền, việc đi lại giao lưu với đất liền đã được cải thiện nhưng vẫn còn khó khăn. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp các bác sỹ quản lý tốt hơn bệnh THA. Từ thực tế đó chúng tôi mong muốn thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải, năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là những người cao tuổi (≥60 tuổi) tại huyện Cát Hải Phòng (theo Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009). Nghiên cứu tại huyện Cát Hải, Hải Phòng từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn là người cao tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu mắc bệnh tâm thần, không hợp tác, bệnh quá nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu từ tỷ lệ THA trên nhóm đối tượng tương đồng của nghiên cứu trước là 37,5% [2]. Kết quả cần 275 đối tượng, thực tế điều tra được 301 đối tượng.

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới, quan hệ gia đình, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập, tình trạng BMI

- Tỷ lệ tăng huyết áp

Giới, tuổi, hoàn cảnh sống, nghề nghiệp, thu nhập, học vấn, BMI, sử dụng muối, hút thuốc lá/lào, uống bia/rượu, tập thể dục/thể thao, chế độ ăn có cholesterol, tiền sử gia đình có người tăng huyết áp, mắc tiểu đường.

2.2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Chẩn đoán THA theo JNC VII (2017) và Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2018)

Phân độ THA	**HA tâm thu (mmHg)**		**HA tâm trương (mmHg)**
HA bình thường	< 120	và	<80
Tiền THA	120- 139	và	80- 89
Tăng HA độ 1	140- 159	và/hoặc	90-99
Tăng HA độ 1I	> 160	và/hoặc	> 100

Chẩn đoán thừa cân béo phì theo WHO và thang phân loại của Hiệp hội đái đường các nước châu Á (IDI và WPRO) dành cho người châu Á (2000) dựa trên chỉ số BMI.

BMI = Trọng lượng cơ thể (kg)/ (chiều cao)^2

Xếp loại	BMI (Kg/m^2)
Gầy	< 18,5
Bình thường	18,5 - 22,9
Thừa cân	≥ 23 - 24,9
Béo phì độ 1	25 - 29,9
Béo phì độ 2	30 - 34,9
Béo phì độ 3	≥ 35

2.2.5. Kỹ thuật và phương pháp thu thập thông tin

- Phần phỏng vấn

Phỏng vấn trực tiếp thu thập thông tin của các đối tượng nghiên cứu để tìm các yếu tố liên quan đến bệnh THA tuổi, tiền sử gia đình, chế độ ăn uống, thói quen sinh hoạt: Hút thuốc lá, uống rượu, ăn mặn, hoạt động thể lực...Theo bộ công cụ đã được thiết kế từ trước.

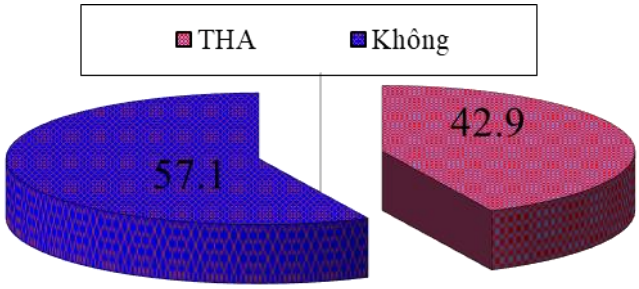
- Đo huyết áp/nhân trắc

Huyết áp, cân nặng và chiếu cao được đo theo qui định của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Trong số 301 đối tượng, 36,9% từ 60-69 tuổi, 37,9% từ 70-79 tuổi, 25,2% ≥ 80 tuổi. Nam 37,2% và nữ 62,8%. Có 51,1% là nông dân, 20,9% buôn bán, 27,6% hưu trí. Có 44,2% không đi học, 9,3% tiểu học, 12% THCS, 22,9% PTTH, 11,6% THCN và cao hơn.



Hình 1. Tỷ lệ tăng huyết áp chung (n=301)

Nhận xét. Tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 42,9%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

Bảng 1. Yếu tố thuộc nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan	Tăng huyết áp		Tổng	OR (95%CI)	P
	Có	Không			
Giới					
Nam	52	60	112	1,26 (0,88-2,02)	>0,05
Nữ	77	112	189		
Nhóm tuổi					
60-69*	44	67	111		

70-79	47	67	114	1,07 (0,63-1,82)	>0,05
≥80	38	38	76	1,5 (0,88-2,63)	>0,05
Hoàn cảnh sống					
Con/cháu	86	112	198	1,26 (0,88-2,02)	>0,05
Vợ/chồng	43	60	103		
Nghề nghiệp					
Nông dân*	71	84	155		
Buôn bán	26	37	63	0,83 (0,46-1,5)	>0,05
Hưu trí	32	51	83	0,74 (0,43-1,28)	>0,05
Học vấn					
Không đi học	62	71	133	1,67 (0,72-3,64)	>0,05
Tiểu học	9	19	28	0,91 (0,32-2,6)	>0,05
THCS	20	16	36	2,39 (0,92-6,25)	>0,05
PTTH	26	43	69	1,15 (0,49-2,71)	>0,05
THCN và trên*	12	23	35		
Thu nhập cá nhân					
Sống nhờ con cháu và nguồn khác	106	111	217	2,53 (1,46-4,38)	<0,05
Có thu nhập	23	61	84		

* nhóm nền

Nhận xét. Trong số các biến số về nhân khẩu học chỉ có biến số thu nhập cá nhân có liên quan với tăng huyết áp. Người sống nhờ con, cháu nguy cơ tăng huyết áp tăng lên 2,53 lần so với người có nguồn thu nhập riêng với OR = 2,53 (95%CI từ 1,46 đến 4,38 và p<0,05).

Bảng 2. Yếu tố thuộc lối sống và tiền sử gia đình

Yếu tố liên quan	Tăng huyết áp		Tổng	OR (95%CI)	P
	Có	Không			
BMI					
≥ 23	111	118	229	2,82 (1,56-5,11)	<0,05
< 23	18	54	72		
Sử dụng muối					
Ăn mặn/mặn hơn bình thường	111	119	230	2,74 (1,52-4,97)	<0,05
Không ăn mặn	18	53	71		
Hút thuốc lá/lào					
Có	45	33	78	2,57 (1,33-3,81)	<0,05
Không	84	139	223		
Uống rượu bia					

uống thường xuyên	63	40	103	3,15 (1,92-5,16)	<0,05
Không uống, uống ít	66	132	198		
Luyện tập thể dục thể thao					
Không tập luyện	102	98	200	2,85 (1,69-4,80)	<0,05
Có	27	74	101		
Đồ ăn chứa cholesterol					
Thường xuyên	64	63	127	1,70 (1,07-2,71)	<0,05
Không ăn/Ăn hạn chế	65	109	174		
Tiền sử gia đình					
Có người mắc THA	21	5	26	6,49 (2,38-17,74)	<0,05
Không có người THA	108	167	275		
Mắc tiểu đường					
Có	5	1	6	6,89 (1,07-59,76)	<0,05
Không	124	171	295		

Nhận xét. Các biến BMI, sử dụng chế độ ăn mặn, hút thuốc lá, thuốc lào, uống rượu/bia, luyện tập thể dục thể thao, ăn nhiều đồ ăn chứa nhiều cholesterol, tiền sử gia đình có người mắc tăng huyết áp hay có đối tượng mắc tiểu đường liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp với tỷ suất chênh lệch tương ứng là 2,82; 2,74; 2,57; 3,15; 2,85;1,70; 6,49; 6,89.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 301 người cao tuổi tại huyện Cát Hải, Hải Phòng năm 2020 về tỷ lệ THA và một số yếu tố liên quan tới THA ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi có một số bàn luận sau đây:

4.1. Yếu tố liên quan là nhân khẩu học

Bảng 1 là kết quả nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa THA ở NCT với một số yếu tố liên quan về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu như giới, độ tuổi, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập. Chúng tôi chỉ nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa THA với thu nhập thấp.

Xiao – Bo Huang và CS [7] nghiên cứu yếu tố liên quan THA ở quần thể người Trung Quốc tỉnh Qiang cho thấy tỷ lệ THA tăng theo tuổi, giới, địa dư, gia đình thu nhập thấp, thừa cân béo phì và đặc biệt tiền sử gia đình có người mắc THA.

4.2. Yếu tố liên quan là lối sống và yếu tố gia đình

Bảng 2. Cho thấy liên quan giữa BMI của đối tượng nghiên cứu với THA chúng tôi nhận thấy những người có BMI ≥ 23 kg/m^2 nguy cơ mắc THA lên 2,82 lần so với người cơ BMI <23 kg/m^2 và 95%CI từ 1,56 đến 5,11 và p<0,05.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hương Giang [2] (2018) ở Hải Dương. Theo tác giả người có BMI ≥ 23 thì nguy cơ THA cao gấp 1,63 lần so với người có BMI bình thường 95%CI từ 1,44 đến 2,33.

Điều này có thể giải thích là do ăn uống nhiều hơn mức cần thiết của cơ thể (cung

vượt quá cầu) sẽ dẫn tới thừa cân béo phì. Người béo hay bị bệnh THA. Về cơ chế của béo phì dẫn tới THA có thể bao gồm tăng thể tích máu, tăng lưu lượng tâm thu, tăng cung lượng tim và sự thay đổi nội tiết bao gồm sự tăng tiết renin, aldosterol, insulin...

Chúng tôi khảo sát mối liên quan chế độ ăn mặn với THA. Kết quả cho thấy đối tượng ăn mặn/mặn hơn bình thường nguy cơ THA tăng lên 2,74 lần so với người không ăn mặn với 95%CI từ 1,52 đến 4,97 và p<0,05.

Qua nhiều nghiên cứu từ xưa tới nay, ăn mặn đã được chứng minh là có liên quan nhiều tới THA, theo báo cáo của Zang Z, Coswell ME và cộng sự cho biết nhiều thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu theo chiều dọc chứng minh ngay cả giảm nhỏ trọng lượng muối thì áp lực máu thấp hơn và có thể ngăn chặn được sự phát triển của tăng huyết áp [8].

Hút thuốc lá, thuốc lào cũng là một yếu tố cần xem xét liên quan tới bệnh THA do đó chúng tôi tiến hành phỏng vấn đối tượng về vấn đề này trên địa bàn nghiên cứu.

Những người hút thuốc lá/lào nguy cơ THA tăng lên 2,57 lần so với người không hút thuốc lá/lào với 95%CI từ 1,33-3,81 và p<0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với két qầu nghiên cứu của Hoàng Thị Hương Giang [2] NCT hút thuốc lá/lào thì nguy cơ THA lên 2,33 lần so với người không hút thuốc lá/lào. Kết quả này tương tự như kết quả của Lê Phương Thảo [3] người hút thuốc lá, thuốc lào có nguy cơ gây THA, cao gấp 2,575 lần so với những người không hút thuốc, có ý nghĩa thống kê với p<0.01.

Theo Trần Đình Toán [4] khi tìm hiểu về ăn uống và bệnh THA cho biết trong cơ thể rượu không tồn tại được lâu, chỉ một số được chuyển hóa trong gan, một số được sử dụng ngay, một số được đào thải qua hơi thở ra ngoài. Rượu có tác dụng làm tăng nhịp tim lên rất nhiều. Nếu uống rượu thường xuyên sẽ là yếu tố nguy cơ đối với bệnh THA. Người ta thấy rằng nếu mỗi ngày uống khoảng 56gam tương đương 60 ml rượu nguyên chất, tương đương 150ml rượu 40^o thì được coi là có nguy cơ đối với bệnh tim mạch.

Nhưng người không luyện tập thể dục thể thao thì nguy cơ THA tăng lên 2,85 lần so với người có luyện tập thể dục thể thao với 95%CI từ 1,69 đến 4,80 và p<0,05.

Người thường xuyên tiêu thụ mỡ, tạng động vật hay có thói quen ăn trứng sẽ tăng nguy cơ THA. Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy người hay thường xuyên ăn mỡ động vật ở các dạng khác nhau nguy cơ THA tăng lên 1,7 lần so với người không ăn với 95% CI từ 1,07 đến 2,71 và p<0,05.

Kết quả khảo sát của chúng tôi phù hợp với kết quả của Hoàng Thị Hương Giang [2] NCT tiêu thụ sản phẩm trên thì nguy cơ THA tăng lên 10,9 lần. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Phương Thảo [4].

Theo Hye Ah Lee, Hyesook Park [6] nghiên cứu yếu liên quan đến chế độ ăn gây THA qua theo dõi 11 năm (nghiên cứu dịch tễ bộ gen người Hàn Quốc) cho thấy trong số 6792 người, 3300 trai, tuổi 40-60 sau theo dõi phát hiện 20% THA. Tỷ lệ bệnh tăng cao ở người béo, học vẫn thấp, tăng sử dụng rượu. Tác giả đặc biệt nhẫn mạnh đối tượng có bồ hoặc mẹ THA thì nguy THA tăng cao.

Người mắc tiểu đường nguy cơ THA tăng lên 6,89 lần so với người không có bệnh này

với 95%CI từ 1,07 đến 59,76 và p<0,05.

Khi mắc đái tháo đường mức glucose máu tăng cao (biểu hiện của người đái tháo đường) được coi là nguyên nhân làm giảm dưỡng chất nitric oxide (NO) trong động mạch, về lâu dài sẽ gây xơ vữa thành động mạch và dẫn đến THA.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng lệ thuộc về thu nhập vào con, cháu, ăn mặn/mặn hơn bình thường (OR=2,74), hút thuốc lá/lào thường xuyên, uống bia rượu thường xuyên, không luyện tập thể thao, thể dục đều đặn, thường xuyên ăn mỡ động vật, gia đình có người mắc tăng huyết áp hoặc có đối tượng mắc tiểu đường là các yếu tố lien quan có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp trên nhóm đối tượng người có tuổi trong nghiên cứu này.

Một số yếu tố khác không liên quan ở mức có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp gồm: giới tinh, lứa tuổi (trong nhóm người cao tuổi), nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, công việc làm hiện tại, học vấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và CS (2006),** "Bệnh đái tháo đường- tăng Glucoza máu", NXB Y học Hà Nội.
2. **Hoàng Thị Hương Giang (2018),** Thực trạng và kiến thức, thực hành của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp tại xã Thanh Thủy, Thanh Sơn, huyện Thanh Hà năm 2018, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng
3. **Lê Phương Thảo (2017),** "Thực trạng và kiến thức, thực hành của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp ở huyện An Dương, Hải Phòng năm 2017", Luận văn thạc sỹ y học, chuyên ngành Y tế công cộng, trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Trần Đình Toán (2012),** "Ăn uống và bệnh tăng huyết áp", Bản tin bảo vệ sức khỏe cán bộ, số 3 (3- 2012).
5. **Abu MD Siddique,** Md Ashraf Sultan Uddin, KMH Shaque Siraful (2008), "Metabolic syndrome in patients with hypertension". Bangladesh MD Res Bull Counc (34), pp.71-75.
6. **Hye Ah Lee, Hyesook Park (2018),** "Diet - related risk factors for incident hypertension during an 11 year follow-up: the Korean Genome epidemiology study", Nutrients, 13;10(8):1077.
7. **Xiao-Bo Huang et al (2018),** "Prevalence and risk factors associated with hypertension in the Chinese Qiang population", Clin Exp Hyptens, 40(5):427-433.
8. **Zang Z, Coswell ME, Gillespie et al (2013),** "Association between usual sodium and potassium intake and blood pressure and hypertension among U.S. adults: NHANES 2005-2010". PLoS One. 2013 Oct 10;8(10): e75289.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG MỘT SỐ BÀI TẬP NHẰM PHÁT TRIỂN SỨC BỀN TRONG CHẠY CỰ LY 1500M CHO SINH VIÊN NAM NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2019-2020

Phạm Tuấn Linh*, Vũ Đức Minh*, Phạm Văn Thưởng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu ứng dụng một số bài tập nhằm phát triển sức bền trong chạy cự ly 1500m cho sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng, năm 2019-2020. **Đối tượng**: Nam sinh viên khóa K41 trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước sau có đối chứng. **Kết quả và kết luận**: Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã lựa chọn được 13 bài tập để nâng cao sức bền chung cho nam sinh viên Trường đại học Y Dược Hải Phòng đó là Chạy 30m, 60m, 200m, 300m, 400m,500m, 800m, 1500m, 2000m, bật cóc 20m, trò chơi bóng đá ma, thi đấu bóng đá và bài tập vòng tròn. Các bài tập mà chúng tôi đã lựa chọn được đưa vào thực nghiệm giảng dạy cho sinh viên học Điền kinh cự ly 1500m trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã có kết quả rõ rệt. Sau 4 tháng trình độ sức nhanh của nhóm thực nghiệm đã hơn hẳn và có hiệu quả rõ so với nhóm đối chứng sử dụng những bài tập thông thường, t≥2 có độ tin cậy ở ngưỡng P ≤ 5%.

Từ khóa: sức bền chung, điền kinh.

SUMMARY

THE STUDY AIMED AT STATUS OF USING EXCERSICE SYSTEM IN ORDER TO IMPROVE ENDURANCE IN ALTHLETICS AT A DISTANCE OF 1500 METERS FOR FIRST-YEAR MALE STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, 2019-2020

Objectives: The study aimed at status of using excersice system in order to improve endurance in althletics at a distance of 1500 meters for first-year male students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, 2019-2020. **Subject**: Male student of K41 at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. **Methods**: were descriptive and cross-sectional study and trial with comparision before and after the trial with control**. Findings and Discussion**: During the study, we have selected thirteen exercises to improve joint strenth for male students in Hai Phong Medicine and Pharmacy University such as 30 meter run, 200 meter run, 300 meter run, 400 meter run, 500 meter run, 800 meter run,1500 meter run, 2000 meter run and 20 meter high jump, footbal game and circling exercises. The exercises that we have chosen to be put into serious traning for althletic students with 1500 meter distance were significantly effective. After 4 months, the rapid of levels of the experimental group were more superior and remarkably effective than the control group using conventional excercises, t ≥ 2 reliability threshold at P ≤ 5%.

Key word: general strength, athletic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điền kinh là môn thể thao chủ đạo của

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Linh
Email: phtlinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

nước ta. Điện kinh là nội dung bắt buộc trong chương trình môn học GDTC ở tất cả các trường. Trong thể thao thành tích cao hay thể thao quốc phòng thì điền kinh là nội dung bắt buộc để huấn luyện thể lực chung cho các vận động viên, chiến sĩ. Tập luyện Điền kinh một cách hệ thống, khoa học từ lâu đã được khẳng định là có tác dụng tốt trong việc củng cố và tăng cường sức khỏe cho mọi người cùng với việc phát triển toàn diện các tố chất thể lực, tạo điều kiện nâng cao thành tích các môn thể thao.

Chạy cự ly trung bình là một trong những nội dung bắt buộc đối với các trường để nâng cao sức bền chung cho học sinh, sinh viên. Người có sức bền chung tốt thì có sự chuyển tốt trong các môn liên quan đến hoạt động sức bền.

Thực hiện theo quy định của bộ GD& ĐT Trường Đại học Y Dược hải Phòng đã đưa nội dung chạy 800m với nữ và 1500m với nam vào giảng dạy và học tập. Trên thực tế giảng dạy, thông qua kết quả thi kết thúc môn điền kinh thì sức bền chung của nam sinh viên còn yếu được thể hiện cụ thể như: Nam sinh viên không đạt yêu cầu trên 20%, trong khi đó nữ sinh viên không đạt khoảng 5%. Để nâng cao sức bền chung cho nam sinh viên thì cần có bài tập hợp lý. Với mong muốn nâng cao sức bền chung cho nam sinh viên của trường chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*nghiên cứu ứng dụng một số bài tập nhằm phát triển sức bền trong chạy cự ly 1500m cho sinh viên nam năm thứ nhất trường đại học y dược hải phòng năm 2019-2020"* với mục tiêu sau:

- Mục tiêu 1: *Thực trạng thành tích Điền kinh trong cự ly chạy 1500m của sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.*

- Mục tiêu 2: *Đánh giá hiệu quả các các bài tập phát triển sức bền trong chạy cự ly 1500m cho sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Nam sinh viên khóa K41, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: các đối tượng phải cùng tuổi, giới tính, điều kiện tập luyện giống nhau.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: những nam sinh tập luyện những loại hình thể thao khác như bơi lôi, bóng đá, bóng chuyền đều không đưa vào nghiên cứu.

- Giáo viên bộ môn Giáo dục thể chất trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: các giáo viên có kinh nghiệm giảng dạy từ 5 năm trở lên.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020

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

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp

- Mục tiêu 1: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Mục tiêu 2: sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp, tiến hành thực nghiệm, đánh giá trước sau có đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu sinh viên: 41 sinh viên nhóm thực nghiệm và 43 SV nhóm đối chứng

- Cỡ mẫu giáo viên: lựa chọn 8 giáo viên.

2.4.3. Chọn mẫu

- Chọn mẫu sinh viên: Chọn ngẫu nhiên 6 nhóm sinh viên nam các lớp K41 A,B,C,D, chia thành 2 nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng.

- Chọn mẫu giáo viên: Chọn ngẫu nhiên.

2.4.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Mục tiêu 1:

+ Thời gian chạy 1500 m tính bằng giây, trước thực nghiệm.

+ Tỷ lệ % sinh viên chạy đạt yêu cầu và không đạt yêu cầu trước thực nghiệm.

- Mục tiêu 2:

+ Thời gian chạy 1500 m tính bằng giây, sau thực nghiệm.

+ Tỷ lệ % sinh viên đạt yêu cầu và không đạt sau thực nghiệm

2.4.5. Can thiệp

Nhóm A (nhóm thực nghiệm) bao gồm 41 sinh viên nam lớp A,D và nhóm B (nhóm đối chứng bao gồm 43 sinh viên lớp B,C). Nhóm A tập luyện theo những bài tập xây dựng nhằm phát triển sức bền do chúng tôi lựa chọn. Nhóm B tập theo các bài tập theo các bài tập cũ vẫn thường tập.

2.4.6. Thu thập số liệu

- Mục tiêu 1: Thời gian chạy của nam học sinh (tính bằng giây/1500m). Cán bộ bộ môn Giáo dục thể chất trực tiếp kiểm tra đánh giá kết quả.

- Mục tiêu 2: Thời gian chạy của nam học sinh tính bằng giây/1500m sau 3 tháng tập luyện theo bài tập được lựa chọn. Cán bộ bộ môn Giáo dục thể chất trực tiếp đánh giá kết quả.

2.4.7. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng thành tích Điền kinh trong cự ly chạy 1500m của sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.

3.1.1. Cách đánh giá điểm trong môn Điền kinh.

- Bộ môn GDTC-QP thực hiện chỉ đạo của Bộ GD-ĐT và của nhà trường thực hiện giảng dạy môn Điền kinh bao gồm: Cự ly 60m và trung bình (1500m cho nam SV; 800m cho nữ SV).

Bảng 3.1: Cách đánh giá theo tiêu chuẩn đạt điểm 5

Cự ly	Nam	Nữ
60m (giây)	8.8	11
Trung bình (phút) (nam 1500m, nữ 800m)	6.45	4.15

3.1.2. Đánh giá những hạn chế nam sinh viên khi chạy cự ly trung bình 1500m.

Bảng 3.2: Tỉ lệ nam sinh viên không đạt ở cự ly 1500m khóa 41

Kết quả kiểm tra 1500m khóa K41	Số sinh viên không đạt ở cự ly 1500m	(Tỉ lệ %)
K41(n= 206)	45	22

Nhận xét: Qua bảng 3.2 ta thấy tỷ lệ nam sinh viên ở K41 không đạt yêu cầu ở cự ly 1500m là 45 em chiếm 22%. Chứng tỏ sức bền chung của nam sinh viên còn yếu. Để nâng cao sức bền chung thì cần phải có bài tập hợp lý.

- Thông qua phỏng vấn trực tiếp các nam sinh viên khi chạy cự ly trung bình 1500m thì đa số các em được phỏng vấn cho rằng: Nguyên nhân sức bền chung của các em còn yếu là do điểm đầu vào của trường khá cao đòi hỏi sự tập trung trong học tập trong suốt 12 năm phổ thông và học ở phổ thông không chú trọng đến hoạt động thể lực nên sức bền chung của các em còn yếu.

- Thực tế giảng dạy cho thấy, khi sức bền

chung yếu ảnh hưởng lớn đến thành tích chạy cự ly 1500m. Việc nâng cao sức bền chung cho nam sinh viên là cần thiết và không thể thiếu được, bởi sức bền chung có sự chuyển tốt trong các hoạt động liên quan đến sức bền.

3.1.3. Thực trạng việc dạy - học và sử dụng bài tập phát triển sức bền chung cho nam sinh viên:

- **Thực trạng dạy – học**:

Trong học phần thứ nhất gồm 13 buổi học được bố trí 1 tuần/ 1 buổi, Mỗi buổi 3 tiết trong đó sinh viên phải học ba nôi dung như thể dục cơ bản, chạy cự ly ngắn 60m, chạy cự ly trung bình 1500m. Mặt khác số lượng sinh viên trong một lớp thì rất đông (khoảng 60 sinh viên một lớp) Nên thời gian để các em tập sức bền chung còn ít.

- **Thực trạng việc sử dụng các bài tập sức bền chun cho nam sinh viên**:

Thông qua phỏng vấn và quan sát các giờ giảng của các giảng viên trong bộ môn ở nội dung giáo dục sức bền chung cho nam sinh viên thì các bài tập các giảng viên thường sử dụng đó là: Chạy cự ly 800m, Chạy xuất phát cao 30m x 3 lần, Chạy 1500m, Chạy 100m x 2 lần, Chạy 200m, Chạy cự ly 1000m, Chạy cự ly 2000m.

Từ những thống kê cho thấy các bài tập mà giảng viên thường sử dụng ở đây chủ yếu là các bài tập điền kinh nhẹ, số lượng bài tập còn ít và chưa áp dụng phương pháp trò chơi và thi đấu vào để phát triển sức bền chung cho nam sinh viên, chính vì thế làm cho các em nhàm chán và hiệu quả mang lại là chưa cao.

3.2. Đánh giá hiệu quả các các bài tập phát triển sức bền trong chạy cự ly 1500m cho sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.

3.2.1. Lựa chọn các bài tập phát triển sức bền chung cho nam sinh viên Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Qua phân tích, tổng hợp tài liệu và phỏng vấn các giảng viên có kinh nghiệm chúng tôi đã lựa chọn được 23 bài tập nhằm phát triển sức bền chung. Sau khi lựa chọn được 23 bài tập chúng tôi tiến hành phỏng vấn các giảng viên có kinh nghiệm. Các bài tập được lựa chọ là các bài tập được các giảng viên đánh giá cao có điểm số từ 80 điểm trở nên. Kết quả được trình bày ở bảng 3.3.

Bảng 3.3. Kết quả phỏng vấn lựa chọn bài tập nhằm phát triển sức bền chung cho nam sinh viên Đại học Y Dược Hải Phòng (n= 20).

STT	Các Bài Tập	Kết quả trả lời			Tổng điểm
		Ưu tiên 1	Ưu tiên 2	Ưu tiên 3	
1	**Chạy 30m**	**15**	**4**	**1**	**84**
2	**Chạy 60m**	**16**	**3**	**1**	**87**
3	Chạy 80m	8	10	2	62
4	Chạy 100m	9	6	5	62
5	**Bật cóc 20m**	**19**	**1**	**0**	**98**
6	Chạy biến tốc 50m quãng đường 400m	11	4	5	68

7	**Chạy 200m**	**18**	**2**	**0**	**92**
8	**Chạy 300m**	**16**	**3**	**1**	**87**
9	**Chạy 400m**	**17**	**3**	**0**	**91**
10	**Chạy 500m**	**16**	**2**	**2**	**86**
11	**Chạy 800m**	**17**	**1**	**2**	**90**
12	**Chạy 1500m**	**18**	**2**	**0**	**92**
13	Chạy 3000m	8	5	7	62
14	**Chạy 2000m**	**18**	**2**	**0**	**92**
15	Trò chơi mào đuổi chuột	7	5	8	58
16	Trò chơi người thừa thứ ba	8	8	4	68
17	**Trò chơi đá bóng ma**	**16**	**2**	**2**	**88**
18	Trò chơi cướp cờ	8	5	7	62
19	Trò chơi vác thương tải đạn	7	5	8	58
20	Thi đấu bóng chuyền	5	5	10	50
21	**Thi đấu bóng đá**	**17**	**1**	**2**	**91**
22	Thi đấu cầu lông	**7**	4	9	46
23	**Nhóm bài tập vòng tròn**	**16**	**2**	**2**	**88**

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy có 13 bài tập có số điểm cao từ 80 điểm trở lên đó là**:** Chạy 30m, 60m, 200m, 300m, 400m,500m, 800m, 1500m, 2000m, bật cóc 20m, trò chơi bóng đá ma, thi đấu bóng đá và bài tập vòng tròn.

Chúng tôi quyết định lựa chọn bài tập có số điểm từ 80 trở lên để đưa vào thực nghiệm.

3.2.2. Đánh giá hiệu quả các bài tập đã lựa chọn trên đối tượng thực nghiệm

3.2.2.1. Tổ chức thực nghiệm

Để xác định được tính đồng đều của hai nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng, trước khi tiến hành thực nghiệm chúng tôi tiến hành kiểm tra sức bền chung cho đối tượng nghiên cứu thông qua test chạy cự ly trung bình 1500m. Kết quả kiểm tra trước thực nghiệm được trình bày ở bảng 4.4.

Bảng 3.4. So sánh kết quả kiểm tra cự ly trung bình 1500m của hai nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng trước thực nghiệm.

TT	Chạy cự ly trung bình 1500m		
	$\overline{X} \pm \delta$	t	P
Nhóm thực nghiệm (n= 41)	420(s)± 40(s)	0.21	>0.05
Nhóm đối chứng (n=43)	425 (s)± 42(s)		

Qua bảng 4.4 cho thấy ở test chạy cự ly trung bình 1500m của nhóm thực nghiệm và đối chứng có $t_{tính}$= 0.21 < $t_{bảng}$= 1.960. Điều đó chứng tỏ sức bền chung của hai nhóm thực nghiệm và đối chứng trước thực nghiệm là không có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng xác

suất p > 0.05. Hay nói cách khác là sức bền chung của hai nhóm là tương đương nhau và có thể đưa vào tiến hành thực nghiệm được.

3.2.2.2. Tiến hành thực nghiệm

Sau khi lựa chọn được bài tập, xác định yêu cầu và cách thực hiện đối với từng bài tập, lựa chọn được nhóm thực nghiệm và đối chứng, xây dựng tiến trình thực nghiệm chúng tôi tiến hành tổ chức thực nghiệm trong 3 tháng, với 12 tuần, mỗi tuần 1 buổi, thời gian dành cho mỗi buổi tập từ 45 đến 60 phút. Trước khi thực nghiệm cả hai nhóm thực nghiệm và đối chứng đều được trang bị về vai trò, vị trí, yêu cầu môn học, tác dụng của thể dục thể thao đối với sức khỏe con người nói chung và sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng nói riêng.

+ **Nhóm đối chứng:** sinh 43 Nam viên lớp B,C tập bài tập phát triển sức bền chung thông thường, đã được áp dụng thường xuyên trong các giờ học chính khóa cho nam sinh viên của trường.

+ **Nhóm thực nghiệm:** 41 nam sinh viên lớp A, D tập bài tập mà chúng tôi lựa chọn và xây dựng tiến trình thực nghiệm được trình bày cụ thể ở phần 4.1 của đề tại.

3.2.2.3. Kết quả thực nghiệm của 46 nam sinh viên lớp A, D K41

Sau 3 tháng thực nghiệm theo tiến trình đã xây dựng, đề tài tiến hành kiểm tra lại trình độ SBC cho 2 nhóm thực nghiệm và đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả của các bài tập đã lựa chọn. Kết quả được trình bày ở bảng 3.5.

Bảng 3.5: So sánh kết quả kiểm tra cự ly 1500m của hai nhóm thực nghiệm và đối chứng sau 3 tháng thực nghiệm.

TT	Chạy cự ly trung bình 1500m		
	$\overline{X} \pm \delta$	t	P
Nhóm thực nghiệm (n= 41)	355 (s) ± 40(s)	2.58	>0.05
Nhóm đối chứng (n=43)	375 (s) ± 42(s)		

Nhận xét: Từ kết quả so sánh tại bảng 3.5 cho thấy sau thực nghiệm : Có $t_{tính}$= 2.58 > $t_{bảng}$= 1.960. Điều đó chứng tỏ sức bền chung của nam sinh viên nhóm thực nghiệm và đối chứng sau thực nghiệm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng xác suất P < 0.05. Hay nói cách khác là nhóm thực nghiệm cao hơn hẳn nhóm đối chứng.

Bảng 3.6: Mức độ tăng trưởng của nhóm thực nghiệm và đối chứng sau 3 tháng thực nghiệm.

Chạy cự ly trung bình 1500m	Đối chứng			Thực nghiệm		
	Trước TN	Sau TN	W%	Trước TN	Sau TN	W%
	$\overline{X}$	$\overline{X}$		$\overline{X}$	$\overline{X}$	
	420	375	5.7	425	355	9

Nhận xét: Qua bảng 4.6 cho thấy sau thời gian thực nghiệm thì sự tăng trưởng của nhóm thực nghiệm là 9% cao hơn hẳn nhóm đối chứng là 5.7%.

Để thấy ró được hiệu quả của bài tập mà chúng tôi lựa chọn chúng tôi tiến hành thống kê kết quả thi không đạt cự ly 1500m của hai nhóm thực nghiệm và đối chứng với nam K41. Kết quả được trình bày ở bảng 4.7.

Bảng 3.7 So sánh kết quả kiểm tra 1500 của nhóm thực nghiệm, nhóm đối chứng với kết quả thi kết thúc học phần điền kinh của K41

Đối tượng	$\overline{X}$	Không đạt cự ly 1500m	Tỷ lệ %
Thực nghiệm(n=41)	**355**	**3**	**7.3**
Đối chứng(n=43)	375	10	23
K41(n= 206)	373	45	22

Qua bảng 3.7 cho thấy sau thực nghiệm tỉ lệ nam sinh viên không đạt yêu cầu là 3 em chiếm tỷ lệ 7.3% là thấp nhất so với nhóm còn lại là trên 20%.

Kết quả đã nêu ở trên một lần nữa khẳng định 13 bài tập mà đề tài lựa chọn hoàn toàn có khả năng nâng cao được sức bền chung cho nam sinh viên hơn hẳn các bài tập trước đó của trường thường sử dụng.

V. KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng thành tích Điền kinh trong cự ly chạy 1500m của sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.

- Tỷ lệ nam sinh viên ở K41 không đạt yêu cầu ở cự ly 1500m là 45 em chiếm 22%.

- Các bài tập mà giảng viên thường sử dụng ở đây chủ yếu là các bài tập điền kinh nhẹ, số lượng bài tập còn ít và chưa áp dụng phương pháp trò chơi và thi đấu vào để phát triển sức bền chung cho nam sinh viên, chính vì thế làm cho các em nhàm chán và hiệu quả mang lại là chưa cao.

4.2. Đánh giá hiệu quả các các bài tập phát triển sức bền trong chạy cự ly 1500m cho sinh viên nam năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019-2020.

- Lựa chọn được 13 bài tập: Chạy 30m, 60m, 200m, 300m, 400m,500m, 800m, 1500m, 2000m, bật cóc 20m, trò chơi bóng đá ma, thi đấu bóng đá và bài tập vòng tròn.

- Sau thời gian thực nghiệm thì sự tăng trưởng của nhóm thực nghiệm là 9% cao hơn hẳn nhóm đối chứng là 5.7%.

- Sau thực nghiệm tỉ lệ nam sinh viên không đạt yêu cầu là 3 em chiếm tỷ lệ 7.3%

Chứng tỏ các bài tập được chúng tôi lựa chọn có hiệu quả hơn hẳn so với các bài tập cũ.

5. Kiến nghị:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sẽ được bộ môn GDTC-QP đưa vào ứng dụng thực tiễn giảng dạy môn Điền kinh cho sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sử dụng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên hoặc giáo viên môn Điền kinh trong và ngoài trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Bá Trì, Đinh Văn Lẫm (2001),**130 Trò chơi vận động, NXBTDTT, Hà Nội.
2. **Đồng Văn Triệu, Trần Đức Dũng, Bùi Quang Hải (2007),** Lượng vận động và lập kế hoạch trong huấn luyện thể thao, NXB TDTT, Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Văn (2012),** Phương pháp thống kê trong Thể dục thể thao, NXB TDTT, Hà Nội.
4. **Aulic.I.V (2017):** Đánh giá trình độ tập luyện thể thao. Nxb TDTT Hà Nội.
5. **Daxiorơxki V.M (2005):** Các tố chất thể lực của VĐV. Nxb TDTT Hà Nội
6. **R.Heđoman (2000),** Sinh lý thể thao cho mọi người, NXB TDTT, Hà Nội.
7. **Ozolin M.G (1999):** Huấn luyện thể thao. Nxb TDTT Hà Nội
8. **Valicg. B (2009):** Huấn luyện VĐV điền kinh trẻ. Nxb TDTT Hà Nội

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG MỘT SỐ BÀI TẬP PHÁT TRIỂN SỨC NHANH TRONG CHẠY CỰ LY 60M CHO SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

Hoàng Thị Bích Thủy*, Vũ Đức Minh*, Nguyễn Thái Bình**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu ứng dụng một số các bài tập nhằm phát triển sức nhanh trong cự ly 60m cho sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Đối tượng:** sinh viên 8 lớp K41 A,B,C,D,E,F,G,H là nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng học môn Điền kinh Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp và Thực nghiệm so sánh trước sau và có đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Chúng tôi lựa chọn 14/18 bài tập nhằm phát triển sức nhanh cho sinh viên học môn Điền kinh trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Sau thời gian 4 tháng được áp dụng các bài tập, nhóm thực nghiệm nam sinh viên đã phát triển sức nhanh với thành tích cự ly 60m giảm xuống 9,1s so với thành tích ban đầu 9,28s, với t tính giữa nhóm thực nghiệm và đối chứng là t = 2,03 > 1,96 với p<0,05, có ý nghĩa thống kê. Nhóm thực nghiệm nữ cũng giảm thành tích chạy 60m từ 12,11s so với thành tích ban đầu 11,29s, t tính = 2,22 > 1,96 với p < 0,05, có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, nhóm thực nghiệm cũng đã cải thiện được thành tích thi môn điền kinh, tỉ lệ không đạt ở nội dung 60m là 6.86% so với với tỉ lệ không đạt của nhóm đối chứng là 15,4%. Vì vây, chúng tôi khẳng định các bài tập đưa vào tập luyện nhằm phát triển thể lực đã có tác dụng, hiệu quả ứng dụng rõ rệt.

Từ khóa: bài tập sức nhanh, điền kinh.

SUMMARY

THE STUDY AIMED AT STATUS OF USING EXCERSICE SYSTEM IN ORDER TO IMPROVE FAST IN ALTHLETICS AT A DISTANCE OF 60 METERS OF STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICAL AND PHARMACY

Objective: The study aimed at status of using excersice system in order to improve fast in althletics at a distance of 60 meters of the first"s year students at Hai Phong University of Medical and Pharmacy. **Subject:** Students consisted of 8 classes, in which K41 A,B,C,D,E,F,G,H belonged to the experimental group and control group. **Methods**: were descriptive and cross-sectional study and trial with comparision before and after the trial with control**. Results and Conclusion:** We choose 14 out of 18 fast strength exercises in order to improve of althletics students at Hai Phong University of Medical and Pharmacy. After 4 months applying exercise, the maile students experimental group has grown rapidly with a distance of 60 meters down to 9,1 second compare to intial achivement of 9,28 second, with t = 2,03 > 1,96 and p < 0,05, statically significant. The female students experimental group also reduce from 12,11 second to 11,29 second, with t = 2,22 > 1,96 and p < 0,05, statically significant. In adddition, the

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
*** Trường Đại học Hàng Hải Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Bích Thủy
Email: htbthuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

experimental group also improved the althletics exam performance, the failure rate of the 60 meters content was 6,68 percent compared with the failure rate of the control group of 15,4 percent. Therefore, we affirm that the system of excercises put into practice in order to develop fitness has been effective in application.

Key words: fast strength exercises, althletics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chạy cự ly ngắn không chỉ là môn có sức hấp dẫn mạnh mẽ nhất mà còn là phương pháp tuyệt vời để phát triển sức mạnh, sức nhanh cho các môn thể thao khác. Chạy cự ly ngắn được xem là nội dung chủ yếu của chương trình chính khóa. Chạy 100m là một môn thể thao có trong chương trình giảng dạy bắt buộc môn GDTC các trường Đại học mà Bộ GD-ĐT qui định. Nhưng do đặc thù của Trường ĐH Y Dược HP có sân mới, tiêu chuẩn chạy 60m nên BM GDTC đề nghị nhà trường chuyển từ dạy cự ly 100m thành 60m. Đây là cự ly có lợi cho nam nữ thiếu niên vì không đòi hỏi cao ở sức bền tốc độ. Nhưng không phải lợi thế cho nam nữ thanh niên vì giai đoạn tăng tốc ở quãng 60m-80m thì đây lại là kết thúc đường chạy. Vì vậy, chúng tôi xác định nghiên cứu một số bài tập nhằm phát triển sức nhanh cho SV trường ĐH Y Dược Hải Phòng.

Ở Việt Nam, các bài tập sức nhanh 60m đã thu hút chú sự chú ý quan tâm nghiên cứu của nhiều nhà khoa học TDTT. Sự đóng góp lý luận và phương pháp huấn luyện Điền kinh ở Việt Nam như: Vũ Đức Thượng – Nguyễn Hoàng An – 1991 – 1993; Nguyễn Đại Dương – 1995 – 1996; Hoàng Mạnh Cường – 1995 – 1996; Dương Đức Thủy – 1997; Đinh Hùng Sơn – 1999; Đàm Thuận Tư – 2004, song chúng ta đều thấy rằng, các công trình và các nghiên cứu trên đã giải quyết nhiều vấn đề mang tính đồng bộ, nhưng giải quyết những vấn đề về huấn luyện tố chất thể lực VĐV Điền kinh còn cần cụ thể hóa theo nội dung khác nhau.

Tổng hợp các nhận xét đánh giá trên, qua tìm hiểu và tham khảo các tài liệu, thì việc lựa chọn một số bài tập nhằm phát triển sức nhanh trong cự ly 60m là nhiệm vụ hết sức cần thiết để giảng dạy sinh viên học môn Điền kinh trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Với tầm quan trọng và ý nghĩa đã phân tích chúng tôi nghiên cứu đề tài: *"nghiên cứu ứng dụng một số bài tập nhằm phát triển sức nhanh trong chạy cự ly 60m cho sinh viên năm thứ nhất trường đại học y dược hải phòng"*. Mục tiêu:

Mục tiêu 1: *Mô tả thực trạng sử dụng một số bài tập phát triển sức nhanh trong cự ly 60m cho sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng, năm 2020.*

Mục tiêu 2: *Đánh giá hiệu quả ứng dụng một số bài tập phát triển sức nhanh trong cự ly 60m cho sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng, năm 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu bao gồm: sinh viên K41 A,B,C,D,E,F,G,H học môn Điền kinh Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2020 đến T11/2020

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn GDTC – QP; Trường Đại học Y Dược HP.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp

Cho mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cho mục tiêu 2: Nghiên cứu can thiệp, tiến hành thực nghiệm, đánh giá trước sau có đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu: Chúng tôi tuyển chọn được 465 sinh viên đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong số này có 233 sinh viên nhóm Thực nghiệm của các lớp: K41 A,E,G,H, 232 sinh viên nhóm đối chứng của các lớp: B,C,D,F.

Phỏng vấn 25 chuyên gia, giáo viên GDTC các trường trong khu vực Hải Phòng và giáo viên trường ĐH Y Dược Hải Phòng.

2.4.3. Chọn mẫu: Sinh viên 8 lớp K41 A,B,C,D,E,F,G,H Trường Đại học Y Dược Hải Phòng học năm thứ nhất có cùng độ tuổi, có thể chất, chiều cao, cân nặng đồng đều.

Không lựa chọn những sinh viên có các bệnh tim mạch, hen suyễn (theo hồ sơ Y tế của nhà trường)

Giáo viên tham gia nghiên cứu: 4 giảng viên trường ĐH Y Dược Hải Phòng, 1 giảng viên trường ĐH Hàng Hải Việt Nam

2.4.4. Thu thập số liệu

- Mục tiêu 1: Thực trạng sử dụng các bài tập sức nhanh cho sinh viên học Điền kinh trường ĐH Y Dược Hải Phòng; Lựa chọn các bài tập sức nhanh phù hợp với khả năng, trình độ của sinh viên K41 học môn Điền kinh và phù hợp với điều kiện, trang thiết bị giảng dạy của nhà trường; Phỏng vấn các chuyên gia trong lĩnh vực và họp chuyên môn của các giảng viên giảng dạy trực tiếp trong nhà trường lựa chọn những bài tập hiệu quả đưa vào ứng dụng; Test kiểm tra sức nhanh của 2 nhóm TN và nhóm ĐC trước thực nghiệm bao gồm 4 test sau : chạy 30m xpt, chạy 60m xpc, nhảy dây, tại chỗ nhảy 3 bước; So sánh số t (p) của nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng.

- Mục tiêu 2: : Nhóm A là nhóm thực nghiệm tập luyện theo các bài tập nhằm phát triển sức nhanh trong cự ly chạy 60m do chúng tôi lựa chọn. Nhóm B là nhóm đối chứng tập theo các bài tập theo các bài tập cũ vẫn thường tập. Các bài tập phát triển sức nhanh được đưa vào các buổi tập học môn Điền kinh: mỗi buổi khoảng 15 phút, mỗi tuần 1 buổi và tập luyện trong thời gian 1 tín chỉ, tương đương với 12 buổi tập GDTC. Thống kê thành tích Test kiểm tra sức nhanh của 2 nhóm sau 4 tháng thực nghiệm. So sánh thành tích kết quả thi hết môn Điền kinh giữa 2 nhóm.

2.4.5. Phân tích số liệu

Chúng tôi sử dụng toán học thống kê tính giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình bằng t test, có sự khác biệt khi $p<0,05$. Tính tỷ lệ phần trăm và so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test khi bình phương, có sự khác biệt khi $p<0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

***Giải quyết mục tiêu 1**

3.1. Mô tả thực trạng thành tích Điền kinh trong cự ly chạy 60m của sịnh viên Đại học Y Dược Hải Phòng

3.1.1 Cách đánh giá điểm trong môn Điền kinh: theo thang đạt điểm 5

Bảng 1: Bảng đánh gia kết quả đạt của nam nữ SV ở môn Điền kinh cự ly 60m.

Cự ly	Nam	Nữ
60m (giây)	8.9 - 9.3	11.1 – 11.6
Trung bình (phút)	6.10 - 6.35	4.00 - 4.15

Các yêu cầu của BM GDTC - QP trường ĐH Y Dược Hải Phòng đã có đánh giá khách quan, phù hợp với khả năng vận động của sinh viên trường. Chúng tôi cũng nghiên cứu các

tài liệu về giảng dạy GDTC theo chương trình của Bộ Giáo dục – Đào tạo và tham khảo sách: Tiêu chuẩn đánh giá trình độ tập luyenj của tác giả Đỗ Thế Truyền và Giáo trình Điền kinh của tác giả Nguyễn Anh Tuấn của trường ĐH Quốc Gia Hà Nội.

Bảng 2: Bảng thống kê các số lượng nam, nữ các lớp K41 tham gia nghiên cứu

	Nhóm thực nghiệm (n=233)				**Nhóm đối chứng (n=232)**			
Khóa 41	A (57)	E (57)	G (60)	H (59)	B (56)	C (59)	D (59)	F (58)
Nam	28	31	26	26	19	29	15	16
Nữ	29	26	34	33	37	30	34	42

Từ bảng thống kê trên, ta nhận thấy hai nhóm có số lượng sinh viên tương đồng nhau, số sinh viên nữ có số lượng nhiều hơn các học sinh nam. Đối với vận động thể thao thì sinh viên nữ khó thích ứng và có thể lực yếu hơn nên những lớp có nhiều nữ tỉ lệ không đạt môn GDTC có khả năng sẽ cao hơn.

3.1.2. Đánh giá những hạn chế thường mắc của SV khi chạy Điền kinh (60 m)

- Với đặc thù là trường Đại học đào tạo 6 năm với điểm đầu vào khá cao nên tình trạng thể lực chung của SV Đại học Y Dược Hải Phòng là yếu với thể trạng thấp bé.

- Thực tế giảng dạy cho thấy, khi tố chất thể lực yếu ảnh hưởng lớn đến thành tích chạy cự ly sức nhanh. Việc phát triển tố chất sức nhanh cho sinh viên là cần thiết bởi tố chất sức nhanh là tiền đề phát triển toàn diện các tố chất khác trong thể thao.

3.1.3. Thực trạng việc sử dụng bài tập phát triển sức.

Số giờ học 1 tuần/ 1 buổi. Mỗi buổi 4 tiết - Học tập môn Điền kinh gồm: cự ly 60m và 1500m (nam), 800m (nữ); Thời gian sử dụng bài tập sức nhanh chiếm 15% khối lượng vận động.

Bảng 3: Thống kê việc sử dụng các bài tập nhằm nâng cao sức nhanh trong cự ly 60m của sinh viên Đại học Y Dược Hải Phòng.

TT	**Tên các bài tập**	**Số lần / buổi**	**Đánh giá**
1	Chạy 30m XPC	4-5	Tốt
2	Chạy luồn cọc 30m	10	Thiếu
3	Chạy 60m XPC	1	Ít
4	Chạy nâng cao đùi	2	Đủ
5	Chạy nâng cao đùi trên cát (cỏ)	0	Thiếu
6	Chạy lên dốc	0	Thiếu
7	Chạy tốc độ tối đa 100m	0	Ít
8	Chạy đạp sau	2	Đủ
9	Chạy đạp sau với tạ đeo chân	0	Ít
10	Chạy chuyển hướng, phản xạ với còi	2-3	Đủ
11	Chạy biến tốc	1	Ít
12	Bật đổi chân tốc độ cao	2-3	Đủ
13	Chạy cầu thang	0	Thiếu
14	Chạy bước nhỏ	2-3	Đủ

15	Bài tập đánh tay tại chỗ	3-4	Đủ
16	Bài tập chống đẩy	1	Ít
17	Tập chạy đánh đích 10, 20, 30m	1-2	Ít
18	Trò chơi chạy tiếp sức 60m	1	ít

Như vậy, qua bảng 3, ta nhận thấy thực trạng sử dụng các bài tập phát triển sức nhanh của sinh viên đại học Y Dược Hải Phòng còn chưa đủ và đạt yêu cầu. Nhóm nghiên cứu chúng tôi thấy rằng đây là một điểm còn chưa được đánh giá cao trong nội dung Điền kinh của sinh viên, nên chúng tôi đưa đề tài lựa chọn và ứng dụng các bài tập phát triển sức nhanh vào nghiên cứu.

3.1.4. Thống kê thành tích Test kiểm tra sức nhanh của 2 nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng trước thực nghiệm.

Bảng 4: Thống kê thành tích Test kiểm tra sức nhanh của 2 nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng trước thực nghiệm

TT	Các chỉ số	Nhóm ĐC (n=233)		Nhóm TN (n=232)		So sánh		
		Nam – Nữ		Nam – Nữ				
		$\overline{X} \pm \delta^2$				t Nam	t Nữ	P
1	Chạy 30 XPT	4,65±0,17	5,82±0,16	4,7±0,18	5,79±0,17	0,83	0,6	<0,05
2	Chạy 60 XPC	9,23±0,27	12,20±0,17	9,28±0,29	12,11±0,18	1,47	0,79	<0,05
3	Nhảy dây 1 phút	95,03± 63,52	84,52± 74,67	95,26± 63,71	84,21± 74,34	0,19	0,31	<0,05
4	Tại chỗ bật nhảy 3 bước	6,23±0,24	4,87±0,22	6,2±0,26	4,98±0,21	0,4	0,84	<0,05

Từ bảng 4 ta thấy giữa nhóm nam nữ của nhóm đối chứng và thực nghiệm không có khác biệt nhiều ở cả 4 bài test đều có $t < 1,96$ với $p < 0,05$, không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy 2 nhóm đều có các chỉ số kiểm tra tương đồng, không có nhiều sự khác biệt về thành tích ban đầu.

***Giải quyết mục tiêu 2**

3.2. Thực nghiệm đánh giá hiệu quả các các bài tập phát triển sức nhanh trong chạy cự ly 60m cho sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

3.2.1. Lựa chọn các bài tập đưa ra nhằm phát triển sức nhanh nâng cao thành tích cho sinh viên học Điền kinh ở cự ly 60m.

Qua phân tích tài liệu, chúng tôi tổng hợp được 18 bài tập thường được sử dụng trong tập luyện để phát triển sức nhanh. Chúng tôi tiến hành phỏng vấn 25 người là các chuyên gia, HLV, giảng viên trong khu vực và các giảng viên trực tiếp giảng dạy tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng để lựa chọn ra các bài tập nhằm phát triển sức nhanh cho sinh viên.

Bảng 5: Kết quả phỏng vấn lựa chọn bài tập phát triển sức nhanh

TT	Tên các bài tập	Số phiếu (n= 25)	Tỉ lệ %
1	Chạy 30m XPC	25	100
2	**Chạy luồn cọc 30m**	**10**	**40**
3	Chạy 60m XPC	24	96
4	Chạy nâng cao đùi	25	100
5	Chạy nâng cao đùi trên cát (cỏ, buc)	20	80
6	Chạy lên dốc	22	88
7	Chạy tốc độ tối đa 100m	23	92
8	Chạy đạp sau	24	96
9	**Chạy đạp sau với tạ đeo chân trong lượng nhỏ**	**15**	**60**
10	Chạy chuyển hướng, phản xạ với còi	23	92
11	Chạy biến tốc	24	96
12	Bật đổi chân tốc độ cao	22	88
13	**Chạy cầu thang**	**15**	**60**
14	Chạy bước nhỏ	25	100
15	Bài tập đánh tay tại chỗ	24	96
16	**Bài tập chống đẩy**	**15**	**60**
17	Tập chạy đánh đích 10, 20, 30m	23	92
18	Trò chơi chạy tiếp sức 60m	21	84

Kết quả thu được có 14/18 bài tập được các chuyên gia đánh giá cao trên 80%, chúng tôi lựa chọn đưa vào ứng dụng và thực nghiệm. Sau khi thu được kết quả trên, chúng tôi đưa vào thực tế giảng dạy cho sinh viên và đánh giá xem các bài tập trên có thật sự đạt được kết quả như nhóm nghiên cứu mong đợi.

3.2.2. Đánh giá kết quả bài tập phát triển sức nhanh đã lựa chọn

- Đánh giá kết quả ứng dụng:

Bảng 6: Thống kê kết quả thi hết môn Điền kinh của nhóm TN và nhóm ĐC

Đối tượng	X			
	Số SV nữ không đạt 60m	Số SV nam không đạt 60m	Số SV không đạt môn ĐK	Chiếm tỉ lệ %
Nhóm TN(n=233)	8	8	16	**6,86%**
Nhóm ĐC(n=232)	11	25	36	**15,4%**

Từ bảng 6 ta thấy kết quả của nhóm thực nghiệm sức nhanh đã có sự tiến bộ rõ rệt, kết quả thi hết môn cũng được cải thiện rõ ràng là 6,86% so với nhóm đối chứng là 15,4%. Nhóm nam sinh viên nhóm đối chứng do chạy chưa kịp đạt ở mức tối đa, nhưng chưa biết cách điều chỉnh nên tỉ lệ không đạt cao so với nhóm thực nghiệm. Điều này thể hiện rõ hiệu quả ứng

dụng của bài tập phát triển sức nhanh vào việc thi kết thúc môn Điền kinh của sinh viên trường ĐH Y Dược Hải Phòng.

- Đánh giá kết quả bài tập sau quá trình thực nghiệm:

Bảng 7 : Kết quả Test kiểm tra sức nhanh của 2 nhóm TN và nhóm ĐC sau TN.

TT	Các chỉ số	Nhóm nam		Nhóm nữ		So sánh		
		TN (111)	ĐC(79)	TN(122)	ĐC(143)			
		$\overline{X} \pm \delta^2$				t Nam	t Nữ	P
1	Chạy 30 XPT	4,45±0,16	4,58±0,16	5,51±0,17	5,62±0,16	2,24	2,29	<0,05
2	Chạy 60 XPC	9,1±0,17	9,22±0,16	11,29±0,21	11,41±0,2	2,03	2,22	<0,05
3	Nhảy dây 1 phút	108,48± 62,69	106,2± 62,75	94,92± 74,20	92,7± 74,2	1,97	1,94	<0,05
4	Tại chỗ bật nhảy 3 bước	6,51± 0,234	6,33± 0,237	5,06± 0,19	4,92± 0,21	2,57	2,64	<0,05

Từ bảng 7, nhận thấy có 8 phép tính t thì có 7 phép tính có kết quả t > 1,96 với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. Có 1 phép tính t ở nội dung nhảy dây 1 phút so sánh giữa nhóm nữ thực nghiệm và đối chứng có t= 1,947 < 1,96, không có ý nghĩa thống kê.

Điều này cho thấy, sau 4 tháng áp dụng bài tập phát triển sức nhanh thì các chỉ số đã nâng lên với 7/8 chỉ số có ý nghĩa thống kê. Nhóm thực nghiệm có sự tăng tiến rõ so với nhóm đối chứng với thành tích của nam ở nội dung 60m giảm xuống 9,1s so với thành tích ban đầu 9,28s; ở nữ là 12,11s xuống 11,29s. Như vậy, bài tập phát triển sức nhanh đưa vào ứng dụng đã đạt hiệu quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng việc sử dụng các bài tập sức nhanh nhằm bổ trợ cho sinh viên trong quá trình học tập môn Điền kinh chưa nhiều, không quá 15% khối lượng vận động của một buổi tập. Chỉ có 1 bài tập được đánh giá sử dụng nhiều, 6 bài tập đủ trong 18 bài tập, còn lại là ít và thiếu. Như

Lựa chọn được 14 bài tập phát tiển sức nhanh phù hợp để đưa vào giảng dạy sinh viên học tập cự ly 60m trong trường ĐH Y Dược Hải Phòng. Sau 4 tháng tập luyện nhóm thực nghiệm nam sinh viên đã phát triển sức nhanh với thành tích cự ly 60m giảm xuống 9,1s so với thành tích ban đầu 9,28s. Nhóm thực nghiệm nữ cũng giảm thành tích chạy 60m từ 12,11s so với thành tích ban đầu 11,29s. Nhóm thực nghiệm có tỉ lệ không đạt ở nội dung 60m là 6.86% so với với tỉ lệ không đạt của nhóm đối chứng là 15,4%. Vì vây, chúng tôi khẳng định các bài tập đưa vào tập luyện nhằm phát triển thể lực đã có tác dụng, hiệu quả ứng dụng rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aulic.I.V (1982): Đánh giá trình độ tập luyện thể thao, Nxb TDTT Hà Nội.

2. **Lê Bửu, Dương Nghiệp Chí, Nguyễn Hiệp** (1993): Lý luận và phương pháp huấn luyện thể thao. Sở TDTT thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Ngọc Cừ** (1997): Khoa học tuyển trọn tài năng thể thao, tài liệu dùng cho lớp bồi dưỡng nghiệp vụ HLV các môn thể thao. Nxb TDTT Hà Nội.
4. **Dương Nghiệp Chí, Nguyễn Kim Minh, Phạm Khắc Học, Võ Đức Phùng, Nguyễn Đại Dương, Nguyễn Văn Quảng, Nguyễn Quang Hưng** (2000): Điền kinh, Nxb TDTT Hà Nội.
5. **Goikhoman P.N** (1996): Điền kinh trong trường phổ thông, dịch: Nguyễn Quang Hưng, Nxb TDTT Hà Nội.
6. **Nguyễn Kim Minh** (1991): Phương pháp tuyển chọn trong điền kinh, Thông tin khoa học kỹ thuật TDTT.
7. **Nguyễn Thế Truyền, Nguyễn Kim Minh, Trần Quốc Tuấn** (2002): Tiêu chuẩn đánh giá trình độ tập luyện trong tuyển chọn và huấn luyện thể thao. Sách chuyên đề dùng cho các trường Đại học TDTT và trung tâm đào tạo VĐV. Nxb TDTT Hà Nội.
8. **Nguyễn Anh Tuấn** (2018): Giáo trình Điền kinh, Nxb Trường ĐH Quốc Gia Hà Nội.

TÁC ĐỘNG CỦA LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI TỚI TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN MA TUÝ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI PHÒNG

Đoàn Thị Như Yến*, Vương Thị Thuỷ*

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Nhận xét kết quả ứng dụng liệu pháp nhận thức-hành vi tới trầm cảm ở bệnh nhân nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng.

2. Bước đầu xây dựng quy trình trị liệu cụ thể đối với trầm cảm cho bệnh nhân nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng**.**

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành trên 16 bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm và rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất theo ICD -10, điều trị tại bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng từ tháng 4 - 10/2020. Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc, có can thiệp, phân tích từng trường hợp. Sử dụng công cụ nghiên cứu là thang đánh giá trầm cảm PHQ-9 và thang đánh giá hành vi BADS-SF.

Kết quả: Các biểu hiện của trầm cảm giảm dần theo thời gian, thể hiện ở sự giảm điểm PHQ-9. Những thay đổi hành vi tích cực thể hiện ở sự tăng điểm BADS-SF sau 4 tuần trị liệu. Quy trình trị liệu gồm 8 buổi, mỗi buổi kéo dài 45 – 60 phút. Trình tự các buổi trị liệu như sau:

Buổi 1-2: Gặp gỡ, thiết lập mối quan hệ trị liệu và thu thập thông tin

Buổi 4-7: Thay đổi nhận thức, hành vi của bệnh nhân bằng các kỹ thuật tâm lý

Buổi 8: Lượng giá và kết thúc liệu trình

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Như Yến

Email: dtnyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021

Ngày duyệt bài: 20.5.2021

SUMMARY

IMPACTS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON DEPRESSION IN PATIENTS WITH DRUG ADDICTION AT HAI PHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL

Objectives:

1. To comment on the results of applying cognitive-behavioral therapy on depression in patients with drug addiction at Hai Phong Psychiatric Hospital

2. To build initially a specific psychotherapy protocol for depression for inpatients with drug addiction at Hai Phong Psychiatric Hospital

Methods: The study was conducted on 16 patients diagnosed with depression, mental and behavioral disorders due to use of substances according to ICD -10, treated at Hai Phong Psychiatric Hospital from April to October 2020. This is a prospective study, with intervention and analysis of each case. Using research tools as the PHQ-9 depression rating scale and the BADS-SF behavioral scale.

Results: Depression manifestations decreased over time, as demonstrated by a decrease in PHQ-9 score. Positive behavioral changes were shown in increasing BADS-SF scores after 4 weeks of therapy.

The process of therapy consists of 8 sessions, each session lasts 45 - 60 minutes. The sequence of sessions is as follows:

Session 1-2: Meeting, establishing the therapeutic relationship and collecting information

Session 4-7: Change the patient's perception and behavior by using psychological techniques

Session 8: Evaluation and closing of the treatment of therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một bệnh mạn tính thường gặp trong lâm sàng Tâm thần học. Bệnh có khuynh hướng ngày một gia tăng, dần trở thành gánh nặng của thời hiện đại, không phân biệt giới tính, lứa tuổi, nghề nghiệp. Tại Pháp, tỷ lệ mắc trầm cảm trong cộng đồng ước tính từ 6% - 8% dân số. Tại Việt Nam, tỷ lệ này xấp xỉ 6%, trong đó nữ 9% và nam 3%. Tỷ lệ trầm cảm đặc biệt cao ở bệnh nhân lạm dụng chất.

Điều trị trầm cảm chủ yếu vẫn là liệu pháp hoá dược. Hiện nay, việc kết hợp thuốc chống trầm cảm và liệu pháp nhận thức hành vi (NTHV) trong điều trị trầm cảm được chứng minh cho kết quả tốt trên 71%, nếu điều trị liệu pháp hành vi nhận thức đơn độc chỉ đạt tỉ lệ 43%, và thuốc chống trầm cảm đơn độc thì đạt 61%. Liệu pháp nhận thức hành vi là liệu pháp đơn giản, hiệu quả, tiết kiệm chi phí. Tại Việt Nam nói chung và tại Hải Phòng nói riêng, việc kết hợp tâm lý liệu pháp trong điều trị trầm cảm chưa được áp dụng rộng rãi. Hiện tại, chưa có công trình nghiên cứu nào về tác động của liệu pháp NTHV tới trầm cảm ở bệnh nhân nghiện ma tuý. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài*: "Tác động của liệu pháp nhận thức hành vi tới trầm cảm ở bệnh nhân nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng"* với hai mục tiêu:

1. Nhận xét kết quả ứng dụng liệu pháp nhận thức-hành vi tới trầm cảm ở bệnh nhân nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng

2. Bước đầu xây dựng quy trình trị liệu cụ thể đối với trầm cảm cho bệnh nhân nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 (F.32)
- Bệnh nhân nghiện ma tuý (biểu hiện hội chứng nghiện theo ICD 10)
- BN tham gia trị liệu tất cả các phiên trị liệu
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân đang trong giai đoạn loạn thần
- Các bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần nặng: Tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ.
- Các bệnh nhân không tham gia đầy đủ các phiên trị liệu

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 4/2020 -10/2020

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc, có can thiệp, phân tích từng trường hợp

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

- 16 bệnh nhân

2.4. Công cụ chẩn đoán và đánh giá các triệu chứng lâm sàng

+ Quy trình trị liệu chi tiết đáp ứng với mục tiêu nghiên cứu.

+ Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, về các rối loạn tâm thần và hành vi năm 1992 (ICD-10).

+ Thang đánh giá trầm cảm PHQ-9.

+ Thang đánh giá hành vi BADS-SF

3. Phương pháp tiến hành can thiệp

3.1. Giai đoạn chuẩn bị

- Tiến hành làm bệnh án cho một số bệnh nhân đã được sàng lọc dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán trên.

3.2. Quy trình điều trị ở nhóm nghiên cứu

3.2.1. Các bước tiến hành điều trị

+ Lập hồ sơ đánh giá ban đầu, làm bệnh án: để chẩn đoán xác định và để xác định các yếu tố loại trừ.

+ Điều trị thuốc chống trầm cảm cho bệnh nhân, kết hợp trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức hành vi 2 buổi/tuần.

+ Sau khi hoàn thành đợt điều trị, đánh giá lại tình trạng bệnh nhân.

3.2.2. Các buổi điều trị liệu pháp nhận thức hành vi

Trong chương trình có 8 buổi trị liệu, mỗi buổi kéo dài từ 45 – 60 phút. Nội dung chính của các buổi trị liệu như sau:

Buổi 1-2: Gặp gỡ, thiết lập mối quan hệ trị liệu và thu thập thông tin.

Buổi 3-7: Thay đổi nhận thức và hành vi của BN bằng các kỹ thuật tâm lý.

Buổi 8: Lượng giá và kết thúc liệu trình: Lượng giá và phản hồi

3.3. Tiến hành nghiên cứu. Chúng tôi thu thập dữ liệu tại ba thời điểm:

+ T_0: ngay trước khi điều trị:

* PHQ- 9 lần thứ nhất

+ T_1: Sau lần gặp đầu tiên 2 tuần :

* PHQ- 9 lần thứ hai.

+ T2 : Sau lần gặp đầu tiên 4 tuần.

* PHQ-9 lần thứ ba.

3.4. Phương pháp xử lý số liệu

+ Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ nam/nữ ở đối tượng nghiên cứu là 15/1. Sự chênh lệch này là do đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nghiện ma tuý, mà tại Việt Nam, tỷ lệ nữ giới nghiện ma tuý thấp hơn nhiều so với nam giới.

- Tuổi lớn nhất của ĐTNC là 40, tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi. Tuổi trung bình của ĐTNC là 27,94 ± 5,59 tuổi. Đây là độ tuổi là độ tuổi bắt đầu có những cống hiến cho xã hội, tuổi lao động hiệu quả nhất. Tuổi mắc bệnh của bệnh nhân thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 40 tuổi. So với các nghiên cứu về trầm cảm đơn thuần, độ tuổi trung bình này thấp hơn hẳn so với các nghiên cứu trước đó. Ở Việt nam theo Trần Hữu Bình thì độ tuổi trung bình thường gặp ở bệnh nhân trầm cảm là từ 40-49 tuổi, còn theo Ngô Ngọc Tản và Nguyễn Văn Ngân thì tuổi hay gặp là từ 35-60 tuổi. Sự khác biệt này có thể đươc giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có kèm theo tiền sử sử dụng chất ma tuý, và đây có thể là yếu tố khiến tuổi mắc bệnh trầm cảm trẻ hơn.

- Tình trạng hôn nhân ly hôn, ly thân chiếm tỷ lệ cao ở ĐTNC (43,8%). Tỷ lệ độc thân và kết hôn lần lượt là 31,3% và 25%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Weissman (1996), cho thấy trầm cảm ở người ly hôn có tỉ lệ cao nhất và cho rằng mối liên quan giữa tình trạng ly thân hay ly dị và trầm cảm.

- 50% ĐTNC làm công việc tự do, không ổn định. 12,5% ĐTNC không có việc làm, 37,5% ĐTNC đang là công nhân tại các khu công nghiệp. Theo nghiên cứu của Kesler (1997), Weissman và Myers (1978) cho rằng có mối tương quan giữa những người có thu nhập thấp và sự gia tăng tỉ lệ trầm cảm.

2. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm của ĐTNC

Bảng 1. Các triệu chứng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ / Triệu chứng	n	%
Buồn và trống rỗng	15	93,75
Mất hứng thú	13	81,25
Tập trung kém	14	87,5
Thiếu năng lượng	15	93,75
Cảm thấy không có giá trị, tội lỗi	8	50,00
Có ý tưởng tự sát	2	12,50
Có vấn đề giấc ngủ	16	100,00
Thay đổi sự ngon miệng	11	68,75
Cơ thể bức rứt hoặc chậm chạp	9	56,25
Vô vọng, tương lai ảm đạm	14	87,5

- Các triệu chứng thường gặp ở ĐTNC là cảm giác buồn, trống rỗng (93,75%), mất hứng thú, (81,25%), tập trung kém, (87,5%), thiếu năng lượng, (93,75%), cảm thấy không có giá trị (50%), ý tưởng tự sát, (12,5%), có vấn đề giấc ngủ, (100%), thay đổi sự ngon miệng (68,75%), cơ thể bứt rứt hoặc chậm chạp, (56,25%), vô vọng, tương lai ảm đạm, (87,5%).

Bảng 2. Điểm PHQ-9 trung bình ở ĐTNC tuần đầu tiên

	n	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Điểm PHQ-9	16	19	24	19,7	3,591
Điểm BADS – SF	16	4	19	12,79	4,98

- Điểm PHQ-9 trung bình ban đầu của ĐTNC khá cao, là 19,7 ± 3,591. Phần lớn BN ban đầu biểu hiện TC ở mức độ trung bình và nặng với điểm thấp nhất là 19 và cao nhất là 24 điểm.

- Điểm BADS – SF trung bình ban đầu của ĐTNC ở mức thấp 12,79 ± 4,98, thể hiện sự trì trệ trong thay đổi hành vi đối diện với trầm cảm.

3. Nhận xét kết quả trị liệu

Bảng 3: Thay đổi giá trị trung bình điểm PHQ-9 tại tuần thứ 2 và thứ 4

	n	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 4	p
Điểm PHQ-9	16	19,7	13,31	6,83	< 0,01
Std. Deviation		3,591	2,693	2,951	

- Giá trị trung bình điểm PHQ – 9 giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Như vậy, sau 4 tuần trị liệu, các triệu chứng của trầm cảm giảm dần. BN được trang bị kiến thức về bệnh, hiểu rõ làm thế nào để vượt qua trở ngại trong quá trình tiến hành các hoạt động mới để tái hoà nhập cuộc sống. BN cũng được hướng dẫn để nhận biết các biểu hiện tái phát của trầm cảm, trao đổi với bác sĩ, từ đó có những can thiệp sớm và phù hợp.

Bảng 4: Thay đổi giá trị trung bình điểm BADS – SF tại tuần thứ 2 và thứ 4

	n	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 4	p
Điểm BADS – SF	16	12,79	19,23	29,1	<0,001
Std. Deviation		4,98	2,73	2,21	

- Giá trị trung bình điểm BADS – SF tăng dần theo thời gian. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Điều này thể hiện sự thay đổi tích cực trong các hoạt động thường ngày của bệnh nhân. Liệu pháp NTHV dựa trên nguyên lý của mô hình nhận thức và mô hình hành vi. BN trầm cảm thường có biểu hiện giảm hứng thú. Từ đó bệnh nhân sẽ không thực hiện các hoạt động. Khi không hoạt động, BN không nhận được các củng cố tích cực của xã hội và của những người xung quanh đồng thời làm bệnh nhân có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, thu mình và ngại giao tiếp. Sự thay đổi hành vi tích cực tạo tiền đề cho một loạt các thay đổi, giúp BN nhanh chóng lấy lại trạng thái cân bằng và tái hoà nhập cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

*** Đặc điểm chung:**

- Tỉ lệ giới nữ/ nam 1/15.
- Độ tuổi trung bình 27,94 ± 5,59 tuổi
- Tình trạng ly hôn/ly thân chiếm tỷ lệ cao: 43,8%
- Trình độ học vấn cấp THPT chiếm tỷ lệ cao 75%
- Tỷ lệ bệnh nhân có công việc không ổn định cao: 50%, tỷ lệ tất nghiệp 12,5%

*** Đặc điểm lâm sàng:**

- Tỷ lệ hai triệu chứng chính của trầm cảm là buồn và trống rỗng 93,75% và mất hứng thú 81,25%. Đặc biệt, 100% BN biểu hiện rối loạn giấc ngủ.
- Điểm PHQ-9 trung bình lần thứ nhất ở mức cao: 19,7 ± 3,591
- Điểm BADS-SF trung bình lần thứ nhất biểu hiện tình trạng rối loạn nặng: 12,79 ± 4,98 điểm

2. Nhận xét kết quả ứng dụng liệu pháp nhận thức hành vi

* Đánh giá kết quả điều trị:

- Điểm trung bình PHQ-9 giảm theo thời gian điều trị thể hiện sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng của trầm cảm. Sẽ là vội vàng nếu khẳng định kết quả tích cực này do quá trình trị liệu đem lại. Bởi vì, BN vẫn được điều trị kết hợp bằng liệu pháp hoá dược, cụ thể là các thuốc chống trầm cảm. Vì vậy, cần tiến hành thêm các nghiên cứu so sánh độc lập hai phương pháp điều trị này.
- Điểm trung bình BADS-SF tăng theo thời gian điều trị thể hiện sự thay đổi về nhận thức và hành vi của BN đối với trầm cảm. Bệnh nhân hiểu cơ chế hình thành các suy nghĩ tự động và các đáp ứng hành vi trong trầm cảm, từ đó duy trì các thói quen tích cực giúp . Đây là đóng góp quan trọng của liệu pháp hành vi trong điều trị trầm cảm.

3. Quy trình trị liệu cụ thể đối với trầm cảm ở BN nghiện ma tuý điều trị nội trú tại bệnh viện.

Trong chương trình có 8 buổi trị liệu và nội dung chính của các buổi trị liệu như sau:

Buổi 1-2: Gặp gỡ, thiết lập mối quan hệ trị liệu và thu thập thông tin

- Gặp gỡ, tạo thiện cảm, xây dựng mối quan hệ trị liệu ban đầu
- Lắng nghe chủ động, khai thác các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh hiện tại.

- Thiết lập chẩn đoán và thực hiện phân tích chức năng
- Giải thích cho BN về liệu pháp NTHV và mối liên hệ giữa cảm xúc-hành vi- nhận thức trong bệnh TC.

Buổi 4-7: Thay đổi nhận thức và hành vi của BN bằng các kỹ thuật tâm lý.

- BN học về trầm cảm, các định kiến nhận thức thường gặp trong TC và bảng tự đánh giá (Beck).
- BN học về các kỹ thuật nhận thức, kỹ thuật hành vi áp dụng để đối mặt với TC
- BN lựa chọn kỹ thuật phù hợp và khả thi nhất
- BN thực hiện các kỹ thuật dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu
- Lên kế hoạch và nhiệm vụ cho buổi tiếp theo

Buổi 8: Lượng giá và kết thúc liệu trình: Lượng giá và phản hồi

KIẾN NGHỊ

1. Liệu pháp nhận thức hành vi cần được triển khai rộng rãi hơn tại các khoa của bệnh viện Tâm Thần Hải Phòng.
2. Cần đào tạo, bồi dưỡng nguồn nhân lực đủ chuyên môn, kinh nghiệm để nhân rộng mô hình này.
3. Tiến hành các nghiên cứu chi tiết hơn nhằm so sánh hiệu quả điều trị trầm cảm bằng liệu pháp hoá dược đơn thuần và liệu pháp nhận thức hành vi đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tommy Burté: **Les thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge de la dépression unipolaire**. HAL 2017.
2. O. Cottencin: **Dépressions sévères et addictions**; L'Encéphale Supplément 2009: **7**, S264–S268.
3. Lawrence Sharmila, Michelle Chau, Mary Clare Lennon: **Depression, Substance Abuse, and Domestic Violence**. National Center for Children in Poverty 2004:3.
4. Hollon Steven D., Michael E. Thase, John C. Markowitz: **Treatment and Prevention of depression**. Psychological Science in the Public Interest 2002, **3**(2):39.
5. Wahlbeck K., Makinen M: **Prevention of Depression and Suicide**. Directorate-General for Health & Consumers 2008:3.
6. Jean Cottraux: **Les psychothérapies cognitives et comportementales**. Edited by Elsevier Masson; 2017: 223-251.
7. Kuyken Willem, Tim Dalgleish, Emily R Holden: **Advances in Cognitive- Behavioral Therapy for Unipolar Depression**. The Canadian Journal of Psychiatry 2007, **52**(1):8.
8. Kennedy Sheena: **Addressing Depression through Behavioral Activation: A Role for Occupational Therapy**. Behavior Modification 2009, **25**(2):255-256.
9. Muskin Philip R., Andrew A. Nierenberg, George I. Papakostas: **Effective Strategies for Patients With Complex Depression in Psychiatric Practice**. Current Psychiatry 2010, **9**(11):4.

HIỆU QUẢ SỬ DỤNG MỘT SỐ BÀI TẬP BỔ TRỢ NÂNG CAO KỸ THUẬT MỘT TAY TRÊN VAI NÉM RỔ CHO SINH VIÊN K41 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Phương Thảo* Nguyễn Trần Quý*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Lựa chọn một số bài tập bổ trợ kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng để ứng dụng vào giảng dạy và học tập nhằm nâng cao hiệu quả thực hiện và đạt kết quả tốt hơn khi thi hết môn. **Đối tượng:** Sinh viên K41 năm học 2019-2020 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang; nghiên cứu can thiệp, tiến hành thực nghiệm, đánh giá trước sau có đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Sau 4 tháng đưa 8 bài tập bổ trợ vào tiến hành thực nghiệm giảng dạy cho nhóm sinh viên các lớp khóa 41 và so sánh kết quả với nhóm đối chứng là các sinh viên các lớp khóa 39; 40 chúng tôi thu được kết quả rõ rệt: Tỉ lệ sinh viên kiểm tra KT 1 tay trên vai ném rổ không đạt từ 22.7% giảm xuống 15.1% và tỉ lệ sinh viên kiểm tra môn bóng rổ không đạt 25.5 % giảm xuống 16.9%. **Kiến nghị:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sẽ được bộ môn GDTC đưa vào ứng dụng thực tiễn giảng dạy môn bóng rổ cho sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sử dụng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên học môn Bóng rổ hoặc giáo viên giảng dạy môn Bóng rổ trong và ngoài trường.

Từ khóa: bài tập bổ trợ, kỹ thuật một tay trên vai ném rổ, bóng rổ.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo
Email: ngtpthao@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

SUMMARY

THE EFFICIENCY OF SOME ADDITIONAL EXERCISES TO IMPROVE ONE-ARM-ABOVE-THE SHOULDER BASKETBALL SHOOTING TECHNIQUE FOR K41 STUDENTS OF HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objective: Selecting exercises in order to improve one-arm-above-the shoulder basketball shooting technique for K41 students of Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, putting into practice and evaluate the effectiveness of selected exercises. **Subject**: 8 classes of K41 students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy who are learning basketball. **Method**: Horizontal cut description; can evaluate, conduct experiments, assess before getting a certificate. **Results and Conclusion:** After 8 additional exercises were put into practice to teach a group of K41 students for 4 months and the results were compared with the results of the control group of K39 and K40 students, the research group has found that: The percentage of students who failed in the one-arm-above-the-shoulder basketball shooting technique test decreased from 22.7% to 15.1% and the percentage of students who failed in the basketball test decreased from 25.5% to 16.9%. **Recommendation:** The results of our research will be put into practical application in teaching basketball for the students of Hai

Phong University of Medicine and Pharmacy by the Physical Education Department.

The results of this research can be used as a reference by students learning to play basketball or basketball coaches both inside and outside the university.

Keywords: developing exercises, throw ball over shoulder by one hand, basketball.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo chương trình của Bộ GD và ĐT, trường Đại học Y Dược Hải Phòng và bộ môn GDTC thì sinh viên học môn Bóng rổ được học hai kỹ thuật cơ bản là kỹ thuật dẫn bóng thực hiện hai bước ném rổ và kỹ thuật tại chỗ một tay trên vai ném rổ. Tại chỗ một tay trên vai ném rổ là kỹ thuật cơ bản và phổ biến, được sử dụng để ném rổ ở cự ly gần, xa, trung bình và khi ném phạt, là kỹ thuật rất cần thiết cho những người mới tập môn bóng rổ như những sinh viên không chuyên thể thao. Nó đòi hỏi ở người thực hiện sự phối hợp nhịp nhàng của chân, tay, thân người, nhưng tốc độ ném bóng cũng như thời điểm ném bóng không đúng cũng sẽ ảnh hưởng rất lớn đến kỹ thuật động tác. Chính vì vậy việc nghiên cứu các bài tập bổ trợ cho kỹ thuật tại chỗ ném rổ một tay trên vai là rất quan trọng và cần thiết.

Thông qua quá trình giảng dạy và quan sát sinh viên của trường, tôi nhận thấy chưa có nhiều bài tập bổ trợ chuyên môn nhằm mang lại hiệu quả và sự ổn định của kỹ thuật. Vì vậy tôi nghiên cứu đề tài: *"hiệu quả sử dụng một số bài tập bổ trợ nâng cao kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên k41 trường đại học y dược hải phòng"*

Mục tiêu nghiên cứu:

Mục tiêu 1: *Đánh giá hiệu quả khi áp dụng một số bài tập bổ trợ kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.*

Mục tiêu 2: *Nhận xét kết quả khi áp dụng một số bài tập bổ trợ kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Sinh viên K41 năm học 2019-2020 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Đối tượng nghiên cứu phải cùng tuổi và điều kiện tập luyện.

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2020 đến tháng 11/2020

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn GDTC-QP; Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.4 Cách tiến hành

- Nhóm thực nghiệm sử dụng hệ thống bài tập chúng tôi đã nghiên cứu lựa chọn. Mỗi giáo án được sử dụng từ 2-3 bài tập.

- Nhóm đối chứng sử dụng các bài tập thông thường theo chương trình giảng dạy của bộ môn và thời gian quy định của nhà trường.

Các điều kiện giảng dậy như sân bãi, dụng cụ tập luyện, điều kiện tự nhiên… là tương đối đồng đều.

Sau quá trình thực nghiệm, chúng tôi đánh giá hiệu quả khi áp dụng các bài tập bổ trợ bằng cách tính tỉ lệ % số sinh viên K41 không đạt kĩ thuật một tay trên tay ném rổ giữa 2 nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng và ảnh hưởng của nó đối với điểm kiểm tra kết thúc môn học.

2.5 Phương pháp đánh giá

- Dựa trên kết quả thi kết thúc môn học của nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng

- So sánh kết quả giữa nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng trong kiểm tra kỹ thuật 1

tay trên vai ném rổ và thi kết thúc môn Bóng rổ.

- So sánh kết quả kiểm tra kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ và kết quả thi kết thúc môn Bóng rổ của nhóm thực nghiệm với sinh viên K39, K40.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mô tả việc sử dụng các bài tập bổ trợ cho kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Số giờ học 1 buổi/1 tuần, học tập không thường xuyên, liên tục nên sinh viên thường dễ quên các kỹ thuật động tác đã được hướng dẫn. Các sinh viên nghỉ dài tạo sức ì lớn khi tham gia học tập trở lại, làm ảnh hưởng trực tiếp đến điểm kiểm tra hết môn do ý thức tự học , tự tập của sinh viên chưa tốt.

- Học tập môn Bóng rổ ở trường Đại học Y Dược Hải Phòng yêu cầu thi 2 nội dung chính: kĩ thuật một tay trên vai ném rổ và kĩ thuật hai bước lên rổ. Bên cạnh nội dung chính cần thi thì có rất nhiều kỹ thuật cơ bản cần phải học: Luật bóng rổ, kỹ thuật đập bóng, dẫn bóng, kỹ thuật di chuyển, chiến thuật trong thi đấu... Kiểm tra ở nội dung một tay trên vai ném rổ yêu cầu sinh viên đứng ở vị trí ném phạt thực hiện kỹ thuật chuẩn và ném vào rổ với tỉ lệ đạt là 1/5 quả. Đặc biệt đối với sinh viên nữ, do ảnh hưởng của thể hình và sức mạnh không tốt bằng nam nên được tiến vào thêm 50cm để thực hiện. Nếu không đạt yêu cầu được ưu tiên ném thêm quả thứ 6 để tăng khả năng đạt ở nội dung này.

- Thời gian sử dụng các bài tập bổ trợ cho kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên chiếm 5-10% khối lượng vận động thông qua các bài tập khởi động. Những bài tập không đủ chuyên sâu để bổ trợ cho kỹ thuật một tay trên vai ném rổ.

3.2. Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá hiệu quả các bài tập bổ trợ cho kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Qua phân tích tài liệu, chúng tôi tổng hợp được 10 bài tập thường được sử dụng để bổ trợ cho kỹ thuật một tay trên vai ném rổ trong tập luyện, huấn luyện và giảng dạy môn bóng rổ. Để có đánh giá khách quan về việc lựa chọn các bài tập bổ trợ nâng cao hiệu quả kỹ thuật một tay trên vai ném rổ cho sinh viên Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, chúng tôi tiến hành phỏng vấn các chuyên gia, HLV, giảng viên đang giảng dạy môn bóng rổ tại Trung tâm TDTT Hải Phòng, các Trường Đại học, Trung học và Chuyên nghiệp thuộc Khu vực Hải Phòng và các thầy cô trực tiếp giảng dạy tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Tổng số phiếu thu về là 30/30, kết quả thu được trình bày ở Bảng 3.2.

Bảng 3.2: Kết quả phỏng vấn lựa chọn bài tập bổ trợ kĩ thuật một tay trên vai ném rổ.

TT	Tên các bài tập	Số phiếu (n= 30)	Tỉ lệ %
1	Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o cự ly gần (3m) (quả)	28	93,3%
2	Tập ném bóng vào một điểm trên bảng rổ (quả)	27	90%
3	Tại chỗ ném rổ một tay trên cao chéo góc bảng cự ly gần (1m) (quả)	15	50%

4	Tại chỗ đẩy bóng vào tường liên tục bằng một tay ở cự ly khoảng 60 cm (s)	25	83,3%
5	Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o và 45^o cự ly trung bình (4m) (quả).	30	100%
6	Hai người đứng đối diện nhau thực hiện kỹ thuật tại chỗ ném rổ một tay trên cao (quả).	29	96,6%
7	Bài tập với tạ ante (co gập cẳng tay, làm động tác ném rổ)	13	43,3%
8	Tại chỗ ném rổ một tay trên cao tại điểm ném phạt (quả)	30	100%
9	Chạy con thoi 28m x 2 lần (s)	27	90%
10	Trò chơi vận động	26	86,6%

Từ kết quả thu được ở Bảng 3.2, các bài tập bổ trợ nâng cao hiệu quả kỹ thuật một tay trên vai ném rổ đạt được sự đánh giá cao của các chuyên gia, HLV, Giảng viên đánh giá cao qua phỏng vấn có số phiếu đồng ý trên 83% được chúng tôi lựa chọn ứng dụng vào thực nghiệm 8 bài tập.

Bao gồm các bài tập:

*** Bài tập 1: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o cự ly gần (3m) (quả):** Mục đích: Rèn luyện cơ tay và sự chính xác. Yêu cầu: Thực hiện nhịp nhàng, đúng kỹ thuật Nội dung: Đứng cách rổ 3m, cầm bóng đúng cách, nhắm tới rổ ở góc 90^o. Số lần lặp lại: 10 quả liên tục.

*** Bài tập 2: Tập ném bóng vào một điểm trên bảng rổ (quả).** Mục đích: phát triển sức mạnh cơ tay và sự chính xác của đường bóng. Yêu cầu: Khi thực hiện phải tập trung, ném chuẩn vào điểm ngắm. Nội dung: Đứng cách bảng khoảng 4m, ném vào giữa ô hình chữ nhật trên bảng , lực vừa phải để điểm rơi của bóng là vào rổ. . Số lần lặp lại: 10 quả liên tục.

*** Bài tập 3: Tại chỗ đẩy bóng vào tường liên tục bằng một tay ở cự ly khoảng 60 cm (s)** Mục đích: Phát triển nhóm cơ tay - vai, cơ ngực. Yêu cầu: Thực hiện nhanh hết sức, tay và thân người phối hợp. Nội dung: Đứng cách tường 60cm, dùng lực từ thân người, truyền qua tay , đẩy mạnh bóng vào tường và bắt lại bóng bật ra, thực hiện liên tục.. Số lần lặp lại: 10 lần

*** Bài tập 4: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o và 45^o cự ly trung bình (4m) (quả)** Mục đích: Nhằm phát triển nhóm cơ tay và phát triển độ căn chuẩn trong ném rổ. Yêu cầu: Căn chuẩn các góc 90^o và 45^o . Nội dung: Đứng cách rổ 4m, Căn chỉnh tầm ném ở góc 90^o và 45^o , sử dụng sức và cổ tay hợp lý theo tầm góc ném . Số lần lặp lại: Ở mỗi góc ném thực hiện 5 quả liên tục.

***Bài tập 5: Hai người đứng đối diện nhau thực hiện kỹ thuật tại chỗ ném rổ một tay trên cao (quả):** Mục đích: Nhằm phát triển sức mạnh toàn thân, bắp tay , cổ tay và nhón tay. Yêu cầu: Dùng 2 chân bật hết sức tối đa để tạo lực nhún của cơ thể, truyền qua tay và bàn tay tạo độ bay và xoáy cho đường bóng bay. Nội dung: 2 SV đứng cách nhau khoảng 4m, thực hiện kỹ thuật chuẩn 1 tay trên vai ném rổ, ném cho người đối diện và ngược lại. Số lần lặp lại: 10 lần cho mỗi người.

***Bài tập 6: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao tại điểm ném phạt (quả):** Mục đích:

Hoàn thiện cho kỹ thuật kiểm tra hết môn. Yêu cầu: Thực hiện đúng kỹ thuật và độ chuẩn Nội dung: Đứng tại vị trí ném phạt, thực hiện kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ . Số lần lặp lại: mỗi lượt 5 người thực hiện lần lượt 5 quả.

***Bài tập 7: Chạy con thoi 28m x 2 lần (s):** Mục đích: Phát triển sức nhanh và khéo léo. Yêu cầu: chạy tốc độ và chuyển hướng nhanh. Nội dung: Xếp thành hàng ngang ở cuối sân, nghe còi chạy nhanh về vạch 28m, rồi chuyển hướng 180 chạy về vạch đích, rồi lặp lại 1 lượt nữa . Số lần lặp lại: 1-2 lần.

***Bài tập 8: Trò chơi vận động.** Mục đích: Phát triển sức nhanh, sức mạnh và chuyển động khéo léo. Yêu cầu: nhiệt tình, tích cực và phối hợp tốt . Thực hiện theo hướng dẫn của giáo viên. Nội dung: Trò chơi bóng ném, bóng rổ, ném vịt, xếp bóng... . Số lần lặp lại: 1 lượt (thua phạt chống đẩy để tăng sức mạnh cơ vai)

3.3 Đánh giá hiệu quả của các bài tập đã được lựa chọn

3.3.1 Đánh giá hiệu quả bài tập:

Bảng 3.1: Thống kê số sinh viên không đạt ở các nội dung kiểm tra và thi hết môn giữa nhóm TN và nhóm ĐC

TT	Thông số / Nhóm	Kết quả số sinh viên không đạt	
		SV nữ k đạt KT 1 tay trên vai ném rổ	SV nam k đạt KT 1 tay trên vai ném rổ
1	Nhóm thực nghiệm (n = 240)	46 = 33%	37 = 33,9%
2	Nhóm đối chứng (n=258)	71 = 50,8%	55 = 55,5%

Từ Bảng 3.1 ta nhận thấy rằng, kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ là nội dung khó và yêu cầu nhiều sức mạnh. Kỹ thuật này được đánh giá khá cao trong kết quả môn học Bóng rổ. Do đó việc lựa chọn các bài tập sức mạnh nhằm bổ trợ sức mạnh cơ tay cho sinh viên là hợp lý và cần thiết. Tỉ lệ sinh viên nữ của nhóm thực nghiệm không đạt ở nội dung 1 tay trên vai ném rổ là 33% so với nhóm đối chứng là 50,8%. Tỉ lệ sinh viên nam của nhóm thực nghiệm không đạt ở nội dung 1 tay trên vai ném rổ là 33,9% so với nhóm đối chứng là 55,5%.

3.3.2 Đánh giá hiệu quả ứng dụng:

Bảng 3.2: Kết quả kiểm tra kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ và kết quả kiểm tra kết thúc môn Bóng rổ của nhóm thực nghiệm với sinh viên nữ K39, K40.

TT	Thông số / Nhóm	Kết quả số sinh viên không đạt	
		SV Nữ K đạt KT 1 tay trên vai ném rổ	SV Nam K đạt KT 1 tay trên vai ném rổ
1	Nhóm thực nghiệm n = 240	46 = 33%	37 = 33,9%
2	Nhóm đối chứng	71 = 50,8%	55 = 55,5%

	n = 258		
3	Sinh viên K39 n = 480	139 = 49,7%	83 = 44,8%
4	Sinh viên K40 n = 479	142 = 50,6%	80 = 39,6%

Nhìn vào kết quả so sánh ở Bảng 3.2 chúng ta thấy rằng tỉ lệ số sinh viên không đạt ở KT 1 tay trên vai ném rổ của nhóm thực nghiệm nữ K41 là 33% thấp hơn hẳn sinh viên nữ K39 và K40 từ 19-20%. Tỉ lệ số sinh viên không đạt ở kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ của Nhóm thực nghiệm nam Khóa 41 là 33,9% thấp hơn hẳn sinh viên nữ K39 và K40 từ 11-15%. Như vậy rõ ràng thấy được hiệu quả khi áp dụng các bài tập nâng cao kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ.

Từ đó, chúng ta khẳng định việc lựa chọn một số bài tập bổ trợ nhằm nâng cao hiệu quả kỹ thuật 1 tay trên vai ném rổ cho sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng là có hiệu quả tốt.

V. KẾT LUẬN

4.1Lựa chọn được 8 bài tập đưa vào giảng dạy nhằm nâng cao hiệu quả kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ:

BT1: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o cự ly gần (3m) (quả);

BT2: Tập ném bóng vào một điểm trên bảng rổ (quả);

BT3: Tại chỗ đẩy bóng vào tường liên tục bằng một tay ở cự ly khoảng 60cm (s);

BT4: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao ở góc 90^o và 45^o cự ly trung bình (4m) (quả);

BT5: Hai người đứng đối diện nhau thực hiện kỹ thuật tại chỗ ném rổ một tay trên cao (quả);

BT6: Tại chỗ ném rổ một tay trên cao tại điểm ném phạt (quả);

BT7: Chạy con thoi 28m x 2 lần (s);

BT8: Trò chơi vận động.

4.2 Nhóm thực nghiệm sinh viên nữ sau 4 tháng tập luyện thêm bài tập bổ trợ có tỉ lệ không đạt giảm xuống còn 33% ở thực hiện kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ. Nhóm thực nghiệm nam sinh viên sau 4 tháng tập luyện thêm bài tập bổ trợ có tỉ lệ không đạt giảm xuống còn 33,9% ở thực hiện kĩ thuật 1 tay trên vai ném rổ

5. Kiến nghị:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sẽ được bộ môn GDTC đưa vào ứng dụng thực tiễn giảng dạy môn bóng rổ cho sinh viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Sử dụng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên học môn Bóng rổ hoặc giáo viên giảng dạy môn Bóng rổ trong và ngoài trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Can – Đỗ Mộng Ngọc (1982),** Những bài tập chiến thuật Bóng rổ, NXB TDTT, Hà Nội.
2. **Mạc Phương Thảo (2011)** – "Nghiên cứu lựa chọn một số bài tập nâng cao hiệu quả ném rổ cho vị trí hậu về đội tuyển bóng rổ trường Đại học TDTT Bắc Ninh" – Trường Đại học TDTT Bắc Ninh.
3. **Nguyễn Văn Trung – Phạm Văn Thảo và cộng sự (2003),** Giáo trình Bóng rổ, NXB TDTT, Hà Nội.
4. **Iu. M. Portnov (1997),** Bóng rổ, dịch Trần Văn Mạnh – Nguyễn Văn Hiếu, NXB TDTT, Hà Nội.

KHẢO SÁT ẢNH HƯỞNG CỦA THÓI QUEN UỐNG RƯỢU, HÚT THUỐC LÁ ĐẾN CÁC THÔNG SỐ TINH DỊCH

Trần Thị Thanh Bình[1], Nguyễn Khang Sơn[2], Phạm Thị Thu Thuỷ[1], Phạm Hồng Minh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát ảnh hưởng của rượu và thuốc lá đến các thông số tinh dịch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh với 414 nam giới không có tiền sử mắc các bệnh lý gây ảnh hưởng đến chất lượng tinh dịch.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ tinh trùng sống, tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường giảm dần khi lượng thuốc hút tăng lên. Tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới (PR) và mật độ tinh trùng giảm có ý nghĩa ở nhóm sử dụng rượu nhiều hơn 25 đơn vị cồn/tuần.

Từ khoá: thông số tinh dịch, thuốc lá, rượu

SUMMARY

INVESTIGATE THE EFFECT OF SMOKING AND DRINKING HABITS ON SEMEN PARAMETERS

Objective: Investigate the effect of smoking and drinking habits on semen parameters.

Methods: Case series study of 414 males with no history of disease affecting semen quality.

Results and conclusion: Surviving sperm and morphologically normal spermatozoa ratio decreased gradually as the amount of smoking increased. Morphologically normal spermatozoa ratio, progressively motile ratio (PR) and sperm concentration significantly decreased in group of men who consumed more than 25 units alcohol per week.

Key words: semen parameter, smoking, alcohol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay vấn đề vô sinh đang gây ảnh hưởng trực tiếp lên chất lượng cuộc sống của rất nhiều cặp vợ chồng tại Việt Nam và trên toàn thế giới. Từ thực tế và các số liệu nghiên cứu cho thấy vô sinh đang ngày càng phổ biến. Nguyên nhân gây ra sự suy giảm chức năng sinh sản ở những người đàn ông khoẻ mạnh - chưa từng phát hiện bệnh lý hay bất thường gì về cơ quan sinh sản - được cho là có liên quan đến các yếu tố lối sống không lành mạnh như sử dụng rượu, thuốc lá…[1], [3]. Tuy nhiên kết luận đó còn rất nhiều tranh cãi và tiếp tục đòi hỏi những kết quả nghiên cứu rõ ràng hơn để có một khuyến cáo điều chỉnh đúng đắn. Ở các nước khác đã có nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của vấn đề sử dụng rượu và thuốc lá lên sự thay đổi chất lượng tinh dịch của nam giới nhưng ở Việt Nam cho đến nay, vấn đề này vẫn chưa được chú trọng.

Chính vì những lý do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: "Khảo sát ảnh hưởng của rượu và thuốc lá đến các thông số tinh dịch"

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Bình
Email: tttbinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Nam giới đến xét nghiệm tinh dịch đồ tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ Mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** tất cả nam giới đến xét nghiệm tinh dịch đồ tại Trung tâm trong thời gian từ tháng 9/2017 đến hết tháng 6/2018.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** người có tiền sử hoặc đang mắc bệnh lý có thể gây ảnh hưởng đến các thông số tinh dịch (giãn tĩnh mạch tinh, tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn, tinh hoàn nhỏ hay hình dạng không bình thường, phẫu thuật vùng bìu – bẹn, tiền sử viêm tinh hoàn, viêm mào tinh, ung thư tinh hoàn hay mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, đang mắc các bệnh cấp tính, tiền sử mắc quai bị sau tuổi dậy thì) hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh
- Cỡ mẫu: $n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p(1-p)}{\Delta^2}$

Với tỷ lệ tinh dịch đồ bất thường p = 0,8544 theo nghiên cứu của Lê Hoàng Anh và Hồ Mạnh Tường (2012) [2]; $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; Δ = 0,05 có giá trị cỡ mẫu tối thiểu n = 191. Nghiên cứu được thực hiện với cỡ mẫu thực tế là 414.

- Thu thập số liệu:

+ Phỏng vấn trực tiếp đối tượng về tiền sử, tình trạng sức khoẻ hiện tại; thói quen và tình trạng sử dụng rượu, thuốc lá trong quá khứ và hiện tại. Thông tin được ghi vào bảng kiểm và chia thành các nhóm:

- Thói quen hút thuốc lá:

✓ Người hút thuốc: Có hút thuốc đều đặn trong thời gian 6 tháng tính đến thời điểm xét nghiệm (theo Asare Anane – 2016) [4]:

Hút ít: < 5 điếu/ngày

Hút vừa: 5 – 10 điếu /ngày

Hút nhiều: > 10 điếu/ngày

✓ Người không hút thuốc

- Thói quen uống rượu: Quy đổi ra đơn vị cồn/tuần. 1 đơn vị cồn tương đương 1 lon bia 330ml (5%), 1 cốc bia hơi (350ml), 1 ly rượu vang (100ml) hoặc 1 chén rượu mạnh 30ml (40%). Chia thành các mức (theo Jensen – 2014) [5]:

Nhóm 1: Không uống hoặc rất ít khi uống

Nhóm 2: Uống với lượng tối đa 25 đơn vị cồn/tuần

Nhóm 3: Uống nhiều hơn 25 đơn vị cồn/tuần

+ Mẫu tinh dịch được lấy tại và phân tích theo quy trình của Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ Mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội dựa trên tiêu chuẩn WHO 2010.

- Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các đối tượng nghiên cứu được thông tin đầy đủ về mục đích nghiên cứu. Thông tin liên quan đến đối tượng được giữ kín. Mẫu tinh dịch được huỷ ngay sau nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khi điều tra về thói quen hút thuốc, chúng tôi thấy có 279/414 người không hút thuốc (chưa bao giờ hút thuốc hoặc đã từng hút nhưng bỏ trên 6 tháng); 135 người có hút thuốc lá. Khi so sánh các trung bình giữa 2 nhóm này, các chỉ số ở nhóm có hút đều thấp hơn so với nhóm không hút thuốc lá. Tuy nhiên sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05 ở tất cả các thông số xem xét (bảng không thể hiện).

Bảng 1. So sánh trung bình các thông số giữa các nhóm có và không hút thuốc lá

Hút thuốc / Thông số	Không hút thuốc (n = 279)	Hút ít (n = 66)	Hút vừa (n = 20)	Hút nhiều (n = 49)	p
Thể tích (ml)	3 ± 1,17	2,86 ± 1,16	3,13 ± 1,44	3,06 ± 1,36	>0,05
Mật độ (triệu/ml)	74,39 ± 63,98	70,62 ± 50,86	74,92 ± 66,06	74,15 ± 62,75	>0,05
Tỷ lệ sống (%)	76,37 ± 20,99	77,15 ± 17,48	76,4 ± 18,37	74,69 ± 25,38	>0,05
Hình thái bình thường (%)	4,67 ± 3,28	4,7 ± 2,88	4,35 ± 3,84	4,29 ± 2,96	>0,05
Di động tiến tới (%)	41,01 ± 21,68	39,42 ± 22,21	36,1 ± 21,78	41,47 ± 22,29	>0,05

Tiếp tục chia nhóm hút thuốc lá thành các nhóm nhỏ hơn và so các thông số tinh dịch của 4 nhóm, thu được kết quả như ở bảng 1. Ở thông số thể tích tinh dịch, mật độ tinh trùng và tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới thấy có sự dao động không có quy luật giữa các nhóm. Với tỷ lệ tinh trùng sống và tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường có thể thấy các thông số giảm dần khi lượng thuốc lá hút tăng lên.

Bảng 2. Nguy cơ bất thường tinh dịch đồ ở người hút thuốc lá

Tinh dịch đồ / Thuốc lá	Bình thường	Bất thường	Tổng	p
Không hút (1)	146 52,33%	133 47,67%	279 100%	
Hút ít (<5 điếu/ngày) (2)	35 53,03%	31 46,97%	66 100%	**p(1,2) > 0,05**
Hút vừa (5 – 10 điếu/ngày) (3)	8 40%	12 60%	20 100%	**p(1,3) > 0,05**
Hút nhiều (>10 điếu/ngày) (4)	22 44,9%	27 51,1%	49 100%	**p(1,4) > 0,05**
Tổng	**211 50,97%**	**203 49,03%**	**414 100%**	

Bảng 2 cho thấy ở nhóm nam giới không hút thuốc và hút ít dưới 5 điếu/ngày, tỷ lệ nam giới có kết quả tinh dịch đồ bình thường cao hơn so với nam giới có tinh dịch đồ bất thường (lần lượt là 146/133 và 35/31). Ở nhóm hút thuốc lá với lượng vừa và nhiều thì kết quả ngược lại, tỷ lệ nam giới tinh dịch đồ bất thường lại cao hơn. Tuy nhiên khi xét sự khác biệt về tỷ lệ tinh dịch đồ bất thường giữa nhóm không hút thuốc (nhóm 1) và từng nhóm có hút thuốc còn

lại (nhóm 2, 3, 4 như bảng 2) thì thấy sự khác biệt của từng cặp đều là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3. So sánh trung bình các thông số tinh dịch giữa các nhóm sử dụng rượu

Uống rượu / Thông số	Nhóm 1 (không uống hoặc uống rất ít) (n = 164)	Nhóm 2 (có uống ≤ 25 đv cồn/tuần) (n = 177)	Nhóm 3 (uống trên 25 đv cồn/tuần) (n = 73)	ANOVA
Thể tích(ml)	3,06 ± 1,3	3,11 ± 1,09	2,76 ± 1,21	p > 0,05
Mật độ (triệu/ml)	65,78 ± 56,78	83 ± 64,4	67,38 ±64,02	p < 0,05
Tỷ lệ sống (%)	75 ± 22,16	79,15 ± 16,59	72,27 ± 25,98	p > 0,05*
Tỷ lệ di động tiến tới (%)	38,71 ± 22,43	43,8 ± 20,54	36,95 ± 23,02	p < 0,05
Tỷ lệ hình thái bình thường (%)	4,24 ± 3,19	5,11 ± 3,32	4,26 ± 2,78	p < 0,05

*: sử dụng Krusal-wallis H test

Bảng 3 cho thấy các giá trị trung bình cao nhất nằm ở nhóm 2: có sử dụng rượu với lượng từ 25 đơn vị cồn/tuần trở xuống và thấp nhất ở nhóm 3 – nhóm sử dụng bia rượu nhiều thường xuyên, trên 25 đơn vị cồn/tuần.

Trung bình của thể tích, mật độ, tỷ lệ di động tiến tới và tỷ lệ hình thái bình thường có phương sai như nhau. Dùng kiểm định ANOVA để so sánh các trung bình của 3 nhóm thấy trung bình về thể tích ở 3 nhóm là như nhau (p > 0,05) còn mật độ, tỷ lệ di động tiến tới và hình thái bình thường ở 3 nhóm có sự khác biệt (p < 0,05).

Cụ thể trung bình nhóm 2 cao hơn nhóm 3 (p < 0,05) về thể tích tinh dịch, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới và tỷ lệ hình thái bình thường. Nhóm 2 khác biệt với nhóm 1 ở tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới và mật độ.

Tỷ lệ sống của tinh trùng trong mẫu xuất tinh có phương sai khác nhau, sử dụng kiểm định Kruskal-wallis H để so sánh tỷ lệ tinh trùng sống giữa 3 nhóm thấy p = 0,306 (> 0,05). Như vậy trung bình của 3 nhóm về tỷ lệ tinh trùng sống không khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Khi đánh giá trung bình các thông số tinh dịch ở nhóm có hút và không hút thuốc lá, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể giải thích do nhóm hút thuốc lá có cỡ mẫu nhỏ hơn so với nhóm không hút và lượng thuốc lá mà mỗi người sử dụng là khác nhau. Những người hút thuốc lá với lượng ít, mới bắt đầu hút trong thời gian ngắn, các thông số tinh dịch chỉ bị suy giảm ít hoặc chưa bị thay đổi, dẫn đến sai khác không đáng kể giữa 2 nhóm.

Khi chia nhỏ nhóm có hút thuốc lá để so sánh các thông số, chúng tôi nhận thấy có sự suy giảm ở tỷ lệ tinh trùng sống và tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường khi lượng thuốc lá sử dụng tăng lên (bảng 1). Kết quả này giống với nghiên cứu của Asare – Anane

năm 2016 (tác giả cũng chia nhóm mức độ hút thuốc như trong nghiên cứu của chúng tôi). Ngoài ra Asare – Anane còn ghi nhận thêm sự suy giảm mật độ tinh trùng [4]. Tác giả cũng ghi nhận giữa nhóm có hút thuốc so với nhóm không hút thuốc, nguy cơ giảm thể tích tinh dịch cao hơn 2,1 lần; nguy cơ xuất hiện oligozoospermia tăng 3,1 lần; asthenozoospermia cao hơn 4,2 lần và teratozoospermia cao gấp 4,7 lần. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì sự chênh lệch tinh dịch đồ bất thường nói chung giữa từng nhóm hút thuốc lá ít – vừa – nhiều so với nhóm không hút đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi mâu thuẫn với Asare – Anane nhưng thống nhất với Shi X. (2018), tác giả này cũng cho rằng hút thuốc lá không ảnh hưởng đến gia tăng bất thường tinh dịch đồ [6].

Có nhiều nghiên cứu ngang khác cũng đã được tiến hành để nghiên cứu ảnh hưởng của thuốc lá lên chất lượng tinh dịch, tuy nhiên giá trị cắt cho lượng thuốc lá sử dụng của mỗi tác giả rất khác nhau. Vấn đề chọn mẫu giữa các nghiên cứu cũng không đồng nhất, dẫn đến kết luận cuối cùng còn nhiều mâu thuẫn và gây khó khăn khi so sánh giữa các nghiên cứu. Khi mẫu nghiên cứu bao gồm cả đối tượng vô sinh – hiếm muộn, các đặc tính về tinh dịch của họ sẽ khác biệt so với người sinh sản bình thường dù có ảnh hưởng của sử dụng thuốc lá hay không. Đây cũng là hạn chế trong nghiên cứu ngang này của chúng tôi.

Tuy chưa có mối quan hệ cụ thể nào giữa việc hút thuốc lá và vô sinh nam, nhưng những tác hại của các chất độc trong thuốc lá là có thực và bằng chứng có được về hút thuốc lá và khả năng sinh sản nam giới ủng hộ việc cai thuốc lá ở đàn ông.

Về thói quen sử dụng đố uống có cồn, chúng tôi nhận thấy các thông số trung bình ở nhóm sử dụng rượu dưới 25 đơn vị/tuần không giảm mà thậm chí còn có phần tốt hơn so với nhóm không uống rượu, điều này cũng được chỉ ra ở một số nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên khi so sánh giữa 2 nhóm có sử dụng rượu thì thấy các thông số đều có sự suy giảm ở nhóm sử dụng nhiều, trong đó giảm có ý nghĩa ở mật độ tinh trùng, tỷ lệ di động tiến tới và tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường (bảng 3). Như vậy sử dụng rượu thường xuyên mức độ nhiều có gây ảnh hưởng xấu đến các thông số tinh dịch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jensen (2014) [5].

Nghiên cứu của Anifandis và cộng sự (2014) nhận thấy thể tích tinh dịch ở người có uống rượu thấp hơn so với người không uống rượu và khi nghiên cứu thêm về đứt gãy AND, các tác giả thấy tỷ lệ quầng halo nhỏ ở người uống rượu trên 7 đơn vị/tuần cao đáng kể hơn so với người uống rượu với lượng dưới 7 đơn vị/tuần, ngoài ra không tìm thấy sự khác biệt khác. Tác giả cũng cho rằng có thể có sự tồn tại tính nhạy cảm di truyền khác nhau về mức độ dung nạp rượu ở từng người [7]. Tuy nhiên cũng có các nghiên cứu không tìm được ảnh hưởng xấu của việc sử dụng rượu đến chất lượng tinh dịch nam giới như nghiên cứu của Shi (2018), Li (2009) [6], [8].

Như vậy có thể thấy qua nghiên cứu này vẫn chưa khẳng định được rõ ràng mức độ ảnh hưởng và liều lượng ảnh hưởng của rượu đến vấn đề sinh sản nam giới. Nhưng khuyến cáo hạn chế rượu ở nam giới với mục đích dự phòng suy giảm khả năng sinh sản vẫn là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- **Thói quen uống rượu:**

Tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới và mật độ tinh trùng giảm có ý nghĩa ở nhóm sử dụng rượu nhiều hơn 25 đơn vị cồn/tuần.

- **Thói quen hút thuốc lá**

Tỷ lệ tinh trùng sống, tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường giảm dần khi lượng thuốc lá hút tăng lên.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nam giới nên hạn chế uống rượu và hút thuốc lá nhằm dự phòng sự suy giảm chất lượng tinh dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Mạnh Tường (2014).** Định lượng ROS trong tinh dịch và phân mảnh ADN tinh trùng trong chẩn đoán và điều trị hiếm muộn nam. Hà Nội, 67–71.
2. **Lê Hoàng Anh và Hồ Mạnh Tường (2012).** Kết quả 4060 tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn WHO 2010 tại Việt Nam. Y Học Sinh Sản, **23**, 53–54.
3. **Fullston T., McPherson N.O., Zander-Fox D. et al (2017).** The most common vices of men can damage fertility and the health of the next generation. J Endocrinol, **234**(**2**), F1–F6.
4. **Asare-Anane H., Bannison S.B., Ofori E.K. et al (2016).** Tobacco smoking is associated with decreased semen quality. Reprod Health, **13**.
5. **Jensen T.K., Gottschau M., Madsen J.O.B. et al (2014).** Habitual alcohol consumption associated with reduced semen quality and changes in reproductive hormones; a cross-sectional study among 1221 young Danish men. BMJ Open, **4**(**9**), e005462–e005462.
6. **Shi X., Chan C.P.S., Waters T. et al (2018).** Lifestyle and demographic factors associated with human semen quality and sperm function. Syst Biol Reprod Med, 1–10.
7. **Anifandis G., Bounartzi T., Messini C.I. et al (2014).** The impact of cigarette smoking and alcohol consumption on sperm parameters and sperm DNA fragmentation (SDF) measured by Halosperm®. Arch Gynecol Obstet, **290**(**4**), 777–782.
8. **Li Y., Lin H., Ma M. et al (2009).** Semen quality of 1346 healthy men, results from the Chongqing area of southwest China. Hum Reprod, **24**(**2**), 459–469

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN VĨNH BẢO, HẢI PHÒNG NĂM 2020

Phạm Văn Tuy[1], Đặng Văn Chức[1], Đinh Quang Trung[2], Nguyễn Thị Chi[3], Hoàng Sông Thao[4], Vũ Quang Hưng[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 280 trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã, huyện Vĩnh Bảo năm 2020 nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đế suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với suy dinh dưỡng thấp còi gồm: Cân nặng khi sinh <2500g (OR=5,4, p=0.032), mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp (OR=2,06), học vấn mẹ dưới hoặc bằng THCS (OR=207), mẹ làm nghề nghiệp khác so với làm ruộng (OR=2,26), mẹ có BMI <18,5 trước khi sinh (OR=3,47), mẹ không được bổ sung vi chất sau khi sinh (OR=1,93) và gia đình đông con (OR=2,005). Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê gồm: giới, tuổi, mắc tiêu chảy cấp 2 tuần gần ngày điều tra, bú mẹ ngay sau sinh, cai sữa <18 tháng, ăn sam trước 6 tháng đầu, ăn dưới 3 bữa/ngày, bổ sung vitamin A, nghề nghiệp mẹ, thu nhập thấp.

Từ khóa. Suy dinh dưỡng thấp còi, yếu tố liên quan, BMI (Body Mass Index).

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RALATED TO STUNTING IN CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD AT 2 COMMUNES, VINHBAO IN 2020

Objective. The study was done to describe some risk factors related to stunting in children less than 5 years old at Dung Tien and Viet Tien, Vinh Bao in 2020. Subjects and Method. Subjects included 280 pair of children less than 5 years old and their mothers. The method was a cross-sectional study. Results and conclusions. Some risk factors that were significantly associated with stunting included: birthweight <2500g (OR=5.4), acute respiratory infection (OR=2.06), maternal education level less than high school (OR=2.07), maternal miscellaneous profession(OR=2.26), maternal BMI before birth <18.5 (OR=3,47), no maternal micronutrient supplement (OR=1.93) multi-child family (OR=2.005). Some risk factors that were not significantly associated with stunting included sex, age, first breastfeeding > 1 hour after birth, acute diarrhea in the last two weeks, wean less than <18 months, solid food less than first 6 months, eating less than 3 times a day, no child vitamin A supplement, maternal profession, maternal low income

Keyword. Malnutrition, risk factors, Body Mass Index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chiều cao của trẻ em Việt Nam gần đây đã có sự cải thiện đáng kể nhưng nhìn chung vẫn thấp hơn so với chuẩn quốc tế. Nam thanh niên Việt Nam thấp hơn chuẩn quốc tế 13,1cm và nữ thấp hơn 10,7cm [6]. Nhìn

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Công an Ninh Bình*
[3]*Trung tâm Y tế dự phòng huyện Vĩnh Bảo*
[4]*Trung tâm kiểm định Lạng Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Tuy
Email: pvtuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

chung tỷ lệ SDD của trẻ em trong những thập kỷ qua đã có nhiều cải thiện nhưng tính đến năm 2017, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể thấp còi ở nước ta vẫn ở mức báo động với gần 30% [6].

Vào năm 2016, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi của thành phố Hải Phòng như sau: thể nhẹ cân 7,6%, thể thấp còi 18,8%, thể gầy còm 3,1% [7]. Huyện Vĩnh Bảo năm 2017, tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân 8,15%, thể thấp còi 14,8% [7]. Vĩnh Bảo là huyện nằm ở cửa ngõ phía Tây Nam thành phố Hải Phòng gồm có 29 xã và 01 thị trấn, với diện tích tự nhiên là 18.054 ha, dân số khoảng 195.000 người, số trẻ em dưới 5 tuổi khoảng 6,72%. Trong những năm qua tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em đã được cải thiện nhưng vẫn còn ở mức cao, đặc biệt là SDD thể thấp còi. Yếu tố nguy cơ nào liên quan đến thấp còi còn chưa được quan tâm nghiên cứu thỏa đáng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi 2 tại xã, huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 5 tuổi và mẹ của trẻ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ. Tiêu chuẩn loại trừ: gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, trẻ mắc các bệnh di truyền, tim bẩm sinh, chấn thương cắt cụt chi, bó bột làm ảnh hưởng đến cân nặng, gây sai lệch nhiều khi thông kê.

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 xã Dũng Tiến và Việt Tiến, huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được

p: tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi tại Việt Nam năm 2017 (23,8%) [2]

Δ: Sai số mong muốn = 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với α = 0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$ =1,96

Thay số vào công thức ta tính được n = 278, như vậy, cỡ mẫu tối thiểu làm tròn là 280 cặp mẹ con dưới 5 tuổi tham gia vào nghiên cứu.

Mẫu được lựa chọn theo phương pháp nhiều giai đoạn: Giai đoạn 1: chủ động chọn huyện Vĩnh Bảo; giai đoạn 2: chọn ngẫu nhiên 2 xã thuộc huyện Vĩnh Bảo; giai đoạn 3: chọn ngẫu nhiên hệ thống đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu:

Tuổi và giới của trẻ, tuổi, nghề, học vấn của mẹ và thu nhập của gia đình.

- Một số yếu tố liên quan:

Giới, tuổi, cân nặng khi sinh, mắc bệnh tiêu chảy cấp, nhiễm khuẩn hô hấp cấp trong 2 tuần qua, thời gian bú mẹ sau đẻ, cai sữa dưới 18 tháng, thời gian cho ăn bổ sung < 6 tháng, số bữa ăn ngày đối với trẻ trên 6 tháng, bổ sung vitamin A cho trẻ, học vấn mẹ, nghề nghiệp mẹ, thu nhập mẹ, BMI, bổ sung vi chất mẹ, số con trong gia đình

2.2.4. Thu thập thông tin

Thu thập thông tin gồm 2 phần:

- Nhân trắc để xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi: khi Zscore của chiều cao/tuổi < -2 SD.

- Phỏng vấn bà mẹ để xác định một số yếu tố liên quan. BMI mẹ <18,5 mẹ thiếu cân, gầy. Thu nhập mẹ < 900.000 đ/người/tháng là thu nhập thấp [2], [6].

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh thông thường trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Trong 280 cặp mẹ - con tham gia nghiên cứu:

- 140 trẻ trai chiếm 50% và 140 trẻ gái chiếm 50%.
- 47 trẻ < 12 tháng, 74 trẻ 12-<24 tháng, 56 trẻ 24-<36 tháng, 47 trẻ 36-<48 tháng và 56 trẻ 48-<60 tháng.
- 0,7% mẹ <20 tuổi, 42,1% 20-29 tuổi, 55,0% 30-39 tuổi, 2,1% từ 40 trở lên.
- 1,4% mẹ có học vấn tiểu học, 23,9% mẹ THCS, 52,1% THPT và 22,5% mẹ Trung học chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học.
- Mẹ làm ruộng 14,3%, cán bộ viên chức 16,1%, tiểu thương, nội trợ 21,1% và khác 48,6%. Có 1,8% mẹ nghèo, 82,9% trung bình và 15,4% khá và giầu.
- 78 trẻ mắc suy dinh dưỡng thấp còi.

3.2. Liên quan thấp còi với một số yếu tố liên quan

Bảng 1. Liên quan giữa thấp còi với yếu tố từ phía trẻ

Yếu tố liên quan	Thấp còi		Tổng	95% CI, p
	Có	Không		
Giới				
Trai	37	103	140	0,87(0,51-1,46) > 0,05
Gái	41	99	140	
Nhóm tuổi				
0 – 12	12	35	47	OR = 1
13 – 24	23	51	74	0,76 (0,33-1,73) > 0,05
25 – 36	16	40	56	0,86 (0,36-2,07) > 0,05
37 – 48	13	34	47	0,89 (0,36-2,24) > 0,05
49 – 60	14	42	56	1,02 (0,42-2,51) > 0,05
Cân khi sinh*				
<2500 g	4	2	6	5,4 (1,01-30,1) < 0,05
≥ 2500 g	74	200	274	
Tiêu chảy cấp				
Có	14	28	42	1,36 (0,67-2,74) > 0,05
Không	64	174	238	

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp*				
Có	20	29	49	2,06 (1,08-3,91) < 0,05
Không	58	173	231	

* yếu tố có liên quan với thấp còi

Nhận xét. Trong số các yếu tố từ phía trẻ, SDD thấp còi chỉ liên quan với NKHHC mà trẻ mắc phải trong vòng 2 tuần trở lại đây với OR =2,06, 95%CI từ 1,08 đến 3,19 và p<0,05. Trẻ có cân nặng lúc sinh <2500g thì nguy thấp còi tăng lên 5,4 lần so với trẻ có cân nặng khi sinh bình thường.

Bảng 2. Liên quan thấp còi với yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ

Yếu tố liên quan	Thấp còi		Tổng	95%CI, p
	Có	Không		
Bú mẹ sau sinh				
> 1 giờ đầu	34	75	109	1,31(0,77-2,22)>0,05
≤ 1 giờ đầu	44	127	171	
Cãi sữa trước <18 tháng*				
< 18 tháng	34	46	80	2,62(1,5-4,52)<0,05
≥ 18 tháng	44	156	200	
Ăn sam < 6 tháng				
< 6 tháng	27	76	103	0,88(0,51-1,52)>0,05
≥ 6 tháng	51	126	177	
Số bữa ăn ngày				
≤ 3 bữa	20	67	87	0,69(0,36-1,25)>0,05
> 3 bữa	58	135	193	
Bổ sung vitamin A				
Không	43	121	164	0,81(0,48-1,38)>0,05
Có	35	80	115	

* yếu tố có liên quan với thấp còi

Nhận xét. Trong số các yếu tố dinh dưỡng và chăm sóc trẻ, SDD thấp còi chỉ liên quan với trẻ bị cai sữa sớm trước 12 tháng với OR=2,62, 95%CI từ 1,5 đến 4,52 và p<0,05.

Bảng 3. Liên quan thấp còi với một số yếu tố từ phía mẹ

Yếu tố liên quan	Thấp còi		Tổng	95%CI, p
	Có	Không		
Học vấn mẹ*				
≤ THCS	28	43	71	2,07(1,17-3,67)<0,05
THPT và trên	50	159	115	

Nghề nghiệp mẹ				
Làm ruộng	16	24	40	OR=1
CB, CNVC	10	35	45	1,47(0,66-3,29)>0,05
Tiểu thương, nội trợ	21	38	59	1,2(0,53-2,76)>0,05
Khác (may, làm đầu..)*	31	105	136	2,26(1,07-4,77)<0,05
Thu nhập				
Thấp	2	3	5	1,75(0,28-10,65)>0,05
Từ trung bình trở lên	76	199	275	
BMI mẹ*				
<18,5 kg/m^2	13	11	24	3,47(1,48-8,13)<0,05
≥ 18,5 kg/m^2	65	191	256	
Bổ sung vi chất mẹ*				
Không được	39	69	108	1,93(1,13-3,28)<0,05
Được bổ sung	39	133	172	
Số con*				
> 2 con	31	50	81	2,005(1,15-3,49)<0,05
≤ 2 con	47	152	199	

* yếu tố có liên quan với thấp còi

Nhận xét: Trong số các yếu tố từ phía mẹ, học vấn mẹ ≤ THCS (OR=2,07), mẹ làm nghề khác như làm đầu, thợ may. (OR=2,26 liên quan nghịch), mẹ có BMI <18,5 (OR=3,47), mẹ không được bổ sung vi chất (OR=1,93), và gia đình đông con OR=2,005.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Yếu tố liên quan từ phía trẻ

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ có cân nặng sơ sinh thấp (<2500g) có nguy cơ SDD thấp còi gấp 5,4 lần so với trẻ sinh đủ cân (p<0,05). Trẻ mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp nguy cơ thấp còi tăng lên 2,06 lần so với trẻ ít mắc nhiễm khuẩn hô hấp với 95%CI từ 1,08 đến 3,91 và p<0,05.

Các yếu tố giới, tuổi, tiêu chảy cấp không liên quan với SDD thấp còi trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu cắt ngang của Sinead Boylan và CS [10] trên 396 trẻ 0-24 tháng tại Brunei cho thấy trẻ trai dễ SDD hơn trẻ gái. Ngoài ra tác giả thấy những trẻ có sinh trước 37 tuần (OR=2,48), và cân nặng lúc sinh thấp <2500g (OR=2,99) liên quan đến SDD. Những trẻ sinh non và nhẹ cân trước hết là trẻ có cân nặng lúc sinh thấp, lại có nhiều nguy cơ như suy hô hấp, nhiễm khuẩn nhất là nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa…làm cho trẻ chậm lớn, thiếu dinh dưỡng trường diễn, thường có cân nặng và chiều cao thấp hơn rất nhiều so với trẻ cùng tuổi [1].

Hoàng Đức Hạ và CS [2] cho thấy cân nặng lúc sinh thấp (OR=3,7), không được tiêm phòng (OR=3,5) và không được bổ sung vi chất (OR=2,1). Trẻ cai sữa sớm (OR=3,2) liên quan chặt chẽ với SDD thấp còi.

Nghiên cứu của Miranti và CS [9] ở trung tâm Y tế Kinovaro Sigi cũng có kết quả tương tự của chúng tôi và Nguyên Xuân Hùng cụ thể trẻ không được tiêm chủng phòng các bệnh nhiễm khuẩn (OR=0,198), trẻ chỉ bú mẹ thuần túy (OR=0,082), trẻ có tiền sử mắc bệnh nhiễm khuẩn (OR=9,375) và trẻ sinh nhẹ cân (OR=5,294).

4.2. Yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ

Trong số các yếu tố nuôi dưỡng chăm sóc trẻ chúng tôi không thấy có yếu tố trẻ phải cai sữa trước 18 tháng thì nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng l ên 2,62 lần so với trẻ được bú mẹ dài hơn (bảng 2).

Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng tốt nhất cho trẻ em. Trong sữa mẹ ngoài nguồn dinh dưỡng, còn có các yếu tố miễn dịch giúp cho trẻ chống lại bệnh tật. Người ta thấy rằng ở lứa tuổi này trẻ vẫn nằm trong "khoảng trống miễn dịch", một lượng lớn IgG cho trẻ vẫn đến từ bú mẹ. Do đó nếu trẻ phải cai sữa sớm trong khi hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện nên dễ mắc bệnh nhiễm trùng, làm trẻ tăng tiêu thụ dinh dưỡng, yếu tố vi lượng… dẫn đến SDD trong đó có SDD thấp còi.

4.3. Yếu tố từ phía mẹ và gia đình

Bảng 3. Cho thấy một số yếu tố liên quan có ý nghĩa với thấp còi gồm học vấn mẹ thấp, nghề mẹ, BMI mẹ ngay trước khi sinh <18,5, mẹ không được bổ sung vi chất sau sinh, gia đình đông con.

Học vấn mẹ, nghề nghiệp và thu nhập là yếu tố từ phía người mẹ liên quan rất mạnh với SDD các loại trong đó có SDD thấp còi vì đây là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe bệnh tật của trẻ.

Mẹ có học vấn thấp thường không có được nghề nghiệp ổn định và có thu nhập cao do đó ảnh hưởng đến chế độ dinh dưỡng của trẻ và gia đình. Trẻ dễ mắc bệnh. Mẹ có học vấn thấp phải làm việc nhiều để tăng thêm thu nhập do đó việc chăm sóc trẻ thường để cho anh/chị hay ông bà chăm sóc sẽ không tốt bằng mẹ trực tiếp chăm sóc con. Khi thu nhập thấp việc tiếp cận các dịch vụ như y tế, nước sạnh… cho bản thân mẹ và con cái là kém do đó gia đình càng dễ mắc bệnh hơn. Mẹ có học vấn thấp thì việc tiếp cận kiến thức về bệnh tật, chăm sóc sức khỏe cho con và các thành viên khác trong gia đình kém. Đây có thể nói là vòng xoắn bệnh lý của những gia đình có thu nhập thấp. Trong nghiên cứu này mẹ có học vấn thấp nguy cơ con họ SDD thấp còi tăng lên 2,07 lần, mẹ có nghề nghiệp không ổn định con họ SDD thấp còi tăng lên 2,26 lần. Nhận xét này cũng phù hợp với nhận xét của Trần Văn Điển [1], Hà Hồng Hạnh [3], Nguyễn Xuân Hùng [4] và Hoàng Thị Thu Trang[5].

Tình trạng dinh dưỡng của mẹ khi có thai và sau khi sinh là vô cùng quan trọng cho sự phát triển của trẻ đặc biệt là sự phát triển chiều cao và não bộ của trẻ. Chúng tôi thấy BMI của mẹ ngay trước sinh <18,5 làm tăng nguy cơ trẻ SDD thấp còi lên 3,47 lần và mẹ không được bổ sung vi chất sau sinh làm tăng SDD thấp còi ở con họ lên 1,93 lần. BMI hay có tác giả sử dụng cân nặng mẹ tăng được khi mang thai để đánh giá sự phát triển của trẻ trong thời kỳ bào thai. Nếu mẹ tăng cần <12 kg khi có thai, BMI thấp <18,5 tức là tình trạng dinh dưỡng mẹ khi có thai kém, trẻ có nguy thiếu hụt dinh dưỡng ngay khi còn trong bụng mẹ, khi sinh ra thường là

tình trạng đẻ nhẹ cân, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn làm tăng tiêu thụ năng lượng mà bị SDD. Do đó sau khi sinh các bà mẹ có BMI kém nói riêng và các bà mẹ sau sinh nói chung cần được bổ sung các vi chất dinh dưỡng cần thiết có sự phát triển của trẻ như đã được nhắc tới ở phần trên. Các vi chất này sẽ được cung cấp cho trẻ qua nguồn sữa mẹ, giúp cho trẻ phát triển chiều cao, phòng các bệnh nhiễm khuẩn tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu mà phát triển ngày càng tốt hơn, nhất là vượt qua mốc 1000 ngày đầu đời, một khải niệm mới mẻ và có tính khoa học cao.

Ở gia đình đông con trẻ thường chịu thiệt thòi nhiều. Bố/mẹ không có nhiều thời gian để chăm sóc trẻ do đó dễ bị ốm hơn những trẻ được trực tiếp bố/mẹ chăm sóc. Gia đình đông con thường hay để dành thức ăn cho trẻ bé, những trẻ khác không được dành thức ăn đầy đủ dễ SDD hơn trẻ được quan tâm dành đầy đủ dinh dưỡng. Hơn nữa gia đình đông con, những đứa lớn trong nhà đã phải giúp đỡ gia đình việc nhà, ngoài đồng… làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của các cháu rất sớm.

Belén Irarrázaval và CS [2] nghiên cứu ảnh hưởng thực hành nuôi trẻ với SDD ở trẻ em Haiti dưới 2 tuổi cũng cho thấy gia đình đông con liên quan đến SDD thấp còi. Ngoài ra tác giả còn thấy trẻ trai, lớn tuổi, học vấn mẹ thấp liên quan chặt với SDD thấp còi.

Hoàng Đức Hạ và CS [2] khảo sát nhiều yếu tố từ phía trẻ, từ phía người mẹ, yếu tố chăm sóc trẻ và kích thước gia đình. Kết quả phân tích cho thấy gia đình đông con liên quan với SDD thấp còi với OR 2,0 95%CI từ 1,1 đến 3,8 và p<0,05.

V. KẾT LUẬN

Yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với suy dinh dưỡng thấp còi gồm:

Cân nặng khi sinh <2500g (OR=5,4, p=0.032), mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp (OR=2,06), học vấn mẹ dưới hoặc bằng THCS (OR=207), mẹ làm nghề nghiệp khác so với làm ruông (OR=2,26), mẹ có BMI <18,5 trước khi sinh (OR=3,47), mẹ không được bổ sung vi chất sau khi sinh (OR=1,93) và gia đình đông con (OR=2,005).

Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê gồm: giới, tuổi, mắc tiêu chảy cấp 2 tuần gần ngày điều tra, bú mẹ ngay sau sinh, cai sữa <18 tháng, ăn sam trước 6 tháng đầu, ăn dưới 3 bữa/ngày, bổ sung vitamin A, nghề nghiệp mẹ thu nhập thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Điển (2014),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
2. **Hoàng Đức Hạ,** Trần Phương Liên, Đặng Việt Linh và Đặng Văn Chức (2020), "Một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2018", Tạp chí Y học Dự Phòng, Tập 30, số 2 , trang 136-141
3. **Hà Hồng Hạnh (2020),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại Phục Lễ, Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2020, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa khoa 2014-2020, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Nguyễn Xuân Hùng, Đặng Văn Chức, Phạm Duy Tường và Đặng Việt Linh (2019**), "Một số yếu tố liên quan và hiệu quả

can thiệp làm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 12-36 tháng tại Kim Động, Hưng Yên năm 2017", Y học Việt Nam, số đặc biệt, tập 484, trang 428-436.

5. **Hoàng Thị Thu Trang (2019),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ viêm phổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Viện Dinh dưỡng (2010),** Báo cáo tình hình thực hiện dự án phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em giai đoạn 2006-2010 và đề xuất dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng giai đoạn 2011-2015, Viện Dinh dưỡng, Hà Nội.
7. **Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản thành phố Hải Phòng (2016),** Tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thành phố Hải phòng năm 2016, tr.1-2.
8. **Belén Irarázaval et al (2018),** "Influence of Feeding Practices on malnutrition in Haitian Infants and Young Children", Nutrients, 20;10(3):382.
9. **Miranti et al (2020),** "Determinants of the incidence of stunting in the working area of Kinovaro Sigi Health Center", Enferm Clin, 30 Suppl 4:246-252.
10. **Sinead Boylan et al (2017),** "Prevalence and risk of moderate stunting among a sample of children aged 0-24 months in Brunei", Matern Child Health J, 21(12)2256-2266.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN LOẠN THẦN DO RƯỢU SAU KHI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI PHÒNG

Lê Sao Mai[1], Nguyễn Quang Đại[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với một số đặc điểm liên quan. 2. Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân loạn thần do rượu sau khi điều trị.

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành trên 64 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD10 đang điều trị tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được thu thập các thông tin về tuổi, tình trạng kinh tế, thời gian nghiện rượu, thời gian điều trị… đồng thời mỗi bệnh nhân được khảo sát chất lượng chất lượng cuộc sống 2 lần (lúc nhập viện và lúc ra viện) bằng thang đánh giá chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L.

Kết quả: Đa số bệnh nhân ở lứa tuổi lao động từ 35-40, thu nhập bình quân của gia đình bệnh nhân từ 4-7 triệu đồng (34,37%) thời gian nghiện từ 10 đến 30 năm chiếm 80%. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân có mối quan hệ tương quan với thời gian nghiện rượu và thu nhập của gia đình (OR<1). Sau thời gian điều trị các khía cạnh của chất lượng cuộc sống bệnh nhân thay đổi theo hướng tích cực.

[1]*Trường Đại học Y dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Sao Mai
Email: saomaidhyhp@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

SUMMARY

ASSESSMENT OF CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ALCOHOL PSYCHOSIS AFTER TREATMENT AT HAI PHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL

Objectives: 1. To evaluate the relationship between a patient's quality of life and related characteristics.

2. To evaluate changes in quality of life in patients with alcohol psychosis after treatment.

Methods: The study was conducted on 64 patients who diagnosed of alcohol psychosis according to ICD10's diagnostic standards and are being treated at Hai Phong Psychiatric Hospital, agreed to participate in the study. Research subjects were collected information about age, economic status, duration of alcoholism, duration of treatment ... at the same time, each patient was surveyed his quality of life twice (at hospital admission and at discharge) using the EQ-5D-5L quality-of-life scale.

Results: Most patients in age 35-40, the average income of the patient's family is from 4 to 7 million VND (34.37%), the rduration of addiction is from 10 to 30 years, accounting for 80%. Patient's quality of life correlated with duration of alcoholism and family income (OR <1). After the period of treatment all aspects of the patient's quality of life changed positivelly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là một rối loan tâm thần mạn tính và là một bệnh phổ biến, chiếm 1-10%

dân số. Nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy số nghười nghiện rượu ở thành thị là 4% và ở nông thôn là 3% dân số [1]. Để trở thành người nghiện rượu, bệnh nhân thường xuyên uống tối thiểu 300ml rượu 40 độ cồn, uống hàng ngày trong khoảng 10 năm. Nghiện rượu ảnh hưởng đến mọi mặt đời sống của bản thân bệnh nhân như gây ra các bệnh nội khoa mạn tính như tiểu đường, tang huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh tim mạch, các bệnh đường tiêu hoá như xơ gan, viêm dạ dày… Bệnh nhân cũng có nguy cơ cao mắc các chấn thương ngoại khoa do say rượu, rối loạn tâm thần do rượu, giảm khả năng tình dục những biến đổi về nhân cách. Những bệnh nhân này thường giảm các chức năng xã hội, nghề nghiệp, giảm khả năng tự chăm sóc bản thân, giảm khả năng làm việc [1],[3]. Ngoài ra, bệnh cũng ảnh hưởng lớn đến gia đình của bệnh nhân. Loạn thần do rượu đóng vai trò khá lớn đối với vấn đề xung đột và bạo lực gia đình dẫn đến tình trạng hôn nhân đổ vỡ, điều đó ảnh hưởng không nhỏ đến cảm xúc của bệnh nhân. Khoảng 60% bạo lực gia đình xuất phát từ việc nghiện rượu [3].

Như vậy, có thể nói việc nghiện rượu và tình trạng loạn thần do rượu ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của họ, tuy nhiên hiện nay có rất ít nghiên cứu đánh giá một cách cụ thể và khoa học về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân loạn thần do rượu sau khi điều trị tại bệnh viện tâm thần Hải Phòng" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với một số đặc điểm liên quan.

2. Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân loạn thần do rượu sau khi điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD10 đang điều trị tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Cỡ mẫu thuận tiện: Nghiên cứu được tiến hành trên 64 bệnh nhân đang điều trị tại khoa điều trị lạm dụng chất bệnh viện Tâm thần hải Phòng.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang

3. Các bước tiến hành

Thu thập số liệu nghiên cứu (nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2020)

Lập hồ sơ bệnh án: Mỗi bệnh nhân tham gia nghiên cứu có một bệnh án nghiên cứu để khai thác bệnh sử, khám tâm thần đưa ra chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ICD; khai thác các yếu tố liên quan: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế, thời gian nghiện rượu, các bệnh kèm theo. Việc khai thác các thông tin này sẽ được thu thập ngay khi bệnh nhân nhập viện và có thể được bổ sung trong suốt thời gian bệnh nhân nằm viện.

Phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu bằng thang đánh giá chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L. Bộ công cụ này được phát triển bởi nhóm các nhà khoa học châu Âu (The EuroroQol Group) xây dựng. Bộ công cụ này đã được chứng minh hiệu quả và sử dụng rộng rãi trên thế giới trong các nghiên cứu. Tại Việt Nam nó cũng đã được nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại

học Umea, Thụy Điển nghiên cứu, chuẩn hoá dưới sự giám sát của các chuyên gia Euroroqolroqol để có thể sử dụng phù hợp cho người Việt Nam [2],[4].

Việc phỏng vấn này sẽ được tiến hành hai lần:

Lần 1: khi bệnh nhân mới nhập viện điều trị. Việc phỏng vấn bệnh nhân trong những ngày đầu nhập viện có thể gặp khó khăn do một số bệnh nhân có rối loạn tâm thần nặng, không thể thực hiện quá trình phỏng vấn, do vậy việc thực hiện phỏng vấn lần này có thể không thể thực hiện được ngay khi bệnh nhân nhập viện nhưng làm sớm nhất ngay khi bệnh nhân có thể trả lời phỏng vấn.

Lần 2: Tiến hành khi bệnh nhân được xuất viện, khi tình trạng bệnh đã ổn định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu:

Lứa tuổi từ 35-49 là lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 52%. Lứa tuổi < 25 chỉ có 1 (2%) và trên 65 chiếm 2%. Như vậy, những đối tượng lẽ ra đang phải lao động làm kinh tế lại nằm viện điều trị, đây là một tổn thất, một thiệt thòi cho xã hội và gia đình chính họ.

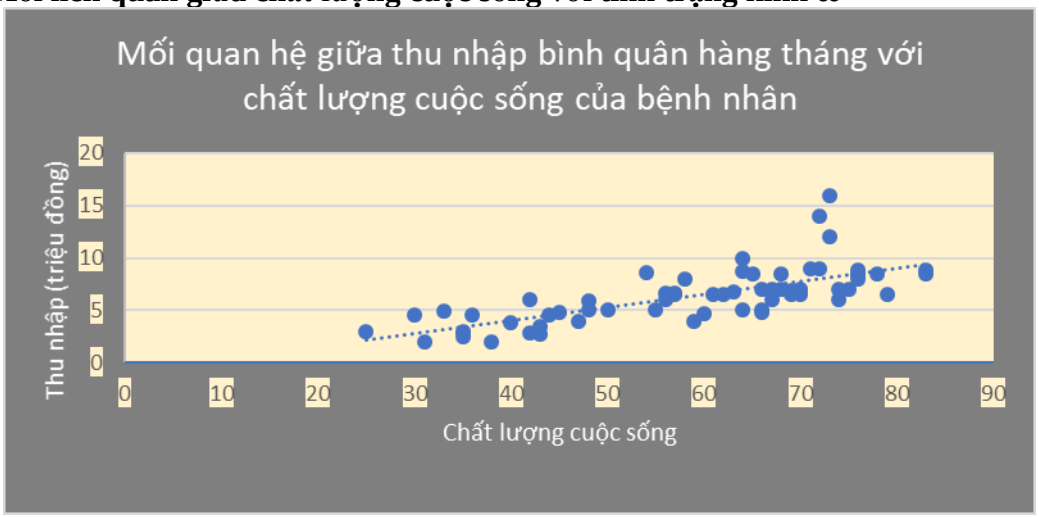
2. Đặc điểm về kinh tế của đối tượng nghiên cứu:

Tổng thu nhập của cả gia đình trong khoảng từ 4-7 triệu/tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 34,37%. Chỉ có 6,25% thu nhập >9 triệu/tháng và 21,85% thu nhập từ 7-9 triệu/tháng. Còn lại là thu nhập dưới 3 triệu/tháng.

3. Đặc điểm về thời gian nghiện rượu của đối tượng nghiên cứu:

35,49% bệnh nhân có thời gian nghiện từ 10 đến 30 năm; 45.31% có thời gian nghiện từ 10 đến 20 năm; 14,06% nghiện trên 30 năm. Chỉ có 4,69% nghiện dưới 10 năm.

4. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với tình trạng kinh tế



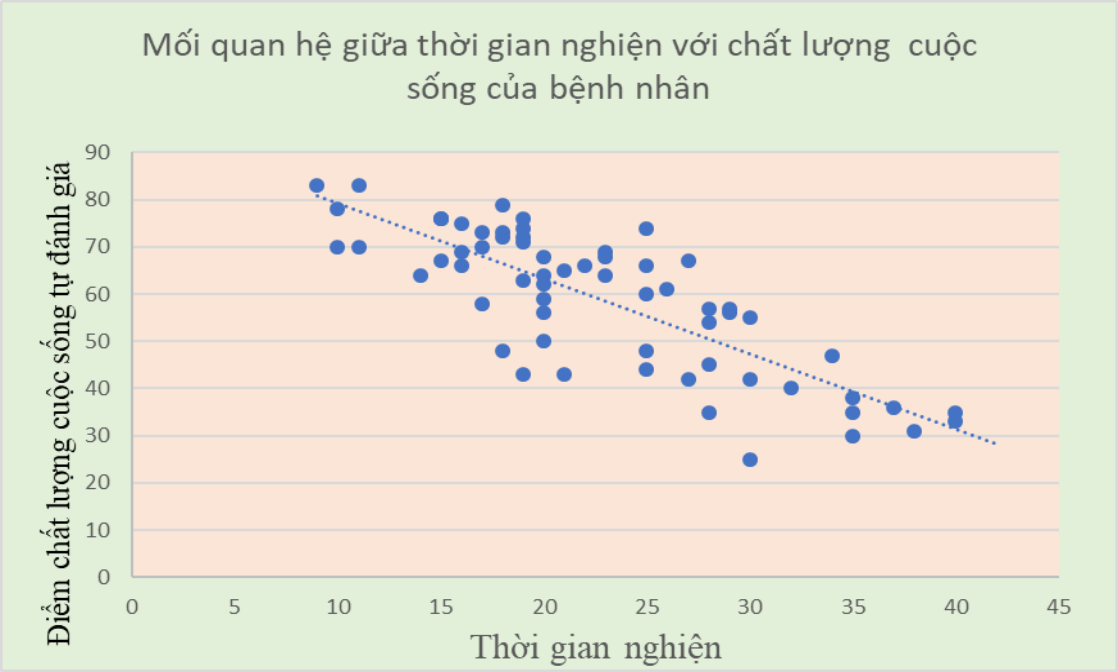
Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với tình trạng kinh tế

OR = 0,3 < 1

Biểu đồ 1 cho thấy những gia đình có thu nhập càng thấp thì bệnh nhân có xu hướng có chất lượng cuộc sống càng giảm so với những bệnh nhân có thu nhập gia đình cao hơn (OR<1) Điều này có thể do bệnh nhân có thu nhập cao hơn thì có chế độ dinh dưỡng tốt hơn,

uống rượu đảm bảo chất lượng hơn. Ngược lại, bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao hơn thì khả năng lao động kiếm tiền của bản thân họ cũng có thể cao hơn.

5. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với thời gian nghiện rượu của bệnh nhân



Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với thời gian nghiện rượu của bệnh nhân OR=0,024 < 1

Biểu đồ 2 cho thấy bệnh nhân có thời gian nghiện rượu càng lâu thì chất lượng cuộc sống có xu hướng càng giảm (OR<1). Nguyên nhân là do những bệnh nhân nghiện nhiều năm thì sức khoẻ của họ sẽ bị suy giảm nhiều hơn, khả năng lao động, tham gia các hoạt động xã hội và các mối quan hệ kém hơn. Bệnh nhân cũng có nguy cơ cao hơn bị các rối loạn tâm thần, cảm xúc thường xuyên lo lắng, giảm khả năng chăm

6. Sự thay đổi về khả năng tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Sự thay đổi về khả năng tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu

Khả năng tự chăm sóc	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Không khó khăn (1)	2(3,13)	57(89,06)	<0,05
Hơi khó khăn (2)	12(18,75)	7(10,94	
Khá khó khăn (3)	24(37,50)	0	
Rất khó khăn (4)	17(26,56)	0	
Không thể tự chăm sóc (5)	9(14,06)	0	

Trước khi điều trị có trên 90% bệnh nhân cảm thấy khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân, có 9 trường hợp phải dựa hoàn toàn vào nhân viên y tế và gia đình. Tuy nhiên, sau thời gian điều trị tại khoa, 89,06% đã có thể tự chăm sóc bản thâ. Chỉ có 10,94% còn khó khăn trong các hoạt động này do chân tay còn run, sức khoẻ chưa hồi phục hoàn toàn.

Sự thay đổi về khả năng thực hiện các công việc thường ngày: từ 43,75% không thể thực hiện được các công việc thường ngày (thường là công việc lao động) lúc vào viện, đến khi ra viện không còn trường hợp nào. Số bệnh nhân rất khó khăn trong việc thực hiện công việc hàng ngày giảm từ 43,19% còn 1,56%. Mặc dù trong viện bệnh nhân không phải lao động tuy nhiên lúc ra viện nhiều bệnh nhân đã khẳng định mìn có thể đi làm hoàn toàn bình thường (39,06%). 42,19% cho rằng mình chưa thể đi làm ngay được mà cần một thời gian ngắn nghỉ ngơi trước khi đi làm.

7. Sự thay đổi về cảm giác đau đớn, khó chịu

Bảng 2: Sự thay đổi về cảm giác đau đớn, khó chịu

Cảm giác đau đớn, khó chịu	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Không đau hay khó chịu(1)	9(14,06)	58(90,63)	<0,05
Hơi đau hay khó chịu (2)	16(25,00)	6(9,38)	
Khá đau hay khó chịu (3)	25(39,06)	0	
Rất đau hay khó chịu (4)	13(20,31)	0	
Cực kì đau hay khó chịu (5)	1(1,56)	0	

Khi mới nhập viện có 25% cảm giác khó chịu, 39,06% khá khó chịu, 20,31% rất khó chịu, đặc biệt 1 trường hợp nhận định mình cực kì đau và khó chịu. Khi ra viện, đã có một sự thay đổi rõ rệt trong các con số trên. Không có bệnh nhân nào cảm giác cực kì khó chịu, rất khó chịu hay khá khó chịu. Chỉ có 9,38% cảm giác hơi khó chịu và trên 90% hoàn toàn không khó chịu.

8. Sự thay đổi về cảm xúc của bệnh nhân

Khi vào viện có trên 40% có lo lắng khá nhiều. Nguyên nhân của lo lắng rất đa dạng: có thể lo âu là triệu chứng của hội chứng cai, lo âu do hoang tưởng, lo âu do ảo giác, thường là ảo thanh hoặc ảo thị. Điều đáng chú ý là 78,13% sau điều trị không còn cảm thấy lo lắng nữa, không còn trường hợp nào rất lo lắng hay cực kì lo lắng. Sự thay đổi tích cực này có thể do tác dụng của thuốc bình thần giải lo âu, thuốc an thần kinh và do các triệu chứng khác của bệnh nhân thuyên giảm.

9. Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống theo đánh giá của bệnh nhân trước và sau điều trị

Nếu như khi mới nhập viện, 7/64 trường hợp cho rằng chất lượng cuộc sống của mình chỉ có dưới 30; 15 trường hợp tù 30 đến 50 và chỉ có 12 trường hợp đánh giá điểm chất lượng cuộc sống từ 71 đến 90. Trước khi ra viện chỉ còn 2 trường hợp đánh giá chất lượng cuộc sống của mình dưới 50, có tới 41 trường hợp cho rằng điểm số này là 71-90 và 5 trường hợp có điểm 91-100..

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 64 bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị tại khoa lạm dụng chất tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ tháng 2 đến tháng 10/2019 chúng tôi có một số kết luận sau

- Đa số bệnh nhân ở lứa tuổi lao động từ 35-40
- Thu nhập bình quân của gia đình bệnh nhân từ 4-7 triệu chiếm tỉ lệ cao nhất với 34,37%
- Đa số bệnh nhân có thời gian nghiện từ 10 đến 30 năm (80%)
- Thời gian điều trị của bệnh nhân tại khoa là 30,06 ngày
- Thu nhập càng thấp thì chất lượng cuộc sống bệnh nhân càng kém
- Thời gian nghiện rượu càng lâu thì chất lượng cuộc sống bệnh nhân càng giảm
- Sau thời gian điều trị các khía cạnh của chất lượng cuộc sống bệnh nhân thay đổi theo hướng tích cực: khả năng đi lại và lao động tốt hơn, khả năng tự chăm sóc tốt hơn, giảm khó chịu, giảm lo lắng.
- Sau điều trị, bệnh nhân tự nhận thấy chất lượng cuộc sống của mình cải thiện đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huy Bùi Quang (2010),** Nghiện rượu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Minh Hoàng Văn and Sahlen Klas Gorran,** Thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống tại Việt Nam (sử dụng bộ cụ ED-5Q-5L). 2018: Hà Nội.
3. **American Addiction Centrers.** https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/family-marital-problems. 2018.
4. **Mark Oppe, et al.(2014)**, «A program of methodological research to arrive at the new international EQ-5D-5L valuation protocol», Value in Health, **17**(4): p. 445-453.

TỶ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN CÁT HẢI NĂM 2020

Đoàn Văn Thành[1], Đặng Văn Chức[1], Hoàng Thu Hường[1], Vũ Quang Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải, Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 301 người cao tuổi và phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận**. Tỷ lệ tăng huyết áp là 42,9%, nam cao hơn nữ (46,4% so với 40,7%), gặp nhiều ở nhóm trên 80 tuổi (50,0%), ở nhóm đối tượng sống với con/cháu (43,4%), người học vấn THCS 55,6%, đối tượng là nông dân (45,8%).

Từ khóa. Tăng huyết áp, người cao tuổi, nghiên cứu mô tả

SUMMARY

THE INCIDENCE OF HYPERTENSION IN ELDERLY AT CAT HAI ISLAND IN 2020

Objective. The research was done to estimate the incidence of hypertension in elderly at Cat Hai Island, Hai Phong in 2020. **Subjects and Method**. Subjects included 301 elderly people and the method was a cross-sectional study. **Results and conclusions**. The incidence of hypertension was 42.9%, Hypertension affected more males than females (46.4% and 40.7% respectively), more people older than 80 years old (50.0%), people living with children or small children (43.4%), people having the education level of primary school 55.6%, being farmers (45.8%).

Keyword. Hypertension, Elderly, Descriptive study

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, là tình trạng gia tăng áp lực máu trong các động mạch của đại tuần hoàn. Huyết áp động mạch tối đa còn gọi là huyết áp tâm thu, huyết áp động mạch tối thiểu còn gọi là huyết áp tâm trương.

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch quan trọng. Hiện nay bệnh THA ngày càng phổ biến ở mọi đối tượng, giới tính, nghề nghiệp nhưng người ta thấy tỷ lệ THA cao hơn ở người cao tuổi [1].

Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy tình hình THA ở NCT đang là vấn đề sức khỏe đáng lo ngại. Một nghiên cứu đa trung tâm do tổ chức Y tế thế giới đã tiến hành tại Bangladesh và Ấn Độ cho thấy tỉ lệ THA ở NCT là 65% [8]. Tại Việt Nam nghiên cứu của [2], năm 2018 cho thấy tỷ lệ THA ở người cao tuổi từ 37,5% tới 42,4%.

Mặc dù căn bệnh THA phổ biến hàng ngày đe dọa cuộc sống của NCT tại huyện Cát Hải nhưng những nghiên cứu xác định tỷ lệ, mô tả yếu tố liên quan đến THA ở đối tượng này còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Huyện Cát Hải nằm xa đất liền, việc đi

[1]*Trường đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Thành
Email: dvthanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

lại giao lưu với đất liền đã được cải thiện nhưng vẫn còn khó khăn. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp các bác sỹ quản lý tốt hơn bệnh THA. Từ thực tế đó chúng tôi mong muốn thực hiện đề tài nhằm mục tiêu sau:

Xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là những người cao tuổi (≥60 tuổi) tại huyện Cát Hải Phòng (theo Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009). Nghiên cứu tại huyện Cát Hải, Hải Phòng từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn là người cao tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu mắc bệnh tâm thần, không hợp tác, bệnh quá nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu từ tỷ lệ THA của nghiên cứu trước là 37,5% [2]. Kết quả cần 275 đối tượng, thực tế điều tra được 301 đối tượng.

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Tuổi, giới, quan hệ gia đình, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập, tình trạng BMI

- Tỷ lệ tăng huyết áp

Tỷ lệ THA chung, theo tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập, quan hệ gia đình, tình trạng BMI.

2.2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Chẩn đoán THA theo JNC VII (2017) và Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2018)

Phân độ THA	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA bình thường	< 120	và	<80
Tiền THA	120- 139	và	80- 89
Tăng HA độ 1	140- 159	và/hoặc	90-99
Tăng HA độ 1I	> 160	và/hoặc	> 100

Chẩn đoán thừa cân béo phì theo WHO và thang phân loại của Hiệp hội đái đường các nước châu Á (IDI và WPRO) dành cho người châu Á (2000) dựa trên chỉ số BMI.

BMI = Trọng lượng cơ thể (kg)/ (chiều cao)^2

Xếp loại	BMI (Kg/m^2)
- Gầy	< 18,5
- Bình thường	18,5 - 22,9
- Thừa cân	≥ 23 - 24,9
- Béo phì độ 1	25 - 29,9
- Béo phì độ 2	30 - 34,9
- Béo phì độ 3	≥ 35

2.2.5. Kỹ thuật và phương pháp thu thập thông tin

- Phần phỏng vấn

Phỏng vấn trực tiếp thu thập thông tin của các đối tượng nghiên cứu để tìm các yếu tố liên quan đến bệnh THA tuổi, tiền sử gia đình, chế độ ăn uống, thói quen sinh hoạt: hút thuốc lá, uống rượu, ăn mặn, hoạt động thể lực...Theo bộ công cụ đã được thiết kế từ trước.

- Đo huyết áp/nhân trắc

Huyết áp, cân nặng và chiếu cao được đo theo qui định của Bộ Y tế.

2.2.6. Xử lý số liệu

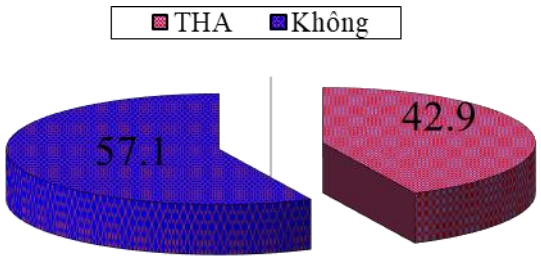
Số liệu được nhập và phân tích theo thống kê y sinh thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Trong số 301 đối tượng, 36,9% từ 60-69 tuổi, 37,9% từ 70-79 tuổi, 25,2% ≥ 80 tuổi. Nam 37,2% và nữ 62,8%. Có 51,1% là nông dân, 20,9% buôn bán, 27,6% hưu trí. Có 44,2% không đi học, 9,3% tiểu học, 12% THCS, 22,9% PTTH, 11,6% THCN và cao hơn.

3.2. Tỷ lệ người cao tuổi bị tăng huyết áp



Hình 1. Tỷ lệ tăng huyết áp chung (n=301)

Nhận xét. Tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 42,9%.

Bảng 1. Tỷ lệ tăng huyết áp theo giới

Giới	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
Nam	112	52	46,4	>0,05
Nữ	189	77	40,7	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Tỷ lệ THA ở nam giới là 46,4% cao hơn ở nữ giới là 40,7% những sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 2. Tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
60-69	111	44	39,6	>0,05
70-79	114	47	41,2	

≥ 80	76	38	50,0	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Nhóm tuổi ≥ 80 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 50%, sau đó là nhóm 70-79 tuổi là 41,2% và nhóm 60-69 là 39,6%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ tăng huyết áp theo quan hệ trong gia đình

Quan hệ trong gia đình	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
Vợ/chồng	103	43	41,7	>0,05
Con/cháu	198	86	43,4	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng sống với vợ/chồng là 41,7% và của đối tượng sống với con/cháu là 43,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Tỷ lệ tăng huyết áp theo học vấn

Học vấn	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
Không đi học	133	62	46,6	>0,05
Tiểu học	28	9	32,1	
THCS	36	20	55,6	
THPT	69	26	37,7	
THCN và trên	35	12	34,3	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Nhóm đối tượng THCS có tỷ lệ THA cao nhất 55,6%, sau đó là nhóm không đi học 46,6%, nhóm THPT là 37,7%, nhóm THCN và trên 34,3% và thấp nhất là tiểu học 32,1%. Sự khác nhau về tỷ lệ theo học vấn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 5. Tỷ lệ tăng huyết áp theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
Nông dân	155	71	45,8	>0,05
Buôn bán	63	26	41,3	
Hưu trí	83	32	38,6	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Nhóm nông dân có tỷ lệ THA cao nhất là 45,8% sau đó là nhóm làm nghề buôn bán chiếm 41,3% và thấp nhất là nhóm hưu trí 38,6%. Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Tỷ lệ tăng huyết áp theo BMI

BMI	Số đối tượng nghiên cứu	Số người tăng huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
< 22,9	72	23	31,9	<0,05
≥ 23	229	106	46,3	
Tổng	**301**	**129**	**42,9**	

Nhận xét. Nhóm đối tượng có BMI bình thường có 31,9% THA, nhóm thừa cân béo phì có 46,3% THA, sự khác biệt so với nhóm có BMI bình thường có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 301 người cao tuổi tại huyện Cát Hải, Hải Phòng năm 2020 về tỷ lệ THA và một số yếu tố liên quan tới THA ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi có một số bàn luận sau đây về

4.1. Tỷ lệ THA ở đối tượng nghiên cứu

Hình 1 là tỷ lệ THA ở người cao tuổi. Theo kết quả cho thấy có 129/301 chiếm 42,9% người cao tuổi THA.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Hoàng Thị Hương Giang [2] (2018) là 37,5%, cao hơn của Tạ Mạnh Cường và Nguyễn Thanh Ngọc khi cập nhật về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến THA ở NCT tại phường Phương Mai quận Đống Đa Hà Nội 2007, kết quả cho thấy tỷ lệ THA là 37,6% [4], của Nguyễn Thị Tuyết tại An Lão, Hải Phòng là 36,05% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấp hơn kết quả nghiên cứu của của Lê Phương Thảo [5] ở Hải Phòng cùng ở NCT là 46,5%.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả thấp hơn so với của các tác giả ở nước ngoài khi nghiên cứu về tỷ lệ NCT tăng huyết áp như tỷ lệ NCT tăng huyết áp tại Ấn Độ là 65%, ở Hoa Kỳ là 69,7% [9]. Zhang CY và cộng sự tiến hành điều tra 9146 người dân Mông Cổ trên 55 tuổi để xác định tỷ lệ THA cho thấy tỷ lệ bệnh là 53,93% [10]. Tỷ lệ THA ở người cao tuổi của Nigeria theo Abegunde KA và Owaoje ET [7] là 38,3%.

4.2. Phân bố tăng huyết áp theo tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và chỉ số BMI

Bảng 1-6 là tỷ lệ THA theo tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hôn nhân và chỉ số BMI.

Kết quả cho thấy tỷ lệ THA tăng từ 39,6% ở nhóm 60-69 tuổi, 41,2% nhóm 70-79 tuổi và 50% ở nhóm ≥ 80 tuổi. Kết quả cho thấy tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi. Kết quả này phù hợp với kết quả của Hoàng Thị Hương Giang [2] 32,3% ở 60-69 tuổi, 49,3% ở 70-79 tuổi và 40,9% ở nhóm từ trên 80 tuổi.

Tỷ lệ THA ở nam là 46,4% và ở nữ là 40,7% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Kết quả này tương tự kết quả của Hoàng Thị Hương Giang [2] là ở nam 42,7% cao hơn ở nữ là 33,8% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (bảng 3.3).

Kết quả nghiên cứu của [5] trên 283 NCT trong đó có 187 NCT là nam và 96 NCT là nữ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở nam (44,9%) thấp hơn so với tỷ lệ THA ở nữ (46,9%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với (p>0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trương Tấn Minh, Lê Tuấn Phùng và

cộng sự tại tỉnh Khánh Hòa cho thấy tỷ lệ THA ở NCT ở nam là 52,2%, ở nữ là 45,4% [3].

Theo nghiên cứu của Lê Phương Thảo [5] ở An Dương tỷ lệ THA ở NCT là cán bộ hưu trí 46,7%, tỷ lệ THA ở NCT làm ruộng 31,7% và NCT có trình độ học vấn đại học, cao đẳng 60% cao hơn NCT có trình độ phổ thông trung học, phổ thông cơ sở 35,2% và tiểu học 58,2%. Kết quả của chúng tôi (bảng 5) cho thấy tỷ lệ THA ở người hưu trí là 38,6%, thấp hơn ở người buôn bán 41,3% và cũng thấp hơn ở người nông dân là 45,8%. Kết quả của Hoàng Thị Hương Giang [2] cho thấy tỷ lệ cao nhất ở người hưu trí 44,4% và thấp nhất ở người buôn bán là 34,0%. Theo học vấn (bảng 4) chúng tôi thấy tỷ lệ THA cao nhất ở nhóm học vấn THCS 55,6% sau đó là nhóm không đi khọc 46,6%, nhóm THPT 37,7%, nhóm THCN và trên 34,3% và thấp nhất là nhóm tiểu học 32,1%. Tác giả [2] cho thấy tỷ lệ THA cao nhất ở nhóm THCS và trên (44,6%) và thấp ở nhóm PTTH trở xuống (32,3-41,8%).

Các nghiên cứu khác giải thích đặc điểm lao động trí óc thường hay mắc THA. Điểm đặc biệt của lao động trí óc là phải làm việc tập trung, ít vận động, khi hết giờ làm, người lao động vẫn không hoàn toàn trút bỏ được những suy nghĩ liên quan đến công việc. Chính những điều đó sẽ dẫn tới căng thẳng thần kinh, dần dần gây ra stress. Căng thẳng thần kinh, stress làm tăng nhịp tim và các chất trung gian hóa học như Adrenalin, Noradrenalin từ đó làm động mạch bị co thắt dẫn đến THA. Một lý do nữa đó là các đối tượng lao động trí óc thường có thói quen hút thuốc lá, uống bia rượu nhiều.

Bảng 3 là tỷ lệ THA theo quan hệ trong gia đình. Những người sống với con cháu mắc THA (43,4%) nhiều hơn người sống với vợ/chồng (41,7%). Kết quả của Hoàng Thị Hương Giang [2] cho thấy tỷ lệ THA cao nhất ở người sống với con, cháu hay người giúp việc (41,8%), sau đó ở người sống với vợ/chồng (36,1%) và sống độc thân (30,8%). Kết quả của Lê Phương Thảo [5] cho thấy tỷ lệ THA của NCT hiện đang sống độc thân và của những NCT đang sống với con cháu đều chiếm tỷ lệ cao (65,2% và 49,6%) còn tỷ lệ NCT bị THA đang sống cùng với vợ hoặc chồng là thấp nhất (38%). Điều này có thể giải thích với những người sống độc thân không được sự chăm sóc của gia đình, người thân, một mình phải đối mặt với tuổi tác, bệnh tật với những thiếu thốn về vật chất và tinh thần đặc biệt với những người không có lương hưu, không có trợ cấp của xã hội. Chính sự lo lắng bất an đó góp phần làm tăng tỷ lệ THA ở đối tượng những người sống độc thân. Những đối tượng sống cùng vợ/chồng tuy có người ở bên xong cả 2 đối tượng đều có tuổi, khó có thể chăm sóc được lẫn nhau. Trong khi đó, những NCT sống với con cháu sẽ được chăm sóc tốt hơn, bởi vậy mà tỷ lệ THA cũng giảm hơn.

Kết quả (bảng 6) cho thấy tỷ lệ THA ở người thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ là 46,3% cao hơn người có BMI bình thường là 32,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của Hoàng Thị Hương Giang [2] là 44,0% ở nhóm thừa cân béo phì so với người bình thường 31,4% và 45,8% ở người gầy. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu về tỷ lệ THA của NCT theo chỉ số BMI của Lê Phương Thảo [5]. Tỷ lệ THA cao nhất ở nhóm người gầy (56,7%), thấp nhất ở nhóm bình thường (42,1%) và ở nhóm thừa cân béo phì là (50%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thông kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này cũng khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Ngọc khi

nghiên cứu về yếu tố liên quan đến THA ở NCT tại Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội, tỷ lệ NCT người thừa cân bị THA là 41% bình thường là 36,8% nhẹ cân là 23,1% [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 301 NCT tại huyện Cát Hải Hải Phòng để xác định tỷ lệ THA và mô tả một số yếu tố liên quan, chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây về:

Tỷ lệ tăng huyết áp là 42,9%, nam cao hơn nữ (46,4% so với 40,7%), gặp nhiều ở nhóm trên 80 tuổi (50,0%), ở nhóm sống với con/cháu (43,4%), người học vấn THCS 55,6%, làm nghề nông dân (45,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và CS (2006),** "Bệnh đái tháo đường- tăng Glucoza máu", NXB Y học Hà Nội.
2. **Hoàng Thị Hương Giang (2018),** Thực trạng và kiến thức, thực hành của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp tại xã Thanh Thủy, Thanh Sơn, huyện Thanh Hà năm 2018, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng
3. **Trương Tấn Minh, Lê Tuấn Phùng & cộng sự (2008),** "Tình hình tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tỉnh Khánh Hòa năm 2008",
4. **Nguyễn Thanh Ngọc, Tạ Mạnh Cường (2007),** "Cập nhật về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội". Cục điều trị - Bộ y tế; Viện Tim Mạch Việt Nam.
5. **Lê Phương Thảo (2017),** "Thực trạng và kiến thức, thực hành của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp ở huyện An Dương, Hải Phòng năm 2017", Luận văn thạc sỹ y học, chuyên ngành Y tế công cộng, trường đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Nguyễn Thị Tuyết (2012),** "Thực trạng và kiến thức, thực hành về bệnh tăng huyết áp tại huyện An Lão, Hải Phòng năm 2012", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Hải Phòng.
7. **Abegunde KA, Owoaje ET (2013),** "Health problems and associated risk factors in selected urban and rural elderly population groups of South-West Nigeria", Ann Afr Med 12(2):90-7.
8. **Abu MD Siddique, Md Ashraf Sultan Uddin, KMH Shaque Siraful (2008),** "Metabolic syndrome in patients with hypertension". Bangladesh MD Res Bull Counc (34), pp.71-75.
9. **Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Whelton, P. K., He, J. (2004).** "Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review". J Hypertens,22(1), pp.11-19.
10. **Zhang CY, Niu GM, Zhao SG, AR, Wang ZG, Jiang MF, Huri L (2012),** "Prevalence, detection, management, and control of hypertension in the population of Mongolian and Han nationalities with age ≥ 55 years in a pastoral area of Inner Mongolia Autonomous Region". The Kangwha Cohort Study.

NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HÓA HỌC HẠT NHỤC ĐẬU KHẤU (Myristica fragrans Houtt.)

Ngô Thị Quỳnh Mai[1], Trần Thị Ngân[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1]

TÓM TẮT

Nhục đậu khấu (Myristica fragrans Houtt.) được sử dụng rất rộng rãi trong y học cổ truyền và thực phẩm. Đề tài được tiến hành nhằm nghiên cứu thành phần hóa học của dược liệu này. Kết quả thu được, một lignan và 1 acylphenol đã được phân lập và xác định cấu trúc là pinoresinol và malabaricone C.

SUMMARY

STUDY ON PHYTOCONSTITUENTS OF NUTMEG (MYRISTICA FRAGRANS HOUTT.)

Nutmeg (Myristica fragrans Houtt.) is widely used in traditional medicine and food. The present study is conducted to investigate the chemical composition of this medicinal herb. As a result, one lignan and one acylphenol were isolated and structurally elucidated as pinoresinol and malabaricone C.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhục đậu khấu có tên khoa học là Myristica fragrans Houtt., là một loài thuộc họ Myristicaceae. Cây này là cây thường xanh, có mùi thơm và được trồng nhiều ở các nước như Indonesia, Grenada, Trinidad, và Java. Hạt nhục đậu khấu được sử dụng làm gia vị cũng như làm thuốc điều trị khớp, thổ tả, loạn thần, đau quặn bụng, buồn nôn, tiêu chảy trong y học cổ truyền [2]. Các hoạt tính của nhục đậu khấu đã được nghiên cứu bao gồm chống viêm, chống ung thư, giảm đau, kháng vi sinh vật và các tác dụng khác [3, 4, 6]. Các nghiên cứu về thành phần hóa học của loài này đã chỉ ra sự có mặt của neolignan, phenylpropanoid, alkaloid và acylphenol [1, 4, 7].

Để tạo nguồn chất đối chiếu cho đánh giá chất lượng dược liệu, đề tài tiến hành phân lập và xác định cấu trúc một số hợp chất trong hạt nhục đậu khấu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hạt Nhục đậu khấu khô (Myristica fragrans Houtt) nhận được từ labo Dược liệu, Khoa Dược, Đại học Công giáo Daegu, Hàn Quốc tháng 6 năm 2018. Dược liệu khô được xay nhỏ và bảo quản trong tủ lạnh cho quá trình thực nghiệm.



Hình 1. Hạt Nhục đậu khấu

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai
Email: ntqmai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Chiết xuất và phân lập**

Bột hạt nhục đậu khấu được chiết xuất bằng phương pháp chiết hồi lưu với methanol. 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: n-hexan, 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 cộng hưởng từ hạt nhân cũng như so sánh với tài liệu tham khảo để xác nhận các cấu trúc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chiết xuất và phân lập

Hạt nhục đậu khấu khô (2 kg) được chiết hồi lưu với methanol 3 lần, mỗi lần 1 giờ với 2 lít dung môi. Dịch chiết thô được cất thu hồi dung môi dưới áp suất giảm thu được 350g cao. Sau đó, cao toàn phần này được hòa trong một lượng tối thiểu nước tạo hỗn dịch và phân đoạn lần lượt với dung môi có độ phân cực tăng dần n-hexane và EtOAc. Do dược liệu chứa một lượng lớn chất béo thân dầu tan trong n-hexane nên chúng tôi chỉ sử dụng dung môi này và EtOAC để phân đoạn. Dịch chiết các phân đoạn được cất thu hồi dung môi thu được các cao phân đoạn n-hexane và EtOAc với khối lượng tương ứng là 10.2 g và 25.7g. Phân đoạn EtOAc (25.7 g) được lựa chọn để tiến hành các bước phân lập tiếp theo.

Hòa một ít cao phân đoạn EtOAc trong methanol, tiến hành khảo sát bằng phương pháp SKLM để lựa chọn phương pháp chạy sắc ký cột phù hợp nhất. Kết quả khảo sát cho thấy hệ dung môi CH_2Cl_2:MeOH là phù hợp nhất. Vì vậy tiến hành sắc ký cột với pha tĩnh là silica gel pha thuận cỡ hạt 63-200 µm, pha động là CH_2Cl_2:MeOH với tỉ lệ tăng dần độ phân cực (CH_2Cl_2:MeOH, 100:0 ~ 10:1). Kết quả thu được 10 phân đoạn (MF1 ~ MF15) dựa trên sự tương đồng kết quả sắc ký lớp mỏng. Phân đoạn MF12 được tiếp tục phân lập bằng sắc ký cột hở sử dụng dung môi pha động là n-hexane:EtOAc (2:1), thu được 4 phân đoạn nhỏ hơn (MF12.1 – MF12.4). Phân đoạn MF12.1 được hấp phụ lên cột silicagel pha đảo và sắc ký cột hở bằng hệ pha động MeOH:H_2O (2:1) thu được 5 mg chất **1**. Phân đoạn MF12.3 được kết tinh lại trong CH_2Cl_2 ở nhiệt độ phòng thu được 100 mg chất **2**.

3.2. Xác định cấu trúc

Cấu trúc chất được xác định bởi kết quả đo phổ ^{1}H và ^{13}C NMR.

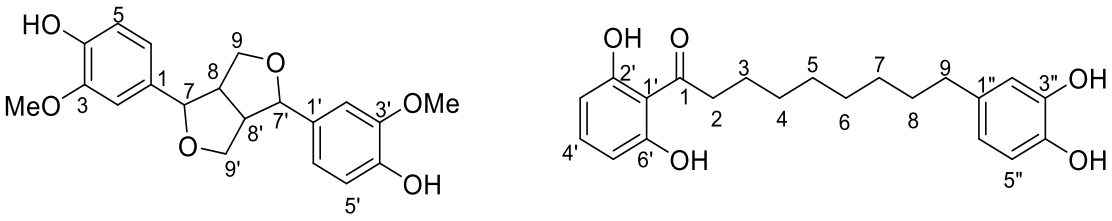
Pinoresinol (**1**): chất vô định hình màu trắng; ^{1}H NMR (methanol-d_4) δ_H 6.95 (1H, d, J = 1.7 Hz, H-2, H-2'), 6.82 (1H, dd, J = 8.1, 1.7 Hz, H-6, H-6'), 6.77 (1H, d, J = 8.1 Hz, H-5, H-5'), 4.71 (1H, d, J = 3.8 Hz, H-7, H-7'), 4.24 (1H, m, H-9a, H-9a'), 3.85 (1H, m, H-9b, H-9b'), 3.15 (1H, d, J = 1.3 Hz, H-8, H-8'). ^{13}C NMR (methanol-d_4) δ_C 149.1 (C-3, C-3'), 147.3 (C-4, C-4'), 133.8 (C-1, C-1'), 120.0 (C-6, C-6'), 116.1 (C-5, C-5'), 111.0 (C-2, C-2'), 87.5 (C-7, C-7'), 72.6 (C-9, C-9'), 56.0 (C-8, C-8'), 55.4 (C-3,3'-OCH_3).

Hợp chất **1** thu được dưới dạng bột vô định hình màu trắng. Phổ ^{1}H NMR và ^{13}C NMR đặc trưng cho furofuran lignan với cấu trúc đối xứng. Trên phổ ^{1}H NMR xuất hiện tín hiệu của 2 vòng thơm có nhóm thế ở vị trí ortho và para tạo nên các tín hiệu proton ở vị

trí 6.95, 6.82 và 6.77. Cùng với đó là tín hiệu của nhóm methine (H-7 và 7'), nhóm oxy methylene (H_2-9 và 9') và nhóm methoxy (-OCH_3). Trên phổ ^{13}C NMR cũng cho thấy sự có mặt của 2 vòng thơm cùng với 2 mạch 3 C và 2 nhóm methoxy. Trong đó 2 tín hiệu của carbon oxy methylene tại δ_C 72.6 (C-9 và 9'), 2 nhóm oxy methin tại δ_C 87.5 (C-7 và 7'), 2 nhóm methin tại δ_C 87.5 (C-8 và 8'), và 2 nhóm methoxy tại δ_C 55.4. Đối chiếu với dữ liệu phổ của pinoresinol thấy sự tương đồng. Do đó kết luận chất **1** là pinoresinol [5].

Malabaricone C (**2**): bột màu vàng nhạt; ^{1}H NMR (methanol-d_4) δ_H 7.14 (1H, t, J = 8.2 Hz, H-4'), 6.63 (1H, d, J = 8.0 Hz, H-5''), 6.58 (1H, d, J = 1.8 Hz, H-2''), 6.44 (1H, dd, J = 8.0, 1.8 Hz, H-6''), 6.31 (2H, d, J = 8.2 Hz, H-3' and 5'), 3.07 (2H, t, J = 7.4 Hz, H_2-2), 2.39 (2H, t, J = 7.6 Hz, H_2-9), 1.41–1.69 (4H, m, H_2-3 and 8), 1.27 (8H, s, H_2-4, 5, 6, and 7). ^{13}C NMR (methanol-d_4) δ_C 209.6 (C-1), 163.3 (C-2',6'), 145.8 (C-3″), 143.9 (C-4″), 136.8 (C-4'), 135.7 (C-1″), 120.6 (C-6″), 116.4 (C-2″), 116.1 (C-5″), 111.3 (C-1'), 108.3 (C-3',5'), 45.7 (C-2), 36.2 (C-9), 32.8 (C-8), 30.6 (C-4), 30.5 (C-6,7), 30.2 (C-5), 25.7 (C-3).

Hợp chất **2** thu được dưới dạng tinh thể màu vàng nhạt. Phổ ^{1}H NMR cho thấy sự có mặt của 2 vòng thơm. Trong đó có 3 proton tương tác với nhau kiểu hệ AB_2 tại δ_H 7.14 (1H, t, J = 8.2 Hz, H-4') và 6.31 (2H, d, J = 8.2 Hz, H-3' and 5'). Một nhóm 3 proton khác tương tác với nhau kiểu ABX tại δ_H 6.63 (1H, d, J = 8.0 Hz, H-5''), 6.58 (1H, d, J = 1.8 Hz, H-2'') và 6.44 (1H, dd, J = 8.0, 1.8 Hz, H-6''). Ngoài ra còn có các tín hiệu của 16 proton thuộc 8 nhóm methylene. Phổ ^{13}C NMR cho thấy sự có mặt của một nhóm carbonyl và xác nhận sự có mặt của 2 vòng thơm và 8 methylen. Các dữ liệu này gợi ý đến cấu trúc của malabaricone C. So sánh với tài liệu tham khảo cho thấy sự đồng nhất. Do đó chúng tôi kết luận hợp chất **2** là malabaricone C [8].



1 **2**

Hình 2. Cấu trúc các hợp chất phân lập từ hạt nhục đậu khấu.

IV. KẾT LUẬN

Từ hạt nhục đậu khấu (M. fragrans), chúng tôi đã phân lập và xác đinh cấu trúc được 1 lignan (pinoresinol) và 1 acylphenol (malabaricone C). Các hợp chất này có thể được sử dụng làm chất đối chiếu trong phân tích chất lượng dược liệu cũng như các sản phẩm có chứa nhục đậu khấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Acuña UM, Carcache PJB, Matthewa S, Blanco EJCd:** New acyclic bis phenylpropanoid and neolignans, from Myristica fragrans Houtt., exhibiting PARP-1 and NF-κB inhibitory effects. Food Chemistry 2016, 202:269-275.

2. **Barceloux DG:** Nutmeg (Myristica fragrans Houtt.). Dis Mon 2009, 55(6):373-379.
3. **Duan L, Tao HW, Hao XJ, Gu QQ, Zhu WM:** Cytotoxic and antioxidative phenolic compounds from the traditional Chinese medicinal plant, Myristica fragrans. Planta Med 2009, 75(11):1241-1245.
4. **Hayfaa AA, Sahar AM, Awatif MA:** Evaluation of analgesic activity and toxicity of alkaloids in Myristica fragrans seeds in mice. J Pain Res 2013, 6:611-615.
5. **Jung HW, Mahesh R, Lee JG, Lee SH, Kim YS, Park Y-K:** Pinoresinol from the fruits of Forsythia koreana inhibits inflammatory responses in LPS-activated microglia. Neuroscience Letters 2010, 480(3):215-220.
6. **Olajide OA, Ajayi FF, Ekhelar AI, Awe SO, Makinde JM, Alada AR:** Biological effects of Myristica fragrans (nutmeg) extract. Phytother Res 1999, 13(4):344-345.
7. **Park JY, Hwan Lim S, Ram Kim B, Jae Jeong H, Kwon HJ, Song GY, Bae Ryu Y, Song Lee W:** Sialidase inhibitory activity of diarylnonanoid and neolignan compounds extracted from the seeds of Myristica fragrans. Bioorg Med Chem Lett 2017, 27(14):3060-3064.
8. **Patro BS, Bauri AK, Mishra S, Chattopadhyay S:** Antioxidant activity of Myristica malabarica extracts and their constituents. J Agric Food Chem 2005, 53(17):6912-6918.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG DAO LIGASURE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Tạ Hùng Sơn*, Vũ Văn Sản*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt Amiđan bằng dao Ligasure.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu 368 bệnh nhân được phẫu thuật cắt amiđan từ 3 đến 63 tuổi, từ 1/1 đến 1/12/2019 tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình là 7 ± 3.8 phút, 92,66% mất dưới 5ml máu và 7,34% mất dưới 10ml máu. Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật đau nhẹ đến vừa. Điểm đau cao nhất là 4.51 vào ngày đầu tiên và giảm dần theo các ngày. Biến chứng sau phẫu thuật chỉ gặp 1,37% chảy máu muộn, không có ca nào chảy máu sớm trong 24 giờ, không có các biến chứng khác

Kết luận: Cắt amiđan bằng dao ligasure cho kết quả tốt.

Từ khóa: cắt amiđan, dao ligasure

SUMMARY

THE RESULT OF LIGASURE TONSILLECTOMY IN THE HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: assessing the result of the tonsillectomy by the ligasure.

Study design: In a prospective study of 368 patients aged between 3-63 years underwent tonsillectomy by the ligasure, from January 1 to December 1, 2019 at Hai Phong International Hospital.

Results: The average operative time was 7 ± 3,8 minutes, 92,66% patient loss less than 5ml ofc blood intraoperative and 7,34% loss less than 10 ml of blood. After surgery, most patients have mild to moderate pain. The highest pain score was 4.51 on the first day and gradually decreased with the days. Complications after surgery only met 1.37% of late bleeding, no case of early bleeding within 24 hours, no other complications.

Conclusion: tonsillectomy by the ligasure gives good results.

Key words: Tonsilectomy, ligasure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt Amiđan là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất và được thực hiện nhiều nhất trong chuyên ngành Tai mũi họng. Đây là một trong số rất ít phẫu thuật được thực hiện rất lâu đời. Xuyên suốt quá trình phát triển của y học, cắt amiđan đã có nhiều thời điểm được coi là một phẫu thuật thường quy, được áp dụng rất rộng rãi. Vào những năm 1940 ở Hoa Kỳ, cắt amiđan đạt mốc lớn nhất trong lịch sử khi số ca được thực hiện trong 1 năm lên tới 2 triệu ca [2,3].

Ở Việt Nam, phẫu thuật cắt amiđan cũng là một trong những phẫu thuật tai mũi họng được thực hiện nhiều nhất, hiện nay chiếm 24,7% trong các phẫu thuật Tai mũi họng hàng năm [1].

Ngày nay, với sự phát triển vượt bậc của nền y học, các thiết bị phẫu thuật cũng không

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Hùng Sơn
Email: tahungson@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

ngừng được sáng chế và cải tiến và dần trở thành công cụ đắc lực giúp cho các nhà phẫu thuật hoàn thành cuộc mổ một cách tốt nhất, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, ít gây tổn thương tới các mô xung quanh, thuận tiện trong việc cầm máu trong khi mổ, giảm bớt tình trạng đau và chảy máu sau mổ cho bệnh nhân, giúp họ có thể ăn uống và sinh hoạt bình thường trở lại một cách sớm nhất. Các phương tiện hiện nay đang dùng phổ biến là dao điện, dao coblator, dao plasma, laser, dao siêu âm. Các loại dao này cầm máu tốt và gây bỏng mô ít (trừ dao điện) nhưng mức độ cầm máu và bỏng mô đều phụ thuộc vào cảm nhận chủ quan của phẫu thuật viên. Công nghệ dao hàn mạch ligasure mới xuất hiện trong thời gian gần đây nhưng đã thể hiện được ưu điểm của nó là cho phép cầm máu đối với những mạch máu lớn lên đến 7mm và tỏa nhiệt rất ít nhờ vào công nghệ đo trở kháng mô chủ động tự ngắt dòng khi mô đạt được độ cầm máu. Loại dao này đã được áp dụng trong các lĩnh vực ngoại khoa và sản khoa một cách rộng rãi tại Việt Nam. Trên thế giới cũng đã có nhiều nghiên cứu áp dụng loại dao này cho phẫu thuật cắt amiđan, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam áp dụng loại dao này cho phẫu thuật cắt amiđan. [1, 4,5,6,7] Hiện nay, bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng là một trong những đơn vị đầu tiên sử dụng loại dao này cho phẫu thuật cắt amiđan và đạt được kết quả hết sức khả quan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt Amiđan bằng dao Ligasure tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 368 bệnh nhân được phẫu thuật cắt Amiđan bằng dao Ligasure tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

- Chỉ định phẫu thuật: Viêm tái phát nhiều lần (3-5 lần/năm, trong 3 năm liên tiếp, 5-7 lần/năm, trong 2 năm liên tiếp, > 7 lần/năm);Viêm amiđan đã có biến chứng, Viêm amiđan quá phát gây tắc nghẽn đường thở.

- Chống chỉ định: Chống chỉ định ngoại khoa và gây mê hồi sức nói chung, amiđan đang viêm cấp, người đang trong vùng dịch, phụ nữ đang mang thai, đang trong thời kỳ kinh nguyệt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu đánh giá hiệu quả điều trị không đối chứng.

- Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt amiđan gây mê nội khí quản, sử dụng dao hàn mạch ligasure của hãng Covident. Sau phẫu thuật bệnh nhân được chỉ định dung thuốc và thăm khám trong 2 tuần tiếp theo sau phẫu thuật.

- Các chỉ số nghiên cứu:

+ Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cắt amiđan: Tuổi, giới, lý do đến khám, số lần tái phát bệnh, đặc điểm tổ chức amiđan, các biến chứng của amiđan.

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật (từ lúc đặt david boyles mở miệng đến lúc cắt toàn bộ 2 amiđan và cầm máu hoàn thành), lượng máu mất (tính bằng số gạc cầu thấm máu, mỗi gạc thấm tối đa được 5ml), mức độ đau sau phẫu thuật (dùng thang điểm VAS (Visual Analog Scale)- dành cho người lớn, và thang điểm đau Wong-Baker FACES pain rating scale dành cho trẻ em); tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật.

- Thời gian nghiên cứu: từ 1/1 đến 1/12/2019.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Dao Ligasure Valleylab LS10 của hãng Convidien đời LF1212A do Mỹ sản xuất, cấu tạo bao gồm một thân máy, dây dao và tay dao. Với những loại phẫu thuật khác nhau, dây dao và tay dao là khác nhau về độ dài, hình dáng tay cầm để phù hợp với từng trường hợp phẫu thuật. Đối với phẫu thuật cắt A-mi-đan, sử dụng tay dao ligasure mổ mở LF1623 cắm trên thân máy và không cần phải chỉnh công suất. Tay dao được thiết kế cầm nhẹ, thoải mái và linh hoạt. Dao dài 23 cm, đầu cong linh hoạt do tay chỉnh**,** càng dao dài 16,5 mm, hàm cắt là 14,7 mm.



Hình 1: thân máy LS10 và tay dao LF1623 sử dụng trong phẫu thuật cắt amiđan

2.4. Thu thập và xử lý số liệu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu mẫu. Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS 25**.0.**

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân phẫu thuật cắt amiđan

Bảng 3.1: đặc điểm bệnh nhân phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị
Tuổi trung bình	25,49 ±13,24
Nhỏ nhất	3
Lớn nhất	63
Nữ	152/368
Lý do vào viện	
Đau họng tái phát	64,95 %
Ngủ ngáy, cơn ngưng thở	50,0 %
Nuốt vướng	83,42 %
Hôi miệng	67,39 %
Số lần viêm tái phát trong năm	

3-5 lần/năm, trong 3 năm liên tiếp	24,46 %
5-7 lần/năm, trong 2 năm liên tiếp	35,33 %
> 7 lần/năm	40,22 %
Viêm amiđan amiđan có biến chứng	
Áp xe quanh amiđan amiđan	5,16%
Đặc điểm tổ chức amiđan amiđan	
Quá phát	60,05 %
Hốc mủ bã đậu	20,65 %
Xơ teo	19,30 %

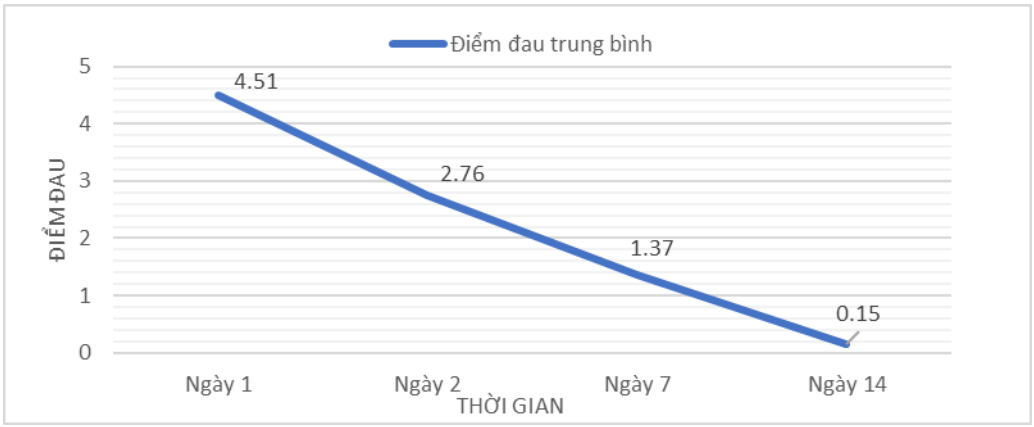
Nhận xét: Tỉ lệ nam /nữ cắt amiđan là 1,4/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 25,49 ±13,24, tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 63 tuổi.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2: kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	**Giá trị**
Thời gian phẫu thuật trung bình	**7 ± 3.8 phút**
Nhỏ nhất	4
Lớn nhất	20
Thời gian phẫu thuật theo nhóm tuổi ***Dưới 5 phút*** ≤ 35 tuổi Trên 35 tuổi ***Trên 5 phút*** ≤ 35 tuổi Trên 35 tuổi	**205/368 ca** 63,36% 20,32% **163/368 ca** 36,64% 73,68% p<0,001
Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật < 5ml 5-10 ml	92,66% 7,34 %
Biến chứng Có biến chứng (chảy máu) Không có biến chứng	1,37% 98,63%

Nhận xét: thời gian phẫu thuật trung bình là 7 ± 3.8 phút. 92,66% số bệnh nhân phẫu thuật thuật mất dưới 5ml máu trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật cắt amiđan hay gặp nhất là chảy máu do bong giả mạc. gặp 5/368 ca (chiếm 1,37% số ca phẫu thuật). Không có ca nào chảy máu sớm trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, không có ca nào bị nhiễm trùng vết mổ.



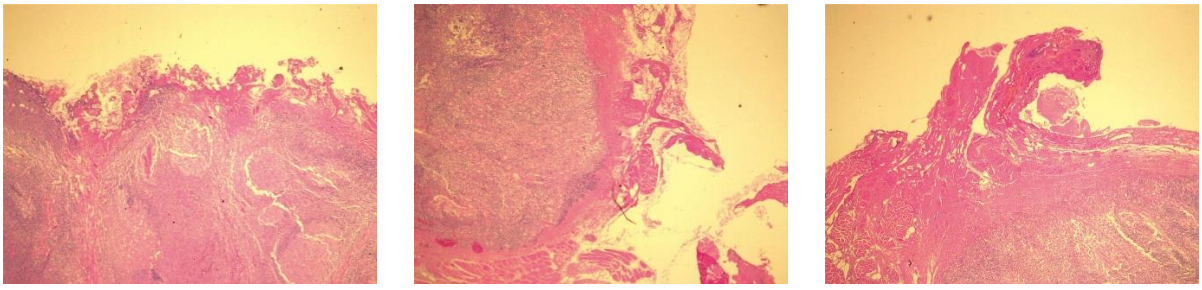
Hình 3.1: Điểm đau trung bình sau phẫu thuật

(theo thang điểm đau của Wong-Backer)

Nhận xét: Điểm đau trung bình ngày đầu tiên sau phẫu thuật là 4,5 điểm, ngày thứ 7 là 1,3 điểm và ngày thứ 14 là 0.15 điểm. Điểm đau giảm dần theo ngày sau phẫu thuật.

Bảng 3.3: so sánh mức độ tổn thương diện cắt trên giải phẫu bệnh

	Thoái hóa nhiệt mức độ nhẹ	**Thoái hóa nhiệt mức độ trung bình**	**Tổng**
Dao ligasure	10	0	10
Dao điện đơn cực	3	7	10
Dao điện lưỡng cực	2	8	10



Dao ligasure ***Dao điện đơn cực*** ***Dao điện lưỡng cực***

Hình 3.2: hình ảnh giải phẫu bệnh diện cắt tổ chức amiđan amiđan

Nhận xét: sử dụng dao ligasure có mức độ gây bỏng nhiệt thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

Đa phần bệnh nhân phẫu thuật cắt amiđan amiđan đều nằm trong lứa tuổi học tập và lao động, đây là lứa tuổi bệnh nhân bị ảnh hưởng rất nhiều bởi các đợt viêm cấp nên nhu cầu phẫu thuật giải quyết dứt điểm tình trạng bệnh sẽ cao hơn các nhóm khác.Trong số bệnh nhân phẫu thuật chỉ có 5,16% (19 ca) có biến chứng và đều là biến chứng áp xe quanh amiđan, không có các biến chứng khác.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 7 ± 3.8 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi có nhanh hơn so với Trịnh Đình Hoa là 10-15

phút, hay Tô Thanh Long là 16-20 phút khi thực hiện nghiên cứu trên đối tượng trẻ em cắt amiđan bằng dao điện [1]. Thời gian phẫu thuật rút ngắn đồng nghĩa với việc bệnh nhân cso thời gian gây mê ngắn hơn, nhờ đó giảm được nguy cơ bị các tác dụng phụ của thuốc mê cũng như tỉ lệ tai biến gây mê. Theo các nghiên cứu thì khi cắt amidan ở những bệnh nhân trên 35 tuổi, do thời gian viêm kéo dài dẫn đến sự xơ hóa và tăng sinh mạch máu nên thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nhóm từ 35 tuổi trở xuống có tỉ lệ thời gian phẫu thuật ngắn dưới 5 phút cao hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân trên 35 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Khi sử dụng dao ligasure, do đặc điểm của dao là cầm máu chủ động rồi mới tiến hành cắt mô nên bệnh nhân phẫu thuật mất máu rất ít hoặc gần như không chảy máu. Biến chứng sau phẫu thuật cắt amiđan hay gặp nhất là chảy máu do bong giả mạc. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 5/368 ca (chiếm 1,37%) chảy máu. Không có ca nào chảy máu sớm trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, không có ca nào bị nhiễm trùng vết mổ.

Bệnh nhân thường đau nhất vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật, sau đó mức độ đau giảm dần và đến ngày thứ 7 thì gần như không còn đau. Trong nghiên cứu này, ở ngày đầu tiên là ngày đau nhất thì chúng tôi nhận thấy bệnh nhân cũng chỉ đau ở mức độ trung bình – nhẹ, tương đương với một đợt viêm amiđan cấp.

Khi làm giải phẫu bệnh trên mô amidan cắt ra để so sánh với những trường hợp khác phẫu thuật bằng dao điện đơn cực hay bipolar là hai loại dao được sử dụng phổ biến nhất tại Việt Nam thì chúng tôi nhận thấy diện cắt mô bằng dao ligasure có độ bỏng thấp nhất. Điều này giải thích tại sao tỉ lệ chảy máu muộn và mức độ đau sau mổ ở những bệnh nhân cắt bằng dao ligasure lại thấp hơn so với các nghiên cứu khác trước đây.

V. KẾT LUẬN

Cắt amiđan bằng dao ligasure có thời gian phẫu thuật rất ngắn, lượng máu mất trong phẫu thuật không đáng kể, cảm giác đau sau phẫu thuật ít. Tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp.

Với những ưu điểm trên, chúng tôi thấy đây là một phương tiện có hiệu quả tốt cho phẫu thuật cắt amiđan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hoa, Nguyễn Đình Bảng (2004),** "Đánh giá kết quả kỹ thuật cắt amiđan bằng đông điện lưỡng cực (bipolar) ở trẻ em", Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 8, phụ bản số 1 - 2004
2. **Akkielah-A, Kanlan-A, Kenyon-GS (1997)**, " Diathermy tonsillectomy: comparision of morbidity following Bipolar and Monopolar microdissection needle excision ", J-I JLaryngol-Otol 1997 Aug, III (8): 735-8
3. **American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surg (2002),** "Cold steel tonsillectomies produce less postoperative pain ; Electrodissection sherters operating time and bleeding ", www.entnet.org
4. **Back-L, Paloheimo-M, Ylikoshi- J (2001),** " Traditional Tonsillectomy compared with Bipolar Radiofrequency, Thermal Ablation Tonsillectomy in Adult: A pilot study ", Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2001; 127: 1106-1112

5. **Karni, R., Attner (2018),** P. A prospective, multi-center, single arm, non-comparative pilot study of BiZactTM on adults undergoing tonsillectomy. Data on file. Study sponsored by Medtronic. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02876575; 2018.
6. **Lee SW, Jeon SS, Lee JD, Lee JY, Kim SC, Koh YW (2008).** A comparison of postoperative pain and complications in tonsillectomy using BiClampTM* forceps and electrocautery tonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;139(2):228-234.
7. **Lachanas VA, Prokopakis EP, Bourolias CA, et al (2005).** LigaSureTM versus cold knife tonsillectomy. Laryngoscope. 2005;115(9):1591–1594.
8. **Omrani M, Barati B, Omidifar N, Okhovvat AR, Hashemi SA (2012).** CoblationTM* versus traditional tonsillectomy: A double blind randomized controlled trial. J Res Med Sci. 2012;17(1):45-50.

THỰC TRẠNG NGUY CƠ TRẦM CẢM Ở CÁC BÀ MẸ CÓ CON MẮC BỆNH, ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA SƠ SINH, BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019

Đồng Thị Phương Thúy[1], Đặng Văn Chức[1], Lê Thị Thu Hằng[1], Lê Thị Minh Luyến[2], Nguyễn Thị Tuyết[1], Đoàn Văn Thành[1], Nguyễn Xuân Hùng[3], Đinh Quang Trung[4], Vũ Quang Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nguy cơ mắc trầm cảm mẹ sau sinh có con nằm điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019 và xác định 1 số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp.** Đối tượng gồm 105 bà mẹ sau sinh có con nằm điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận**. Tỷ lệ trầm cảm ở bà mẹ sau sinh có con nằm điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh viện trẻ trẻ em Hải Phòng là 21,9%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với trầm cảm gồm: sống đơn thân, không có bảo hiểm y tế, tiền sử đẻ non, sảy thai, tử vong, giới tính không phù hợp, kinh tế khó khăn và bệnh nặng.

Từ khóa. Sau sinh, Trầm cảm, Yếu tố nguy cơ

SUMMARY

THE SITUATION OF POSTPARTUM DEPRESSION MOTHER HAVING SICK CHILD BEING TREATED AT NEONATE DEPARTMENT HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2019

Objectives. The study was done to estimate the incidence of postpartum depression risk in mother having sick child being treated at Neonate Department of Haiphong Children Hospital in 2019 and describe some risk factors.

Subjects and Methods. Subjects included 105 mothers having sick child being treated at Neonate Department in 2019. The method was a cross-sectional study. **Results and Conclusions.** The incidence of maternal postpartum depression risk was 21.9%. Some risk factors included single living, not having health insurance, maternal history having premature, miscarrage, death, unexpected gender, difficult economics and severe child illness.

***Keywords*.** Depresion, Postpartum, Risk Factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm sau sinh (TCSS) hiện đang là một vấn đề sức khỏe đang được quan tâm trên toàn cầu do tỷ lệ mắc và hậu quả mà nó gây ra. TCSS là một dạng của bệnh trầm cảm, ảnh hưởng chủ yếu đến phụ nữ và một số ít nam giới sau khi đứa con sinh ra. Biểu hiện của TCSS bao gồm: tâm trạng chán nản, mệt mỏi, chán ăn, mất ngủ, tâm thần kích động hoặc thờ ơ, cảm giác tội lỗi và xấu hổ quá mức, không có khả năng tập trung, mất tự chủ và có suy nghĩ tự tử [6].

[1] *Trường đại học Y Dược Hải Phòng*
[2] *Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
[3] *Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên*
[4]*Bệnh viện Công an tỉnh Ninh Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức
Email: dvchuc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Hậu quả của TCSS có thể khiến người mẹ không quan tâm tới con của mình, bỏ mặc, hành hạ con, thậm chí giết hại con hoặc tự sát. Bên cạnh đó, việc trầm cảm kéo dài làm rối loạn hệ thống nội tiết cho cơ thể, có thể khiến cho người mẹ mất sữa, rối loạn chuyển hóa, nguy cơ cao về các chứng bệnh tim mạch và tiêu hóa. Đối với đứa con, hậu quả của TCSS khiến trẻ có xu hướng có những cảm xúc và hành vi bất thường, chậm phát triển nhận thức, khó khăn trong các mối quan hệ xã hội, có lòng tự tin thấp, thụ động và có nhiều nguy cơ mắc bệnh trầm cảm. Ngoài ra, TCSS còn ảnh hưởng xấu tới hạnh phúc gia đình.

Trầm cảm sau sinh đã được nghiên cứu ở nhiều quốc gia trên thế giới và tỷ lệ bệnh cũng thay đổi theo từng nghiên cứu, phụ thuộc khu vực nghiên cứu, định nghĩa được sử dụng, thời điểm đánh giá, đặc điểm văn hóa của dân số nghiên cứu, cỡ mẫu, công cụ nghiên cứu sử dụng để đo trầm cảm, và phương pháp thống kê, tỉ lệ này dao động từ 4,4% đến 73,7% [6].

Tại Việt Nam, có khoảng 12 triệu người(trên 15% dân số) mắc 10 chứng rối loạn tâm thần thường gặp như lo âu, trầm cảm, nghiện rượu, ma túy, mất trí tuổi già... trong đó có tới 80% người bệnh không được chăm sóc và điều trị đúng cách. TCSS cũng nằm trong số đó.

Cùng với tốc độ phát triển của xã hội hiện đại, chúng ta ngày càng phải đối mặt với nhiều vấn đề và áp lực công việc ngày càng gia tăng trong cuộc sống. Giai đoạn mang thai và sinh con khiến người phụ nữ gặp nhiều áp lực, căng thẳng hơn. Bệnh trầm cảm vì thế có xu hướng tăng và phổ biến hơn. Hầu như khi nói về chăm sóc bà mẹ sau sinh, người ta chỉ nghĩ đến việc chăm sóc sức khỏe thể chất, giúp người mẹ đủ chất dinh dưỡng nhằm cung cấp đủ sữa, đủ sức khỏe chăm con, mà chưa quan tâm đến cảm nhận cũng như sức khỏe tâm thần của bà mẹ, đặc biệt là bà mẹ có con ốm [3].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

1. Xác định bà mẹ có nguy cơ tỷ lệ trầm cảm sau sinh có con đang điều trị tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới tình trạng trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm các bà mẹ và con họ đang nằm điều trị tại các bệnh khác nhau tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bà mẹ sau sinh, trực tiếp chăm sóc con đang điều trị nội trú tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bà mẹ không biết chữ, mắc các bệnh lý tâm thần khác trước khi sinh con hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu là khoa Sơ sinh Bệnh viện trẻ em Hải Phòng. Thời gian nghiên cứu từ 1-6 năm 2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ theo phương pháp tiện ích.

2.3.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu theo mục tiêu

- Mục tiêu 1

Thông tin về mẹ: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn

Tỷ lệ nguy cơ trầm cảm chung = số bà mẹ có nguy cơ trầm cảm theo thang điểm Edinburgh/ tổng số bà mẹ tham gia nghiên cứu

- Mục tiêu 2

Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm của bà mẹ: nghề nghiệp, tuổi, học vấn, tình trạng hôn nhân, địa dư, kinh tế, tiền sử mẹ sảy, đẻ non, thai chết lưu, con trước chết tại bệnh viện…, giới tính của con không như ý, phân loại bệnh của con nặng, kinh tế khó khăn, không có bảo hiểm, điều kiện khoa phòng/trang thiết bị bệnh viện

2.3.4. Thu thập thông tin

Thông tin được thu thập gồm:

Nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án đề lấy thông tin về trẻ

Phỏng vấn trực tiếp bà/hoặc nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án đề lấy thông tin cần thiết vào hồ sơ bệnh án đã được thiết kế từ trước.

Đáng giá nguy cơ trầm cảm chúng tôi dựa vào Thang đo Edinburgh (D1- D10). Thang điểm này đã được chuẩn hóa áp dụng trong các nghiên cứu về trầm cảm bà mẹ ở Việt Nam.

Nếu tổng điểm của đối tượng >=21 thì đối tượng có nguy cơ trầm cảm.

2.3.5. Xử lý số liệu

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

Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2, có sự khác biệt khi p<0,05.

Tính OR để tìm liên quan đến trầm cảm.

+ Nếu OR=1 không có liên quan

+ Nếu OR<1 liên quan nghịch

+ Nếu OR>1 liên quan thuận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các bà mẹ có nguy cơ trầm cảm sau sinh

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong 105 bà mẹ tham gia nghiên cứu, nhóm ≤ 20 tuổi chiếm 7,6%, 21-25 tuổi chiếm 21,9%, nhóm 26-30 tuổi 35,2%, nhóm 31-30 tuổi 25,7%, nhóm ≥ 36 tuổi 9,5%.

Tiểu học chiếm 2,9%, THCS 20,0%, THPT 47,7%, Cao học/đại học 26,7%, sau đó học 2,9%.

Nông dân 1,0%, công nhân 59,0%, viên chức 8,6%, nội trợ 10,5%, tự do 21%.

3.1.2. Tỷ lệ bà mẹ nguy cơ mắc trầm cảm

Bảng 3.1. Tỷ lệ trầm cảm

Trầm cảm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm	23	**21,9**
Không	82	78,1
Tổng	**105**	**100,0**

Nhận xét. Tỷ lệ các bà mẹ nguy cơ mắc trầm cảm là 21,9%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm

Bảng 3.2. Liên quan trầm cảm với nhóm tuổi

Trầm cảm / Tuổi	Trầm cảm	Không trầm cảm	OR, 95%CI, p
≤ 20 tuổi	2	6	0,78 (0,09-6,32)
21-25 tuổi	6	17	0,82 (0,16-4,25)

26-30 tuổi	6	31	0,45 (0,09-2,26)
31-35 tuổi	6	21	0,66 (0,13-3,39)
≥ 36 tuổi	3	7	OR=1
Tổng	**23**	**82**	**100,0**

Nhận xét. Nếu lấy nhóm tuổi >=36 làm nhóm nền để phân tích với các nhóm tuổi khác chúng tôi nhận thấy trầm cảm không có liên quan với bất kỳ nhóm tuổi nào của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Liên quan trầm cảm với học vấn

Trầm cảm / Học vấn	Trầm cảm	Không trầm cảm	OR, 95%CI, p
Tiểu học	1	2	2,3 (0,17-30,59)
THCS	4	17	1,08 (0,25-4,64)
THPT	13	37	1,62 (0,51-5,13)
Cao đẳng/Đại học	5	23	OR=1
Sau đại học	0	3	
Tổng	**23**	**82**	**100,0**

Nhận xét. Khi phân tích tầng chúng tôi nhận thấy trầm cảm không liên quan tới học vấn của mẹ.

Bảng 3.4. liên quan trầm cảm với nghề nghiệp

Trầm cảm / Nghề nghiệp	Trầm cảm	Không trầm cảm	OR, 95%CI, p
Nông dân	1	0	
Công nhân	14	48	OR=1
Viên chức	1	8	0,43 (0,05-3,73)
Nội trợ	2	9	0,76 (0,15-3,94)
Tự do	5	17	1,00 (0,31-3,22)
Tổng	**23**	**82**	

Nhận xét. Tình trạng trầm cảm không liên quan đến nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan khác với trầm cảm

Trầm cảm / Địa dư	Trầm cảm	Không trầm cảm	OR, 95%CI, p
Thành phố (Thị trấn/thị xã)	10	42	0,73 (0,29-1,89) >0,05
Nông thôn/ Miền núi	13	40	
Hoàn cảnh sống			
Đơn thân	4	1	17,01 (1,80-161,39) <0,01
Sống cùng chồng	29	81	

Bảo hiểm sức khỏe			
Không	10	5	11,84 (3,48-40,28) <0,05
Có	13	77	
Tiền sử con chết			
Có	9	12	3,45 (1,23-9,65) <0,05
Không	14	60	
Giới tính không phù hợp			
Có	7	4	6,25 (1,82-25,63) <0,05
Không	20	78	
Kinh tế gia đình			
Khó khăn	11	21	2,66 (1,02-6,93) <0,05
Không khó khăn	12	61	
Hài lòng về trang thiết bị			
Không	4	11	1,30 (0,38-4,50) >0,05
Có	22	79	
Phân loại bệnh			
Bệnh nặng	9	10	4,62 (1,59-13,45) <0,05
Không nặng	14	72	

Nhận xét. Trầm cảm liên quan với hoàn cảnh sống, không có bảo hiểm sức khỏe, tiền sử con chết, giới tính không phù hợp, hoàn cảnh kinh tế khó khăn và trẻ mắc bệnh nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đối tượng nguy cơ mắc trầm cảm

Tỷ lệ trầm cảm của chúng tôi là 21,9% (bảng 3.1). Theo TCYTTG năm 2016 có tới 15%- 20% phụ nữ mắc trầm cảm giai đoạn sơ sinh ở các nước phát triển [8]. Nhìn chung tỷ lệ trầm cảm giai đoạn sơ sinh là khoảng 13%. Tuy nhiên, tỷ lệ này rất đa dạng, từ 4,4% đến 73,7%, phụ thuộc vào khu vực nghiên cứu, công cụ được sử dụng để đo trầm cảm, phương pháp thống kê, thời điểm đánh giá và đặc điểm văn hóa của dân số nghiên cứu [6]. Tại châu Á, một nghiên cứu thống kê cho thấy tỷ lệ trầm cảm sơ sinh là 21,8% [6]. Theo Toru T và CS [7] tỷ lệ trầm cảm của các bà mẹ sau sinh là 22,4% cao hơn của chúng tôi.

Nước ta có trên 15% dân số, tức là khoảng 12 triệu người mắc 10 chứng rối loạn tâm thần thường gặp như lo âu, trầm cảm, nghiện rượu, ma túy, mất trí tuổi già...trong đó có tới 80% người bệnh không được chăm sóc và điều trị đúng cách do thiếu đội ngũ cán bộ y tế chuyên trách về vấn đề này. Hiện nay, chương trình điều trị bệnh trầm cảm tại

cộng đồng đã và đang được triển khai thí điểm ở một số tỉnh trong cả nước.

Trong vòng 10 năm trở lại đây, đã có những công trình nghiên cứu về trầm cảm sau sinh. Tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2009, tác giả Lương Bạch Lan và cộng sự đã nghiên cứu trên 285 sản phụ sinh tại Bệnh viện Hùng Vương có con gửi dưỡng nhi, ghi nhận được các kết quả: tỷ lệ trầm cảm sơ sinh là 11,6% [2]. Năm 2010, tác giả Phạm Ngọc Thanh và cộng sự đã nghiên cứu trầm cảm ở bà mẹ có con sinh non đang nằm viện tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng 1 cho thấy 70,8% bà mẹ có EPDS ≥ 13 điểm, nghĩa là có nguy cơ cao mắc TCSS, 27,1% các bà mẹ có tư tưởng tự tử [4].

Tại Đà Nẵng, tác giả Dương Thị Kim Hoa (2015) và cộng sự đã cho kết quả nghiên cứu tiến hành trên 600 phụ nữ có chồng ở thời điểm 4 tuần đến 6 tháng sau sinh, cho thấy: 19,3% mắc trầm cảm sơ sinh [1]. Tại Hà Nội, theo Nguyễn Thị Như Mai và cộng sự (2018), tỷ lệ mắc TCSS đánh giá bằng EPDS là 27,3% [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.2,3,4 cho thấy trầm cảm không liên quan đến học vấn, tuổi, và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên Dương Thị Kim Hoa (2015) và cộng sự thấy nghề nghiệp của bà mẹ, tình trạng hôn nhân, mẹ bị ốm khi mang thai, mất ngủ sau sinh và sự phát triển của trẻ trong thời gian qua [1].

Bảng 3.5 là liên quan hoàn cảnh sống đơn thân với trầm cảm. Mẹ sống đơn thân nuôi con tại bệnh viện nguy cơ trầm cảm tăng lên 17,01 lần so với bà mẹ sống với chồng. Nghiên cứu của Munaf và cộng sự (2013) đã cho thấy rằng thái độ tích cực của người chồng khi thể hiện bằng ngôn ngữ hay phi ngôn ngữ trong giao tiếp cũng như khi thể hiện tình yêu và sự quan tâm tới thai nhi cũng sẽ làm giảm căng thẳng cho phụ nữ sau sinh. Ngược lại, mối quan hệ khó chịu với chồng dễ khiến phụ nữ bị TCSS. Một số nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra rằng, sự hài lòng của hôn nhân có mối quan hệ ngược chiều với tỷ lệ mắc TCSS và ngược lại.

Bảng 3.5 cho thấy mẹ có tiền sử sẩy thai, sinh non, chết lưu hay chết tại bệnh viện nguy cơ trầm cảm tăng lên 3,45 lần so với bà mẹ tiền sử bình thường. Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết của của Lương Bạch Lan và cộng sự các yếu tố liên quan là: thời gian nằm viện của con hơn 30 ngày, không khỏe khi mang thai và tử vong sơ sinh. Năm 2010, Phạm Ngọc Thanh và cộng sự đã nghiên cứu trầm cảm ở bà mẹ có con sinh non đang nằm viện tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng 1 cho thấy: 70,8% bà mẹ có EPDS ≥ 13 điểm, nghĩa là có nguy cơ cao mắc TCSS, 27,1% các bà mẹ có tư tưởng tự tử.

Nghiên cứu của chúng tôi đi sâu về yếu tố kinh tế và liên quan đến kinh liệu có liên quan đến trầm cảm. Bảng 3.5 cho thấy kinh tế khó khăn liên quan đến trầm cảm OR=2,66, Không có bảo hiểm nguy cơ mẹ trầm cảm tăng lên 11,84 lần. Nguyễn Thị Như Mai và cộng sự (2018) gthấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm điều kiện kinh tế khó khăn, san sẻ công việc từ chồng, chăm con về đêm [1]. Phạm Thị Thư [4] cũng thấy yếu tố kinh tế, bệnh tật của con liên quan đến trầm cảm ở mẹ. Azad R và CS [5] cũng nhận thấy gia đình nghèo, mất việc do có thai, bạo lực gia đình liên quan chặt chẽ với trầm cảm mẹ.

Chúng tôi thấy áp lực giới tính không phù hợp ở lần sinh này cũng liên quan đến trầm cảm. Mẹ sinh con giới tính không phù hợp nguy cơ mẹ trầm cảm tăng lên 6,25 lần.

Khi con mắc bệnh nặng mẹ nguy cơ trầm cảm tăng lên 4,62 lần. Nhận xét này phù hợp

với nhận xét của Phạm Thị Thư [4]. Khi con mắc bệnh nặng là điều mà mẹ/bố và toàn gia đình phải lo lắng nhất, lo lắng đến ăn ngủ thất thường không điều độ có thể dẫn đến sang chấn tâm lý, trầm cảm.

Toru T và CS [7] trầm cảm hay xảy ra trong vòng 6 tuần sau sinh. Trẻ gặp vấn đề về ngủ, bạo lực gia đình, quan hệ vợ chồng không hòa thuận, tiền sử trầm cảm liên quan với trầm cảm sau sinh của mẹ.

Khi phân tích gộp nghiên cứu về bạo lực người mẹ với nguy cơ trầm cảm sau sinh, Zhang S và CS [8] nhận thấy phụ nữ trải qua bạo lực tình dục, bạo lực thân thể, bạo lực gia đình, bị bạo lực từ thời thanh niên đều liên quan chặt chẽ tới trầm cảm sau sinh con.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả và bàn luận chúng tôi có 1 số kết luận sau đây về

Tỷ lệ các bà mẹ sau sinh có nguy cơ trầm cảm là 21,9%.

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với trầm cảm gồm: sống đơn thân, không có bảo hiểm y tế, tiền sử đẻ non, sảy thai, tử vong con, giới tính không phù hợp, kinh tế khó khăn và trẻ được phân bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Kim Hoa và Võ Văn Thắng (2015).** Trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan ở phụ nữ có chồng tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng. Tạp chí Y học dự phòng, 25(8), 342
2. **Lương Bạch Lan và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2009).** Tỷ lệ và yếu tố liên quan trầm cảm sau sanh ở bà mẹ có trẻ gửi dưỡng nhi tại Bệnh viện Hùng Vương. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13(1), 104-108.
3. **Nguyễn Thị Như Mai, Hoàng Thị Huyền và Nguyễn Hoàng Long (2018).** Rối loạn trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con điều trị nội trú tại Bệnh viện Saint Paul. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, 22, 24-31.
4. **Phạm Thị Thư (2017).** Trầm cảm sau sinh và 1 số yếu tố liên quan ở phụ nữ có chồng tại huyện Kiến Thụy- Hải Phòng năm 2017, Khóa luận tốt nghiệp chuyên ngành Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Azad R et al (2019),** "Prevalence and risk factors of postpartum depression within one years after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh", PLoS One, 2;14(5):e0215735.
6. **Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J et al (2018).** Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers. Prim Health Care Res Dev, 1-6.
7. **Toru T, Chemir F, Anand S (2018),** "Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town, Bench Maji zone, Southwest Ethiopia", BMC Pregnancy Childbirth, 14; 18(1): 442.
8. **Zhang S et al (2019),** "Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies", Eur Psychiatry, 55:90-101.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM PHỔI TIẾN TRIỂN CHẬM Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019

Nguyễn Thị Mai Phương[1], Đặng Văn Chức[1], Đặng Việt Linh[2], Đoàn Văn Thành[1], Vũ Văn Đài[3], Trần Quốc Trình[1], Vũ Quang Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến viêm phổi tiến triển chậm tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Đối tượng và phương pháp**. Những trường hợp viêm phổi nặng và rất nặng. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận**. Các yếu tố mẹ bị sốt trong 3 tháng cuối của thai kỳ, mẹ bị nhiễm khuẩn tiết niệu – sinh dục trước sinh, mẹ có trình độ văn hóa dưới bậc trung học phổ thông, vỡ ối sớm > 12 giờ, tình trạng nước ối bẩn, đục; trẻ đẻ non tháng, cân nặng khi sinh < 2500 g, trẻ có mắc tim bẩm sinh kèm theo, trẻ được can thiệp hỗ trợ hô hấp, nuôi dưỡng bằng sữa công thức hoàn toàn có liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm, làm tăng tỷ lệ viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm (p < 0,05). Phương thức đẻ (đẻ thường hay đẻ mổ), đẻ ngạt, chuyển dạ kéo dài >18 giờ và tuổi khi vào viện không có liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm (p > 0,05).

Từ khóa. Viêm phổi kéo dài, Yếu tố liên quan

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO SLOW EVOLUTION NEONATAL PNEUMONIA AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2019

Objective. The study was done to describe some risk factors related to the slow evolution neonatal pnemonia at Haiphong Children Hospital in 2019. **Subjects and Method**. Subjects included severe and very severe neonatal pneumonia. The method was a cross-sectional study. Results and conclusions. Maternal fever during last 3 months of her pregnancy, maternal urinary tract infection-genital infection, maternal education level less than secondary, amniotic rupture more than 12 hs, cloudy amniotic fluid; preterm, birth weight less than 2500g, congenital heart diseases, ventilation support, complete formula feeding were significantly associated with slow evolution neonatal pneumonia. Birth method, asphyxia, long labor more than 18 hs and age on admission were not significantly associated with slow evolution neonatal pneumonia.

Keywords. Risk factors, Slow evolution neonatal pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi nhất là ở sơ sinh và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em trên thế giới đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Trong số các nguyên nhân gây tử vong, viêm phổi sơ sinh chiếm gần một nửa tử vong do viêm phổi nói chung và là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong giai đoạn chu

[1]*Trường đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện đa khoa huyện Kim Sơn, Ninh Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Phương
Email: ntmaiphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

sinh [1]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 2000 đến năm 2003, vấn đề nhiễm trùng hay viêm phổi sơ sinh là một trong sáu nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm 10% tử vong chung ở trẻ em. Do vậy, viêm phổi sơ sinh cần được quan tâm hàng đầu vì mức độ phổ biến của nó và giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi sơ sinh nghĩa là giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ em nói chung.

Viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm thường có bệnh cảnh phối hợp với các bệnh lý nền, dị tật bẩm sinh, dị vật đường thở, hội chứng hít, suy giảm miễn dịch, từ đó dẫn đến kém đáp ứng với điều trị kháng sinh. Liệu ngoài những yếu tố kể trên còn yếu tố nào khác liên quan đến viêm phổi tiến triển chậm thì còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Mô tả một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi sơ sinh vào viện được chẩn đoán là viêm phổi nặng hoặc viêm phổi rất nặng (theo WHO năm 1995) năm 2019 tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Lấy toàn bộ bệnh nhân được phân loại viêm phổi nặng và rất nặng trong thời gian nghiên cứu. Trong số này sẽ có một số bệnh nhân diễn biến viêm phổi diễn biến chậm. Cụ thể chúng tôi chọn được 80 bệnh nhân viêm phổi tiến triển chậm trong số 270 bệnh nhân viêm phổi nặng và rất nặng trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm:

- Yếu tố liên quan từ phía người mẹ và tiền sử cuộc đẻ:

+ Mẹ bị sốt trong 3 tháng cuối thai kỳ.

+ Mẹ nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục trước sinh.

+ Trình độ văn hóa của mẹ: Dưới bậc Trung học phổ thông, Từ bậc Trung học phổ thông trở lên.

+ Phương thức đẻ: Đẻ mổ, đẻ thường.

+ Đẻ ngạt.

+ Vỡ ối sớm >12 giờ.

+ Tình trạng nước ối: Nước ối trong, nước ối bẩn đục.

+ Chuyển dạ kéo dài >18 giờ.

- Yếu tố liên quan từ phía trẻ:

+ Tuổi thai: Non tháng (< 38 tuần), đủ tháng (≥ 38 tuần)

+ Cân nặng lúc sinh: < 2500g; ≥ 2500g

+ Tuổi của trẻ khi vào viện: ≤ 7 ngày; > 7 ngày

+ Tim bẩm sinh.

+ Can thiệp hỗ trợ hô hấp.

+ Tình trạng nuôi dưỡng: sữa mẹ (sữa mẹ hoàn toàn và sữa công thức).

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Quy trình thu thập số liệu

- Hỏi bệnh trực tiếp bố mẹ bệnh nhân, thông tin từ giấy chuyển viện của tuyến trước.

- Khám lâm sàng: xác định các triệu chứng chẩn đoán viêm phổi và bệnh lý kèm theo.

- Làm các xét nghiệm và thủ thuật: công thức máu, sinh hóa máu, chụp X quang phổi, siêu âm tim, cấy dịch tỵ hầu, nội soi phế quản bằng ống mềm có gây mê và cấy dịch phế quản hút được qua nội soi.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập đầy đủ các thông tin sẽ được làm sạch trước khi nhập vào máy tính và được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0:

Tính tỷ suất chênh (OR) để hiểu về mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và bệnh: OR = 1 không có sự liên quan, OR > 1 có sự liên quan thuận nhưng 95% CI có cực dưới phải > 1, OR < 1 tương quan nghịch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Yếu tố liên quan từ phía người mẹ và tiền sử cuộc đẻ

Bảng 3.1. Một số yếu tố liên quan là đặc điểm của mẹ

Yếu tố liên quan \ Bệnh		Có		Không		Tổng	OR 95% CI	P
		n	%	n	%			
Sốt 3 tháng cuối	Có	5	83,3	1	16,7	6	12,6 (1,45-109,65)	<0,05
	Không	75	28,4	189	71,6	264		
NKTN trước sinh	Có	15	57,7	11	42,3	26	3,75 (1,64-8,596)	<0,05
	Không	65	26,6	179	73,4	244		
NKSD	Có	37	63,8	21	36,2	58	6,92 (3,682-13,02)	<0,05
	Không	43	20,3	169	79,7	212		
Học vấn mẹ < THPT	Có	10	50,0	10	50,0	20	2,571 (1,03-6,45)	<0,05
	Không	70	28,0	180	72,0	250		

Nhận xét. Các yếu tố như mẹ sốt 3 tháng cuối khi có thai, mẹ mắc NKTN trước sinh, mẹ NKSD trước sinh và học vấn mẹ dưới THPT liên quan với viêm phổi tiến triển chậm ở trẻ sơ sinh.

Bảng 3.2. Liên quan giữa tiền sử cuộc đẻ với viêm phổi tiến triển chậm

Yếu tố liên quan \ Bệnh		Có		Không		Tổng	OR 95% CI	P
		n	%	n	%			
Phương thức đẻ	Đẻ mổ	41	32,0	87	68,0	128	1,24 (0,738-2,1)	>0,05
	Đẻ thường	39	27,5	103	72,5	142		
Đẻ ngạt	Có	1	100,0	0	0,0	1	3,40 (2,83-4,09)	>0,05
	Không	79	29,4	190	70,6	269		
Vỡ ối sớm >12 giờ	Có	4	80,0	1	20,0	5	9,947 (1,09-90,4)	<0,05
	Không	76	28,7	189	71,3	265		

Tình trạng nước ối	Bẩn đục	11	68,8	5	31,3	16	5,89 (1,98-17,59)	<0,05
	Trong	69	27,2	185	72,8	254		
Chuyển dạ kéo dài >18giờ	Có	1	20,0	4	80,0	5	0,59 (0,06-5,35)	>0,05
	Không	79	29,8	186	70,2	265		

Nhận xét: Chỉ có đẻ ngạt, vỡ ối sớm trên 12 giờ và tình trạng ối bẩn liên quan với viêm phổi tiến triển chậm ở trẻ sơ sinh.

3.2. Yếu tố liên quan từ phía trẻ

Bảng 3.3. Liên quan giữa một số đặc điểm của sơ sinh với viêm phổi tiến triển chậm

Bệnh / Yếu tố liên quan		Có		Không		Tổng	OR 95% CI	P
		n	%	n	%			
Đẻ non	Có	13	56,5	10	43,5	23	3,49 (1,462-8,343)	<0,05
	Không	67	27,1	180	72,9	247		
Cân khi sinh<2500g	Có	9	60,0	6	40,0	15	3,89 (1,34-11,32)	<0,05
	Không	71	27,8	184	72,2	255		
Tuổi vào viện	≤ 7 ngày	4	80,0	1	20,0	5	9,95 (1,09-90,4)	<0,05
	> 7 ngày	76	28,7	189	71,3	265		
Tim bẩm sinh	Có	6	75,0	2	25,0	8	7,62 (1,504-38,62)	<0,05
	Không	74	28,2	188	71,8	262		
Hỗ trợ hô hấp	Có	52	55,9	41	44,1	93	6,749 (3,798-11,99)	<0,05
	Không	28	15,8	149	84,2	177		
Nuôi dưỡng	Sữa công thức	23	43,4	30	56,6	53	2,15 (1,156-4,007)	<0,05
	Bú mẹ	57	26,3	160	73,7	217		

Nhận xét. Yếu tố đẻ non, cân khi sinh < 2500g, tuổi vào viện <= 7ngày, tim bẩm sinh, hỗ trợ hô hấp và nuôi bằng sữa công thức liên quan chặt chẽ với viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Yếu tố liên quan từ phía người mẹ và tiền sử cuộc đẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bà mẹ bị sốt trong 3 tháng cuối của thai kỳ thì nguy cơ con họ bị VPSS tiến triển chậm tăng gấp 12,6 lần so với những bà mẹ không bị sốt trong 3 tháng cuối của thai kỳ với 95% CI từ 1,45 đến 109,65 và p < 0,05.

Tác giả Trần Thị Hải Yến (2015) khi so sánh thời gian điều trị tại bệnh viện trung bình ở nhóm trẻ có mẹ bị nhiễm khuẩn trước khi sinh với nhóm trẻ có mẹ không bị nhiễm khuẩn nhận thấy kết quả lần lượt là 22,69 ± 6,4 ngày và 19,65 ± 3,3 ngày nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 [2].

Yếu tố sinh con nhiều lần, nhiễm khuẩn

đường sinh dục cũng là những nguy cơ cao của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, trong đó tỷ lệ viêm phổi chiếm 60% [8]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sẽ cao hơn nếu có kết hợp đẻ non, mẹ bị sốt, ối vỡ sớm.

Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu này, yếu tố mẹ bị nhiễm khuẩn tiết niệu – sinh dục trước sinh có liên quan thuận với VPSS tiến triển chậm. Những bà mẹ bị nhiễm khuẩn tiết niệu trước sinh thì nguy cơ con họ bị VPSS tiến triển chậm tăng gấp 3,75 lần so với những bà mẹ không bị nhiễm khuẩn tiết niệu trước sinh với 95% CI từ 1,64 đến 8,59 và p < 0,05. Những bà mẹ bị nhiễm khuẩn sinh dục trước sinh thì nguy cơ con họ bị VPSS tiến triển chậm tăng gấp 6,92 lần so với những bà mẹ không bị nhiễm khuẩn sinh dục trước sinh với 95% CI từ 3,682 đến 13,02 và p < 0,05.

Nghiên cứu của M. Kurmar cũng chỉ ra rằng trẻ bị viêm phổi là con bà mẹ trẻ tuổi, mẹ có trình độ học vấn thấp có thời gian nằm viện kéo dài hơn những đứa trẻ khác [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Những bà mẹ có trình độ học vấn dưới bậc trung học phổ thông thì nguy cơ con họ bị VPSS tiến triển chậm tăng gấp 2,57 lần so với những bà mẹ có trình độ văn hóa từ bậc trung học phổ thông trở lên với 95 % CI từ 1,03 đến 6,45 và p < 0,05.

Vỡ ối sớm, và tình trạng nước ối bẩn là yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh. Các vi khuẩn gây bệnh thường là vi khuẩn có sẵn từ đường sinh dục của bà mẹ như là E. coli, Liên cầu B và Listeria. Nghiên cứu của Geme St và cộng sự cho thấy tỷ lệ viêm phổi tăng gấp 4 lần trong trường hợp ối bẩn hoặc thời gian vỡ ối sớm kéo dài. Tỷ lệ này còn cao hơn ở trẻ đẻ non, cân nặng thấp [3]. Ngạt sơ sinh kèm theo vỡ ối sớm cũng là một trong những nguy cơ cao gây viêm phổi ở sơ sinh nói chung và VPSS tiến triển chậm nói riêng [7]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, vỡ ối sớm > 12 giờ và tình trạng nước ối có liên quan thuận với VPSS tiến triển chậm. Những bà mẹ bị vỡ ối sớm > 12 giờ thì nguy cơ con của họ bị VPSS tiến triển chậm tăng gấp 9,95 lần so với những bà mẹ không bị ối vỡ sớm > 12 giờ với 95% CI từ 1,09 đến 90,4 và p < 0,05. Còn tình trạng nước ối bẩn, đục sẽ làm tăng nguy cơ VPSS tiến triển chậm cho trẻ lên 5,89 lần so với tình trạng nước ối sạch với 95% CI từ 1,98 đến 17,59 và p < 0,05. Tác giả Trần Thị Hải Yến cũng nhận xét: nước ối bẩn gây tình trạng viêm phổi sớm hơn và thời gian điều trị bệnh cũng kéo dài hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm trẻ có nước ối trong [2]. Nhận xét này cũng chung quan điểm với Oddie và CS: ối vỡ sớm > 18 giờ, và nước ối nhiễm khuẩn là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm [6]. Các nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Viêm phổi do nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ 4% của những trường hợp vỡ ối sớm > 24h, chuyển dạ kéo dài khi cổ tử cung đã mở hết, khám thai, thăm khám đường dưới nhiều lần [7]. Tuy nhiên, ở nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy chuyển dạ kéo dài > 18 giờ lại không có liên quan đến VPSS tiến triển chậm với 95% CI từ 0,065 đến 5,35 và p > 0,05.

4.2. Yếu tố liên quan từ phía trẻ

Trong nhóm bệnh, trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500g chiếm 88,7%, và 11,3% trẻ có

cân nặng lúc sinh < 2500g. Còn trong nhóm chứng, trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500g là 96,8% và chỉ có 3,2% trẻ có cân nặng < 2500g. Chúng tôi kết luận trẻ có cân nặng khi sinh < 2500g có nguy cơ mắc VPSS tiến triển chậm tăng gấp 3,887 lần trẻ có cân nặng ≥2500g với 95% CI từ 1,34 đến 11,32 và p < 0,05.

Kawanishi F [4] cũng nhận thấy tuổi thai thấp trẻ hay mắc viêm phổi, các nhiễm khuẩn khác liên quan đến thở máy. Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy trẻ đẻ non tháng có nguy cơ mắc VPSS tiến triển chậm tăng gấp 3,49 lần trẻ đẻ đủ tháng với 95% CI từ 1,462 đến 8,34 và p < 0,05.

Nghiên cứu nguyên nhân gây viêm phổi tiến triển chậm và viêm phổi tái phát ở trẻ em nói chung, nhiều tác giả đã khẳng định: bất thường bẩm sinh hệ tim mạch là một trong các nguyên nhân chủ yếu gây tình trạng viêm phổi dai dẳng và tái phát nhiều lần ở trẻ em [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có các bệnh tim bẩm sinh sau: Còn ống động mạch, thông liên nhĩ, thông liên thất, hẹp động mạch phổi, hở van hai lá. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy trẻ mắc tim bẩm sinh kèm theo có nguy cơ mắc VPSS tiến triển chậm tăng gấp 7,622 lần trẻ không mắc tim bẩm sinh với 95% CI từ 1,504 đến 38,62 và p < 0,05. Tác giả Trần Thị Hải Yến thì thấy thời gian điều trị trung bình của nhóm có tim bẩm sinh là 21,6 ± 4,0 ngày và của nhóm không có tim bẩm sinh là 18,8 ± 2,8 ngày, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 [2].

Những bệnh nhân có sự can thiệp hô hấp trong quá trình nằm viện như thở oxy qua gọng/sonde có nguy cơ mắc VPSS tiến triển chậm cao gấp 6,75 lần những bệnh nhân không cần hỗ trợ hô hấp với 95% CI từ 3,79 đến 11,99 và p < 0,05.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến (2015): thời gian điều trị của nhóm cần phải hỗ trợ hô hấp là 23,38 ± 4,3; dài hơn của nhóm không cần hỗ trợ hô hấp (17,18 ± 2,1 ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 [2]. Lý giải cho điều này có thể là do khi trẻ cần phải hỗ trợ hô hấp dễ đồng nhiễm thêm các vi khuẩn kháng thuốc và làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, do vậy sẽ kéo dài thời gian điều trị.

Chúng tôi nhận thấy những BN được nuôi dưỡng bằng sữa công thức hoàn toàn có nguy cơ mắc VPSS tiến triển chậm tăng gấp 2,152 lần so với những bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ (bao gồm cả sữa mẹ hoàn toàn và hỗn hợp sữa mẹ cùng sữa công thức) với 95% CI từ 1,156 đến 4,007 và p < 0,05.

Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Thị Hải Yến: số ngày điều trị trung bình của nhóm trẻ được nuôi bằng sữa công thức hoàn toàn là 22,38 ± 8,2 ngày, cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với số ngày điều trị trung bình của nhóm được ăn sữa mẹ là 20,40 ± 3,7 ngày [2]. Như vậy việc sử dụng hoàn toàn sữa công thức có liên quan đến việc kéo dài thời gian điều trị viêm phổi.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố mẹ bị sốt trong 3 tháng cuối của thai kỳ, mẹ bị nhiễm khuẩn tiết niệu – sinh dục trước sinh, mẹ có trình độ văn hóa dưới bậc trung học phổ thông, vỡ ối sớm >

12 giờ, tình trạng nước ối bẩn, đục; trẻ đẻ non tháng, cân nặng khi sinh < 2500 g, trẻ có mắc tim bẩm sinh kèm theo, trẻ được can thiệp hỗ trợ hô hấp, nuôi dưỡng bằng sữa công thức hoàn toàn có liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm, làm tăng tỷ lệ viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm ($p < 0,05$).

- Phương thức đẻ (đẻ thường hay đẻ mổ), đẻ ngạt, chuyển dạ kéo dài >18 giờ và tuổi khi vào viện không có liên quan đến viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khu Thị Khánh Dung (2003),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn, và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Thị Hải Yến (2015),** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi trẻ sơ sinh điều trị kéo dài tại khoa sơ sinh BVTE Hải Phòng từ 10/ 2014 – 10/2015, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
3. **Geme St J M, Harris M C (1991),** "Coagulase negative staphylococcus infection in the neonate", clin Perinatol, 18, pp. 281.
4. **Kawanishi F, et al (2014),** "Risk factors for ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit patients", J Infect Chemother, 20 (10), pp. 627-630.
5. **Manish Kurmar, Niranjan Biswal, et al (2009),** "Persistent pneumonia: Underlying cause and outcome", Indian Journal of Pediatrics, 76(12), pp. 1223–1226.
6. **Oddie S, Embleton N D (2002),** "Rick factors for early onset neonatal group B Steptococcal sepsis: case control study", BMJ 325, pp. 308.
7. **Rudan I, et al (2013),** "Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries", J Glob Health, Jun, 3(1), pp. 010401.
8. **Schaffer Avery (1991),** Diseases of the Newborn, Neonatal pneumonias, pp. 144 – 170, 527 – 530.

TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN VĨNH BẢO, HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Văn Đẹp*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 xã Dũng Tiến và Việt Tiến, Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 280 trẻ dưới 5 tuổi tại địa điểm nghiên cứu kể trên. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu và kết luận**. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 11,4%, thấp còi là 27,9% và gày còm là 8,6%. Không có sự khác biệt theo tuổi và giới ở cả 3 loại suy dinh dưỡng. Mức độ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa gặp phổ biến ở cả 3 thể suy dinh dưỡng.

Từ khóa. Suy dinh dưỡng nhẹ cân, suy dinh dưỡng thấp còi, suy dinh dưỡng gày còm.

SUMMARY

THE INCIDENCE OF MALNUTRITION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT TWO COMMUNES OF VINH BAO DISTRICT, HAI PHONG IN 2020

Objective. The study was done to investigate the incidence of malnutrition in children under 5 years old in Dung Tien and Viet Tien, Vinh Bao in 2020.

Subjects and Method. Subjects included 280 children under 5 years old and the method was a cross-sectional study. Results and conclusions. The incidence of underweight was 11.4%, the incidence of stunting was 27.9%, and the incidence of wasting was 8.6%. There was no difference between sexes and agegroups in all kind of malnutrition. The mild and moderate malnutrition were prevalent in all kind of malnutrition.

Keyword. Under weight, stunting, wasting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng do thiếu protein -năng lượng và các vi chất dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe cộng đồng, gặp ở nhiều nước trên thế giới với tỷ lệ mắc cao ở các nước đang và kém phát triển trong đó có Việt Nam [2]. Suy dinh dưỡng (SDD) gặp nhiều ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện với các mức độ khác nhau, bệnh không những ảnh hưởng đến phát triển thể chất, mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, trí tuệ của trẻ và để lại hậu quả nặng nề cho trẻ và xã hội, trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong [5].

Người ta ước tính có khoảng 178 triệu trẻ dưới 5 tuổi trên thế giới ở các nước đang và kém phát triển bị SDD thể thấp còi, 55 triệu trẻ SDD thể gầy còm [10]. SDD thể thấp còi, gày còm nặng và kém phát triển bào thai là nguyên nhân của 2,2 triệu trẻ tử vong, 21% số năm tàn tật của cuộc đời được điều chỉnh ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn cầu [10].

Vĩnh bảo là huyện đồng bằng ven biển của thành phố Hải Phòng, tỷ lệ suy dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi như thế nào, mức độ theo tuổi, giới ra sao còn chưa được quan tâm

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đẹp
Email: nvdep@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

nghiên cứu đầy đủ. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại hai xã, huyện Vĩnh Bảo, thành phố Hải Phòng năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được

p: tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi tại Việt Nam năm 2017 (23,8%) [4]

Δ: Sai số mong muốn = 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với α = 0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$ =1,96

Thay số vào công thức ta tính được n = 278, như vậy, cỡ mẫu tối thiểu làm tròn là 280 cặp mẹ con dưới 5 tuổi tham gia vào nghiên cứu.

Mẫu được lựa chọn theo phương pháp nhiều giai đoạn: Giai đoạn 1: chủ động chọn huyện Vĩnh Bảo; giai đoạn 2: chọn ngẫu nhiên 2 xã thuộc huyện Vĩnh Bảo; giai đoạn 3: chọn ngẫu nhiên hệ thống đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin của đối tượng nghiên cứu: Tuổi và giới của trẻ, tuổi, nghề nghiệp, học vấn của mẹ và thu nhập của gia đình.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng: Tỷ lệ các thể suy dinh dưỡng, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tuổi, theo giới, mức độ suy dinh dưỡng theo tuổi, giới

2.2.4. Thu thập thông tin

Thu thập thông tin:

- Cân: Sử dụng cân bàn điện tử của UNICEF có độ chính xác đến 100g để cân trẻ.

- Đo chiều cao: Trẻ dưới 2 tuổi đo nằm, ≥ 2 tuổi đo đứng.

Khi Zscore cân/tuổi, cao/tuổi và cân/cao <-2SD trẻ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi, và gày mòn.

Khi Zscore trên từ -2SD đến – 3 SD suy dinh dưỡng nhẹ. Zscore từ dưới -3 SD trẻ suy dinh dưỡng vừa và nặng.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh thông thường. Số liệu thu được sẽ được nhập vào phần Epi-Infor để tính WAZ, HAZ, WAZ sau đó chuyển lại phần mềm SPSS để tính tỷ lệ suy dinh dưỡng, mức độ suy dinh dưỡng theo một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 240 cặp mẹ con:

Có 140 trẻ trai chiếm 50% và 140 trẻ gái chiếm 50% tham gia nghiên cứu. Có 47 trẻ < 12 tháng, 74 trẻ 12-<24 tháng, 56 trẻ 24-<36 tháng, 47 trẻ 36-<48 tháng và 56 trẻ 48-<60 tháng.

Có 0,7% mẹ <20 tuổi, 42,1% 20-29 tuổi, 55,0% 30-39 tuổi, 2,1% từ 40 trở lên

Có 1,4% mẹ có học vấn tiểu học, 23,9% mẹ THCS, 52,1% THPT và 22,5% mẹ Trung học chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học.

Mẹ làm ruộng 14,3%, cán bộ viên chức 16,1%, tiểu thương, nội trợ 21,1% và khác 48,6%. Có 1,8% mẹ nghèo, 82,9% trung bình và 15,4% khá và giầu.

3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ SDD theo các thể

Loại / SDD	Số lượng (n=280)	Tỷ lệ (%)
SDD nhẹ cân	32	11,4
SDD thấp còi	78	27,9
SDD gày còm	24	8,6

Nhận xét. Tỷ lệ SDD thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,9% sau đó là SDD nhẹ cân chiếm 11,4% và tỷ lệ thấp nhất là SDD gày còm 8,6%.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
0-12	47	2	4,3	>0,05
13-24	74	10	13,5	
25 – 36	56	6	10,7	
37 – 48	47	8	17,0	
49 – 60	56	6	10,7	
Tổng số	**280**	**32**	**11,4**	

Nhận xét: Tỷ lệ SDD nhẹ cân thấp nhất ở nhóm trẻ <12 tháng (4,3%) và cao nhất ở nhóm trẻ 36-<48 tháng (17,0%). Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
<12	47	12	25,5	>0,05
12-<24	74	23	31,1	
24 – <36	56	16	28,6	
36 – <48	47	13	27,7	
48 – <60	56	14	25,0	
Tổng số	**280**	**78**	**27,9**	

Nhận xét: Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm trẻ 12-<24 tháng tuổi là 31,1%.

Bảng 4. Tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
<12	47	5	10,6	>0,05
12-<24	74	8	10,8	
24 – <36	56	4	7,1	
36 – <48	47	3	6,4	
48 – <60	56	5	7,1	
Tổng số	280	24	8,6	

Nhận xét. Bảng cho thấy tỷ lệ gày còm chung là 8,6%, trẻ càng lớn tỷ lệ thấp còi càng giảm. Cao nhất là khi trẻ 1 và 2 tuổi tỷ lệ là 10,6% và 10,8%.

Bảng 5. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân theo giới

Giới	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nam	47	15	10,7	>0,05
Nữ	74	17	12,1	
Tổng số	280	32	11,4	

Nhận xét. Bảng kết quả cho thấy tỷ lệ thấp còi trẻ trai là 10,7% và trẻ gái là 12,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 6. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi theo giới

Giới	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nam	47	37	26,4	>0,05
Nữ	74	41	29,3	
Tổng số	280	78	27,9	

Nhận xét. Bảng cho thấy tỷ lệ thấp còi chung là 27,9%, trẻ gái cao hơn trẻ trai 29,3% so với 26,4% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 7. Tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm theo giới

Giới	Số trẻ nghiên cứu (n)	Số trẻ nhẹ cân (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nam	47	8	5,7	>0,05
Nữ	74	16	11,4	
Tổng số	280	24	8,6	

Nhận xét. Tỷ lệ gày còm ở trẻ gái là 11,4% cao hơn ở trẻ trai là 5,7% nhưng sự khác biệt chưa có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 8. Mức độ suy dinh dưỡng nhẹ cân theo giới

Mức độ suy dinh dưỡng nhẹ cân	Số NC	Nam		Nữ	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	31	14	45,2	17	54,8
Vừa	0	0	0,0	0	0,0
Nặng	1	1	100,0	0	0,0
Tổng	**32**	**15**	**46,9**	**17**	**53,1**

Nhận xét. Theo kết quả chúng tôi nhận thấy không có SDD nhẹ cân mức độ vừa. Mức độ nhẹ trai chiếm 45,2%, mức độ nặng chỉ ghi nhận 1 trường hợp trẻ trai.

Bảng 9. Mức độ suy dinh dưỡng thấp còi theo giới

Mức độ suy dinh dưỡng thấp còi	Số NC	Nam		Nữ	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	58	26	44,8	32	55,2
Vừa	17	8	47,1	9	52,9
Nặng	3	3	100,0	0	0,0
Tổng	**78**	**37**	**47,4**	**41**	**52,6**

Nhận xét. Ở SDD nhẹ, trẻ gái SDD nhiều hơn trẻ trai (55,2% so với 44,8%), đối với SDD vừa trẻ gái cũng SDD nhiều hơn trẻ trai (52,9% so với 47,1%). Còn đối với SDD nặng chúng tôi chi ghi nhân 3 trường hợp ở trẻ trai mà không có ở trẻ gái.

Bảng 10. Mức độ suy dinh dưỡng gầy còm theo giới

Mức độ suy dinh dưỡng gày mòn	Số NC	Nam		Nữ	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	20	8	40,0	12	60,0
Vừa	2	0	0,0	2	100,0
Nặng	2	0	0,0	2	100,0
Tổng	**24**	**8**	**33,3**	**16**	**66,7**

Nhận xét. Chủ yếu bệnh nhân gày còm mức độ nhẹ. Theo từng mức độ thì trẻ gái đều chiếm tỷ lệ cao, không có trẻ trai gầy còm vừa và nặng.

Bảng 11. Mức độ suy dinh dưỡng nhẹ cân theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Tổng	Mức độ SDD nhẹ cân					
		Nhẹ		Vừa		Nặng	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
<12	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0
12-<24	10	10	100,0	0	0,0	0	0,0
24 – <36	6	5	83,3	0	0,0	1	16,7
36 – <48	8	8	100,0	0	0,0	0	0,0
48 – <60	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0
Tổng số	32	31	96,9	0	0,0	1	3,1

Nhận xét. Không có SDD nhẹ cân mức độ vừa theo tuổi. Ở mức độ nhẹ SDD tập trung từ 2 đến 5 tuổi. Có 1 trường hợp SDD nặng ở nhóm 3 tuổi.

Bảng 12. Mức độ suy dinh dưỡng thấp còi theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Tổng	Mức độ SDD thấp còi					
		Nhẹ		Vừa		Nặng	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ(%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
<12	12	7	58,3	4	33,4	1	8,3

12-<24	23	16	69,6	7	30,4	0	0,0
24 – <36	16	14	87,4	1	6,3	1	6,3
36 – <48	13	9	69,2	3	23,1	1	7,7
48 – <60	14	12	85,7	2	14,3	0	0,0
Tổng số	78	58	74,3	17	21,8	3	3,9

Nhận xét: SDD nhẹ chiếm 74,3%, sau đó là SDD vừa 21,8% và nặng chiếm 3,9%. SDD mức độ nhẹ tăng dần theo tuổi từ 58,3% đến 85,7%. SDD vừa giảm dần theo tuổi từ 33,4% xuống còn 14,3%. SDD nặng chỉ gặp 3 trường hợp ở nhóm 1, 3 và 4 tuổi.

Bảng 13. Mức độ suy dinh dưỡng gầy còm theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Tổng	Mức độ SDD gày mòn					
		Nhẹ		Vừa		Nặng	
		Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)	Số NC	Tỷ lệ (%)
<12	5	4	80,0	1	20,0	0	0,0
12-<24	8	5	62,5	1	12,5	2	25,0
24 – <36	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
36 – <48	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
48 – <60	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
Tổng số	24	20	83,4	2	8,3	2	8,3

Nhận xét. Có 83,4% mức độ nhẹ, 8,3% vừa và 8,3% nặng. Mức độ nhẹ gặp 100% ở nhóm 3, 4 và 5 tuổi. Mức độ vừa chỉ gặp ở 1 và 2 tuổi. Mức độ nặng chỉ gặp ở 2 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 280 trẻ em dưới 5 tuổi tại Dũng Tiến và Việt Tiến, huyện Vĩnh Bảo Hải Phòng năm 2020, chúng tôi có một số bàn luận sau đây về tỷ lệ suy dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1. Cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân là 14,4%, tỷ lệ thấp còi 27,9% và tỷ lệ gày còm là 8,6%.

Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với Hoàng Thị Thu Trang [4] theo thứ tự tỷ lệ các loại SDD như sau 29,3%, 29,8% và 19,6%.

Tỷ lệ SDD của chúng tôi cao hơn của Trần Văn Điển [1]. Tỷ lệ các loại SDD lần lượt là 11,2%, 24,5% và 6,9%. Sự khác nhau có thể do thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, địa điểm, thời gian nghiên cứu khác nhau.

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ SDD theo nhẹ cân theo tuổi. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm 4 tuổi (17%) và thấp nhất ở nhóm 1 tuổi (4,3%). Bảng 3. là tỷ lệ thấp còi theo tuổi. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm 2 tuổi (31,1%) và thấp nhất ở nhóm 5 tuổi (25%). Bảng 4 cho thấy tỷ lệ SDD gày còm cao nhất ở nhóm 1-2 tuổi (10,6% và 10,8% theo thứ tự), thấp nhất ở nhóm 4 tuổi (6,4%). Cả 3 loại SDD đều không có sự khác nhau theo nhóm tuổi.

Bảng 5 cho thấy SDD nhẹ cân ở trẻ gái 12,1% cao hơn 1 chút so với trẻ trai là 10,7%, Bảng 6 cho thấy SDD thấp còi trẻ gái 29,3% cao hơn trẻ trai là 26,4%. Bảng 7 cho

thấy trẻ gái gày còm nhiều hơn trẻ trai 11,4% so với 5,7%. Tuy nhiên sự khác nhau ở 3 loại SDD theo giới không có ý nghĩa thống kê.

Sau đây là tỷ lệ SDD của các tác giả mà chúng tôi tham khảo được. Nghiên cứu của Molly Wong Vega và CS [9] SDD gày mòn ở bệnh nhân đẻ già tháng (44 tuần tuổi thai) trong 18 năm cho thấy trong 528 trường hợp tỷ lệ SDD gày còm chiếm 19,7% cao hơn của chúng tôi rất nhiều. Về nguyên nhân tác giả cho thấy lý do gày còm là do tăng chuyển hóa. Do đó phải có chế độ tập luyện và cải thiện chế độ ăn để giảm tỷ lệ SDD gày còm ở quần thể này.

Nghiên cứu của João B Humbwavali và CS [8] trên 749 trẻ dưới 2 tuổi ở ven đô Angola theo phương pháp nghiên cứu cắt ngang cho thấy tỷ lệ SDD cao hơn của chúng tôi rất nhiều. SDD nhẹ cân chiếm 14,1% và SDD thấp còi chiếm 32,0%.

Ở Madagascar, Hirotsuga Aiga và CS [7] tiến hành nghiên cứu cắt ngang trên 393 trẻ 5-10 tuổi đang tiểu học để xác định tỷ lệ SDD các loại và yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các loại SDD đều có tỷ lệ cao hơn của chúng tôi rất nhiều, các tỷ lệ lần lượt là nhẹ cân 36,9%, thấp còi 34,9% và gày mòn 11,2%. Ngoài ra các tác giả còn thấy 18 trẻ (4,8%) mắc cả 3 loại SDD một lúc.

Bảng 8-10 cho thấy mức độ SDD theo giới. Kết quả cho thấy SDD nhẹ cân gặp mức độ nhẹ là chính và tỷ lệ cao ở trẻ gái (54,8%), trẻ thấp còi gặp mức độ nhẹ và vừa chủ yếu ở trẻ gái (55,2% và 52,9%), có 3 trường hợp SDD nặng ở trẻ trai. Gày còm mức độ nhẹ là chính và gặp ở trẻ gái (60%). Mức độ vừa và nặng đều có 2 trường hợp và đều gặp ở trẻ gái.

Bảng 11-13 là mức độ SDD. Đối với SDD nhẹ cân chủ yếu là mức độ nhẹ và gặp ở hầu hết các nhóm tuổi với tỷ lệ 83,3-100%. SDD thấp còi gặp mức độ nhẹ ở cả các nhóm tuổi tỷ lệ cao ở nhóm 2 và 5 tuổi, mức độ vừa gặp cao ở nhóm 1 và 2 tuổi. Có 3 trường hợp nặng gặp ở nhóm 1, 3 và 4 tuổi. Thể gày còm gặp chủ yếu mức độ vừa và ở tất cả các nhóm tuổi. Đặc biệt có 2 trường hợp nặng ở nhóm 2 tuổi.

Nhận xét của chúng tôi phù hợp nhận xét của Hà Hồng Hạnh [3] là SDD các loại đều gặp ở mức độ nhẹ và vừa. Không có sự khác biệt ở từng mức độ theo tuổi và theo giới.

Trần Văn Điển [1] Theo kết quả này thì tác giả không gặp SDD mức độ nhẹ ở cả 3 thể. Thể thấp còi có mức độ SDD nhẹ và vừa lần lượt là 22,5% và 20,0%. SDD gày còm 5,8% và 11,1%, còn SDD nhẹ cân là 10,1% và 1,1%. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. SDD nặng ngoài cộng đồng rất hiếm gặp, thậm chí trong bệnh viện hiện nay cũng hiếm gặp SDD mức độ nặng.

Blessing Jaka Akombi và CS [6] nghiên cứu 24.529 trẻ 0-59 tháng tuổi vào năm 2013 tại Nigeria cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi chiếm 29% cao hơn kết quả của chúng tôi. Tác giả còn cho biết 16,4% là SDD nặng. Nhóm tuổi 0-23 tháng chiếm 36,7% và nhóm 0-59 chiếm 21%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 11,4%, thấp còi 27,9% và gày còm 8,6%. Không thấy sự khác biệt theo nhóm tuổi và theo giới ở cả 3 thể suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng

nhẹ và vừa phổ biến ở đối tượng nghiên cứu gặp ở cả 3 thể suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng nặng rất hiếm gặp trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Điển (2014),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
2. **Nguyễn Thanh Hà, Nguyễn Xuân Ninh (2008),** "Thấp còi phối hợp với thiếu vi chất ở trẻ em là vấn đề sức khỏe cộng đồng tại hai xã thuộc huyện Gia Bình tỉnh Bắc Ninh", Tạp chí Y học Dự Phòng, 7(99), tr.5-11.
3. **Hà Hồng Hạnh (2020),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại Phục Lễ, Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2020, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa khoa 2014-2020, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Hoàng Thị Thu Trang (2019),** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ viêm phổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Phạm Duy Tường (2012),** "Dịch tễ học các bệnh thiếu dinh dưỡng", Dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm (sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa I dịch tễ học thực địa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.31-35.
6. **Blessing Jaka Akombi et al (2017),** "Stunting and severe stunting among children under 5 years in Nigeria: A multilevel analysis", BMC Pediatr,13;17(1):15.
7. **Hirotsugu Aiga et al (2019),** "Risk factors for malnutrition among School aged children: a cross-sectional study in rural Madagascar", BMC Public Health, 17;19(1):773.
8. **João B Humbwavali et al (2019),** "Malnutrition and its associated factors: a cross-sectional study with children under 2 years in a suburban area in Angola", BMC Public Health, 21; 19(1):220.
9. **Molly Wong Vega et al (2019),** "Malnutrition risk in Hospitalized children: A descriptive study of malnutriton related to characteristics and development of a pilot pediatric risk-assessment tool", Nutr Cli Pract, 34(3):406-413.
10. **Robert E Black et al (2008),** Matenal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, Thelancet, DOI:1016/501406736(07)61690-0.

ĐẶC ĐIỂM DỊ ỨNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG LAO HÀNG MỘT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG

Nguyễn Đức Thọ[1], Hoàng Thị Bích Thủy[2], Nguyễn Thị Thủy[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dị ứng của bệnh nhân điều trị thuốc chống lao hàng một tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019 đến 2020.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 100 bệnh nhân dị ứng khi sử dụng thuốc chống lao hàng một tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2019 đến 10/2020.

Kết quả: Dị ứng xuất hiện trong 2 tuần đầu dùng thuốc chiếm 75,0%; trung bình là 10,86 ± 14,4 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân dị ứng Rifampicin (RMP) chiếm 53,0%; Streptomycin (SM) 12,0%; Isoniazid (INH) 18,0%; Pyrazinamid (PZA) 25,0% và Ethambutol (EMB) 27,0%. Dị ứng với một loại thuốc chiếm 87,0%. Biểu hiện lâm sàng của dị ứng chủ yếu là sẩn ngứa chiếm 93,0%; triệu chứng ít gặp hơn là mề đay, sốt…. Thời gian gián đoạn điều trị trung bình 16,8 ± 9,5 ngày.

Kết luận: Dị ứng thuốc lao chủ yếu xuất hiện trong vòng 2 tuần sau khi dùng thuốc. Biểu hiện lâm sàng nhẹ và thường dị ứng với một loại thuốc. Dị ứng gây khó khăn cho việc quyết định phác đồ và làm gián đoạn quá trình điều trị.

Từ khóa: Bệnh lao, dị ứng, Rifampicin, RMP, Isoniazid, INH, Pyrazinamid, PZA, Streptomycin, SM, Ethambutol, EMB.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2] *Bệnh viện Phổi Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thọ
Email: ndtho@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

SUMMARY

ALLERGIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS USING THE FIRST LINE ANTI TUBERCULOSIS DRUGS AT HAIPHONG LUNG HOSPITAL

Objectives: Describe some allergic characteristics of patients using the first line anti tuberculosis drugs at Haiphong Lung Hospital from 2019 to 2020.

Material and methods: We used a cross-sectional study and convenient sampling collection of 100 allergic patients when using 1st line anti-TB drugs at Haiphong Lung Hospital from 2019 Jan to 2020 Oct.

Results: Allergy appeared within the first two weeks of taking drugs accounting for 75.0%, means was 10.86 ± 14.4 days. The proportion of RMP allergy was 53.0%, SM 12.0%, INH 18.0%, PZA 25.0% and EMB 27.0%. Allergy with one kind of drug accounted for 87.0%. Clinnical symptoms of allergy were mainly rash accounting for 93.0%, less common symptoms were urticarial, fever…. The interrupted time of therapy was 16.8 ± 9.5 days.

Conclusions: Anti TB drug allergy mainly appeared within the first two weeks after using drugs. Clinical symptoms were mild and allergy commonly happened with one kind of drug. Allergy made therapeutic decision difficult and interrupted treatment course.

Key words: Tuberculosis, TB, Allergy, allergic, Rifampicin, RMP, Isoniazid, INH, Pyrazinamid, PZA, Streptomycin, SM, Ethambutol, EMB.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị ứng là một trong những tác dụng có hại khi sử dụng thuốc (ADR: Adverse Drug Reaction). Tỷ lệ dị ứng thuốc ở Việt Nam có xu hướng gia tăng [1]. Thuốc chống lao hàng một được sử dụng rộng rãi trong điều trị lao. Dị ứng thuốc chống lao không những làm gián đoạn quá trình điều trị mà còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị do phải thay đổi phác đồ. Mục tiêu nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm dị ứng của bệnh nhân điều trị thuốc chống lao hàng một tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019 đến 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 100 bệnh nhân (BN) có biểu hiện dị ứng khi điều trị lao bằng các thuốc chống lao hàng một.

2. Phương pháp nghiên cứu:

-Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, không xác xuất.

-***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** BN trên 15 tuổi dị ứng thuốc chống lao hàng một khi điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng tự nguyện tham gia nghiên cứu.

-Chẩn đoán dị ứng thuốc [1] [2]: BN sau khi sử dụng thuốc lao xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng: trên da xuất hiện mẩn ngứa, mề đay, đỏ da, sốt, phù quincke, hội chứng Stevens-Johnson, hội chứng Lyell hoặc có thể biểu hiện của shock phản vệ. Xác định thuốc dị ứng sau khi sử dụng từng loại thuốc thấy xuất hiện trở lại các triệu chứng dị ứng.

-***Tiêu chuẩn loại trừ:*** BN dị ứng do nguyên nhân khác hoặc bệnh nhân có HIV.

3. Thời gian, địa điểm: nghiên cứu được thực hiện từ 1/2019 đến 10/2020 tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

4. Nội dung nghiên cứu

-Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử dị ứng.

-Thời gian xuất hiện dị ứng từ khi dùng thuốc, tỷ lệ dị ứng của các thuốc chống lao. Các biểu hiện lâm sàng: mẩn ngứa, mề đay, sốt, tiểu ít, khó thở… và thời gian gián đoạn điều trị.

-Kết quả xét nghiệm Test tiêu bạch cầu đặc hiệu (TBCĐH), thay đổi tiểu cầu, bạch cầu N, GOT, GPT, Urea, Creatinin.

5. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 21.0. Đề tài sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, trị số trung bình.

6. Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt, được sự đồng ý của Bệnh viện Phổi Hải Phòng và của bệnh nhân nghiên cứu. Mọi thông tin được bảo mật và chỉ nhằm mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu		n=100	%	Đối tượng nghiên cứu		n=100	%
Tuổi	15-29	15	15,0	Nghề nghiệp	Nông dân	17	17,0
	30-39	13	13,0		Công nhân	14	14,0
	40-49	15	15,0		Viên chức	5	5,0
	50-59	21	21,0		Buôn bán	19	19,0
	≥ 60	36	36,0		Học sinh, SV	4	4,0

	Tổng	100	100		Hưu trí	20	20,0
	Trung bình	52,06 ± 18,8			không nghề	21	21,0
Giới	Giới nam	67	67,0	**Thể lao**	Lao phổi	82	82,0
	Nữ	33	33,0		Lao ngoài phổi	18	18,0

Nhận xét: Tuổi của BN dị ứng thuốc chủ yếu từ 60 trở lên chiếm 36%; nam gấp 2 lần nữ, BN chủ yếu là lao phổi chiếm 82%.

Bảng 2. Thời gian xuất hiện dị ứng thuốc từ khi bắt đầu điều trị lao, tiền sử dị ứng và tỷ lệ dị ứng thuốc chống lao của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu		**n=100**	**%**	**Đối tượng nghiên cứu**		**n=100**	**%**
Thời gian xuất hiện dị ứng	≤ 1 ngày	16	16,0	**Tỷ lệ dị ứng các thuốc chống lao**	SM	12	12,0
	≤ 1 tuần	47	47,0		RMP	53	53,0
	1 – 2 tuần	28	28,0		INH	18	18,0
	≥ 2 – 4 tuần	19	19,0		PZA	25	25,0
	> 4 tuần	6	6,0		EMB	27	27,0
	TB (ngày)	10,86 ± 14,4			1 loại	87	87,0
Tiền sử dị ứng	Có	11	11,0		2 loại	8	8,0
	Không	89	89,0		> 2 loại	5	5,0

Nhận xét: Thời gian xuất hiện dị ứng trong 2 tuần đầu chiếm 75,0%; ngày đầu là 16,0%. Chỉ có 11,0% BN có tiền sử dị ứng.

Bảng 3. Biểu hiện lâm sàng của dị ứng thuốc lao của đối tượng nghiên cứu

Lâm sàng	**n**	**%**	**Lâm sàng**	**n**	**%**	**Lâm sàng**	**n**	**%**
Sẩn ngứa	93	93,0	Buồn nôn	4	4,0	Tiểu ít	1	1,0
Mề đay	16	16,0	Nóng bừng	4	4,0	Bong chóc	1	1,0
Sốt	28	28,0	Chóng mặt	1	1,0	Ran co thắt	2	2,0
Khó thở	4	4,0	Đau đầu	1	1,0	Shock PV	0	0,0

Nhận xét: Hình thái dị ứng hay gặp nhất là sẩn ngứa chiếm 93,0%; có 16,0% nổi mề đay và 28,0% BN có sốt; không có trường hợp nào shock phản vệ.

-Độ nhậy và độ đặc hiệu của test tiêu bạch cầu đặc hiệu với các loại thuốc chống lao theo thứ tự lần lượt là: với SM (n = 73; se 42,9%; sp 80,3%); RMP (n = 78; se 31,0%; sp 80,6%); INH (n = 78; se 35,7%; sp 90,6%); PZA (n = 78; se 40,0%;

sp 91,4%); EMB (n = 75; se 45,5%; sp 77,4%).

-Xét nghiệm máu ngoại vi: 35 BN xét nghiệm công thức máu khi dị ứng không có BN nào giảm tiểu cầu, 01 BN dị ứng RMP có bạch cầu N < 2G/l (2,9%). Có 41 BN xét nghiệm sinh hóa máu trong đó 3 BN tăng Urea (7,3%), 4BN tăng Creatinine (9,8%), 9 BN tăng GOT (22,0%) và 5 BN tăng GPT (12,2%). 91 BN được theo dõi có thời gian gián đoạn điều trị trong vòng 10 ngày chiếm 24,2%; 11-20 ngày chiếm 45,1%; 21-30 ngày 24,2%; trên 30 ngày 6,6%; trung bình 16,8 ± 9,5 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 100 BN có biểu hiện lâm sàng dị ứng với các loại thuốc chống lao hàng một. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi của BN chủ yếu từ 40 trở lên chiếm 72,0% trong đó nhóm tuổi 60 trở lên chiếm 36,0%; trung bình 52,06 ± 18,8 tuổi, nam giới chiếm 67,0% cao gấp 2 lần nữ, lao phổi chiếm tỷ lệ 82,0%; lao ngoài phổi chiếm 18,0%. BN dị ứng thuốc lao ít gặp ở đối tượng viên chức (5,0%) và học sinh, sinh viên (4,0%); các ngành nghề khác chiếm tỷ lệ tương đương nhau. BN xuất hiện dị ứng trong tuần đầu tiên kể từ khi bắt đầu dùng thuốc chống lao chiếm 47,0% trong đó 16,0% biểu hiện ngay ngày đầu tiên. Tỷ lệ xuất hiện dị ứng trong 2 tuần đầu chiếm tới 75,0%; chỉ có 6,0% xuất hiện muộn sau 4 tuần. Tiền sử dị ứng cũng là yếu tố nguy cơ xuất hiện dị ứng cho nên khi chẩn đoán thường phải khai thác đặc điểm này [1][2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 11,0% số BN có tiền sử dị ứng trước đó. Thuốc chống lao có tỷ lệ dị ứng cao nhất là RMP chiếm 53,0%; sau đến EMB (27,0%) và PZA (25,0%); thuốc ít gây dị ứng hơn là INH (18,0%) và SM (12%). BN chủ yếu dị ứng với 1 loại thuốc chống lao chiếm 87%; dị ứng từ 2 loại trở lên chiếm 13% đặc biệt từ 3 loại chiếm 5% điều này khiến cho việc lựa chọn thuốc điều trị gặp rất nhiều khó khăn. Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu của dị ứng thuốc lao là mẩn ngứa chiếm 93%; sốt chiếm 28,0%; nổi mề đay chiếm 16,0%. Một số biểu hiện ít gặp là khó thở, buồn nôn, cảm giác nóng bừng đều chiếm 4,0%; hiếm gặp triệu chứng đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, tiểu ít bong chóc da, ran co thắt, không có trường hợp nào shock phản vệ. Dị ứng là một trong những tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc, theo thống kê của Abhijeet - Sing khi sử dụng thuốc chống lao hàng một từ 8% đến 85% tùy theo các kết quả nghiên cứu [3]. Daniel Vervloet (2012) khi sử dụng EMB có 0,5% phản ứng da, 0,3% sốt; INH 2% xuất hiện phát ban; dị ứng PZA thường biểu hiện phát ban dát sẩn, ngứa, nổi mày đay, đỏ bừng; thuốc RMP phát ban da 0,8% rất hiếm khi shock phản vệ; thuốc SM có thể gây shock phản vệ, sốt, mẩn ngứa….[4]. Theo Hanène Smadhi thời gian trung bình để khởi phát các biểu hiện dị ứng so với khi bắt đầu điều trị lao là 23 ± 19 ngày (1-85). Dị ứng PZA chiếm 44,4%; RMP chiếm 18,5%; INH chiếm 3,7% và EMB là 3,7% [5]. Daphne Yee theo dõi điều trị lao thấy bệnh nhân xuất hiện sẩn ngứa với RMP là 2%; INH là 1%; PZA 2% và EMB là 0,6% [6]. Khi sử dụng thuốc lao hàng một có 15,1% xuất hiện mẩn ngứa, 6,5% xuất hiện sốt [7]. Test TBCĐH giúp chẩn đoán nhanh dị ứng thuốc [8]. Kết quả nghiên cứu test có độ nhậy với các thuốc chống lao thấp (31,0% đến 45,5%) và độ đặc hiệu đạt (77,4% đến 91,4%). Một số thay đổi xét nghiệm máu ngoại vi khi có dị ứng thuốc được ghi nhận: 7,3% có tăng Urea; 9,8% tăng Creatinin; 22,0% tăng GOT và 12,2% tăng GPT; chỉ có 1 trường hợp có giảm bạch cầu N khi sử dụng RMP. Một số thuốc điều trị lao như SM, EMB có ảnh hưởng đến chức năng thận và RMP, INH, PZA ảnh hưởng đến chức năng gan nên sự thay đổi trên chưa chắc do dị ứng thuốc. Dị ứng thuốc làm gián đoạn điều trị do phải xử trí và xác định thuốc dị ứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời

gian gián đoạn trong vòng 1 tháng chiếm 93,4%; chủ yếu từ 11 đến 20 ngày chiếm 45,1%; trung bình 16,8 ± 9,5 ngày. V K Dhingra nghiên cứu 1195 BN điều trị lao thấy tỷ lệ mẩn ngứa chiếm 17%; ADR xuất hiện trong tháng đầu điều trị chiếm 67% và 0,25% bị gián đoạn điều trị [9].

V. KẾT LUẬN

Thời gian xuất hiện dị ứng ngày đầu dùng thuốc chiếm 16%; 2 tuần đầu 75,0%. Tỷ lệ dị ứng với RMP là 53,0%; EMB 27,0%; PZA 25,0%; INH 18,0% và SM 12,0%.

Dị ứng 1 loại thuốc chiếm 87,0%; trên 2 loại chiếm 5,0%. Biểu hiện dị ứng chủ yếu là sẩn ngứa, nổi mề đay, sốt. Thời gian gián đoạn điều trị trung bình là 16,8 ± 9,5 ngày. Test TBCĐH ít có giá trị chẩn đoán dị ứng thuốc chống lao hàng một.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Năng An.** Nội bệnh lý phần dị ứng – miễn dịch lâm sàng. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007. Trang 52, 55-57.
2. **Warrington et al. Drug allergy.** Allergy Asthma Clin Immunol. 2018, 14(Suppl 2):60.
3. **Abhijeet Sing, Rajendra Prasad, etal.** Prevalence of adverse drug reaction with first-line drugs among patients treated for pulmonary tuberculosis. Clinical epidemiology and globalhealth. 3(2015) s80 – s90.
4. **Daniel Vervloet, Michel Pradal, et al.** Drug Allergy. Thermo Fisher Scientific. Phadia AB, Uppsala Sweden 2012.
5. **Hanène Smadhi, Soumaya Ben Saad, et al.** Allergy to anti-tuberculosis treatment: Place of reintroduction drug test. Tunis Med. 2019 Mar;97(3):484-490.
6. **Daphne Yee, Chantal Valiquette, et al.** Incidence of Serious Side Effects from First-Line Antituberculosis Drugs among Patients Treated for Active Tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. Vol 167. pp 1472–1477, 2003.
7. **Nguyễn Hải Bình.** Phân tích biến cố bất lợi liên quan đến thuốc lao hàng một tại Bệnh viện Lao và Phổi Quảng Ninh. Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I. Hà Nội. 2019.
8. **Phạm Văn Thức.** Bước đầu ứng dụng phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu góp phần chẩn đoán nguyên nhân gây nên một số bệnh dị ứng miễn dịch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Y học Việt Nam. 1993. Số 6. Trang 20-27.
9. **V K Dhingra, S Rajpal, et al.** Adverse drug reactions observed during DOTS. J Commun Dis. 2004 Dec;36(4):251-9.

XÂY DỰNG DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI CẦN CHÚ Ý TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Trần Thị Ngân[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1], Ngô Thị Quỳnh Mai[1], Bùi Thị Ánh Tuyết[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu là xây dưng danh mục các tương tác thuốc nghiêm trọng cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Nghiên cứu được tiến hành qua 3 giai đoạn: giai đoạn 1 là xây dựng danh mục tương tác thuốc lý thuyết từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện, giai đoạn 2 là xây dựng danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp qua thông qua khảo sát 369 bệnh án nội trú, cuối cùng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng được xây dựng bởi nhóm chuyên gia gồm các bác sĩ và dược sĩ lâm sàng. Toàn bộ tương tác thuốc được phát hiện bằng phần mềm Micromedex 2.0. Cuối cùng, danh mục 13 cặp tương tác thuốc bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng được xây dựng từ 14 cặp tương tác thuốc lý thuyết và 10 cặp tương tác có tần suất gặp cao. Danh mục tương tác cần chú ý này có thể được phổ biến tại các khoa lâm sàng và tích hợp phần mềm kê đơn cảnh báo tương tác thuốc tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Từ khóa: tương tác thuốc, nhi, trẻ em, micromedex

SUMMARY

DEVELOPING A LIST OF IMPORTANT DRUG- DRUG INTERACTIONS IN HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL

This study was aimed to develop a list of important drug- drug interactions (DDIs) at the Haiphong Children's Hospital. The study included 3 phases: the first phase was the construction of the potential severe DDIs from the drug list used in the hospital, the second phase was the identifying the high-frequency DDIs with prevalance higher than 1% in 369 in-patient medical records, and then the important DDIs list was assessed by a group of doctors and clinical pharmacists at the last phase. Micromedex 2.0 software was used to identify DDIs. Finally, the list of 13 important DDIs was developed from 14 potential severe DDIs and 10 high-frequency DDIs. This DDIs list can be disseminated in clinical departments and integrated into the prescribing software of Haiphong Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương tác thuốc nghiêm trọng làm tăng nguy cơ nhập viện, kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị, có thể dẫn đến thất bại điều trị, thậm chí gây tử vong [6]. Tương tác thuốc thường gây ra hậu quả nghiêm trọng hơn ở trẻ em so với người trưởng thành do cơ thể trẻ em có nhiều cơ quan chưa hoàn thiện đầy đủ về chức năng. Với tỉ lệ xảy ra tương tác thuốc ở trẻ em lên

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân
Email: ttngan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

tới 49% [2], việc áp dụng các công cụ phòng tránh tương tác thuốc tiềm ẩn trong quá trình kê đơn là cần thiết. Hiện nay, các cơ sở dữ liệu tra cứu tương tác thuốc rất phong phú, đa dạng bao gồm cả sách chuyên khảo lẫn phần mềm duyệt tương tác trực tuyến. Tuy nhiên, do cơ sở dữ liệu sử dụng trong các phần mềm khác nhau nên kết quả duyệt tương tác có sự khác biệt về mức độ nghiêm trọng và khuyến cáo xử trí [8]. Điều này gây nhiều khó khăn cho bác sỹ, dược sỹ trong việc chọn lựa nguồn thông tin phù hợp và chính xác. Nghiên cứu thực hiện xây dựng danh mục các tương tác thuốc bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng nhằm tạo ra một công cụ tra cứu có tính ứng dụng cao, hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng kiểm soát các tương tác thuốc nghiêm trọng trong quá trình điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng được nhóm nghiên cứu thực hiện xây dựng qua 3 giai đoạn.

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

Đối tượng nghiên cứu: danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thuốc nằm trong danh mục 159 thuốc được sử dụng của bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thuốc phối hợp đa vitamin và khoáng chất, dịch truyền, dung dịch thẩm phân, máu, chế phẩm từ máu, vi khuẩn đông khô, thuốc có nguồn gốc dược liệu.

Nội dung nghiên cứu: nhập toàn bộ thuốc thuộc danh mục thuốc bệnh viện vào phần mềm tra cứu tương tác Drug interactions - Micromedex® Solutions (MM) [7]. Các cặp tương tác thuốc nghiêm trọng được lựa chọn dựa theo tiêu chí sau: tương tác có mức nghiêm trọng là chống chỉ định và mức bằng chứng là rất tốt/tốt/khá hoặc mức nghiêm trọng là nghiêm trọng và mức bằng chứng là rất tốt.

Giai đoạn 2: Xây dựng danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao qua khảo sát bệnh án nội trú.

Đối tượng nghiên cứu : bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2019 đến 31/12/2019 và được lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian lấy mẫu nghiên cứu (từ 23/12/2019 đến 29/02/2020).

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu dữ liệu thu thập từ bệnh án của bệnh nhân. Tiến hành lấy mẫu ngẫu nhiên gồm 369 bệnh án của tất cả các khoa lâm sàng. Với mỗi bệnh án, nhập tất cả các thuốc xuất hiện trong bệnh án vào MM 2.0 và đồng thời tiến hành kiểm tra thời gian sử dụng của từng thuốc trong mỗi cặp tương tác, nếu hai thuốc của một cặp tương tác được sử dụng trong cùng một ngày thì ghi nhận tương tác xảy ra. Trong các tương tác xuất ra từ MM 2.0, lọc ra các tương tác có mức độ "nghiêm trọng" và "chống chỉ định". Từ đó, lựa chọn các tương tác có tần suất gặp cao trên lâm sàng (≥1% tổng số bệnh án).

Giai đoạn 3: Xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng

Đối tượng nghiên cứu:

- Danh mục tương tác thuốc cần chú ý theo lý thuyết của giai đoạn 1.

- Danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao của giai đoạn 2.

Nội dung nghiên cứu:

- Xây dựng bản mô tả các cặp tương tác thuốc: bản mô tả bao gồm các phần: hậu quả, cơ chế, tần suất xuất hiện, mức độ nghiêm

trọng của tương tác, biện pháp xử trí và đối tượng nguy cơ. Có 4 CSDL được nhóm nghiên cứu sử dụng để biên soạn bản mô tả tương tác, bao gồm: phần mềm Drug interactions – Micromedex® Solutions (MM) [7]; bản điện tử của Phụ lục 1 – Dược thư Quốc gia Anh (BNF) [4], bản điện tử của Stockley's Drug Interactions Pocket Companion 2015 [1]; trang web tìm kiếm dữ liệu của Thư viện Y học Quốc gia Mỹ Pubmed/Medline [5].

- Khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn để lựa chọn các cặp tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng: tiến hành xin ý kiến của nhóm chuyên môn dựa theo quy trình Delphi sửa đổi - quy trình lấy ý kiến đồng thuận giữa các nhà chuyên môn khác nhau về cùng một vấn đề, được tiến hành độc lập [3]. Việc lựa chọn nhóm chuyên môn được thực hiện theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Nhóm chuyên môn bao gồm: 2 bác sĩ và 2 dược sĩ lâm sàng - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, 2 dược sĩ bộ môn Thực hành Dược - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Mỗi thành viên trong nhóm chuyên môn đánh giá từng cặp tương tác một cách độc lập theo 06 tiêu chí trên thang điểm từ 1 đến 5 (1 điểm: Hoàn toàn phản đối, 2 điểm: Phản đối, 3 điểm: Trung lập, 4 điểm: Đồng ý, 5 điểm: Hoàn toàn đồng ý). Nhóm nghiên cứu lựa chọn những cặp tương tác đưa vào danh mục cuối cùng là những cặp tương tác có tổng điểm 6 tiêu chí lớn hơn hoặc bằng giá trị trung bình của tổng điểm 6 tiêu chí của tất cả các tương tác đưa vào đánh giá.

Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được nhập, xử lý trên phần mềm Excel 2010 và phần mềm R.3.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Danh mục tương tác thuốc cần chú ý theo lý thuyết

Trong số 159 thuốc sử dụng tại bệnh viện năm 2019, 132 hoạt chất thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào duyệt tương tác bằng phần mềm MM 2.0. Kết quả thu được 351 cặp tương tác, trong đó, lọc ra 31 cặp tương tác cần chú ý thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn, tiếp tục loại các cặp tương tác do dùng đường ngoài da, tại chỗ và gộp các cặp tương tác cùng nhóm tác dụng dược lý và cùng cơ chế, hậu quả tương tác. Cuối cùng thu được danh sách gồm 14 cặp tương tác thuốc cần chú ý theo lý thuyết, bao gồm: 2 cặp mức độ chống chỉ định (CCĐ) và 12 cặp mức độ nghiêm trọng (NT) (bảng 1).

Bảng 1. Danh mục tương tác thuốc lý thuyết cần chú ý

TT	Cặp tương tác		Mức nghiêm trọng	Mức bằng chứng
1	Ceftriaxon	Canxi clorid	Chống chỉ định	Tốt
2	Simvastatin	Clarithromycin	Chống chỉ định	Tốt
3	Amiodaron	Simvastatin	Nghiêm trọng	Rất tốt
4	Carbamazepin	Clarithromycin	Nghiêm trọng	Rất tốt
5	Corticosteroid (Budesonid, Dexamethason,	Fluoroquinolon (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin)	Nghiêm trọng	Rất tốt

	Hydrocortison, Prednisolon, Methylprednisolon)			
6	Ciprofloxacin	Fentanyl	Nghiêm trọng	Rất tốt
7	Clarithromycin	Fentanyl	Nghiêm trọng	Rất tốt
8	Clarithromycin	Midazolam	Nghiêm trọng	Rất tốt
9	Clarithromycin	Nifedipin	Nghiêm trọng	Rất tốt
10	Dexamethaxon	Fentanyl	Nghiêm trọng	Rất tốt
11	Adrenalin	Propranolol	Nghiêm trọng	Rất tốt
12	Methotrexat	Sulfamethoxazol/Trimethoprim	Nghiêm trọng	Rất tốt
13	Morphin	Naloxon	Nghiêm trọng	Rất tốt
14	Meropenem	Valproat	Nghiêm trọng	Rất tốt

Danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao qua khảo sát bệnh án nội trú

Qua khảo sát 369 bệnh án, số bệnh án có tương tác là 53 (14,36%). Tất cả có 137 lượt tương tác, số lượt tương tác trung bình/bệnh án là 0,37 (thấp nhất 0, cao nhất 12). Số bệnh án có 1 tương tác chiếm tỷ lệ cao nhất (7,04%). 10 cặp tương tác có tần suất ghi nhận ≥ 1% tổng số bệnh án được đưa vào danh mục tương tác thuốc thực tế cần chú ý dựa trên bệnh án nội trú được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao

TT	**Cặp tương tác**	**Tần suất/ bệnh án** (n=369) (%)	**Mức nghiêm trọng**	**Mức bằng chứng**
1	Fentanyl – Propofol	5.69	Nghiêm trọng	Khá
2	Midazolam – Propofol	5.42	Nghiêm trọng	Khá
3	Midazolam – Sevofluran	4.88	Trung bình	Khá
4	Fentanyl – Midazolam	4.07	Nghiêm trọng	Khá
5	Amikacin sulfat – Amoxicillin	2.71	Nhẹ	Tốt
6	Rocuronium bromid – Sevofluran	2.44	Trung bình	Tốt
7	Metronidazol – Sevofluran	1.90	Nghiêm trọng	Khá
8	Lidocain – Propofol	1.63	Nghiêm trọng	Tốt
9	Midazolam – Phenobarbital	1.08	Nghiêm trọng	Khá
10	Amikacin sulfat – Ibuprofe	1.08	Trung bình	Tốt

Danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng

Sau giai đoạn 1 và 2, gộp các cặp tương tác trùng nhau trong hai danh mục, thu được danh mục 24 cặp tương tác đưa vào khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn. Kết quả đánh giá của nhóm chuyên môn theo từng tiêu chí được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Kết quả đánh giá điểm các tiêu chí của nhóm chuyên môn về 24 cặp tương tác

	Điểm trung bình mỗi tiêu chí						
	Mức độ phổ biến	**Mức nghiêm trọng**	**Kiểm soát tương tác**	**Đối tượng đặc biệt**	**Nhận thức về tương tác**	**Dữ liệu về tương tác**	**Tổng điểm 6 tiêu chí**
Giá trị trung bình	4,1	4,5	4,2	4	3,5	3	23,3
Giá trị nhỏ nhất	3,3	3,8	3,5	3,5	3	1	21,1
Giá trị lớn nhất	4,8	4,8	4,5	4,5	3,8	4	25,4
Độ lệch chuẩn	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	1	1,2

13 cặp tương tác được lựa chọn vào danh mục cuối cùng là những cặp tương tác có tổng điểm 6 tiêu chí ≥ 23,3 (giá trị trung bình tổng điểm 6 tiêu chí của 24 cặp tương tác). Ngoài ra, nhóm nghiên cứu đã thảo luận và thống nhất bổ sung vào danh sách 2 cặp tương tác ceftriaxone – canxi clorid và simvastatin – clarithromycin do tương tác gây hậu quả nghiêm trọng, khuyến cáo chống chỉ định phối hợp 2 thuốc theo MM. Cuối cùng, danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng bao gồm 13 cặp tương tác được liệt kê trong bảng 4.

Bảng 4. Danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

TT	**Cặp tương tác**		**Hậu quả**	**Biện pháp xử trí**
1	Adrenalin	Propranolol	Tăng huyết áp, nhịp tim chậm, giảm/ mất tác dụng của adrenalin	Thay thế propranolol bằng thuốc chẹn bêta chọn lọc (như metoprolol, acebutolol, atenolol)
2	Amikacin	Ibuprofen	Tăng nồng độ của amikacin trong máu.	- Tăng khoảng cách giữa các lần dùng thuốc ít nhất 6-8 giờ. - Theo dõi nồng độ thuốc và dấu hiệu độc thận của amikacin.
3	Amiodaron	Simvastatin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân.	Đổi simvastatin thành fluvastatin, pravastatin hoặc rosuvastatin.
4	Ceftriaxon	Canxi clorid	Dùng đồng thời đường tĩnh mạch có thể dẫn đến sự	Không trộn lẫn 2 thuốc trong cùng một đường truyền. Với trẻ sơ sinh (dưới 28 ngày tuổi): chống chỉ định. Dùng 2

			hình thành kết tủa	thuốc theo 2 đường truyền khác nhau tại 2 vị trí truyền khác nhau.
5	Clarithromycin	Carbamazepin	Tăng nồng độ/ độc tính của carbamazepin	Thay thế bằng azithromycin hoặc ngừng một trong hai thuốc. Trường hợp cần thiết: giảm liều carbamazepin 30 - 50% và theo dõi bệnh nhân trong 3 - 5 ngày.
6	Clarithromycin	Midazolam	Tăng nồng độ midazolam, tăng và kéo dài tác dụng an thần.	Thay clarithromycin bằng azithromycin, roxithromycin hoặc thay midazolam bằng lorazepam, oxazepam.
7	Clarithromycin	Simvastatin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân.	Đổi simvastatin thành fluvastatin, pravastatin hoặc rosuvastatin.
8	Corticosteroid	Fluoroquinolon	Tăng nguy cơ tổn thương gân của nhóm kháng sinh fluoroquinolon.	Tránh dùng đồng thời 2 thuốc. Ngừng sử dụng fluoroquinolone ngay nếu bệnh nhân bị đau, sưng, viêm hoặc vỡ gân.
9	Meropenem	Valproat	Giảm, mất tác dụng chống co giật của valproat	Thay thế valproat bằng carbamazepine hoặc phenytoin. Giảm liều valproat khi ngừng meropenem
10	Phenolbarbital	Midazolam	Tăng nguy cơ suy hô hấp	Giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc, theo dõi dấu hiệu suy hô hấp.
11	Propofol	Fentanyl	Tăng nguy cơ ức chế TKTƯ	Tránh dùng phối hợp 2 thuốc. Giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc, theo dõi dấu hiệu suy hô hấp.
12	Propofol	Midazolam	Tăng tác dụng gây mê, gây ngủ, ức chế trên tim phổi.	Theo dõi dấu hiệu ức chế tim phổi.
13	Sulfamethoxazol/ Trimethoprim	Methotrexat	Tăng độc tính của methotrexat, có thể gây tử vong.	Tránh dùng đồng thời 2 thuốc. Tránh dùng phối hợp 2 thuốc với liều cao, theo dõi chặt chẽ các bất thường về huyết học của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu sử dụng phần mềm MM 2.0 để sàng lọc các tương tác nghiêm trọng cần chú ý vì đây là một trong những phần mềm tra cứu phổ biến nhất hiện nay với độ tin cậy và tiện dụng cao, cho phép nhập tất cả các thuốc trong danh mục thuốc để tra cứu. Danh mục tương tác cần chú ý trong thực hành lâm sàng được xây dựng từ danh mục lý thuyết, thực tế kê đơn và có sự đánh giá đồng thuận của các bác sĩ và dược sĩ. Điều này giúp tăng tính tin cậy, mức độ phù hợp và tính ứng dụng thực tế cao. Danh mục cuối cùng sẽ giúp các bác sĩ quản lý tương tác và giảm thiểu các biến cố bất lợi cho bệnh nhân trong quá trình điều trị bằng thuốc.

Để tăng tính ứng dụng trong thực hành lâm sàng, danh mục tương tác thuốc từ nghiên cứu này nên được hội đồng thuốc và điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng phê duyệt và đưa vào sử dụng trong bệnh viện dưới hình thức các poster hoặc tích hợp vào phần mềm kê đơn thuốc tại bệnh viện. Poster có thể đặt tại khu vực kê đơn của bác sĩ, khu vực tổng hợp thuốc của điều dưỡng ở các khoa lâm sàng và khu vực duyệt đơn thuốc của dược sĩ ở khoa dược. Thêm vào đó, trong tương lai khi bệnh viện sử dụng thêm hoặc loại bỏ các hoạt chất, các dược sĩ lâm sàng tại bệnh viện nên cập nhật và bổ sung danh mục tương tác thuốc hàng năm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được danh mục 13 cặp tương tác cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng cùng với những thông tin về cơ chế, hậu quả và biện pháp quản lý của các cặp tương tác này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Claire L Preston Stockley 's drug** interactions Pocket Companion, Pharmaceutical Press, Royal Pharmaceutical Society, 2015.
2. **Feinstein James, Dai Dingwei, et al.,** Potential drug− drug interactions in infant, child, and adolescent patients in Children's hospitals, Pediatrics, 135(1), 2015, pp. e99-e108.
3. **Harman Alvin J, Press S James,** Collecting and analyzing expert group judgment data, Rand Corporation, Califonia, 1975.
4. **Joint Formulary Committee, British National Formulary**, British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great, London, 2018 -2019.
5. **National Center for Biotechnology Information (NCBI),** PubMed®, ngày trích dẫn 23/4/2020, từ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/.
6. **Nivya Kolli, Kiran Vempati Sri Sai, et al.,** Systemic review on drug related hospital admissions–A pubmed based search, Saudi Pharmaceutical Journal, 23(1), 2015, pp. 1-8.
7. **Truven Health Analytics, Micromedex 2.0,** ngày trích dẫn 12/12/2019, từ http://thomsonhc.com.
8. **Vonbach P., Dubied A., Beer J.H.,** Evaluation of frequently used drug interaction screening programs, Pharm. World. Sci. 30, 2008, 367-374.

XÁC ĐỊNH NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC (DRPS) SỬ DỤNG ĐƯỜNG TIÊM, TRUYỀN, TẠI MỘT SỐ KHOA LÂM SÀNG CỦA MỘT BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNG I

Trần Thị Ngân[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1], Ngô Thị Quỳnh Mai[1], Hà Quang Tuấn[2]

TÓM TẮT[27]

Mục tiêu: xác định và phân loại những vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) sử dụng đường tiêm, truyền tại khoa Tim mạch, Nội tổng hợp, Ngoại tiêu hóa của một bệnh viện đa khoa hạng 1.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát trực tiếp, không can thiệp, xác định DRPs trong quá trình chuẩn bị và dùng thuốc đường tiêm, truyền. Quan sát thực hiện thuốc được ghi nhận trong giờ làm việc vào các ngày trong tuần, từ ngày 10/02 đến 28/02/2020, 5 ngày liên tục tại mỗi khoa.

Kết quả: 474 liều thuốc tiêm, truyền đã được quan sát, ghi nhận được 287 DRPs. Trung bình có 0,63 DRPs/ lượt thực hiện thuốc. Chiếm tỉ lệ cao nhất là DRPs tốc độ đưa thuốc quá nhanh (45,57%) và đưa thuốc quá chậm (16,93%). Tiếp theo là DRPs sai lệch thể tích dung môi hoàn nguyên (10,37%).

Kết luận: quá trình chuẩn bị và dùng thuốc đường tiêm tĩnh mạch với các dạng thuốc cần hoàn nguyên, pha loãng có nguy cơ cao gặp phải DRPs. Việc khảo sát quy trình thực hiện thuốc sẽ giúp nâng cao tính an toàn, hiệu quả và giảm chi phí dùng thuốc một cách đáng kể.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân
Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Từ khóa: DRPs, sai sót thuốc, khoa nội, khoai ngoại, thuốc tiêm truyền,.

SUMMARY

IDENTIFYING DRUG-RELATED PROBLEMS (DRPS) OF INJECTABLE DRUGS IN SOME CLINICAL DEPARTMENTS OF A TERTIARY HOSPITAL

Objectives: to determine the prevalence of DRPs in preparation and administration process of intravenous drugs at cardiology department, internal medicine department, gastrointestinal surgery department.

Methods: a cross-sectional study was conducted in the intensive care unit of a teaching hospital in Vietnam. Data was collected by direct observation, 8 hours per day, 5 working days for each deparment, from 10/02 to 28/02/2020.

Results: This study included 474 parenteral doses. There were 287 DRPs, with an average of 0.63 DRPs per observation. The most common DRPs related to rapid administration rate (45.57%), slow administration rate (16.93%), and wrong volume of reconstituted solutions (10.37%).

Conclusion: there is a high rate of DRPs in preparing and dispensing of intravenous drugs. This study enhanced the awareness of the medical staff and the hospital management with regards to the reality of DRPs.

Keywords: DRPs, medical errors, internal medicine, intravenous medications, parenteral drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (Drug Related Problems – DRPs) là những tình huống liên quan đến điều trị bằng thuốc có thể gây hại hoặc tiềm ẩn mối nguy hại cho sức khỏe người bệnh [5]. Bệnh nhân điều trị nội trú có nguy cơ gặp phải DRPs trong quá trình chuẩn bị và dùng thuốc do thường phải sử dụng những đường đưa thuốc phức tạp, nguy cơ cao như đường tiêm, truyền tĩnh mạch [1]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định và phân loại DRPs trong quá trình chuẩn bị và đưa thuốc tại 3 khoa Tim mạch, Nội tổng hợp, Ngoại tiêu hóa, từ đó xây dựng cơ sở cho việc xử trí và phòng tránh DRPs hiệu quả, phù hợp với thực tế điều trị tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là quan sát ứng với quá trình chuẩn bị và dùng mỗi liều thuốc đường tiêm, truyền được điều dưỡng thực hiện cho bệnh nhân. Một liều thuốc là lượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được kê đơn sử dụng trong một lần và một thời điểm nhất định trong ngày. Thời gian quan sát: từ 7h30-12h00 và 13h30-17h00 mỗi ngày, trong 5 ngày làm việc liên tục tại mỗi khoa, từ ngày 10/02 đến 28/02/2020. Nghiên cứu được thực hiện tại 3 khoa Tim mạch, Nội tổng hợp, Ngoại tiêu hóa, của một bệnh viện đa khoa hạng 1.

Phương pháp nghiên clư**:** mô tơng pháp nghiên clượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được kê đơn sử dụng trong một lần và một thời điểm nhất định trong ngày. Thời gian **nghiên cháp ngh** tiiên cháp nghiên c**triiên chá**triiên cháp nghiên clượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được kê đơn sử dụng trong một lần và một thời điểm nhất định trong ngày. Thời gian quan sát: từ 7h30-12h00 vnhiiên cháp nghiên clượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được k, 5 ngày liên tục tại mỗi khoa.

Sau khi phát hiiên clượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được k, 5 ngày liên tục tại mỗi khoa.một thời điểm nhất định trong ngày. Thời gian quan sát: từ 7h30-12h00 và 13h30-17h00 mỗi ngày, trong 5 ngày làm việuần, từ ngày 10/02 đến 28/02/2ân loại của Elizabeth A. F [3].

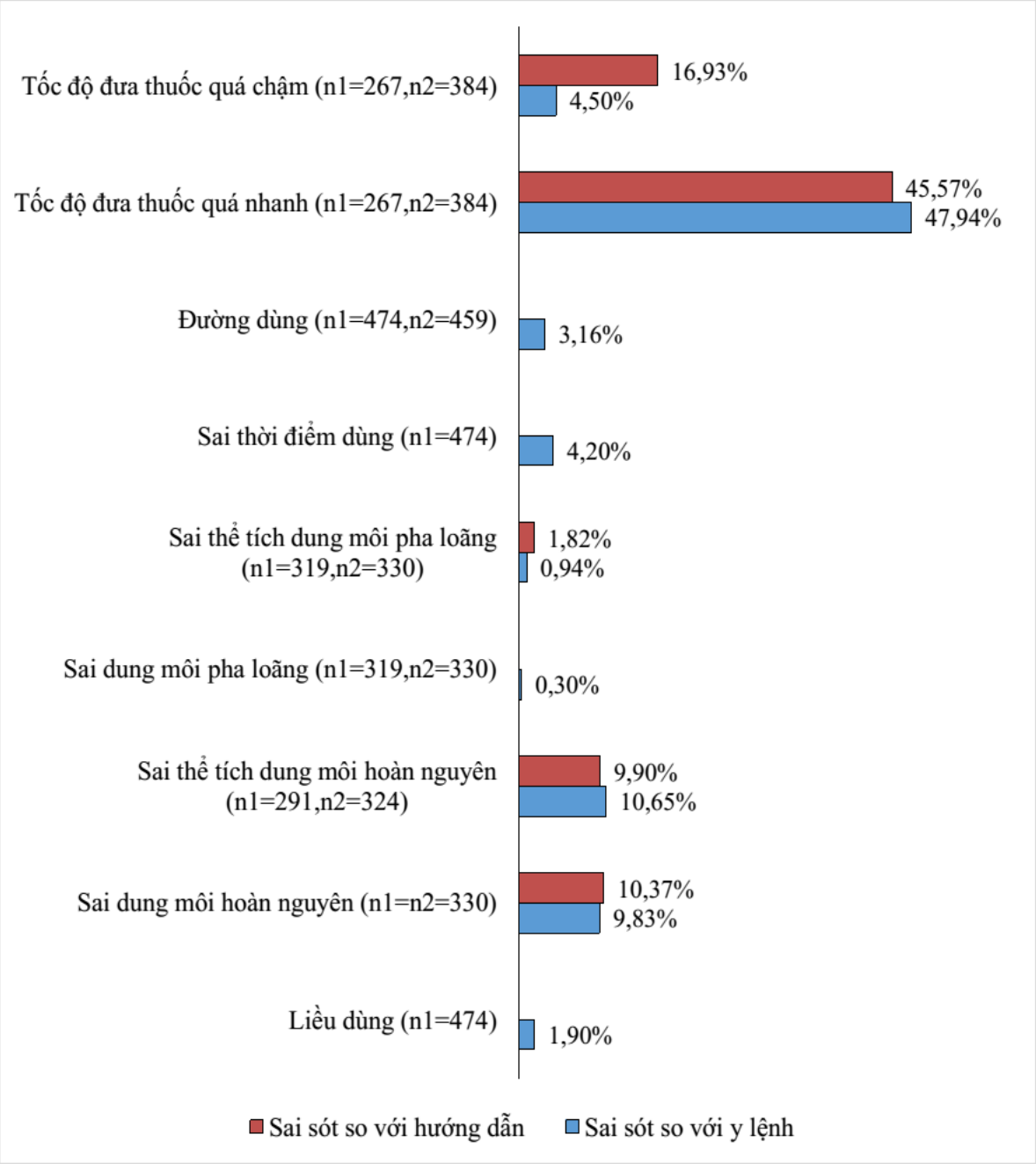
Phương pháp xử lý số liệu: toàn bộ dữ liệu được nhập, xử lý trên phần mềm R 3.3.1. Các biến không liên tục được thống kê theo tần suất và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

DRPs trong quá trình chuẩn bị và dùng thuốc

Trong 474 lượt quan sát chuẩn bị và thực hiện thuốc tiêm truyền của điều dưỡng, tất cả có 228 DRPs so với y lệnh (tỉ lệ 40,93%) với 0,48 DRPs/ lượt thực hiện thuốc. Có 287 DRPs so với hướng dẫn (tỉ lệ 55,56%) với 0,63 DRPs/một lượt thực hiện thuốc, tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hằng với 52,2% sai sót trong thực hành thuốc [1]. Trong đó, đường truyền tĩnh mạch ghi nhận có sai sót nhiều nhất so với y lệnh với tỉ lệ sai sót là 74,18%. So với hướng dẫn, sai sót nhiều nhất khi đưa thuốc qua đường tiêm tĩnh mạch với 84,82%. Đường tiêm bắp và tiêm dưới da chưa ghi nhận thấy bất kì sai sót nào trong các liều được quan sát. So với y lệnh sai sót phổ biến nhất là tốc độ đưa thuốc quá nhanh (47,94%), sai thể tích dung môi hoàn nguyên (10,65%), sai dung môi hoàn nguyên (9,83%), tốc độ đưa thuốc quá chậm (4,5%), sai thời điểm dùng thuốc (4,2%), sai đường dùng (3,16%), sai liều (1,9%), sai dung môi pha loãng (0,3%), sai thể tích dung môi pha loãng (0,94%). So với

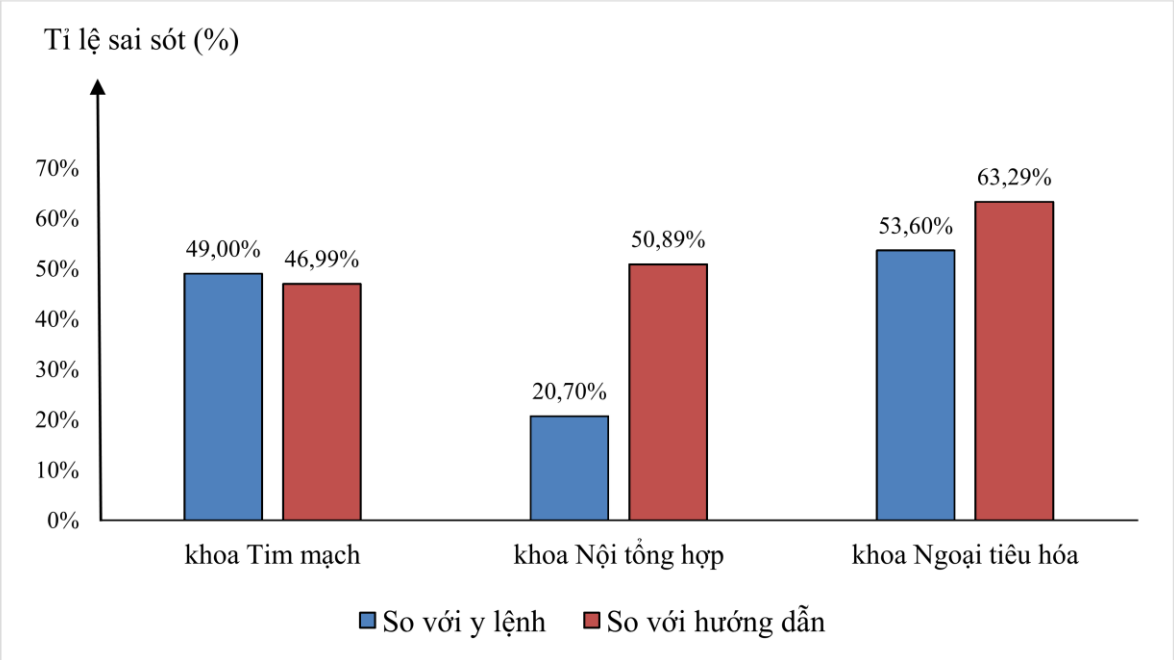
hướng dẫn, sai sót phổ biến nhất là tốc độ đưa thuốc quá nhanh với 45,57% và đưa thuốc quá chậm 16,93%. Tiếp theo là sai dung môi hoàn nguyên 10,37%, 9,9% các lượt chuẩn bị có sai thể tích dung môi hoàn nguyên và sai thể tích dung môi pha loãng chiếm 1,82% các lượt chuẩn bị thuốc của điều dưỡng. Tỉ lệ DRPs cụ thể được thể hiện trong hình 1.



Hình 1. Tỉ lệ DRPs trong quá trình chuẩn bị và dùng thuốc theo từng nhóm DRPs

Tỷ lệ DRPs ở các khoa lâm sàng

Tỉ lệ xuất hiện DRPs tại khoa ngoại tiêu hóa cao hơn khoa tim mạch và khoa nội tổng hợp. Lý giải cho sự khác biệt này là do tỉ lệ sử dụng thuốc đường tiêm truyền tại khoa ngoại tim mạch cao hơn các khoa còn lại. So với hướng dẫn, DRPs nhiều nhất ở khoa ngoại với 63,29%, tiếp đến là khoa nội tổng hợp với 50,89% và khoa tim mạch là 46,99%. So với y lệnh, DRPs gặp nhiều nhất ở khoa ngoại tiêu hóa (53,60%), khoa tim mạch (49,00%) và khoa nội tổng hợp (20,70%) (hình 2).



Hình 2. Tỉ lệ DRPs trong thực hiện thuốc tiêm, truyền theo khoa lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tỉ lệ sai sót chung trong thực hành thuốc của điều dưỡng so với hướng dẫn cao hơn so với y lệnh. Điều này có thể giải thích bởi hai lý do. Thứ nhất, điều dưỡng là người chịu trách nhiệm thực hiện thuốc theo y lệnh, trong khi phần lớn các lượt chỉ định thuốc tiêm truyền (100% lượt chỉ định tiêm tĩnh mạch) của bác sĩ là thiếu thông tin về cách dùng thuốc. Như vậy, đây là sai sót trong kê đơn thuốc tiêm truyền của bác sĩ. Thứ hai, khi bác sĩ chỉ định thiếu thông tin, trong quá trình thực hiện thuốc điều dưỡng cũng không hỏi lại bác sĩ về các thông tin bị thiếu và tự ý làm theo thói quen, kinh nghiệm làm việc. Trường hợp này lỗi sai thuộc về điều dưỡng.

DRPs trong giai đoạn chuẩn bị

Sai dung môi hoàn nguyên chiếm tỉ lệ 9,83% các lượt quan sát thực hiện thuốc, trong đó pantoprazol chiếm 38% và meclofenoxat chiếm 35% các lượt thực hiện có sai sót. Cả 2 thuốc này đều được nhà sản xuất đóng gói đi kèm với một ống 10ml nước cất (với meclofenoxat) và 10ml NaCl 0,9% (với pantoprazol) để pha thuốc, hướng dẫn chỉ dùng dung môi này để pha thuốc. Theo một hướng dẫn của ASHP, việc sử dụng NaCl thay thế nước cất pha tiêm có thể dẫn

đến kích ứng tại chỗ tiêm, viêm tĩnh mạch vì dung dịch có độ thẩm thấu cao hoặc kết tủa do đạt nồng độ bão hòa [4]. Mặc dù trên thực tế không ghi nhận những hậu quả lâm sàng này nhưng thói quen sử dụng NaCl thay thế cho nước cất pha tiêm có thể làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến.

Sai thể tích dung môi hoàn nguyên chiếm 10,65% các lượt quan sát thực hiện thuốc của điều dưỡng, sai sót này liên quan đến nhiều yếu tố khách quan như yếu tố cá nhân, kinh nghiệm làm việc, số lượng bệnh nhân, khối lượng công việc của các điều dưỡng. So với hướng dẫn, sai dung môi hoàn nguyên chiếm 10,37%, và sai thể tích dung môi hoàn nguyên chiếm 9,9% các lượt quan sát chuẩn bị thuốc của điều dưỡng. Tỉ lệ này gần tương đương với tỷ lệ sai sót về dung môi hoàn nguyên/pha loãng trong 1 nghiên cứu tiến hành tại Tây Ban Nha năm 2012 với tỷ lệ sai sót là 8,6% [6] và thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Khánh Linh năm 2017 với 16,2% ở khoa Truyền nhiễm và 67,8% ở khoa Hô hấp [2]. Lý do kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Khánh Linh do các thuốc ở dạng bột pha tiêm chiếm tỉ lệ thấp hơn (30,38%). Mặt khác, nghiên cứu của Nguyễn Khánh Linh tiến hành ở 2 khoa truyền nhiễm và khoa hô hấp, tỉ lệ bệnh nhân sử dụng các thuốc kháng sinh cần hoàn nguyên/pha loãng trước khi dùng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Hơn nữa, quá trình chuẩn bị thuốc cũng phụ thuộc nhiều vào thói quen, kinh nghiệm làm việc của điều dưỡng tại mỗi khoa phòng, mỗi bệnh viện.

DRPs trong giai đoạn dùng thuốc

Sai tốc độ dùng chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,57% lượt đưa thuốc quá nhanh và 16,93% lượt đưa thuốc quá chậm so với hướng dẫn, kết quả này cao hơn một nghiên cứu quan sát ở Iran năm 2013 với 20,7% sai sót do tiêm tĩnh mạch nhanh [7]. Nhóm thuốc sai tốc độ nhiều nhất là kháng sinh với 28,3%. Với các thuốc dùng đường tiêm tĩnh mạch, bác sĩ không chỉ định tốc độ tiêm, trong khi 85,71% thuốc có tốc độ tiêm dưới 1 phút, chỉ có 1,1% lượt tiêm tĩnh mạch trong 1 phút. Thực tế trong quá trình quan sát chúng tôi chưa ghi nhận bất cứ vấn đề nghiêm trọng nào trên bệnh nhân khi tiêm tĩnh mạch nhanh, dù tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gặp tai biến nghiêm trọng như sốc sau khi tiêm quá nhanh do nồng độ thuốc trong máu tăng cao đột ngột đến mức liều độc. Mặt khác, tốc độ truyền cũng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của thuốc, đặc biệt là các thuốc kháng sinh. Cụ thể kháng sinh nhóm Quinolon thường kém ổn định, dễ bị phân hủy bởi ánh sáng, do vậy nếu thời gian truyền quá lâu sẽ làm giảm độ ổn định của thuốc.

Sai sót do sai đường dùng chiếm tỉ lệ 3,16% các lượt thực hiện thuốc so với y lệnh, trong đó meclofenoxat (Bidilucin) chiếm 73% tổng số lượt thực hiện thuốc sai đường dùng. Trong khi chỉ định của bác sĩ là tiêm tĩnh mạch, điều dưỡng lại pha vào dịch truyền đi kèm và tiến hành truyền tĩnh mạch. Nguyên nhân do khi tiêm tĩnh mạch meclofenoxat, bệnh nhân cảm thấy đau buốt tại vị trí tiêm nên điều dưỡng tiến hành pha loãng và truyền tĩnh mạch để giảm khó chịu cho bệnh nhân. Sai liều chiếm tỉ lệ 1,9% các lượt quan sát thực hành thuốc, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hằng năm với 2,9% [1]. Sai liều chỉ xảy ra đối với meclofenoxat (Bidilucin) ở khoa tim mạch, bác sĩ chỉ định 2 lọ tiêm tĩnh mạch sáng/tối, nhưng điều dưỡng sử dụng cả 2 lọ cho một lần đưa thuốc trên bệnh nhân. Sai sót này xảy ra với tất cả các thuốc meclofenoxat dùng đường tiêm tĩnh mạch và với tất cả điều

dưỡng thực hiện. Như vậy, đây là một sai sót mang tính hệ thống, nhóm nghiên cứu cho rằng, để hạn chế sai sót cần thiết phải có sự tham gia của dược sĩ lâm sàng phối hợp với khoa Dược bệnh viện, tổ chức các buổi đào tạo chuyên môn về những ảnh hưởng của sai sót trong thực hành thuốc đến hiệu quả điều trị trên bệnh nhân.

Trong các lượt thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch mà chúng tôi quan sát được của điều dưỡng, không có trường hợp các thuốc bị trộn lẫn trong cùng bơm tiêm hoặc chai truyền. Tuy vậy khi quan sát thực hiện thuốc của các điều dưỡng, chúng tôi nhận thấy với các thuốc được chỉ định đồng thời trên cùng bệnh nhân sẽ được truyền liên tục trên cùng một đường dây truyền mà không có thao tác tráng dây truyền, trừ trường hợp bệnh nhân được chỉ định truyền 2 loại kháng sinh liên tiếp, điều dưỡng tráng dây truyền bằng NaCl 0,9% (1 trường hợp ở khoa nội tổng hợp khi truyền linezolid sau khi truyền Quinrox). Đối với các thuốc tiêm tĩnh mạch, thuốc sẽ được tiêm qua ống kim luồn với cùng dây truyền với thuốc truyền tĩnh mạch, trong những trường hợp này điều dưỡng có thao tác dừng truyền trong thời gian tiêm thuốc khác. Tuy chỉ một lượng nhỏ các thuốc tiếp xúc với nhau trong một thời gian ngắn nhưng phản ứng tương kỵ hoàn toàn có thể xảy ra làm giảm chất lượng thuốc thậm chí ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Quá trình chuẩn bị và sử dụng thuốc đường tiêm, truyền có nguy cơ cao gặp phải DRPs. Trung bình có 0,63 DRPs/lượt thực hiện thuốc. Chiếm tỉ lệ cao nhất là DRPs tốc độ đưa thuốc quá nhanh (45,57%) và đưa thuốc quá chậm (16,93%). Tiếp theo là DRPs sai lệch thể tích dung môi hoàn nguyên (10,37%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hằng**, Đánh giá sai sót trong kê đơn và thực hành thuốc tại một bệnh viện đa khoa tuyến huyện, Luận văn thạc sĩ dược học, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, 2015.
2. **Nguyễn Khánh Linh,** Khảo sát tính hợp lý trong cách sử dụng kháng sinh tiêm truyền tại một số khoa lâm sàng bệnh viện E, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2017.
3. **Elizabeth A. F., Barker K. N.,** Research on errors indispensing and medication administration, Medication errors, 2007, pp. 15-35.
4. **Gandhi Ronak G, Steiger Samantha N, et al.,** IV push administration of medications reconstituted with 0.9% sodium chloride injection, The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists, 75(12), 2018, pp. 851-852.
5. **Pharmaceutical Care Network Europe Foundation**, PCNE classification for drug related problems V 4, 2002, pp. 1-3.
6. **Rodriguez-Gonzalez** Carmen Guadalupe, Herranz-Alonso Ana, et al., Prevalence of medication administration errors in two medical units with automated prescription and dispensing, Journal of the American Medical Informatics Association, 19(1), 2012, pp. 72-78.
7. **Seden Kay, Kirkham Jamie J, et al.,** Cross-sectional study of prescribing errors in patients admitted to nine hospitals across North West England, BMJ open, 3(1), 2013, pp. e002036.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM THẬN TRONG SCHONLEIN-HENOCH(SH) Ở TRẺ EM

Nguyễn Ngọc Sáng[1], Nguyễn Thị Hằng[2], Nguyễn Hồng Xuân Quý[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm thận trong Schönlein Henoch ở trẻ em. **Đối tượng**: 222 trẻ bị SH điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Việt Nam. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả**: tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1, tuổi trung bình 7,41 ± 3,32 tuổi, bệnh nhi sống ở nông thôn 120 (54,1%) nhiều hơn thành thị 102 (45,9%), bệnh chủ yếu gặp vào mùa đông xuân, tiền sử liên quan đến khởi phát bệnh chủ yếu là viêm đường hô hấp 38(17,1%) và cơ địa dị ứng 32 (14,4%), nhiễm khuẩn tiết niệu 3 (1,4%) và sau tiêm vaccin 2 (0,9%). 100% bệnh nhi có ban xuất huyết dưới da, thời gian xuất huyết trung bình 11,8 ± 3,9 ngày, đau bụng và xuất huyết tiêu hóa 104 (46,8%), sưng đau khớp 85 (38,3%). Có 59 (26,6%) bệnh nhi có viêm thận. Hồng cầu niệu 44 (19,8%), protein niệu 38 (17,1%), IgA tăng 62 (63,3%). Các yếu tố nguy cơ viêm thận gồm tuổi trên 10 (OR=3,37, CI = 1,72 – 6,58); thời gian xuất hiện ban xuất huyết trên 28 ngày (OR=9,11, CI = 2,77 – 29,91), đau bụng kèm xuất huyết tiêu hóa (OR=9,2, CI = 3,76 – 22,55), CRP huyết thanh >10mg/l (OR=2,43, CI = 1,44 – 7,11). **Kết luận**: SH thường khởi phát sau viêm đường hô hấp, cơ địa dị ứng. Các triệu chứng lâm sàng đa dạng: ban xuất huyết, triệu chứng tiêu hóa, sưng đau khớp và tổn thương thận. Các yếu tố nguy cơ viêm thận là tuổi trên 10, thời gian tồn tại ban xuất huyết trên 28 ngày, đau bụng kèm xuất huyết tiêu hoá, CRP huyết thanh >10mg/l.

Từ khóa: SH, viêm thận, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR NEPHRITIS IN CHILDHOOD HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA

Objective: To describe the clinical epidemiological characteristics and some risk factors of nephritis in childhood Henoch-Schönlein purpura. **Subjects:** 222 children with Henoch-Schönlein treated at Haiphong Children's Hospital, Vietnam. **Methods:** case-series study. **Results:** the male / female ratio was 1.2/1, the average age was 7.41 ± 3.32 years old, and the figure for patients living in rural areas 120 (54.1%) was higher than that in urban areas 102 (45.9%).), the onset of Henoch-Schönlein purpura was in winter and spring, history related to disease onset were mainly respiratory tract infection 38 (17.1%) and atopic allergy 32 (14.4%), urinary tract infection 3 (1.4%) and after vaccination 2(0.9%). 100% of pediatric patients had purpura, average purpura time 11.8 ± 3.9 days, abdominal pain with gastrointestinal bleeding 104 (46.8%); swelling and pain joints 85 (38.3%). There were 59 (26.6%) patients with nephritis. Hematuria 44 (19.8%), proteinuria 38 (17.1%), serum IgA increase 62 (63.3%). The risk factors for nephritis included age over 10

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,*
[2]*Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng
Email: nnsang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2021
Ngày duyệt bài: 18.5.2021

(OR = 3.37, CI = 1.72 - 6.58), time to appear purpura more than 28 days (OR = 9.11, CI = 2.77 - 29.91), abdominal pain with gastrointestinal bleeding (OR = 9.2, CI = 3.76-22, 55), serum CRP > 10mg/l (OR = 2.43, CI = 1.44 - 7.11). **Conclusions:** The onset of Henoch-Schönlein purpura was after respiratory tract infection, atopic allergy. The clinical symptoms were diverse including purpura, abdominal pain with gastrointestinal bleeding, pain swelling joint and kidney damage. Risk factors for nephritis were the age of 10 years, persistence of purpura more than 28 days, abdominal pain with gastrointestinal bleeding, serum CRP > 10mg/l.

Keywords: SH, nephritis, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SH là bệnh viêm mao mạch hệ thống qua trung gian phức hợp miễn dịch, có tổn thương lan tỏa vi mạch ở nhiều cơ quan, chủ yếu liên quan đến da, thận, ruột và khớp (1-3). Tỷ lệ mắc mới của SH hàng năm từ 10 đến 20 trẻ em trên 100.000 dân. Đây là loại viêm mạch phổ biến nhất của tuổi thơ. Trẻ em da trắng và châu Á thường bị ảnh hưởng nhất, trong khi trẻ em người Mỹ gốc Phi ít bị ảnh hưởng. Mặc dù SH là bệnh có tổn thương lan tỏa hệ thống vi mạch ở nhiều cơ quan, biểu hiện với nhiều thể lâm sàng khác nhau, nhưng tiến triển và tiên lượng bệnh phụ thuộc nhiều vào tính chất và mức độ tổn thương ở thận. Tổn thương thận trong SH nếu không được chẩn đoán điều trị, theo dõi và quản lý tốt sẽ gây ra bệnh thận mạn tính, có thể tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối, ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động, kinh tế của bệnh nhân và tạo gánh nặng cho xã hội sau này. Ở Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh SH. Tuy nhiên, việc nghiên cứu về tổn thương thận trong SH ít được đề cập đến. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân SH như thế nào và yếu tố nguy cơ viêm thận ở những bệnh nhân này ra sao? Là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu sau**:**

Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhi mắc Schönlein–Henoch tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Việt Nam từ tháng 01/10/2018 đến 30/09/2020.

Mô tả một số yếu tố nguy cơ viêm thận ở những bệnh nhân trên.

Hy vọng rằng với kết quả thu được sẽ góp phần nào chẩn đoán và tiên lượng SH, một bệnh thường gặp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 222 bệnh nhi được chẩn đoán SH vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/10/2018 đến 30/09/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo Hội thấp Châu Âu năm 2010 gồm 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn phụ. Tiêu chuẩn chính: ban xuất huyết cùng lứa tuổi, không do giảm tiểu cầu. Tiêu chuẩn phụ: Đau bụng, mô bệnh học: viêm mạch leukocytoclastic với lắng đọng IgA chiếm ưu thế hoặc tăng sinh mao mạch cầu thận kèm lắng đọng IgA hoặc không, viêm khớp hoặc đau khớp, tổn thương thận: Protein niệu trên 0,3g/24h hoặc albumin niệu trên 30 mmol/mg và/hoặc đái máu hoặc hồng cầu niệu dương tính trên 2+.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận: xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu niệu và/hoặc có protein niệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SH trong 2 năm từ 01/10/2018 - 30/09/2020.

Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng, trong đó có ghi đầy đủ thông tin: hành chính, tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến và biến chứng suốt quá trình điều trị.

Các xét nghiệm làm tại khoa huyết học, hóa sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng:

- Tổng phân tích nước tiểu, đánh giá chủ yếu các thông số hồng cầu, protein lúc vào viện và trong quá trình theo dõi điều trị.
- Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, đông máu cơ bản, CRP, ure, creatinin, albumin, protein, các Immunoglobulin miễn dịch huyết thanh.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0. Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test "χ^2". Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình bằng test "t" tự đối chiếu (so sánh từng cặp), tính tỷ suất chênh OR, khoảng tin cậy CI, xác suất p.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng Đạo đức y sinh học trường Đại học Y dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tất cả bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khoẻ bệnh nhi, ngoài ra không có mục đích nào khác.

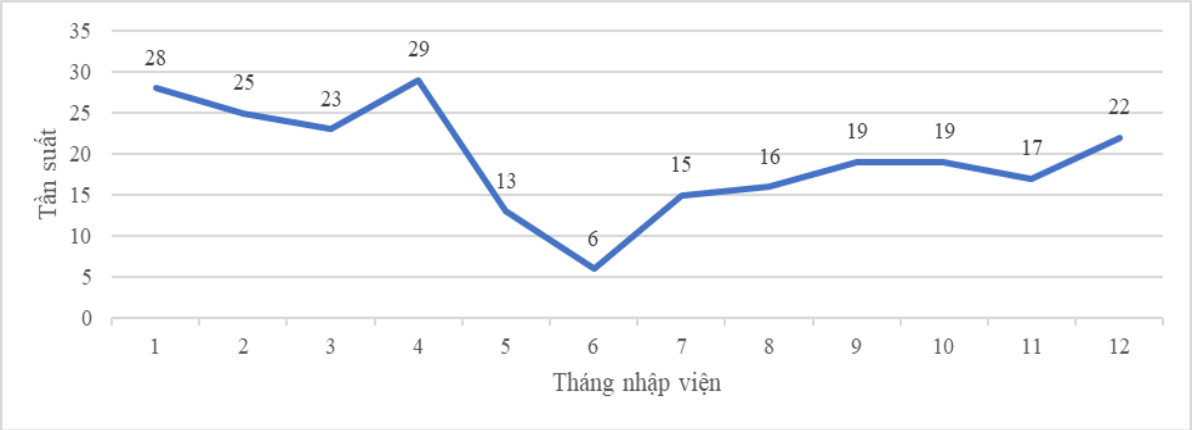
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Bảng 1. *Dịch tễ học lâm sàng của SH (n=222)*

Dịch tễ học lâm sàng	Số bệnh nhân (n=222)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình: 7,41 ± 3,32)		
≤ 10	173	78,3
>10	48	21,7
Nam	120	54,1
Nữ	102	45,9
Thành thị	102	45,9
Nông thôn	120	54,1
Yếu tố khởi phát		
Cơ địa dị ứng	32	14,4
Viêm đường hô hấp	38	17,1
Nhiễm trùng tiết niệu	3	1,4
Sau tiêm vaccin sởi-thủy đậu-rubeola	2	0,9

Bảng 1 cho thấy tuổi mắc bệnh thường là tuổi học đường. Nhóm tuổi từ 5-10 gặp nhiều hơn. Giới: nam nhiều hơn nữ tuy nhiên sự khác nhau về giới không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Địa dư: trẻ sống ở nông thôn nhiều hơn thành thị.



Hình 1. *Phân bố bệnh nhi SH theo tháng trong năm*

Hình 1 cho thấy bệnh xuất hiện quanh năm nhưng gặp nhiều vào mùa đông xuân, từ tháng 10,11,12 đến tháng 1,2,3 là các tháng có thời tiết lạnh, ít gặp nhất vào tháng 6.

Đặc điểm lâm sàng:

Tiền sử dị ứng và một số bệnh liên quan gặp ở 75 bệnh nhi (33,78%), trong đó tiền sử viêm đường hô hấp trước một tuần khởi phát bệnh thường gặp nhất 38 (17,1%), cơ địa dị ứng 32 (14,4%), sau tiêm vaccin 2 (0,9%) và sau nhiễm khuẩn tiết niệu 3 (1,4%).

Bảng 2. *Biểu hiện lâm sàng của SH (n=222)*

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết dưới da đối xứng 2 chi	222	100
Triệu chứng tiêu hoá (đau bụng, xuất huyết tiêu hoá)	110	59,5
Sưng đau khớp	85	38,3
Tổn thương thận	59	26,6

Bảng 2 cho thấy biểu hiện xuất huyết dưới da gặp ở 100% bệnh nhi, trường hợp tổn thương thận ít gặp hơn.

Bảng 3. *Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân SH*

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Công thức máu		
Hemoglobin giảm <110g/l	28	12,6
Bạch cầu tăng > $10x10^9$/l	95	42,8
Bạch cầu trung tính tăng >70%	45	20,3
Số lượng tiểu cầu > $100x10^9$/l	222	100
CRP huyết thanh > 10mg/l	69	31,1
Ure huyết thanh > 50mg/dl	3	1,4
Ure huyết thanh < 50mg/dl	219	98,6
Creatinin huyết thanh > 1,5mg/dl	2	0,9
Creatinin huyết thanh < 1,5mg/dl	220	99,1

Protein huyết thanh < 56g/l	4	1,8
Protein huyết thanh > 56g/l	218	98,2
Albumin huyết thanh < 25g/l	2	0,9
Albumin huyết thanh > 25g/l	220	99,1
Hồng cầu niệu +	24	10,8
Hồng cầu niệu ++	13	3,7
Hồng cầu niệu +++	7	3,2
Protein niệu (+)	38	17,1
Protein/Creatinin niệu		
< 100mg/mmol	33/38	86,8
100-250mg/mmol	2/38	5,3
> 250mg/mmol	3/38	7,9
IgA huyết thanh tăng	62/98	63,3
IgG huyết thanh tăng	40/71	55,3
IgM huyết thanh tăng	17/64	26,5
IgE huyết thanh tăng	16/58	27,6

Bảng 3 cho thấy các xét nghiệm máu và nước tiểu ở bệnh nhi SH không có biến đổi đặc hiệu, ở các bệnh nhân có viêm thận thì xét nghiệm có hồng cầu niệu và protein niệu dương tính.

3.2. Các yếu tố nguy cơ viêm thận:

Có 59 bệnh nhi (26,6%) có tổn thương thận.

Bảng 4*. Các yếu tố nguy cơ viêm thận*

Yếu tố nguy cơ	**Có viêm thận (n=59)**	**Không viêm thận (n=163)**	**OR (95%CI)**	**p**
Tuổi trung bình	9,02 ± 3,22	6,83 ± 3,17		
>10	23	26	3,37 (1,72-6,58)	<0,001
≤ 10	36	137		
Nữ	31	71	1,43 (0,79-2,61)	0,235
Nam	28	92		
Tiền sử bệnh trước vào viện				
Có	23	49	1,206 (0,88-3,84)	0,21
Không	36	114		
Xuất huyết ≥ 28 ngày	11	4	9,11 (2,77-29,91)	< 0,001
Xuất huyết < 28 ngày	48	159		
Đau bụng, xuất huyết tiêu hoá				

Có	16	8	9,20 (3,76-22,55)	< 0,001
Không	40	155		
CRP huyết thanh > 10mg/l	27	42	2,43 (1,44-7,11)	0,04
CRP huyết thanh< 10mg/l	32	121		
IgA huyết thanh Tăng	18	44	0,64 (0,37-1,00)	0,316
IgA huyết thanh Bình thường	14	22		

Bảng 4 cho thấy bệnh nhi trên 10 tuổi có nguy cơ tổn thương thận gấp 3,37 lần so với bệnh nhi dưới 10 tuổi. Bệnh nhi có thời gian xuất hiện ban xuất huyết trên 28 ngày có nguy cơ tổn thương thận cao gấp 9,11 lần so với bệnh nhi có thời gian xuất hiện ban xuất huyết dưới 28 ngày. Bệnh nhi có đau bụng và xuất huyết tiêu hoá có nguy cơ tổn thương thận gấp 9,2 lần bệnh nhi không có đau bụng và xuất huyết tiêu hoá. Nhóm bệnh nhi có CRP huyết thanh tăng > 10mg/l có liên quan tổn thương thận gấp 2,43 nhóm có CRP huyết thanh < 10mg/l. Giới tính, tiền sử bệnh trước vào viện và nồng độ IgA huyết thanh không có mối liên quan với tổn thương thận ở các đối tượng nghiên cứu (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về dịch tễ học lâm sàng

Tuổi bệnh nhi nhỏ nhất là 3 tháng, cao nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là 7,41 ± 3,32. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 5 đến 10 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tối tương tự với kết quả của các tác giả như Chen và cộng sự (4), Lee và cộng sự (5).

Giới tính: Nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1, chúng tôi cũng chưa thấy tác giả nào giải thích sự khác nhau về giới trong bệnh SH.

Địa dư: bệnh nhi sống ngoại thành nhiều hơn nội thành, kết quả này tương tự Chen và cộng sự (4) tại Trung Quốc.

Thời gian mắc bệnh xảy ra rải rác quanh năm nhưng nhiều nhất vào mùa đông xuân, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như Ekinci và cộng sự (6), Chen và cộng sự (4).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi có tiền sử bệnh liên quan chiếm 33,78%, trong đó tiền sử viêm đường hô hấp trước một tuần khởi phát bệnh thường gặp nhất 38 (17,1%), cơ địa dị ứng 32 (14,4%), sau tiêm vaccin 2 (0,9%). Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa thay đổi thời tiết và sự khởi phát bệnh SH, đặc biệt ở các bệnh nhân có các bệnh dị ứng như viêm mũi dị ứng, viêm da dị ứng… Bệnh thường khởi phát khi có thời tiết lạnh hoặc giao mùa. Kết quả nghiên cứu của Chen và cộng sự (4) chỉ ra bệnh nhi SH khởi phát sau nhiễm khuẩn bao gồm nhiễm khuẩn đường hô hấp, viêm đường ruột (60,8%) và 2 bệnh nhi SH khởi phát bệnh sau tiêm vaccin sởi-thủy đậu-rubeola trước đó 2 tuần. Ekinci và cộng sự (6) cũng cho nhận xét tương tự.

Triệu chứng lâm sàng: ban xuất huyết gặp ở 100% trường hợp, chủ yếu là ban dạng chấm, nốt, tập trung thành từng đám ở cẳng chân hai bên, ở tay, mông đùi, thân mình ít gặp hơn, thời gian tổn thương da trung bình là 11,8 ± 5,94 ngày, các nghiên cứu trên thế giới như của Chen và cộng sự (4) cũng cho kết quả tương tự như trên.

59,5% bệnh nhi có triệu chứng về tiêu hoá (đau bụng, xuất huyết tiêu hoá). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Chen và cộng sự (4), Ekinci và cộng sự.(6)

Có 38,3% bệnh nhân có biểu hiện sưng đau khớp. Kết quả này thấp hơn so với Chen và cộng sự (4) : đau khớp chiếm 65,8%, chủ yếu là đau khớp gối, cổ chân, cổ tay và số ít đau khớp khuỷu, khớp bàn ngón tay, đốt sống thắt lưng và khớp háng. Theo Lee và cộng sự (5) đau khớp chiếm 69,8%, theo Ekinci và cộng sự (6) tỷ lệ bệnh nhi có đau khớp là 58,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương thận trong SH 26,6%, hồng cầu niệu 19,8%, protein niệu 17,1%. Theo Chen và cộng sự (4), tổn thương thận chiếm 54,2% với protein niệu 26,7%. Điều này là một lưu ý quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng, cần khám xét cẩn thận và làm xét nghiệm nước tiểu thường quy cho tất cả các bệnh nhân SH, đặc biệt trong lần đầu tiên vào viện để phát hiện sớm những tổn thương thận và có kế hoạch điều trị, theo dõi lâu dài.

Đặc điểm cận lâm sàng: 12,6% bệnh nhân thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu tăng 42,8%; nồng độ CRP huyết thanh tăng 31,1%. Nồng độ ure và creatinin huyết thanh đa số bình thường, chỉ có 3 bệnh nhi ở ngưỡng suy thận. 98,2% bệnh nhi có protein toàn phần và albumin huyết thanh bình thường, chỉ có 3 bệnh nhi giảm ở ngưỡng thận hư. Theo Chen và cộng sự (4), Lee và cộng sự (5), IgA huyết thanh tăng 63,3% trường hợp. Chỉ có 3 bệnh nhi viêm thận trong SH được sinh thiết thận, kết quả cho thấy tăng sinh gian mạch đơn thuần (nhóm I) và tăng sinh gian mạch với dưới 50% tổn thương hình liềm cục bộ (nhóm IIIa), sinh thiết thận được tiến hành ở 46% số bệnh nhi và cho kết quả chủ yếu tổn thương nhóm IIIb.

4.2. Tỷ lệ viêm thận và các yếu tố nguy cơ

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ viêm thận trong Schonlein-Henoch là 26,6%.

Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giới tính với tổn thương thận p = 0,235 (p>0,05), giới tính không ảnh hưởng tới sự xuất hiện của tổn thương thận mặc dù tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ trong Schonlein-Henoch. Kết quả này phù hợp với Elmas và cộng sự (12) tại Thổ Nhĩ Kỳ. Tuy nhiên Kilic và cộng sự (8) có nhận xét rằng tổn thương thận gặp nhiều hơn ở nữ, sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê (p = 0,047 và OR =2,7). Chúng tôi thấy có mỗi liên quan giữa tuổi với tổn thương thận: Bệnh nhi trên 10 tuổi có nguy cơ tổn thương thận gấp 3,37 lần so với bệnh nhi dưới 10 tuổi (OR=3,37; 95%CI=1,722;6,582; p<0,05). Nghiên cứu của Kilic và cộng sự (8) cũng đưa ra kết quả: tuổi trên 10 là yếu tố ảnh hưởng đến tổn thương thận (p = 0,001 và OR = 1,4). Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa thời gian xuất hiện ban xuất huyết và tổn thương thận: thời gian ban xuất huyết kéo dài trên 28 ngày là yếu tố ảnh hưởng tới tổn thương thận (p=0,009, OR=3.44 (1.37–8.63)), Shin và cộng sự (9) cũng cho kết quả tương tự với p=0,009, OR=3.44 (1.37–8.63). Chúng tôi cũng tìm thấy có mối liên quan giữa đau bụng và xuất huyết tiêu hoá với tổn thương thận trong SH: Đau bụng dữ dội trên 3 ngày, nôn chướng bụng, nôn máu, đại tiện phân đen, dấu hiệu tắc ruột. Kết quả này tương tự

như với thống kê của Shin và cộng sự (9). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa nồng độ CRP huyết thanh tăng với tổn thương thận trong SH. CRP tăng có nguy cơ tổn thương thận gấp 5,58 lần nhóm CRP huyết thanh bình thường. Theo nghiên cứu của Kilic và cộng sự (13), tăng CRP huyết thanh là một trong ba yếu tố liên quan tới tổn thương thận (p=0,007 và OR=6,57, 95% CI (1,679;25,782)). Tuy nhiên theo tác giả Lee và cộng sự (5), tăng CRP không có mối tương quan với tổn thương thận (p=0,238). Nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa nồng độ IgA huyết thanh và tổn thương thận. Kết quả này phù hợp với Shin và cộng sự (9). Tuy nhiên nghiên cứu của Tabel và cộng sự (10) chỉ ra rằng nồng độ IgA huyết thanh tăng trong SH và có liên quan tới tổn thương thận với p=0,04.

V. KẾT LUẬN

5.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

- Tuổi gặp từ 3 tháng đến 15 tuổi, chủ yếu gặp nhóm 5-10 tuổi, tỷ lệ nam:nữ 1,2:1, bệnh nhi sống ở ngoại thành nhiều hơn nội thành, bệnh xảy ra vào mùa đông xuân là chủ yếu, yếu tố tiền sử liên quan khởi phát bệnh là viêm đường hô hấp, cơ địa dị ứng.

- Biểu hiện lâm sàng: xuất huyết da điển hình (100%), đau bụng và xuất huyết tiêu hóa (46,8%), mức độ nặng (11,3%), sưng đau khớp (8,3%), viêm thận (26,6%)

- Các xét nghiệm thường không đặc hiệu: thiếu máu nhẹ (12,6%), bạch cầu tăng (42,8%), bạch cầu trung tính tăng (20,3%), CRP huyết thanh tăng (31,1%), IgA huyết thanh tăng (63,3%), IgG huyết thanh tăng (55,3%), IgE huyết thanh tăng (27,6%), hồng cầu niệu (19,8%), protein niệu (17,1%).

5.2. Về tỷ lệ tổn thương thận và các yếu tố nguy cơ

Có 59 (26,6%) bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thận. Yếu tố nguy cơ tổn thương thận gồm: Tuổi ≥ 10, ban xuất huyết kéo dài ≥ 28 ngày, đau bụng và xuất huyết tiêu hóa, tăng CRP huyết thanh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tất cả các bệnh nhân SH nên được theo dõi lâu dài và xét nghiệm nước tiểu để chẩn đoán sớm biến chứng viêm thận. Những nghiên cứu hơn nữa là cần thiết để đánh giá và tiên lượng lâu dài ở bệnh nhi mắc viêm thận trong SH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen JY, Mao JH**. Henoch-Schonlein purpura nephritis in children: incidence, pathogenesis and management. World J Pediatr. 2015;11(1):29-34.
2. **Dyga K, Szczepanska M. IgA** vasculitis with nephritis in children. Adv Clin Exp Med. 2020;29(4):513-9.
3. **Jiang J, Duan W, Shang X, Wang H, Gao Y, Tian P, et al**. Inducible nitric oxide synthase gene polymorphisms are associated with a risk of nephritis in Henoch-Schonlein purpura children. Eur J Pediatr. 2017;176(8):1035-45.
4. **Chen O ZX, Ren P, Wang YB,.** Henoch Schonlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases. 2013;13(1):94-9.
5. **Lee YH KY, Koo JW, Chung JY.** Henoch-Schonlein Purpura in Children Hospitalized at a Tertiary Hospital during 2004-2015 in Korea: Epidemiology and Clinical

Management. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2016;19(3):175-85.

6. **Ekinci RMK BS, Melek E, Karabay Bayazit A,** Clinical manifestations and outcomes of 420 children with Henoch Schönlein Purpura from a single referral center from Turkey. Mod Rheumatol. 2019;14:1-8.
7. **Elmas AT TY.** Platelet Counts in Children With Henoch-Schonlein Purpura--Relationship to Renal Involvement. Clin Lab Anal. 2016;30(1):71-4.
8. **Demircioğlu KB, Kasap Demir B.** Determination of Risk Factors in Children Diagnosed With Henoch-Schönlein Purpura. Division of Pediatric Nephrology, Medicine Faculty of Gaziantep University, Gaziantep, Turkey. 2018;33(4):395-401.
9. **Shin JI, Park, J. M., Shin, Y. H., Hwang, D. H., Kim, J. H., & Lee, J. S.** Predictive factors for nephritis, relapse, and significant proteinuria in childhood Henoch–Schönlein purpura. Scandinavian Journal of Rheumatology. 2006;35(1):56–60.
10. **Tabel Y IF, Dogan DG, Elmas AT.** Clinical features of children with Henoch-Schonlein purpura: risk factors associated with renal involvement. Iran J Kidney Dis. 2012;6(4):269-74.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DUNG DỊCH TRUYỀN TĨNH MẠCH TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Trịnh Thị Lý*, Phùng Văn Duyên*

TÓM TẮT

Đánh giá thực trạng sử dụng dung dịch truyền tĩnh mạch tại Khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, chúng tôi đã phân tích hồi cứu 120 bệnh án của 120 bệnh nhân, kết quả như sau: Gần 3/4 số bệnh nhân là người cao tuổi và người già. Bệnh nhân tái nhập viện là 5,83%. Bệnh nhân chuyển viện là 10,83%. Rất ít bệnh nhân được can thiệp kỹ thuật hồi sức cấp cứu. Tỷ lệ bệnh nhân được truyền dịch là 87,5%. Dung dịch được sử dụng phổ biến nhất là NaCl 0,9% với tỷ lệ 84,76% bệnh nhân được truyền. 2/3 số bệnh nhân được truyền dịch liên quan đến việc sử dụng thuốc. Gần 1/3 số bệnh nhân được truyền dịch với mục đích dự phòng sốc giảm thể tích. Ngày nằm viện trung bình là 6,96 ngày, ngày truyền dịch trung bình là 6,14 ngày. 11,43% bệnh nhân được truyền dịch không cần thiết. Dung dịch ringer lactat được sử dụng khá khiêm tốn. Một số trường hợp truyền dung dịch glucose chưa đúng chỉ định. Một số bệnh nhân có chế độ ăn giảm muối nhưng vẫn được truyền dung dịch mặn (để pha thuốc). Một số dung dịch ưu trương và thuốc vận mạch chưa được truyền qua tĩnh mạch trung tâm.

Từ khóa: dung dịch truyền tĩnh mạch, khoa hồi sức cấp cứu

SUMMARY

RESEARCH OF THE CURRENT SITUATION OF USING SOLUTION FOR INTRAVENOUS INFUSION AT EMERGENCY MEDICINE DEPARTMENT OF HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Assessing the current situation of using solution for intravenous infusion at Emergency Medicine Department of Hai Phong Medical University Hospital, we have had the retrospective analysis of 120 medical records of 120 patients with the following results: Nearly three quarters of the patients were elderly; Patients re-hospitalized were 5.83%. Hospital transfer patients were 10.83%. Very few patients received emergency resuscitation techniques. The proportion of patients receiving infusion was 87.5%. The most commonly used solution was NaCl 0.9% in the proportion of 84.76% of patients receiving the infusion. Two third of patients received the infusion involved the drug use. Almost one third of patients received infusion to prevent hypovolemic shock. The average day of hospitalization was 6.96 days, the average day of infusion was 6.14 days. 11.43% of patients received unnecessary infusion. Ringer lactate solution is rarely used. Some cases of infusion of glucose solution were not indicated. Some patients are on a low-salt diet but still receive saline solution (to make medicine). Some hypertonic and vasopressors solution have not been administered through central vein.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Lý
Email: ttly@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Key words: solution for intravenous infusion, Emergency Medicine Department

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền dịch là một liệu pháp điều trị mà hầu hết các khoa lâm sàng đều thực hiện, đặc biệt là các khoa hồi sức cấp cứu, nơi mà các dung dịch được sử dụng phổ biến nhất cho những tình huống cấp cứu, bệnh nặng và nguy kịch.

Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là đơn vị tiếp nhận những bệnh nhân mắc các bệnh cấp cứu, bệnh nặng hoặc bệnh diễn biến phức tạp. Đa số bệnh nhân nằm viện tại khoa này được truyền dịch và truyền dịch dài ngày. Để góp phần sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch một cách an toàn và hiệu quả, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu sau đây:

1. Mô tả thực trạng truyền dịch tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2020.

2. Nhận xét việc sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nằm viện tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2020 bao gồm 120 bệnh nhân với tổng số 120 bệnh án nội trú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả cắt ngang. Thu thập và phân tích dữ liệu theo bệnh án của các bệnh nhân nằm viện tại khoa Hồi sức cấp cứu từ tháng 1/2020 đến 4/2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới

Tổng số 120 bệnh nhân, trong đó 65 nam (chiếm 54,16%) và 55 nữ (chiếm 45,84%)

Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 102 tuổi, thấp nhất là 15 tuổi. Gần 3/4 số bệnh nhân nằm viện tại khoa Hồi sức cấp cứu là người cao tuổi và người già.

3.1.2. Ngày nằm viện trung bình

Bệnh nhân có số ngày nằm viện ít nhất là 1 ngày. Bệnh nhân có số ngày nằm viện nhiều nhất là 18 ngày. Số ngày nằm viện trung bình của 1 đợt điều trị chung cho tất cả bệnh nhân là 7,08 ngày. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân được truyền dịch là 6,96. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân không được truyền dịch là 7,78. Ngày nằm viện trung bình của khoa Hồi sức cấp cứu tương đồng với một số bệnh viện trên địa bàn thành phố, nhưng ngắn hơn so với khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Kiến An và bệnh viện Việt Tiệp (trên 10 ngày), có lẽ do bệnh lý của khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hải Phòng ít phức tạp hơn và tỷ lệ chuyển viện lại cao hơn.

3.1.3. Bệnh chính phải vào nhập viện

Bảng 1. Bệnh chính phải vào nhập viện

Tên bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm phổi	16	13,33
Xuất huyết tiêu hóa (5 có sốc giảm thể tích)	11	9,17

Tai biến mạch não	12	10,00
COPD đợt cấp	9	7,50
Bệnh mạch vành (1 NMCT có sốc)	6	5,00
Nhiễm khuẩn tiết niệu	6	5,00
Rối loạn nhịp	4	3,33
Ngộ độc thuốc	3	2,50
Tăng áp lực thẩm thấu (2 có sốc)	4	3,33
Viêm tụy cấp	6	5,00
Hạ đường máu	3	2,50
Biến chứng suy thận mạn	4	3,33
Hen phế quản	2	1,67
Hội chứng tiền đình	2	1,67
Phù phổi cấp	2	1,67
Phản vệ độ I	3	2,50
Rối loạn tiền đình	2	1,67
Viêm túi mật hoại tử (1 có sốc)	1	0,83
Nhiễm khuẩn huyết (1 có sốc)	2	1,67
Xơ gan mất bù	2	1,67
Bệnh khác	20	16,67

Nhận xét và bàn luận: Bệnh nhân nhập viện vào khoa Hồi sức cấp cứu chủ yếu thuộc về bệnh học nội khoa, ít gặp bệnh ngoại khoa, sản khoa và nhi khoa. Điều này cũng phù hợp với mô hình bệnh tật tại khoa hồi sức cấp cứu của nhiều bệnh viện trong thành phố (Bệnh viện Kiến An, Bệnh viện Thủy Nguyên, Bệnh viện An Lão…).

3.1.4. Các bệnh hiện mắc

Bảng 2. Các bệnh hiện mắc

Các bệnh hiện mắc	Số BN	Tỷ lệ %
Mắc 1 bệnh chính	11	9,17
Mắc đa bệnh	112	93,33
Có tăng huyết áp	50	41,67
Có đái tháo đường	33	27,50
Có cả tăng huyết áp và đái tháo đường	16	13,33
Các bệnh khác	60	50,00

Nhận xét và bàn luận: Hầu hết bệnh nhân nhập viện tại khoa Hồi sức cấp cứu đều mắc đa bệnh (93,33%), chỉ có 9,71% bệnh nhân mắc 1 bệnh. Bệnh đồng mắc nhiều nhất là tăng huyết áp (gần một nửa số bệnh nhân có tăng huyết áp) và đái tháo đường (trên 1/4 số bệnh nhân có đái tháo đường).

3.1.5. Tình trạng bệnh nhân cần can thiệp khẩn cấp

Bảng 3. Tình trạng bệnh nhân cần can thiệp khẩn cấp

Tình trạng bệnh nhân	Số BN	Tỷ lệ %
Sốc mất máu (do XHTH)	5	4,17
Sốc giảm thể tích (do TALTT)	2	1,67
Sốc tim (do NMCT)	1	0,83
Sốc nhiễm khuẩn	2	1,67
Cơn tăng huyết áp kịch phát	8	6,67
Đột quỵ cấp (loại nhồi máu não)	12	10,00
Mất máu cần truyền máu	9	7,50
Tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường	5	4,17
Hạ đường máu	4	3,33
Thiếu máu nặng do suy thận mạn	1	0,83
Tổng số	**49**	**40,83**

Nhận xét và bàn luận: Trong số 120 bệnh nhân có 49 bệnh nhân cần can thiệp khẩn cấp, chiếm tỷ lệ 40,83%. Đây là những bệnh nhân cần được xử trí nhanh chóng hoặc cần được can thiệp ngay lập tức (can thiệp chẩn đoán và can thiệp điều trị). Số bệnh nhân còn lại thuộc các nhóm bệnh cần chăm sóc tích cực.

3.2. Thực trạng sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch

3.2.1. Tỷ lệ bệnh nhân được truyền dịch. Tỷ lệ bệnh nhân được truyền dịch tại khoa Hồi sức cấp cứu là khá cao, chiếm tỷ lệ 87,5%; có 6 bệnh nhân không cần truyền dịch (5,0%) và 9 bệnh nhân có chống chỉ định truyền dịch (7,50%). Tỷ lệ này cũng tương đồng với các khoa hồi sức của các bệnh viện khác (hầu hết bệnh nhân tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Kiến An có truyền dịch).

***3.2.2.* Các chỉ định truyền dịch**

Bảng 4. Chỉ định truyền dịch

Chỉ định truyền dịch	Số BN	Tỷ lệ %
Nâng huyết áp trong sốc giảm thể tích	9/105	8,57
Dự phòng sốc giảm thể tích	33/105	31,43
Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch	16/105	15,24
Pha thuốc trong dịch truyền	71/105	67,62
Điều chỉnh rối loạn nước điện giải	1/105	0,95
Điều chỉnh áp lực thẩm thấu	3/105	2,86
Giải độc, lợi tiểu ở bệnh nhân bị ngộ độc	3/105	2,86
Không có bất kỳ lý do gì	12/105	11,43

Nhận xét: 2/3 số bệnh nhân được truyền dịch liên quan đến việc sử dụng thuốc pha trong dịch truyền. Gần 1/3 số bệnh nhân được truyền dịch với mục đích dự phòng sốc giảm thể tích. 15,24% bệnh nhân được truyền dịch để nuôi dưỡng. 8,57% bệnh nhân được truyền dịch cấp cứu với lượng dịch lớn để hồi phục thể tích tuần hoàn. Các chỉ định truyền dịch khác chỉ gặp rất ít, từ 0% đến 2,86%. 11,43% bệnh nhân được truyền dịch không cần thiết (lạm dụng truyền dịch).

3.2.3. Các loại dung dịch được truyền

Dung dịch được sử dụng phổ biến nhất tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y là dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%) với tỷ lệ 84,76% bệnh nhân được truyền, trong khi đó chỉ có 20,95% bệnh nhân được truyền dung dịch Ringer lactate. 22,86% bệnh nhân được truyền dung dịch Glucose. Các loại dung dịch khác được sử dụng cho bệnh nhân với tỷ lệ thấp từ 0% đến 3,80%.

3.2.4. Số ngày truyền dịch trung bình

Ngày nằm viện trung bình của 1 bệnh nhân truyền dịch là 6,96 ngày. Ngày truyền dịch trung bình của 1 bệnh nhân được truyền dịch là 6,14 ngày. Như vậy các bệnh nhân được truyền dịch kéo dài từ ngày vào viện đến ngày ra viện (trừ nửa ngày làm thủ tục thanh toán ra viện), mặc dù rất nhiều bệnh nhân có thể ngừng truyền dịch (đã đạt mục đích truyền dịch) nhưng vẫn được truyền dịch.

3.3. Đánh giá việc sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch

3.3.1. Các dung dịch được truyền để phục hồi thể tích tuần hoàn

Tỷ lệ bệnh nhân sốc giảm thể tích được truyền dung dịch NaCl 0,9% là 9/9 bệnh nhân, trong khi đó chỉ có 3/9 bệnh nhân được truyền ringer lactate. Để nâng huyết áp trong sốc giảm thể tích, việc lựa chọn loại dung dịch nào có khả năng lấp đầy lòng mạnh đã được nhiều tác giả khẳng định, đó là các dung dịch tinh thể đẳng trương, có thể là dung dịch NaCl 0,9% hoặc ringer lactate, trong đó vai trò làm đầy lòng mạch của 2 loại này là tương đương, nhưng ringer có lợi thế hơn và an toàn hơn so với dung dịch NaCl 0,9%.

Có 3/9 bệnh nhân được truyền dung dịch glucose để phục hồi thể tích tuần hoàn là chưa phù hợp với khuyến cáo. Các tác giả khuyên rằng không nên sử dụng dung dịch glucose để lấp đầy lòng mạch vì khả năng làm đầy lòng mạch của dung dịch glucose là rất khiêm tốn (truyền 1 lít dung dịch glucose 5% chỉ có 80ml dung dịch được nằm trong lòng mạch, lượng còn lại ra khoảng kẽ và vào trong tế bào) và có thể gây tác dụng bất lợi như phù phổi, phù não.

Trong trường hợp mất nước hoặc mất máu, mặc dù tình trạng toàn thân vẫn tốt, chưa có bất thường về các dấu hiệu sinh tồn, chưa có sốc, nhưng việc truyền dịch là cần thiết để dự phòng sốc giảm thể tích. Các dung dịch tinh thể đẳng trương (ringer lactat và natri clorua 0,9%) là sự lựa chọn tốt nhất để dự phòng sốc giảm thể tích. Tại khoa hồi sức cấp cứu, chỉ có 10/33 bệnh nhân được truyền dung dịch ringer lactate trong khi 33/33 bệnh nhân được truyền dung dịch mặn đẳng trương. 7/33 bệnh nhân được truyền dung dịch glucose để dự phòng sốc giảm thể tích.

Trong số 120 bệnh nhân nhập viện khoa hồi sức cấp cứu có 5 ca tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường. Cả 5/5 trường hợp đều được truyền dung dịch mặn đẳng trương, chỉ có 3/5 trường hợp được truyền dung dịch ringer lactate. Đây là 2 loại dung dịch được sử dụng tốt nhất trong tăng áp lực thẩm thấu. Tuy nhiên, dung dịch ringer lactate là sự lựa chọn ưu tiên hơn bởi vì nó nhược trương hơn so với dung dịch NaCl 0,9% (áp lực thẩm thấu của ringer lactate là 278 trong khi của NaCl 0,9% là 290 mOsmol) và dung dịch nhược trương hơn sẽ làm giảm áp lực thẩm thấu nhanh hơn.

3.3.2. Các dung dịch được truyền để nuôi dưỡng

Trong số 120 bệnh nhân nhập viện khoa hồi sức cấp cứu có 16 ca có liên quan đến nuôi dưỡng tĩnh mạch do có vấn đề về nuốt hoặc hôn mê. Mục đích của nuôi dưỡng là cung cấp năng lượng (kalo), chất dinh dưỡng (protid, lipid, glucid, vitamin và khoáng chất). Vai trò của dung dịch NaCl 0,9% trong dinh dưỡng rất khiêm tốn, chúng chỉ cung cấp cho cơ thể nước và điện giải (Na, Cl). Mặc dù dung dịch gluose cung cấp năng lượng cho cơ thể nhưng truyền 500ml dung dịch gluose 5% cũng chỉ cung cấp cho cơ thể 100 kcalo. Chính vì vậy, để chăm sóc dinh dưỡng tốt nhất, cần tính toán nhu cầu calo và cân đối chất dinh dưỡng của bệnh nhân để đáp ứng đầy đủ bằng cách cho ăn qua sonde dạ dày. Một lưu ý nữa là khi truyền các dung dịch ưu trương (glucose 10%, 20%, dung dịch acid amin…) cần thiết phải tiêm truyền qua tĩnh mạch trung tâm, không nên truyền qua tĩnh mạch ngoại vi vì dễ gây tình trạng viêm tĩnh mạch.

3.3.3. Các dung dịch được truyền để lợi tiểu giải độc

Trong số 120 bệnh nhân nhập viện khoa hồi sức cấp cứu có 3 ca bị ngộ độc thuốc ngủ thể nhẹ, bệnh nhân tỉnh táo, tình trạng tòan thân tốt. Việc truyền dịch với mục đích làm tăng lưu lượng máu tới thận, tăng đào thải chất độc qua nước tiểu. Để đạt được mục tiêu đó, dung dịch được lựa chọn tốt nhất vẫn là dung dịch mặn đẳng trương và dung dịch ringer lactate. Dung dịch glucose 5% không phải là dung dịch được lựa chọn để làm tăng lưu lượng máu tới thận. Tuy nhiên 2/3 bệnh nhân vẫn được truyền dung dịch glucose là chưa phù hợp.

3.3.4. Các dung dịch được truyền để pha thuốc

Trong số 105 bệnh nhân được truyền dịch có 71 ca cần phải truyền dịch để pha thuốc, trong đó có 66 bệnh nhân (92,96%) được truyền dung dịch mặn đẳng trương để pha thuốc. Những thuốc pha trong dịch truyền thường gặp là kháng sinh, dãn phế quản, insulin… Trong số 66 bệnh nhân được truyền dung dịch mặn đẳng trương để pha thuốc có 40 bệnh nhân bị bệnh tăng huyết áp (bệnh đi kèm với bệnh chính). Một số bệnh nhân khác cũng có chế độ ăn giảm muối như tim phổi mạn, suy tim, suy thận mạn v.v… cũng được truyền thuốc pha với dung dịch mặn đẳng trương. Khoa hồi sức cấp cứu nên cân nhắc pha thuốc với dung dịch glucose 5% để hạn chế lượng muối đưa vào cơ thể trong những trường hợp này.

3.3.5. Các dung dịch được truyền cho bệnh nhân đột quỵ cấp

Trong số 120 bệnh nhân nhập viện khoa hồi sức cấp cứu có 12 ca nhập viện vì bị đột quỵ cấp. Khi bị đột quỵ cấp, tế bào não bị thiếu oxy, nếu truyền dung dịch glucose vào trong môi trường thiếu oxy, glucose sẽ chuyển hóa yếm khí tạo ra acid lactic. Acid lactic là một chất độc tính với tế bào não, do vậy sẽ có nguy cơ làm tổn thương não nặng thêm. Trong nghiên cứu này, có 4/12 ca được truyền dung dịch glucose là chưa phù hợp thậm chí có chống chỉ định. Dung dịch ringer lactate là một dung dịch hơi nhược trương so với huyết tương mặc dù nó được xếp vào nhóm đẳng trương. Trong trường hợp có phù não, cần hạn chế truyền loại dung dịch này. Nên cân nhắc 4/12 ca được truyền dung dịch ringer lactate trong nghiên cứu này.

IV. KẾT LUẬN

Qua thu thập và phân tích 120 hồ sơ bệnh án của 120 bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

4.1 Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nam chiếm 54,16%, nữ chiếm 45,84%.

Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 102 tuổi, thấp nhất là 15 tuổi. Gần 3/4 số bệnh nhân nằm viện tại khoa Hồi sức cấp cứu là người cao tuổi và người già.

Tỷ lệ bệnh nhân tái nhập viện trong 4 tháng là 5,83%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện là 10,83%.

Số ngày nằm viện trung bình của 1 đợt điều trị chung cho tất cả bệnh nhân là 7,08 ngày.

Hầu hết bệnh nhân mắc đa bệnh (chiếm 93,33%). Bệnh đồng mắc nhiều nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường.

4.2 Thực trạng sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch

Tỷ lệ bệnh nhân được truyền dịch là 87,5%. Khoảng 2/3 số bệnh nhân được truyền dịch liên quan đến việc sử dụng thuốc (pha thuốc). Gần 1/3 số bệnh nhân được truyền dịch với mục đích dự phòng sốc giảm thể tích. 15,24% bệnh nhân được truyền dịch để nuôi dưỡng. 8,57% bệnh nhân phải truyền dịch cấp cứu với lượng dịch lớn để hồi phục thể tích tuần hoàn. Các chỉ định truyền dịch khác rất ít, từ 0% đến 2,86%.

Dung dịch được sử dụng phổ biến nhất là dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%) với tỷ lệ 84,76% bệnh nhân được truyền. 22,86% bệnh nhân được truyền dung dịch Glucose. 20,95% bệnh nhân được truyền dung dịch Ringer lactate.

4.3 Nhận xét về việc sử dụng các dung dịch truyền tĩnh mạch

Ngày truyền dịch trung bình của 1 bệnh nhân được truyền dịch là 6,14 ngày trong khi ngày nằm viện trung bình của 1 bệnh nhân truyền dịch là 6,96 ngày.

11,43% bệnh nhân được truyền dịch không cần thiết (lạm dụng truyền dịch).

Để làm đầy mạch máu, có 9/9 bệnh nhân được sử dụng dung dịch NaCl 0,9% nhưng chỉ có 3/9 bệnh nhân được sử dụng dung dịch ringer lactate, trong khi dung dịch ringer lactat có tác dụng tương đương và có nhiều ưu thế hơn.

Việc lựa chọn loại dịch truyền trong một số tình huống lâm sàng là chưa phù hợp: 3/9 bệnh nhân được truyền dung dịch glucose

để phục hồi thể tích tuần hoàn; 7/33 bệnh nhân được truyền dung dịch glucose để dự phòng sốc giảm thể tích; 4/12 bệnh nhân đột quỵ cấp được truyền dung dịch glucose; 2/3 bệnh nhân được truyền dung dịch glucose với mục đích làm tăng lưu lượng máu tới thận.

Một số dung dịch ưu trương và thuốc vận mạch (Dopamin, dobutamin) chưa được truyền qua tĩnh mạch trung tâm (hiện tại truyền qua tĩnh mạch ngoại vi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 1493/2015/QĐ-BYT** của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực, tr 179-193.
2. **Trường Đại học Dược Hà Nội (2007),** Dược lâm sàng và điều trị, Nhà xuất bản Y học 2007.
3. **Alena Lira, Michael R Pinsky (2014),** "Choices in fluid type and volume during resuscitation: impact on patient outcomes", Ann Intensive Care.Published 2014 Dec 4; 4: 38. PMID: 25625012, PMCID: PMC4298675.
4. **Anil Kumar Gangwar, S.C.Chaudhary M.D (2015**),"Intravenous fluid therapy", Daily fluid balance, Published in: Health & Medicine, on Nov 8, 2015.
5. **Marik PE et al (2011).** "Hemodynamic parameters to guide fluid therapy", Annals of Intensive Care, 2011, 1:1 PMID: 21906322, PMCID: PMC3159904.
6. **Rasouli M (2016),** "Basic concepts and practical equations on osmolality: biochemical approach", Clin Biochem. 2016; 49(12): 936-41. PubMed PMID: 27343561.
7. **Raghunathan K, Shaw AD, Bagshaw SM (2013),** "Fluids are drugs: type, dose and toxicity", CurrOpinCrit Care, ; 19,(4): 290-8. PubMed PMID: 23817025
8. **RoyalCollege of Physicians (UK),** "Intravenous Fluid Therapy in Adults in Hospital", NICE Clinical Guidelines, 2013 Dec, No. 174.

XÂY DỰNG DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC ĐÁNG CHÚ Ý TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI PHÒNG NĂM 2020

Lê Thị Thùy Linh[1], Trần Thị Ngân[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1]
Nguyễn Văn Phương[2], Nguyễn Thị Nhàn[2], Hoàng Thị Thùy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xây dựng danh mục tương tác thuốc đáng chú ý trên lâm sàng tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng. Với giai đoạn 1, dựa trên danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện năm 2020, nghiên cứu đã sử dụng phần mềm Micromedex để đưa ra danh mục gồm 5 cặp tương tác thuốc/nhóm thuốc ở mức độ nghiêm trọng trên lý thuyết. Ở giai đoạn 2, qua khảo sát bệnh án nội trú, nhóm nghiên cứu đã xây dựng danh mục gồm 26 cặp tương tác thuốc có tần suất ≥ 2% bệnh án. Các tương tác tại danh mục ở 2 giai đoạn trên được đánh giá bởi nhóm chuyên môn gồm các bác sĩ và dược sĩ để đưa ra danh mục gồm 18 cặp tương tác thuốc đáng chú ý tại bệnh viện. Việc sử dụng thường xuyên danh mục này trong thực hành lâm sàng sẽ giúp hạn chế những tương tác thuốc mà chưa được các bác sĩ quan tâm đúng mức.

Từ khóa: tương tác thuốc, Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, nghiêm trọng

SUMMARY

DEVELOPING A LIST OF IMPORTANT DRUG – DRUG INTERACTIONS AT HAIPHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL IN 2020

This study aimed at developing a list of important drug – drug interactions (DDIs) in clinical practice at Haiphong Psychiatric Hospital. After screening all the drugs used at the hospital in 2020 by Micromedex software, the first list of 5 severity DDIs was built. The second list consists of 26 DDIs with prevalency higher than 2%. All the DDIs of the above lists were considered by a groups of doctors and pharmacists who then proposed a final list of 18 DDIs for inpatient care at Haiphong Psychiatric Hospital. This DDIs list is useful to management of potential DDIs at the hospital that might otherwise be neglected by the doctors.

Keywords: drug-drug interactions, Haiphong Psychiatric Hospital, severiry

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thể bệnh tâm thần là những bệnh lý mạn tính, phức tạp. Trong quá trình điều trị, bệnh nhân có thể phải điều trị cả các bệnh mắc kèm khác như tim mạch, tiểu đường, dị ứng – miễn dịch,…. dẫn đến việc phải sử dụng nhiều thuốc đồng thời trong thời gian dài. Điều này làm gia tăng nguy cơ xảy ra tương tác thuốc [3], [4].

Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, giữ vai trò chủ lực điều trị các thể bệnh tâm thần của toàn thành phố Hải Phòng. Hiện có 250 giường bệnh đang điều trị nội trú, trên 8000 bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh đang được bệnh viện quản lý và điều trị tại cộng đồng. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh
Email: lttlinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

này được thực hiện với mục tiêu xác định các cặp tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng qua ba giai đoạn:

Giai đoạn 1: Xây dựng danh mục tương tác thuốc đáng chú ý dựa trên lý thuyết.

Giai đoạn 2: Xây dựng danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao qua khảo sát bệnh án nội trú từ ngày 01/07/2019 đến ngày 31/12/2019.

Giai đoạn 3: Xây dựng danh mục tương tác thuốc đáng chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện qua khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn về danh mục tương tác ở giai đoạn 1 và 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Giai đoạn 1

Đối tượng nghiên cứu: Thuốc nằm trong danh mục thuốc được sử dụng tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2020; loại trừ các thuốc phối hợp đa vitamin và khoáng chất; dịch truyền, dung dịch thẩm phân; máu, chế phẩm từ máu; vi khuẩn đông khô, thuốc nguồn gốc dược liệu.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan tài liệu dựa trên phần mềm tra cứu tương tác Drug interactions -Micromedex® Solutions (MM). Các cặp tương tác sử dụng với mục đích giải độc hoặc không thỏa mãn về đường dùng sẽ được loại bỏ.

2.2 Giai đoạn 2

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án nội trú có khoảng thời gian ra viện từ ngày 01/07/2019 đến 31/12/2019 và sử dụng từ 2 thuốc trở lên trong thời gian điều trị.

Phương pháp nghiên cứu: Áp dụng phương pháp mô tả, hồi cứu dữ liệu của 347 bệnh án được lựa chọn ngẫu nhiên từ các bệnh án thỏa mãn đối tượng nghiên cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức: $N \geq Z^2(1-\alpha/2).p.(1-p)\ d^2$

Trong đó: N: cỡ mẫu; d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn (lựa chọn d = 0,05); Z: mức ý nghĩa thống kê mong muốn (lựa chọn Z = 1,96); p: tỷ lệ tham chiếu (lựa chọn p = 0,67 theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuận năm 2016 [1]).

Sử dụng phền mềm tra cứu MM để khảo sát tương tác thuốc, xác định tần suất xuất hiện của mỗi cặp tương tác và lựa chọn các cặp tương tác có tần suất gặp cao (≥ 2% tổng số bệnh án)

2.3 Giai đoạn 3

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

Phương pháp nghiên cứu: Đánh giá các cặp tương tác theo quy trình Delphi sửa đổi: Khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn về các cặp tương tác trong danh mục ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 để xây dựng danh mục tương tác thuốc đáng chú ý trong thực hành lâm sàng. Nhóm chuyên môn gồm: 3 bác sĩ tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng; 2 dược sĩ tại khoa Dược – Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng và 2 dược sĩ tại khoa Dược – Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Cơ sở dữ liệu được sử dụng để xây dựng bản mô tả chi tiết cho từng cặp tương tác gồm: (1) Phần mềm tra cứu tương tác Micromedex Drug Interactions (MM); (2) British National Formulary 76 2019 (BNF); (3) Drug Interaction Facts 2009; (4) Stockley's Drug Interaction và Stockley's Drug Interaction Pocket Companion 2015; (5) Tờ thông tin sản phẩm được phê duyệt bởi Cơ quan quản lý thuốc và sản phẩm chăm sóc sức khỏe Anh (truy cập tại trang http://www.medecines.org.uk/emc); (6) Hệ

thống tìm kiếm dữ liệu của Thư viện Y học Quốc gia Mỹ - Pubmed/ Medline

Dữ liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Giai đoạn 1

Từ danh mục gồm 88 hoạt chất sử dụng tại bệnh viện năm 2020, có 68 hoạt chất thỏa mãn đối tượng nghiên cứu được đưa vào tra cứu tương tác trên phần mềm MM. Kết quả thu được 212 cặp tương tác, trong đó có 11 cặp tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết gồm 1 cặp chống chỉ định (morphin – naltrexon) với mức độ bằng chứng tốt và 10 cặp nghiêm trọng có mức độ bằng chứng rất tốt. Nhóm nghiên cứu loại cặp tương tác chống chỉ định morpin – naltrexon vì trong thực tế bác sĩ thường sử dụng cặp tương tác này với mục đích giải độc opioid. Đồng thời tiến hành ghép các tương tác của các thuốc thuộc cùng 1 nhóm, nghiên cứu ghi nhận được 5 cặp tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết giữa các thuốc/nhóm thuốc. Danh mục 5 cặp tương tác này trình bày trong bảng sau:

Bảng 1. *Danh mục 5 cặp tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết*

STT	Cặp tương tác		Mức độ nghiêm trọng	Mức độ bằng chứng
1	Carbamazepin	Phenytoin	Nghiêm trọng	Rất tốt
2	Carbamazepin	Quetiapin	Nghiêm trọng	Rất tốt
3	SSRIs	NSAIDs	Nghiêm trọng	Rất tốt
4	Amitriptylin	NSAIDs	Nghiêm trọng	Rất tốt
5	Venlafaxin	NSAIDs	Nghiêm trọng	Rất tốt

3.2 Giai đoạn 2

Qua khảo sát 347 bệnh án, phát hiện có 268 bệnh án có tương tác tương ứng với tỷ lệ 77,23% xấp xỉ 8 tương tác/bệnh án liên quan đến 70 cặp tương tác. Phần lớn các tương tác ở mức độ nghiêm trọng và trung bình, không có cặp nào ở mức chống chỉ định. Nhóm nghiên cứu cũng phát hiện có 243 bệnh án và 1199 đơn thuốc xuất hiện ít nhất một cặp tương tác ở mức độ nghiêm trọng. Danh mục các cặp tương tác có tần suất gặp cao (≥ 2% tổng số bệnh án) được trình bày ở bảng 2 dưới đây.

Bảng 2*. Danh mục 35 cặp tương tác thuốc có tần suất gặp cao*

STT	Cặp tương tác		Mức độ nghiêm trọng	Mức độ bằng chứng	Số BA có TT	Tần suất (%)
1	Diazepam	Olanzapin	Nghiêm trọng	Khá	162	47,55
2	Haloperidol	Olanzapin	Trung bình	Tốt	77	22,19
3	Olanzapin	Acid valproic	Trung bình	Rất tốt	76	21,9
4	Olanzapin	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	75	21,61
5	Amitriptylin	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	67	19,31
6	Olanzapin	Sertralin	Nghiêm trọng	Khá	61	17,58
7	Clozapin	Haloperidol	Nghiêm trọng	Khá	56	16,13

8	Clozapin	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	51	14,7
9	Amitriptylin	Diazepam	Trung bình	Tốt	48	13,83
10	Sertralin	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	39	11,24
11	Amitriptylin	Clozapin	Nghiêm trọng	Khá	36	10,37
12	Risperidon	Acid valproic	Trung bình	Tốt	32	9,22
13	Amitriptylin	Sertralin	Nghiêm trọng	Khá	32	9,22
14	Phenobarbital	Acid valproic	Trung bình	Tốt	29	8,36
15	Haloperidol	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	27	7,8
16	Fluoxetin	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	25	7,2
17	Clozapin	Olanzapin	Nghiêm trọng	Khá	24	6,92
18	Diazepam	Phenobarbital	Nghiêm trọng	Tốt	21	6,05
19	Clozapin	Phenytoin	Nghiêm trọng	Khá	19	5,48
20	Amitriptylin	Fluoxetin	Nghiêm trọng	Khá	18	5,19
21	Clozapin	Fluoxetin	Nghiêm trọng	Khá	17	4,9
22	Risperidon	Sulpirid	Nghiêm trọng	Khá	16	4,61
23	Phenobarbital	Phenytoin	Nhẹ	Tốt	16	4,61
24	Amitriptylin	Haloperidol	Nghiêm trọng	Khá	16	4,61
25	Haloperidol	Risperidon	Nghiêm trọng	Khá	14	4,03
26	Phenytoin	Acid valproic	Trung bình	Tốt	13	3,75
27	Clozapin	Levomepromazin	Nghiêm trọng	Khá	10	2,88
28	Carbamazepin	Phenobarbital	Trung bình	Tốt	10	2,88
29	Fluoxetin	Olanzapin	Nghiêm trọng	Khá	9	2,59
30	Diazepam	Phenytoin	Nghiêm trọng	Tốt	9	2,59
31	Carbamazepin	Clozapin	Nghiêm trọng	Khá	9	2,59
32	Amitriptylin	Risperidon	Nghiêm trọng	Khá	9	2,59
33	Haloperidol	Trihexyphenidyl	Trung bình	Tốt	8	2,31
34	Clozapin	Phenobarbital	Nghiêm trọng	Khá	8	2,31
35	Clorpromazin	Haloperidol	Nghiêm trọng	Khá	7	2,02

Trong danh mục này, không xuất hiện cặp tương tác nào ở mức độ chống chỉ định, có 26 cặp tương tác ở mức độ nghiêm trọng, 8 cặp tương tác ở mức độ trung bình và 1 cặp tương tác ở mức độ nhẹ. Có 11 cặp tương tác có tần suất > 10% và đều là tương tác liên quan đến các thuốc an thần kinh. Trong đó, 4 cặp tương tác có tần suất gặp cao nhất là tương tác của olanzapin với một thuốc khác, cụ thể là: diazepam, sulpirid, haloperidol và acid valproic.

3.3 Giai đoạn 3

Sau giai đoạn 1 và giai đoạn 2, nghiên cứu thu được danh mục 5 cặp tương tác thuốc đáng chú ý dựa trên lý thuyết và danh mục 35 cặp tương tác thuốc có tần suất gặp

cao trong bệnh án nội trú, không có cặp tương tác nào trùng nhau giữa 2 danh mục. Nhóm nghiên cứu tiến hành ghép các cặp tương tác của các thuốc thuộc cùng 1 nhóm và đã ghi nhận được danh sách 37 cặp tương tác đưa vào khảo sát ý kiến nhóm chuyên môn. Kết quả đánh giá của nhóm chuyên môn theo từng tiêu chí được trình bày trong bảng 3 dưới đây:

Bảng 3. Kết quả đánh giá của nhóm chuyên môn về các cặp tương tác

Cặp tương tác		**1. Mức độ phổ biến**	**2. Mức độ nghiêm trọng**	**3. Kiểm soát tương tác**	**4. Đối tượng BN đặc biệt**	**5. Nhận thức về tương tác**	**6. Dữ liệu về tương tác**	**Tổng điểm 6 tiêu chí**
Olanzapin	Acid valproic	4,4	3,6	4,8	4,4	4,2	4,5	24,9
Diazepam	Olanzapin	4,8	3,4	4,2	3,2	4,2	3,5	23,5
Amitriptylin	Risperidon	4	3	4,2	4,6	4,2	3	23
Olanzapin	Sulpirid	4,6	3	4,6	2,8	4,4	3,5	22,9
Amitriptylin	Diazepam	4,2	2,4	4,4	3,6	4	4	22,6
Acid valproic	Phenobarbital	4	3,2	4,4	3,6	4,4	3	22,6
Clozapin	Phenobarbital	3,2	4	3,6	3,8	3,8	4	22,4
Amitriptylin	Clozapin	3,6	3,8	3,8	4,6	3,8	2,5	22,1
SSRIs	Olanzapin	4,2	3,2	4	3	4	3,5	21,9
Clozapin	Sulpirid	4,2	3	3,8	3,4	3,6	3,5	21,5
Clozapin	Levomepromazin	3,6	3,6	4	4	3,8	2,5	21,5
Clorpromazin	Haloperidol	3,2	4	3,4	3,8	4	3	21,4
Carbamazepin	Phenytoin	4	3,4	3,6	3,6	3,8	3	21,4
Carbamazepin	Phenobarbital	4	3	4	4,2	3,6	2,5	21,3
Phenytoin	Phenobarbital	4,2	3,2	4	3,2	4,2	2,5	21,3
Acid valproic	Phenytoin	4	3	3,6	3,6	3,8	3	21
SSRIs	Sulpirid	4,4	3	4,2	2,6	4,2	2,5	20,9
Amitriptylin	Sulpirid	4,4	2,8	3,8	4,2	4,2	1,5	20,9
Carbamazepin	Clozapin	3,4	4	3,6	3,2	3,6	3	20,8
Risperidon	Sulpirid	4	3,2	3,8	3,4	3,8	2,5	20,7
Haloperidol	Olanzapin	3,8	3,4	4,2	3,2	4	2	20,6
Clozapin	Haloperidol	4,2	3,2	3,8	3,4	4	2	20,6
Clozapin	Olanzapin	3,8	3,4	3,6	3,4	3,8	2,5	20,5
Amitriptylin	NSAIDs	3,6	3,2	3,8	4,6	3,8	1,5	20,5

Clozapin	Phenytoin	3,6	3,2	3,8	3,2	3,6	3	20,4
Clozapin	Fluoxetin	3,8	3,6	3,4	3,6	3,4	2,5	20,3
Haloperidol	Risperidon	3,2	4,2	3,8	3,6	4	1,5	20,3
Diazepam	Phenytoin	4	2,8	4	2,8	4	2,5	20,1
Diazepam	Phenobarbital	4,2	3,2	4	3,2	4	1,5	20,1
Haloperidol	Sulpirid	4	3	4	3,4	4,2	1,5	20,1
Amitriptylin	SSRIs	3,8	3	3,8	3,6	3,8	2	20
Risperidon	Acid valproic	3,8	3,4	3,8	3,4	4	1,5	19,9
Amitriptylin	Haloperidol	4	3,2	3,8	3,4	3,8	1,5	19,7
NSAIDs	SSRIs	2,8	3,4	3,6	3.6	3,8	2,5	19,7
Haloperidol	Trihexyphenidyl	3,6	2,8	4	3,2	4	52	19,6
Carbamzepin	Quetiapin	3,4	3	3,8	2,6	4	2,5	19,3
NSAIDs	Venlafaxin	2,8	3,4	3,6	3,6	3,8	1,5	18,7

Tổng điểm trung bình 6 tiêu chí của các cặp tương tác nằm trong khoảng từ 18,7 đến 24,9 trên tổng điểm tối đa là 30 điểm. Cặp tương tác olanzapin – acid valproic có tổng điểm trung bình 6 tiêu chí cao nhất (24,9 điểm) cặp tương tác NSAIDs (ibuprofen, meloxicam) – venlafaxin có điểm số thấp nhất (18,7 điểm).

Trong 6 tiêu chí đánh giá, tiêu chí 1 (mức độ phổ biến của tương tác), tiêu chí 3 (kiểm soát tương tác) và tiêu chí 5 (nhận thức về tương tác) có giá trị trung bình cao nhất (3,9 điểm). Tiêu chí 6 (dữ liệu về tương tác) là tiêu chí có khoảng biến thiên lớn nhất, từ 1,5 đến 4,5 điểm, với giá trị trung bình là 2,6 ±0,8.

Những tương tác được lựa chọn vào danh mục cuối cùng là những tương tác có tổng điểm trung bình 6 tiêu chí ≥ 21,1 (giá trị trung bình tổng điểm 6 tiêu chí của 37 cặp tương tác). Kết quả cho thấy có 15 cặp tương tác đáp ứng điều kiện trên (tương tác có số thứ tự từ 1 đến 15 trong bảng 3.3). Khi nhìn lại cặp tương tác phenobarbital – phenytoin, nhóm nghiên cứu nhận thấy cặp tương tác này có mức độ tương tác nhẹ, hậu quả tương tác ảnh hưởng lên nồng độ phenytoin (tuy nhiên không rõ tăng hoặc giảm và tùy thuộc từng trường hợp), tần suất xuất hiện tương tác không cao (4,61%). Do đó, sau khi xin ý kiến thảo luận của nhóm chuyên môn (gồm 2 dược sĩ tại bệnh viện và 2 dược sĩ tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng), nhóm nghiên cứu quyết định loại tương tác này khỏi danh mục cuối cùng. Bên cạnh đó, nhóm chuyên môn sau khi rà soát lại những cặp tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết ở giai đoạn 1, đã thảo luận và thống nhất bổ sung vào danh sách 4 cặp tương tác: carbamazepin – quetiapin, SSRIs (fluoxetin, sertralin) – NSAIDs (ibuprofen, meloxicam), amitriptylin - NSAIDs (ibuprofen, meloxicam) và venlafaxin - NSAIDs (ibuprofen, meloxicam). Vì đây là những cặp tương tác bệnh nhân rất dễ gặp phải khi điều trị ngoại trú và có hậu quả nghiêm trọng. Như vậy, danh mục tương tác thuốc đáng chú ý trong thực hành lâm sàng bao gồm 18 cặp tương tác trình bày trong bảng sau:

***Bảng 4**. Danh mục 18 cặp tương tác đáng chú ý trong thực hành lâm sàng*

STT	Cặp tương tác		STT	Cặp tương tác	
1	Olanzapin	Acid valproic	**10**	Clorpromazin	Haloperidol
2	Diazepam	Olanzapin	**11**	SSRIs	Olanzapin
3	Amitriptylin	Risperidon	**12**	Levomepromazin	Clozapin
4	Olanzapin	Sulpirid	**13**	Carbamazepin	Phenytoin
5	Amitriptylin	Diazepam	**14**	Carbamazepin	Phenobarbital
6	Acid valproic	Phenobarbital	**15**	Carbamazepin	Quetiapin
7	Clozapin	Phenobarbital	**16**	SSRIs	NSAIDs
8	Amitriptylin	Clozapin	**17**	Amitriptylin	NSAIDs
9	Clozapin	Sulpirid	**18**	Venlafaxin	NSAIDs

IV. BÀN LUẬN

Ở giai đoạn 1, nghiên cứu đã ghi nhận được 5 cặp tương tác giữa các thuốc/nhóm thuốc ở mức độ nghiêm trọng với mức độ bằng chứng rất tốt vào danh mục tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết. Các cặp tương tác này liên quan đến 9 thuốc, chủ yếu thuộc nhóm chống trầm cảm, NSAIDs. Hậu quả của các cặp tương tác này chủ yếu liên quan đến hệ tiêu hóa như gây loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, nặng hơn là tăng nguy cơ xuất huyết nội sọ. Năm 2015, Ju-Young Shin và cộng sự, đã tiến hành một nghiên cứu về nguy cơ xuất huyết nội sọ trong vòng 30 ngày ở 4.145.226 bệnh nhân sử dụng đồng thời thuốc chống trầm cảm và NSAIDs, kết quả cho thấy nguy cơ xuất huyết nội sọ ở những bệnh nhân này cao hơn hẳn so với nhóm chỉ sử dụng thuốc chống trầm cảm đơn độc (OR = 1,6; CI95% = [1,32 - 1,85]) [5]. Thuốc chống trầm cảm là những thuốc điều trị lâu dài, khi diễn biến bệnh được cải thiện, bệnh nhân được xuất viên nhưng vẫn cần duy trì các thuốc này. Ngoài cộng đồng bệnh nhân có thể được kê NSAIDs để kiểm soát một số cơn đau như: viêm khớp, nhức đầu, đau bụng kinh, đau lưng, tiểu phẫu,…Vì vậy, các bác sĩ cần phải cảnh báo cho bệnh nhân nguy cơ xảy ra cặp tương tác thuốc này cho bệnh nhân.

Với giai đoạn 2, tỷ lệ bệnh án gặp tương tác trong nghiên cứu là 77,23%, tỷ lệ đơn thuốc xuất hiện tương tác chiếm 56,8%, số lượt tương tác trung bình xuất hiện trên 1 bệnh án là 8, có 243 bệnh án có TTT ở mức nghiêm trọng (chiếm 90,7% tổng số bệnh án có tương tác). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuận (năm 2016), tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 [1].

Ở danh mục của giai đoạn 2, có 26 cặp có mức độ nghiêm trọng. Trong đó, cặp tương tác có tần suất cao nhất là **diazepam – olanzapin**. Olanzapin sử dụng đường tiêm khi kết hợp với diazepam có thể gây hạ huyết áp, trụy tim mạch, suy hô hấp, ngừng thở, ngừng tim dẫn đến bị tử vong nên chống chỉ định kết hợp [2]. Tuy nhiên, trong các bệnh án nghiên cứu thì olanzapin chỉ được dùng đường uống nên nguy cơ xuất hiện tương tác này sẽ thấp hơn nhưng vẫn cần thận trọng khi sử dụng trên những bệnh nhân béo phì, người cao tuổi. Cặp tương tác nghiêm trọng

xuất hiện nhiều thứ 2 là **olanzapin – sulpirid**. Cả 2 không được khuyến cáo sử dụng đồng thời do hiệp đồng tác dụng phụ kéo dài khoảng QT [6], [7]. Tiếp theo là cặp tương tác **olanzapin – acid valproic**. Sử dụng đồng thời 2 thuốc này sẽ làm tăng các tác dụng phụ như: run, khô miệng, tăng sự thèm ăn và tăng cân, bệnh nhân có thể gặp phải tình trạng rối loạn ngôn ngữ. 17,4% bệnh nhân bị tăng cân (tăng ≥ 7% so với trọng lượng cơ thể ban đầu) [6]. Một cặp tương tác thuốc đáng chú ý nữa là h**aloperidol – olanzapin**. Cả 2 thuốc đều được biết đến có nguy cơ gây rối loạn vận động, có thể gây ra hội chứng Parkinson. Do đó, phối hợp đồng thời sẽ làm tăng nguy cơ mắc hội chứng này. Ngoài ra chúng còn có thể gây các biến chứng tim mạch như: kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh,…[6].

Sau giai đoạn 1 và giai đoạn 2, nhóm nghiên cứu đã tổng hợp được danh mục 37 cặp tương tác đưa vào khảo sát ý kiến của nhóm chuyên môn. Kết quả 14 cặp tương tác đủ điều kiện đưa vào danh mục. Nhóm chuyên môn thống nhất bổ sung 4 cặp tương tác đáng chú ý dựa trên lý thuyết ở giai đoạn 1. Có khá nhiều tương tác thuốc trong nghiên cứu có ảnh hưởng đến nhận thức (amitriptylin – diazepam gây an thần quá mức) hoặc liên quan đến hiệu quả điều trị khó xác định trên lâm sàng (carbamazepin – phenytoin, phenytoin có thể làm giảm nồng độ của carbamazepin, ngược lại, carbamazepin có thể làm tăng/giảm nồng độ phenytoin). Trên thực tế, để tăng hiệu quả điều trị, các thuốc này thường được phối hợp trên lâm sàng. Bên cạnh đó, qua việc tham khảo ý kiến, nhóm nghiên cứu nhận thấy các bác sĩ thường quan tâm hơn đến các tương tác có hậu quả dễ quan sát như làm tăng/giảm cân (ví dụ tương tác của olanzapin – acid valproic). Vì vậy, việc xây dựng danh mục tương tác thuốc tại viện sẽ làm tăng sự quan tâm của bác sĩ đến các tương tác này.

Trong danh mục 18 cặp tương tác ở giai đoạn 3, theo MM có 14 cặp tương tác mức độ nghiêm trọng và 4 cặp tương tác mức độ trung bình. Những cặp tương tác ở mức độ trung bình đều là những cặp tương tác khá phổ biến, tần suất gặp cao > 8% (trừ cặp carbamazepin – phenobarbital có tần suất 2,88%). Ví dụ như việc phối hợp olanzapin – acid valproic gây tăng cân, tăng đường huyết đã được quan sát thấy [6] và cần lưu ý trên các bệnh nhân béo phì, tiểu đường. Sử dụng đồng thời phenobarbital – acid valproic có thể làm tăng độc tính của phenobarbital (buồn ngủ, mất điều hòa, rối loạn nhịp tim) hoặc giảm hiệu quả của acid valproic dẫn đến không đạt hiệu quả điều trị, có thể kéo dài thời gian nằm viện cho bệnh nhân [2], [7]. Ưu tiên sử dụng đơn độc acid valproic hơn là sử dụng kết hợp acid valproic cùng phenobarbital [2]. Hơn thế nữa, bác sĩ thường có tâm lý sử dụng 2 thuốc thấy không hiệu quả sẽ sử dụng thuốc thứ 3. Nguy cơ tương tác sẽ tăng theo số thuốc phối hợp trong đơn thuốc. Do đó, nếu bác sĩ nắm được thông tin về các cặp tương tác này, khi ra y lệnh có thể tránh được nguy cơ trên.

V. KẾT LUẬN

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được danh mục 18 cặp tương tác đáng chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng cùng với hướng dẫn xử trí cho các cặp

tương tác này. Danh mục này có thể thiết kế thành bảng cảnh báo tại các khoa lâm sàng, đồng thời tích hợp vào phần hỗ trợ kê đơn trên hệ thống bệnh án điện tử hiện đang được triển khai tại bệnh viện. Bên cạnh đó, cán bộ dược lâm sàng nên cập nhật và bổ sung vào danh sách này các cặp tương tác cần chú ý dựa trên thực tế lâm sàng và danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện theo từng năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thuận (2016),** Đánh giá tình tình tương tác thuốc hướng tâm thần trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, Thạc sĩ Dược học Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
2. **Baxter Karen, Preston Claire L (2010)**, Stockley's drug interactions, Pharmaceutical Press London, pp.
3. **Haueis P, Greil W, et al. (2011),** "Evaluation of drug interactions in a large sample of psychiatric inpatients: a data interface for mass analysis with clinical decision support software", Clinical Pharmacology & Therapeutics, 90(4), pp. 588-596.
4. **Nelson Scott D, LaFleur Joanne, et al. (2016),** "Identifying and Communicating Clinically Meaningful Drug–Drug Interactions", Journal of pharmacy practice, 29(2), pp. 110-115.
5. **Shin Ju-Young, Park Mi-Ju, et al. (2015),** "Risk of intracranial haemorrhage in antidepressant users with concurrent use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide propensity score matched study", Bmj, 351, pp. h3517.
6. **Cơ quan quản lý thuốc và sản phẩm chăm sóc sức khỏe Anh**, "http://www.medecines.org.uk/emc".
7. **Truven Health Analytics,** "Micromedex 2.0

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NHÂN GIÁP TRÊN SIÊU ÂM CÓ ĐỐI CHIẾU VỚI KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC

Hoàng Đức Hạ[1], Phạm Duy Hoàng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh nhân giáp trên siêu âm và kết quả mô bệnh học qua kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là bướu giáp nhân, được siêu âm, chọc hút kim nhỏ dưới siêu âm, chẩn đoán xác định tính chất nhân bằng mô bệnh học nhân giáp tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, trong thời gian từ 1/1/2018 đến 30/3/2019. Thu thập và xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả và Kết luận:** Nghiên cứu trên 833 bệnh nhân (nữ giới chiếm 91,7%, tuổi trung bình là 48,36 ± 12,84), với tổng số 1125 nốt, trong đó có 71 nốt ác tính. Các nốt TIRADS V có tỷ lệ ác tính là 100%, tỷ lệ ác tính giảm dần về phía nốt TIRADS 3. Các nốt giảm âm có tỷ lệ ác tính cao chiếm 9,22% (65/705 nốt), các nốt đồng âm và tăng âm chủ yếu là lành tính, lần lượt là 98,41% (62/63 nốt) và 97,37 % (74/76 nốt). Nang thuần nhất có tỷ lệ lành tính chiếm 100%, khối dạng nang (vừa có phần dịch và phần đặc) có tỷ lệ lành tính là 98,99%. Với những nhân đặc, tỷ lệ ác tính chiếm 9,09%. Nốt có trục vuông góc với bề mặt da chiếm tỷ lệ ác tính cao chiếm 41,67%, có bờ thuỳ múi tỷ lệ ác tính cao chiếm 50%, bờ đều thì lỷ lệ lành tính chiếm 95,45%. Kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm giúp lấy chính xác bệnh phẩm từ đó chẩn đoán đúng tính chất mô bệnh học của nhân tuyến giáp, giúp đưa ra được chiến lược điều trị phù hợp cho từng loại nhân giáp.

Từ khoá: bướu giáp nhân, siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào nhân giáp

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ROLE OF ULTRASOUND GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION IN EVALUATING HISTOPATHOLOGY CHARACTERISTICS OF THYROID NODULES

Objective: Assessing the relationship between the thyroid imaging feature on ultrasound and histopathological results using the ultrasound-guided fine needle aspiration. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on all patients with thyroid goiter diagnosed by ultrasound, ultrasound guided fine needle aspiration, and analysed the nodular characterization by histopathology at Haiphong International Hospital, from January 1, 2018 to March 30, 2019. Data were collected and processed by using SPSS 16.0 software. **Results and Conclusion:** The study included 833 patients (female accounted for 91.7%, mean age was 48.36 ± 12.84), with a total of 1125 nodules, including 71 malignant nodules. The nodules of TIRADS V were all malignant (100%), the rate of malignancy decreases towards the TIRADS 3 nodules. The notes with high malignancy

[1]*Trường Đại học Y dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ
Email: hdha@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

accounted for 9.22% (65/705 nodules), the a homogeneous and hyperechoic nodules were mostly benign, respectively 98.41% (62/63 nodules) and 97.37% (74/76 nodules). Homogeneous cysts had a benign rate of 100%, cystic mass (both liquid and solid) had a benign rate of 98.99%. For the solid nodules, the malignancy rate was 9.09%. Nodules with perpendicular axis to the skin surface accounted for a high percentage of malignancy (41.67%). Nodules with lobular margins had high malignancy (accounting for 50, and nodule with regular margins had a benign rate of 95.45%. The fine needle aspiration under ultrasound guidance, was valuable to correctly diagnose the histopathological features of the thyroid nodules, helped the clinicians to have an appropriate treatment strategy for each type of thyroid nodule.

Keywords: thyroid tumor, thyroid ultrasound, fine needle aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết quan trọng, và lớn nhất trong cơ thể. Bướu nhân tuyến giáp là một bệnh lý phổ biến, có tổn thương dạng khối khu trú trong tuyến giáp. Bệnh thường kín đáo, không có triệu chứng cơ năng. Từ nhiều năm qua, siêu âm tuyến giáp được nghiên cứu rất nhiều, nhằm đánh giá hình thái của các nhân giáp, từ đó phân loại, định hướng tính chất lành tính hay ác tính của tổn thương, từ đó khuyến cáo thực hiện các kỹ thuật bổ xung như chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để đánh giá mô bệnh học nhân giáp. Năm 2011, Kwak và cộng sự đã đưa ra bảng phân loại K-TIRADS cho phép định hướng tính chất của nhân giáp bằng siêu âm [5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về vai trò của siêu âm trong chẩn đoán tính chất của nhân giáp. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh nhân giáp trên siêu âm và kết quả mô bệnh học qua kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là u hoặc nhân tuyến giáp, khám và chẩn đoán xác định mô bệnh học nhân giáp tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, trong thời gian từ 1/1/2018 đến 30/3/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên các đối tượng đáp ứng yêu cầu lựa chọn. Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Kỹ thuật chọc kim nhỏ vào nhân giáp được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm, có hình đầu kim ra vào nhiều lần trong nhân giáp quan sát dưới màn hình siêu âm, mỗi nhân lấy 4 mẫu, các mẫu này được cố định bằng cồn tuyệt đối, nhuộm và soi dưới kính hiển vi, đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng và số lượng tế bào để phân tích tế bào học. Các nhân ác tính đều được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh qua phẫu thuật. Thu thập các đặc điểm hình ảnh trên siêu âm, chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm, kết quả mô bệnh học sau mổ (với những trường hợp được chẩn đoán là nhân ác tính) của những bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu. Phân loại nhân giáp theo cách phân loại K-TIRADS 2011 [5]. Thu thập và xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 833 bệnh nhân (nữ giới chiếm 91,7%, tuổi trung bình là 48,36 ± 12,84), với tổng số 1125 nốt.

Bảng 3.1. Tỷ lệ phân bố các nốt lành tính và ác tính

Tính chất nhân giáp	Số lượng	Tỷ lệ
Nốt lành tính	1054	93,7%
Nốt ác tính	71	6,3%
TỔNG SỐ	**1125**	**100%**

Nhận xét: Phần lớn nhân giáp là lành tính (chiếm 93,7%). Tỷ lệ nhân giáp ác tính thấp, chưa đạt 1/10 trong số các nhân giáp (chiếm 6,3%).

Bảng 3.2. Đối chiếu phân loại nhân giáp theo TIRADS trên siêu âm với kết quả tế bào học.

	Lành tính		Ác tính	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
TIRADS 2	249/249	100%	0/249	0%
TIRADS 3	131/133	98,5%	2/133	1,5%
TIRADS 4A	474/496	95,56%	22/496	4,44%
TIRADS 4B	180/214	84,11%	34/214	15,89%
TIRADS 4C	20/28	71,4%	8/28	28,6%
TIRADS 5	0/5	0%	5/5	100%

Nhận xét: các nốt được đánh giá mức TIRADS 2 có tỷ lệ lành tính cao nhất (100%) , tỷ lệ ác tính cao nhất (0%). Các mức TIRADS tiếp theo cáo tỷ lệ lành tính giảm dần: TIRADS 3 là 98,5%, TIRADS 4A là 95,56%, TIRADS 4B là 84,11%, TIRADS 4C là 71,4% và TIRADS 5 là 0%, và tỷ lệ ác tính tăng dần: TIRADS 3 là 1,5%, TIRADS 4A là 4,44%, TIRADS 4B là 15,89%, TIRADS 4C là 28,6%, TIRADS 5 là 100%.

Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm đối chiếu với kết quả tế bào học.

Cấu trúc âm	Lành tính		Ác tính	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Giảm âm	640/705	90,78%	65/705	9,22%
Đồng âm	62/63	98,41 %	1/63	1,59 %
Tăng âm	74/76	97,37 %	2/76	2,63 %

Nhận xét: Các nốt giảm âm có tỷ lệ ác tính cao chiếm 9,22% (65/705 nốt), các nốt đồng âm và tăng âm chủ yếu là lành tính, lần lượt là 98,41 % (62/63 nốt) và 97,37 % (74/76 nốt).

Bảng 3.4. Đối chiếu đặc điểm của nang, khối dạng nang trên siêu âm với kết quả tế bào học.

Tính chất của nhân	Lành tính		Ác tính	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Nang	79/79	100 %	0/79	0 %
Khối dạng nang (phần dịch nhiều)	196/198	98,99 %	2/198	1,01 %
Khối dạng nang (phần đặc nhiều)	20/22	90,91 %	2/22	9,09 %

Nhận xét: Nang hoặc khối dạng nang trên siêu âm có tỷ lệ lành tính rất cao (chiếm gần 100% các trường hợp) khi đối chiếu với kết quả tế bào học. Khối dạng nang có phần đặc chiếm chủ yếu có tỷ lệ ác tính cao hơn các loại khối dạng nang khác.

Bảng 3.5. Đối chiếu tính chất nhân giáp trên siêu âm so với kết quả tế bào học.

Tính chất của nhân	Lành tính		Ác tính	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Nang bọt biển	26/26	100 %	0	0 %
Dấu hiệu "Halo sign"	93/95	97,89 %	2/95	2,11 %
"Đuôi sao chổi"	7/7	100 %	0/7	0 %

Nhận xét: Các nốt có dạng "bọt biển" có tỷ lệ lành tính chiếm 100%, dấu hiệu "halo sign" (nốt có viền giảm âm xung quanh) có tỷ lệ lành tính chiếm 97,89%. Nốt có dạng đuôi sao chổi có tỷ lệ lành tính chiếm 100%. Trong nhóm ác tính, các nốt có dạng nang bọt biển và đuôi sao chổi chiếm tỷ lệ ác tính là 0%, với các nốt có dấu hiệu Halo sign là 2,11 %

Bảng 3.6. Tỷ lệ phân bố các nốt lành tính và ác tính theo hình thái của nốt.

Chiều hướng và bờ viền của nốt tuyến giáp		Lành tính		Ác tính	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Chiều hướng của nốt	Trục song song	48/50	96 %	2/50	4 %
	Trục vuông góc	7/12	58,33 %	5/12	41,67 %
Bờ nốt	Đều, rõ	399/418	95,45 %	19/418	4,55 %
	Thùy múi	6/12	50 %	6/12	50 %
	Kém rõ	91/116	78,45 %	25/116	21,55 %

Nhận xét: Nốt có trục vuông góc với bề mặt da chiếm tỷ lệ ác tính cao chiếm 41,67%, còn đối với nốt có trục song song với bề mặt da chiếm 96%. Các nốt có bờ thuỳ múi có tỷ lệ ác tính cao chiếm 50%, nốt có bờ không rõ ràng (chiếm 21,55%). Nốt có bờ đều, rõ chỉ có tỷ lệ ác tính chiếm 4,55%. Trong nhóm nhân ác tính, nhóm nhân có bờ đều có tỷ lệ lành tính cao nhất (95,45%), nhóm nhân có bờ thùy múi có tỷ lệ lành tính thấp nhất (50%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trong tổng số 1125 nốt ở 833 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 48,36 ± 12,84 năm tuổi, tuổi lớn nhất là 87 và nhỏ nhất là 19 tuổi. Trong đó, có 71 nốt ác tính (chiếm 6,3%), số còn lại là lành tính (chiếm 93,7%).

Xét về cấu trúc âm của nhân giáp: nốt tăng âm có tỷ lệ lành tính cao nhất, 74/76 nốt (chiếm 97,37 %), trong khi nốt giảm âm có tỷ lệ ác tính cao nhất so với các loại khác gồm 65/705 nốt (chiếm 9,22%). Nốt dạng nang có tỷ lệ lành tính là 100%, trong khi nốt đặc có tỷ lệ ác tính là 9,09%. Theo Horvath E và cộng sự, các nốt tăng âm hoặc đồng âm hoặc nốt đặc có thoái hóa nang lệch tâm mà không kèm theo các đặc điểm: vi vôi hóa, bờ không đều, xâm lấn nhu mô xung quanh hoặc có hình dáng "cao - hơn - rộng" có nguy cơ ung thư thấp, từ 5 - 10% [3]. Mặt

khác, kết quả của bảng 3.5 cho thấy: cấu trúc nang bọt biển, Halo sign và nốt tăng âm dạng đuôi sao chổi trong nhân có độ đặc hiệu lần lượt là 100%, 97,89% và 100%. Các tổn thương là nang hoặc dạng nang đơn thuần (không kèm các đặc điểm ác tính khác) trong nghiên cứu của tôi (tương ứng với mức TR2) có tỷ lệ lành tính là 100%, tỷ lệ ác tính là 0%. Nốt có đặc điểm nang bọt biển đơn thuần có nguy cơ ác tính rất thấp chỉ <3%, đồng thời các tổn thương dạng nang lớn có nguy cơ ác tính chỉ <1% [3].

Xét đặc điểm bờ tổn thương, bảng 3.6 cho thấy: nốt có bờ đều, rõ có tỷ lệ lành tính cao (chiếm 95,5%), tỷ lệ ác tính chỉ chiếm 4,5%, ngược lại bờ kém rõ có tỷ lệ ác tính chiếm đến 21,5%. Sự khác biệt về đường bờ giữa nhóm lành tính và ác tính là có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Theo nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân, các nốt ác tính có giới hạn không rõ chiếm tỷ lệ 100% [2], tỷ lệ này theo nghiên cứu của Trần Văn Tuấn là 87,5% [1]. Nghiên cứu của Lee YH về đặc điểm này có độ nhạy và đặc hiệu là 61% và 74% [6]. Nghiên cứu này cũng tương đối đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy nhân có bờ thuỳ múi, đa cung nhỏ, ranh giới không rõ thường là nhân ác tính, nhân có bờ đều, ranh giới rõ có tỷ lệ lành tính cao.

Xét về chiều hướng của nhân giáp, bảng 3.6 cũng cho thấy các nhân có trục vuông góc với bề mặt da (hay có hình dạng "cao-hơn-rộng") có tỷ lệ ác tính cao chiếm tới 41,67%. Theo báo cáo của Kim và cộng sự thì độ đặc hiệu để chẩn đoán ác tính của dấu hiệu trục vuông góc là 93% [4], theo các nghiên cứu ở đa trung tâm của Moon WJ thì nốt có đặc điểm hình dạng này gợi ý nhiều tới chẩn đoán nốt ác tính với độ đặc hiệu lên tới 91,4% [7]. Woliński K và cộng sự cũng cho rằng dấu hiệu trục vuông góc là đặc điểm dự báo mạnh nhất tới nốt ác tính [8]. Theo Lee YH, độ nhạy của dấu hiệu này 64%, độ đặc hiệu lên tới 100% [6]. Sự tương đồng về số liệu trong nghiên cứu của tôi với các tác giả khác cho thấy trục vuông góc là đặc điểm có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán nhân ác tính tuyến giáp. Theo nghiên cứu của Trần Văn Tuấn và cộng sự, nốt ác tính thường có tăng sinh mạch ở trung tâm nốt [1].

Siêu âm là phương tiện có giá trị quan trọng trong phát hiện các nốt tuyến giáp, đồng thời hướng dẫn chọc hút tế bào tuyến giáp. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ các nốt nghi ngờ ác tính tăng dần từ phân độ TIRADS 3, 4A, 4B, 4C đến TIRADS 5 (từ 1,5% đến 100%). Các đặc điểm trên siêu âm như kích thước, tính chất phản âm, tính chất vôi hóa, đường bờ của tổn thương, hình dáng của nốt, thành phần của nốt cần được quan sát kĩ lưỡng và ghi lại những đặc điểm nghi ngờ ác tính. Sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu ác tính nào cũng có thể gợi ý tới tổn thương nốt ác tính, càng nhiều dấu hiệu ác tính thì phân độ TIRADS càng cao và nhân đó càng có khả năng là nhân ác tính. Do đó, siêu âm là phương tiện giúp phát hiện các tổn thương nghi ngờ ác tính và hướng dẫn chọc hút kim nhỏ rất hữu ích, cần được phổ biến rộng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 833 bệnh nhân (nữ giới chiếm 91,7%, tuổi trung bình là 48,36 ± 12,84), với tổng số 1125 nốt, trong đó có 71 nốt ác tính. Các nốt TIRADS V có tỷ lệ ác

tính là 100%, tỷ lệ ác tính giảm dần về phía nốt TIRADS 3. Các nốt giảm âm có tỷ lệ ác tính cao chiếm 9,22% (65/705 nốt), các nốt đồng âm và tăng âm chủ yếu là lành tính, lần lượt là 98,41% (62/63 nốt) và 97,37 % (74/76 nốt). Nang thuần nhất có tỷ lệ lành tính chiếm 100%, khối dạng nang (vừa có phần dịch và phần đặc) có tỷ lệ lành tính là 98,99%. Với những nhân đặc, tỷ lệ ác tính chiếm 9,09%. Nốt có trục vuông góc với bề mặt da chiếm tỷ lệ ác tính cao chiếm 41,67%, có bờ thuỳ múi tỷ lệ ác tính cao chiếm 50%, bờ đều thì lỷ lệ lành tính chiếm 95,45%. Kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm giúp lấy chính xác bệnh phẩm từ đó chẩn đoán đúng tính chất mô bệnh học của nhân tuyến giáp, giúp đưa ra được chiến lược điều trị phù hợp cho từng loại nhân giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Tuấn, Nguyễn Đình Tùng (2010).** Khảo sát hình ảnh siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm các khối bất thường tuyến giáp tại bệnh viện trung ương Huế. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh số 14 (4): 518.
2. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Phạm Thu Hà, Đặng Bích Ngọc (2015).** Vai trò của siêu âm trong và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Tạp chí Nghiên cứu Y học số 5: 115-122
3. **Horvath E, Majlis S, Rossi R, et al. (2009).** An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94 (5): 1748-1751.
4. **Kim E-K, Park CS, Chung WY, et al. (2002).** New sonographic criteria for recommending fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable solid nodules of the thyroid. American Journal of Roentgenology, 178(3): 687-691.
5. **Kwak, J.Y., Han K.H., Yoon J.H., et al. (2011).** Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. Radiology, 260(3): 892-899
6. **Lee YH, Kim DW, In HS et al. (2011).** Differentiation between benign and malignant solid thyroid nodules using an US classification system. Korean Journal of Radiology, 12(5): 559-567.
7. **Moon W-J, Jung SL, Lee JH et al. (2008).** Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation—multicenter retrospective study. Radiology; 247(3): 762-770.
8. **Wolinski K, Szkudlarek M, Szczepanek-Parulska E et al. (2014).** Usefulness of different ultrasound features of malignancy in predicting the type of thyroid lesions: a meta-analysis of prospective studies. Pol Arch Med Wewn; 124(3): 97-104.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN KIẾN AN HẢI PHÒNG, NĂM 2020

Phạm Thúy Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Kiến An Hải Phòng, năm 2020. **Đối tượng và phương pháp**: nghiên cứu mô tả hồi cứu, ở 108 bệnh nhân bị đái tháo đường. **Kết luận**: 100% bệnh nhân bị đái tháo đường typ 2**.** Thuốc điều trị đái tháo đường gồm: insulin dạng tiêm và các thuốc dạng uống, trong đó insulin chiếm 73,1%. Có 7 kiểu phác đồ được áp dụng: 3 kiểu đơn trị liệu và 4 đa trị liệu. Phác đồ đơn trị liệu chiếm 73,1%, chủ yếu phác đồ ban đầu. 19,4% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ điều trị lần 1; 2,8% bệnh nhân thay đổi phác đồ điều trị lần 2 và 20,4% bệnh nhân phải tăng liều dùng thuốc ban đầu, do không kiểm soát được đường huyết.

Từ khóa: đái tháo đường, thuốc điều trị, Kiến An.

SUMMARY

SITUATION USING THE DRUGS FOR TREAT DIABETES AT THE GENERAL INTERIOR DEPARTEMENT OF KIEN AN HAI PHONG HOSPITAL, IN 2020

Objectives: Describe the reality situation using the drugs for treat diabetes at the General Interior Departement of Kien An Hai Phong hospital,in 2020. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study, in 108 patients. **Conclusion:** 100% of patients had type 2 diabetes. The antidiabetic drugs include: insulin injections and oral drugs, insulin accounts for 73.0%. 7 types of regimens are used: 3 monotherapy and 4 polyotherapy. Monotherapy regimen accounts for 73,1%. 19,4% patients had to change the 1st treatment regimen; 2,8% patients had to change the 2nd treatment regimen and 20,4% patients had to increase the initial dose due to lack of control of blood sugar.

Keywords: diabetes, medicine, Kien An.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu. Trong năm 2015, trên toàn thế giới có 415 triệu người lớn (độ tuổi 20-79). Theo dự đoán năm 2040, con số này sẽ tăng tới khoảng 642 triệu người.

Tại Việt Nam, năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh Đái tháo đường (Hiệp hội Đái tháo đường thế giới IDF Diabetes Atlas), dự báo năm 2040 sẽ tăng lên 6,1 triệu người. Bệnh đái tháo đường gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, mù lòa, suy thận, và cắt cụt chi. Tỷ lệ từ vong do các nguyên nhân liên quan tới Đái tháo đường năm 2017 tại Việt Nam 29.000 người, là nguyên nhân thứ 3 gây tử vong tại Việt Nam.

Bên cạnh chế độ dinh dưỡng và luyện tập thì việc sử dụng thuốc đóng vai trò quan trọng duy trì đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Ngày nay, có nhiều thuốc điều

** Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thúy Hằng
Email: phamthuyhang7@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

trị đái tháo đường được đưa vào sử dụng mang lại nhiều thuận lợi trong điều trị, cũng là một thách thức trong lựa chọn và sử dụng thuốc một cách hợp lý, hiệu quả, an toàn và kinh tế [1],[2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Kiến An Hải Phòng, năm 2020",* với mục tiêu:

1.Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Kiến An Hải Phòng, năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân bị đái tháo đường (ĐTĐ) điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Kiến An Hải Phòng, hồ sơ lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp, thỏa mãn tiêu chuẩn:

- Thời gian nhập khoa: từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/08/2020.
- Và nằm viện ít nhất 24h, được điều trị bằng ít nhất một loại thuốc hạ đường huyết trong thời gian nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh án rách
- Bệnh án không tìm thấy ở bộ phận lưu trữ
- Bệnh nhân vào viện sau lần 1 trong thời gian nghiên cứu.

2.Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2020 - 31/08/2020

3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Kiến An Hải Phòng

4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu : thuận tiện, 108 bệnh nhân
- Chọn mẫu: tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu
- Chỉ tiêu nghiên cứu: thuốc hạ đường huyết (hoạt chất, hàm lượng, liều lượng, đường dùng)….
- Tiêu chuẩn:

+ "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2" của Bộ y tế năm 2017 (HDCĐVĐTĐTĐT2 - 2017).

+ Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018.

- Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0, Excel 2013.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Kiến An, Hải Phòng, năm 2020

Bảng 1.1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

	ĐTĐ typ1		ĐTĐ typ 2		Tuổi trung bình
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nam	0	0	51	47,2	65±12,9
Nữ	0	0	57	52,8	63±13,6
Tổng	0	0	**108**	**100,0**	

Nhận xét: Bệnh nhân đái tháo đường typ 2: 100%; nam (47,2%); nữ (52,8%).

Bảng 1.2. Tỷ lệ theo đường dùng của thuốc khởi đầu ở bệnh nhân

Đường dùng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
Uống	29	26,9	<0,05
Tiêm	79	73,1	
Tổng	**108**	**100,0**	

Nhận xét:

- Tỷ lệ theo đường tiêm: 73,1%
- Tỷ lệ theo đường uống: 26,9%

Bảng 1.3. Tỷ lệ các thuốc được dùng khởi đầu tại khoa cho bệnh nhân

Nhóm	Hoạt chất	Biệt dược	Đường dùng	Số BN	Tỷ lệ %
Insulin human	Insulin	Actrapid 100IU/1ml x10ml	Truyền cùng NaCl 9%o	8	7,4
	70% Insulin isophane suspension 30% insulin regular	Humulin 70/30 100IU/ml	Tiêm dưới da	63	58,3
	Insulin aspart hòa tan/insulin aspart kết tinh protamin 30/70	Novomix 30 plexpen 100IU/ml	Tiêm dưới da	8	7,4
Sulfonylure	Gliclazid	Diamicron MR30mg	Uống	6	5,6
Biguanid	Metformin	Glucophage 750mg	Uống	6	5,6
	Metformin	Glucophage XR 750mg	Uống	10	9,3
Biguanid/ Sulfonylure	Metformin 500mg/ Glibenclamid 5mg	Glucovance 500/5mg	Uống	7	6,5
Tổng				**108**	**100,0**

***Nhận xét*:**

- Insulin (73,1%): Humulin (58,3%); nhóm Sulfonylure (5,6%), nhóm Biguanid (14,9%), phối hợp Biguanid/ Sulfonylure (6,5%).
- Đường dùng: Humulin và Novomix tiêm dưới da, Actrpid truyền tĩnh mạch.

Bảng 1.4. Tỷ lệ bệnh nhân phải thay đổi thuốc trong phác đồ khởi đầu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giữ nguyên thuốc	62	57,4
Thay thuốc lần 1	21	19,4
Thay thuốc lần 2	3	2,8
Tăng liều điều trị	22	20,4
Tổng	**108**	**100,0**

Nhận xét:

- Trong số 108 bệnh nhân: 57,4% bệnh nhân đáp ứng với liều dùng và thuốc trong phác đồ đầu tiên tại khoa.
- 42,6% phải thay thuốc lần 1, lần 2 hoặc tăng liều dùng so với ban đầu

Bảng 1.5. Tỷ lệ thuốc được thay lần 1 trong phác đồ ban đầu

Thuốc ban đầu	Thuốc thay	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Actrapid 1000IU/10ml	Humulin 70/30 100IU/ml	8	7,4
Glucophage XR 750mg	Humulin 70/30 100IU/ml	1	0,9
Glucophage 750mg	Humulin 70/30 100IU/ml	1	0,9
Novomix plexpen	Humulin 70/30 100IU/ml	1	0,9
Glucophage XR 750mg	Diamicron MR 30mg	1	0,9
Glucovance 500/5mg	Diamicron MR 30mg	1	0,9
Humulin 70/30	Glucophage XR 750mg	2	1,9
Novomix plexpen 100 UI/ml	Glucophage 750mg	1	0,9
Humulin70/30	Novomix plexpen 100 UI/ml	4	3,7
Glucophage XR750mg	Glucovance	1	0,9
Tổng		**21**	**19,4**

Nhận xét: 21 bệnh nhân thay thuốc lần 1 có: 7,4% bệnh nhân từ Actrapid 100IU/x 10ml sang Humulin 70/30x100IU/ml/; 3,7% từ Humulin sang Novomix plexpen 100 UI/ml.

Bảng 1.6. Tỷ lệ thuốc được thay lần 2 trong phác đồ ban đầu

Thuốc ban đầu	Thuốc thay lần 1	Thuốc thay lần 2	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Glucophage XR 750mg	Diamicron MR 30mg	Glucovance 500/5mg	1	0,93
Glucophage XR 750mg	Humulin 70/30	Glucophage XR 750mg	1	0,93
Novomix plexpen 100 UI/ml	Glucophage XR 750mg	Novomix plexpen 100 UI/ml	1	0,93
Tổng			**3**	**2,8**

Nhận xét: Trong số 108 bệnh nhân, có 3 bệnh nhân (2,8%) phải thay thuốc lần 2

Bảng 1.7. Tỷ lệ thuốc tăng liều dùng trong phác đồ ban đầu

Hoạt chất	Biệt dược	Số lượng	Tỷ lệ (%)
70% Insulin isophane suspension 30% insulin regular	Humulin 70/30 100IU/ml	19	17,6
Insulin aspart hòa tan/insulin aspart kết tinh protamin 30/70	Novomix plexpen 100 UI/ml	1	0,9
Metformin 750mg	Glucophage XR 750mg	1	0,9
Metformin 500mg/Glibenclamid 5mg	Glucovance 500/5mg	1	0,9
Tổng		**22**	**20,4**

Nhận xét: 22 bệnh nhân (20,4%) tăng liều dùng có 17,6% bệnh nhân dùng Humulin 70/30 100IU/ml.

Bảng 1.8. Số lượng thuốc sử dụng trong thời gian điều trị

	Số lượng (n)	**Tỷ lệ (%)**
Phác đồ đơn độc 1 thuốc	**79**	**73,1**
Insulin (Actrapid, Humulin, Novomix plexpen)	57	52,7
Metformin (Glucophage, Glucophage XR)	16	14,8
Diamicron MR (Gliclarid)	6	5,6
Phác đồ phối hợp 2 thuốc	**29**	**26,9**
Glucovance 500/5mg	7	6,5
Humulin 70/30 + Humulin R	1	0,93
Humulin 70/30 + Glucophage 750mg	6	5,56
Humulin 70/30 + Glucophage XR750mg	5	4,63
Glucophage XR 750mg (sau tăng 3viên) + Humulin 70/30	1	0,93
Actrapid + Glucophage XR750mg	1	0,93
Humulin 70/30 + Glucophage XR 750mg	1	0,93
Humulin 70/30 + Diamicron MR 30mg	1	0,93
Humulin 70/30(sau tăng liều)+ Komboglyze X (5mg Saxagliptin và 1000mg Metformin)	1	0,93
Glucophage 750mg + Diamicron MR 30mg	1	0,93
Novomix plexpen 100IU/ml (thuốc đầu Humulin) + Glucophage XR 750mg	3	2,78
Novomix plexpen 100IU/ml (thuốc đầu Humulin) + Diamicron MR 30mg	1	0,93

Nhận xét: Trong số 108 bệnh nhân: tỷ lệ dùng đơn độc 1 thuốc chiếm 79 bệnh nhân (73,1%) và 29 bệnh nhân (26,9%) được dùng phối hợp.

Bảng 1.9 Khoảng cách giữa các lần dùng insulin khởi đầu tại viện

Số lần/ngày	**Thời gian**	**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**	**Thời điểm so bữa ăn**
1	ngày	8	7,4	Trước ăn 30 phút
	sáng	6	5,6	Trước ăn 30 phút (6 giờ)
	tối	2	1,9	Trước ăn 30 phút (18giờ)
2	sáng, tối	63	58,3	Trước ăn 30 phút (6giờ,18 giờ)
Tổng		**79**	**73,1**	

Nhận xét: Trong số 79 bệnh nhân (73,1%) dùng insulin trong phác đồ có 58,3% bệnh nhân insulin được chia 2 lần, trước các bữa ăn sáng và tối 30 phút.

IV.BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 108 bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nột tổng hợp bệnh viện Kiến An Hải Phòng từ 01/01/2020 tới 31/08/2020, chúng tôi đưa ra một số bàn luận:

Một vài đặc điểm lâm sàng nhóm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân bị đái tháo đường typ 2, chủ yếu trên 40tuổi gặp ở cả hai giới với tỷ lệ gần tương đương nhau (p>0,05). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới, xu hướng ngày càng gia tăng bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ở người trẻ do việc tăng sử dụng thực phẩm không thích hợp, ít hoặc không hoạt động thể lực.

Đặc điểm lựa chọn thuốc hạ đường huyết trong phác đồ khởi đầu

Việc lựa chọn các thuốc cho bệnh nhân phụ thuộc rất lớn vào đặc điểm của từng cá thể. Danh mục thuốc đa dạng góp phần tạo điều kiện cho bác sĩ tối ưu hóa việc lựa chọn thuốc phù hợp trên từng bệnh nhân.

Kết quả bảng 1.2, 1.3 cho thấy trong số 108 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, có 79 bệnh nhân (73,0%) dùng thuốc đường tiêm, 29 bệnh nhân (27,0%) đường uống (p<0,05). Các thuốc đường tiêm là insulin 79 người (73%) với các biệt dược khác nhau: Actrpid, Humulin, Novomix plexpen, đặc biệt được sử dụng nhiều lúc mới nhập viện. Bệnh nhân cao tuổi, mắc đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú thường là những bệnh nhân nặng (đường huyết cao, suy thận, suy gan, suy tim, nhiễm trùng cấp, viêm phổi... khi nhập viện, chính vì vậy bệnh nhân cần được sử dụng insulin mới có thể kiểm soát được đường huyết.

Một số bệnh nhân được thêm insulin vào phác đồ điều trị ở thời điểm sau do đáp ứng kém với phác đồ dùng các thuốc đường uống để nhanh chóng đưa glucose máu về mức mục tiêu. Một số bệnh nhân được bỏ insulin ra khỏi phác đồ do đã kiểm soát được đường huyết [2],[9].

Phác đồ điều trị sử dụng cho bệnh nhân ĐTĐ typ 2 trong nghiên cứu

Các phác đồ được sử dụng tùy theo tình trạng của bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy có 7 kiểu phác đồ được áp dụng trong đó có 3 kiểu đơn trị liệu và 4 kiểu đa trị liệu.

Các phác đồ đơn trị liệu chiếm 73,1% chủ yếu là phác đồ ban đầu. Trong các phác đồ đơn trị liệu thì insulin và metformin là phác đồ đơn trị liệu được sử dụng chủ yếu, ít bị thay đổi trong điều trị với tỷ lệ tương ứng là (52,7%); (14,8%). Việc sử dụng insulin khi điều trị nội trú là đúng khuyến cáo của ADA về sử dụng thuốc kiểm soát đường huyết tại bệnh viện. ADA phân tích, liệu pháp insulin được xem là một liệu pháp tích cực với các bệnh nhân có một hay nhiều đặc điểm: suy giảm chức năng gan, thận, có biến chứng bệnh đái tháo đường đi kèm, bệnh nhân cao tuổi, đường huyết vào viện cao không kiểm soát được bằng thuốc uống đơn độc[6]. Giải thích metformin được dùng nhiều 14,8 % ở phác đồ đơn trị liệu và 25,0% ở phác đồ đa trị liệu, vì là thuốc có nhiều ưu điểm: giảm nồng độ glucose máu hiệu quả, không gây tăng cân, không gây hạ đường máu, có tác dụng tốt đến các chỉ số lipid máu (Nguyễn Thị Nga, 2015). Thuốc metformin còn có giá thành hợp lý, thấp hơn nhiều so với các thuốc ĐTĐ typ 2 thế hệ mới[3]. Sulfunylure cũng được ưu tiên dùng, trong nhóm có 2 hoạt chất được dùng: glibenclamid (6,5%) và gliclazide (7,4%) ở cả đơn trị liệu và đa trị liệu dạng phối hợp với metformin. Phối hợp metformin với nhóm sulfunylure là kiểu phối hợp phổ biến giúp tăng cường kiểm soát

glucose máu và hạ lipid máu. Gliclazid là thuốc chỉ uống một lần trong ngày tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân tuân thủ (Bộ Y tế 2006).

Các phác đồ đa trị liệu chiếm tỷ lệ 26,9%; tỷ lệ này cũng ít thay đổi sau điều trị. Trong số các phác đồ đa trị liệu, phác đồ insulin + metformin chiếm tỷ lệ cao 15,8%.

Tổng cộng có 21 bệnh nhân phải thay đổi phác đồ điều trị lần 1, và 3 bệnh nhân thay đổi phác đồ điều trị lần 2. Có 22 bệnh nhân phải tăng liều dùng thuốc ban đầu. Lý do chính của việc đổi phác đồ và tăng liều là do bệnh nhân không kiểm soát được đường máu nên cần thay đổi hoặc tăng liều để phù hợp với tình trạng của bệnh nhân. Không có trường hợp nào đổi phác đồ do gặp sự cố bất lợi buồn nôn, tiêu chảy và hoa mắt chóng mặt nhiều có biểu hiện của hạ đường huyết.

Thời gian và khoảng cách giữa các lần dùng insulin trong nhóm nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi(bảng 2.1) chỉ ra thời gian và khoảng cách giữa các lần dùng insulin trong thời gian điều trị tại viện được chia 2 lần, trước các bữa ăn sáng và tối 30 phút. Việc sử dụng insulin trước các bữa ăn làm hạn chế tác dụng phụ do insulin gây ra [2],[6],[7],[8].

Hạn chế của đề tài

Phương pháp hồi cứu nên không thể thu thập được hết tất cả các bệnh án (do chuyển viện..).

Cỡ mẫu thuận tiện nên có thể hạn chế tính đại diện.

V.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 108 bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nột tổng hợp bệnh viện Kiến An Hải Phòng từ 01/01/2020 tới 31/08/2020, chúng tôi đưa ra một số kết luận:

- 100% bệnh nhân bị đái tháo đường typ 2

- Thuốc điều trị ĐTĐ typ 2 gồm: insulin dạng tiêm (73,1%)và các thuốc uống (26,9%).

- Có 7 kiểu phác đồ: 3 kiểu đơn trị liệu và 4 đa trị liệu. Phác đồ đơn trị liệu chiếm 73,1%.

- 19,4% (21 bệnh nhân) phải thay đổi phác đồ điều trị lần 1; 2,8% (3 bệnh nhân) thay đổi phác đồ điều trị lần 2 và 20,4% (22 bệnh nhân) phải tăng liều dùng thuốc ban đầu, do không kiểm soát được đường huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế,** Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, 2018.
2. **Bộ Y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường typ 2, 2017.
3. **Nga Thị Nguyễn,** Nghiên cứu thực trạng chăm sóc bệnh đái tháo đường nội trú tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, 2015.
4. **Phương Thị Hoài Phan,** Đánh giá tính hình sử dụng thuốc điều trị Đái tháo đường typ 2 trên bệnh nhân nội trú tại khoa nội bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2010.
5. **Association Diabetes of American,** Standards of medical care in diabetes. Diabetes care, 2015, Vol 38.p.14-80.
6. Electronic Medecines Compendium, Glucobay 500mg tablets http://medecines.org.uk/ecm/medecine/19972/SPC/Glucobay+50mg+tablets/.Access7, September 2015.
7. **Electronic Medecines Compendium (2015),** Glucophage 500 and 850mg film coated tablets. http://medecines.org.uk/ecm/medecine/...Access 23 May 2017.
8. **Goodman and Gilman,** The pharmacological basis of therapeutics, 2017, 13th Edition

ĐIỀU CHẾ NANO TITAN DIOXIT BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỦY NHIỆT

Phan Minh Châu[1], Nguyễn Thị Hương[1], Vũ Đức Minh[1], Đinh Thế Dũng[2]

TÓM TẮT

Tổng hợp nano titan dioxit (TiO_2NPs) bằng phương pháp thủy nhiệt là một trong những phương pháp được sử dụng rộng rãi do có thể tổng hợp vật liệu dưới nhiều dạng khác nhau (sợi, màng, hạt, ống nano), kỹ thuật đơn giản, thời gian tạo mẫu khá nhanh, dễ dàng kiểm soát được thành phần các chất tham gia phản ứng và có khả năng tổng hợp khối lượng lớn vật liệu từ vật liệu nguồn TiO_2 sẵn có. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng dung môi NaOH 10M và hệ thủy nhiệt tự chế. Sản phẩm TiO_2NPs thu được được phân tích, đánh giá bởi các phương pháp lí hóa đặc trưng như: Xác định cấu trúc và thành phần pha bởi phương pháp nhiễu xạ tia X (XRD); khảo sát cấu trúc, hình thái và kích thước ống bằng kính hiển vi điện tử truyền qua TEM.

Từ khóa: nano titan dioxit, phương pháp thủy nhiệt

SUMMARY

SYNTHESIS OF TITANIUM DIOXIDE NANOPARTICLES BY HYDROTHERMAL METHOD

Synthesis of titanium dioxide nanoparticles (TiO_2NPs) by hydrothermal method is one of the widely used methods because it can synthesize materials in various forms (fibers, films, particles, nanotubes) with simple technique, fast formation, easy to control composition of reactants and capable of synthesizing a large amount of materials from TiO_2 source. In this study, we used 10M NaOH solvent and homemade hydrothermal system. The obtained TiO_2NPs products were analyzed and evaluated by the typical physical and chemical methods such as: The tructure and phase composition were determined by X-ray diffraction (XRD) method; the structure, morphology and size of tube were studied by transmission electron microscopy (TEM).

Key words: titanium dioxide nanoparticles, hydrothermal method

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những vật liệu và hoạt chất được tạo ra dưới kích thước nano có tính ứng dụng rất lớn trong nhiều lĩnh vực khác nhau như môi trường, nông nghiệp, công nghiệp, thực phẩm, điện tử,... và đặc biệt là trong lĩnh vực y dược – một thị trường lớn tiêu thụ vật liệu nano hiện nay. Với kích thước nhỏ bé chỉ từ 1 – 100 nm, tương tự như kích thước của tế bào (10 – 100 nm), virus (20 – 450 nm), protein (5 – 50 nm) hay gen (2nm chiều rộng và 10 – 100 nm chiều dài), các sản phẩm dưới dạng nano dễ dàng xâm nhập, tham gia vận chuyển thuốc, chẩn đoán hay hỗ trợ điều trị các bệnh lý, giúp mở ra những hướng đi mới và hiệu quả trong việc bảo vệ sức khỏe của con người [1].

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Viện Hóa học – Vật liệu/Viện KH&CN Quân sự*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Châu
Email: pmchau@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Hiện nay, đã có rất nhiều loại vật liệu kích thước nano đã được nghiên cứu và ứng dụng trong y dược. Trong số đó phải kể đến nano titan dioxit (TiO_2NPs), một hợp chất không độc hại, có khả năng kháng khuẩn bằng cơ chế phân hủy, tác động vào vi sinh vật như phân hủy một hợp chất hữu cơ [2]. Nhờ vậy tránh được hiện tượng "nhờn thuốc" và là công cụ hữu hiệu chống lại sự biến đổi gen của vi sinh vật gây bệnh. Với thực trạng sử dụng kháng sinh không đúng cách và không đúng liều lượng trong điều trị nhiễm khuẩn, dẫn đến kháng kháng sinh như hiện nay thì việc tìm kiếm và sử dụng những chất kháng khuẩn tự nhiên mang ý nghĩa rất quan trọng.

Nói chung, ống nano titan dioxit được chế tạo theo 3 phương pháp: tạo khuôn, quá trình oxy hóa anốt và tổng hợp thủy nhiệt [3]. Mục tiêu của nghiên cứu là sử dụng phương pháp thủy nhiệt xử lý kiềm và axit với tiền chất thương mại TiO_2 (P25) để tạo ra các cấu trúc rỗng và ống. Mặc dù đòi hỏi nghiêm ngặt về kĩ thuật do phản ứng xảy ra ở môi trường áp suất và nhiệt độ cao, khi so sánh với các phương pháp tổng hợp vật liệu khác, phương pháp thuỷ nhiệt có rất nhiều ưu điểm như: Có thể tổng hợp vật liệu dưới nhiều dạng khác nhau (sợi, màng, hạt, ống nano), kỹ thuật đơn giản, thời gian tạo mẫu khá nhanh, dễ dàng kiểm soát được thành phần các chất tham gia phản ứng và có khả năng tổng hợp khối lượng lớn vật liệu từ vật liệu nguồn TiO_2 sẵn có [4][5].

II. HÓA CHẤT VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Hóa chất

Bảng 1. Danh mục các hóa chất

STT	Hóa chất	Công thức
1	Bột titan đioxit (P25)	TiO_2
2	Natri hidroxit	NaOH
3	Axit clohidric	HCl
4	Nước cất, nước trao đổi ion đạt tiêu chuẩn DĐVN IV	H_2O
5	Aceton	$(CH_3)_2CO$
6	Iso propyl ancol	$(CH_3)_2C$-OH
7	Magie nitrat	$Mg(NO_3)_2$

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Điều chế TiO_2NPs bằng phương pháp thủy nhiệt và tạo màng bằng phương pháp lắng đọng điện di. Thủy nhiệt là một quá trình đặc biệt dùng để chỉ một phản ứng hóa học ở đó có sự tham gia của nước hay các dung môi khác dưới tác dụng của nhiệt độ và áp suất cao. Cụ thể trong nghiên cứu này, tiền chất là TiO_2 pha anatase hoặc pha rutile được xử lý với dung dịch NaOH đậm đặc (nồng độ 10 M) ở nhiệt độ cao và sau đó với dung dịch HCl và nước cất hai lần.

Sau khi chế tạo thành công bột nano titan, tiếp tục tiến hành tạo màng trên đế dẫn điện trong suốt truyền qua (ITO) bằng phương pháp lắng đọng điện di (EPD).

2.2.2. Xác định cấu trúc của TiO_2NPs bằng phương pháp nhiễu xạ tia X

Nguyên lý của phép đo dựa trên hiện tượng nhiễu xạ Bragg. Khi chiếu chùm điện tử vào mẫu, các mặt phẳng thỏa mãn hệ thức

Bragg sẽ cho cực đại nhiễu xạ. Đối chiếu với phổ nhiễu xạ tia X (góc 2θ của các cực đại nhiễu xạ, khoảng cách d của các mặt phẳng nguyên tử) với dữ liệu chuẩn quốc tế có thể xác định được cấu trúc tinh thể (kiểu ô mạng, hằng số mạng...) và thành phần pha của loại vật liệu đó.

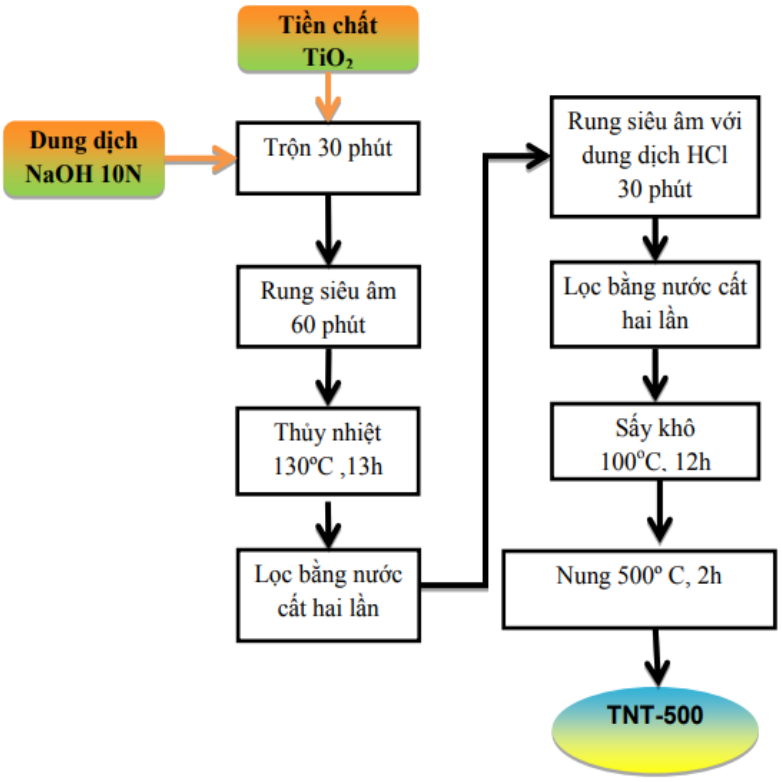
2.2.3. Khảo sát cấu trúc, hình thái và kích thước bằng hiển vi điện tử truyền qua TEM. Nguyên tắc tạo ảnh của TEM gần giống với kính hiển vi quang học, điểm khác biệt quan trọng là phương pháp này sử dụng sóng điện từ thay cho sóng ánh sáng và thấu kính từ thay cho thấu kính thủy tinh. Nhờ khả năng phóng đại và tạo ảnh mẫu rất rõ nét, chi tiết, kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM) được sử dụng để xác định được hình ảnh và kích thước tiểu phân TiO_2NPs.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Điều chế TiO_2NPs

3.1.1. Điều chế TiO_2NPs bằng phương pháp thủy nhiệt

Tạo 20ml dung dịch NaOH ở nồng độ 10M với dung môi nước cất hai lần sau đó cho 3g TiO_2 thương mại P25 vào tiến hành trộn đều sử dụng máy rung siêu âm trong 60 phút. Hỗn hợp thu được cho vào bình thủy nhiệt và được giữ nhiệt ở nhiệt độ 130 độ trong 13h. Mẫu lấy ra hòa vào nước cất hai lần, rung siêu âm, xử lý axit HCl loãng, sau đó tiến hành rửa với nước cất hai lần bằng 28 bộ lọc chân không nhiều lần. Tiếp đó hỗn hợp được đem đi sấy khô ở nhiệt độ 100^oC trong 12h. Cuối cùng vật liệu được nghiền nhỏ bằng cối mã não và được nung lên 500^oC trong 2 giờ.



Hình 1. Các giai đoạn chế tạo TiO_2NPs bằng phương pháp thủy nhiệt



Hình 2. Bình thủy nhiệt dùng để chế tạo mẫu



Hình 3. Sản phẩm TiO_2NPs điều chế bằng phương pháp thủy nhiệt

3.1.2. Tạo màng TiO_2NPs bằng kĩ thuật lắng đọng điện di

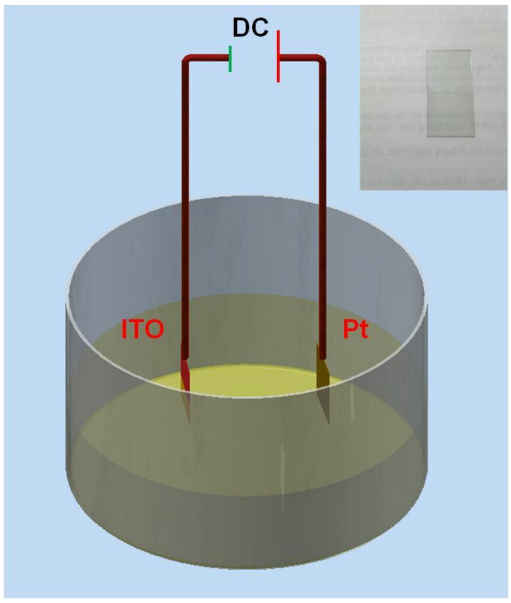
Chuẩn bị đế ITO: Các đế ITO được cắt thành các tấm có thiết diện 0,6 cm^2 và được xử lý làm sạch như sau:

- Các tấm ITO được xếp trên giá chuyên dụng và rung rửa sạch bằng nước cất hai lần
- Mẫu tiếp tục được rung rửa bằng cồn tuyệt đối (> 99%)
- Rửa lại mẫu bằng aceton (> 99%)
- Sấy khô bằng khí Ar, sau đó mẫu được bảo quản trong bình hút ẩm

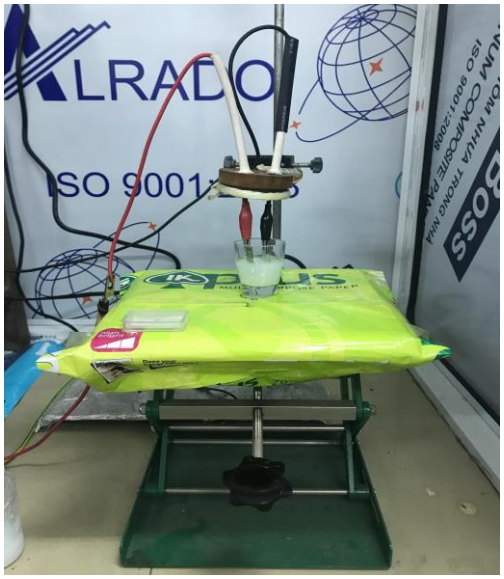
Quá trình tạo màng: Màng được hình thành trên đế ITO bằng phương pháp lắng đọng điện di (EPD). Trong đó:

- Điện cực âm: Đế ITO
- Điện cực dương: Tấm Pt
- Dung dịch phân tán: isopropyl ancol (IPA)
- Nguồn điện một chiều điện áp thay đổi được

Trong thí nghiệm này chúng tôi sử dụng vật liệu TiO_2NPs đã chế tạo được và sử dụng dung môi IPA làm môi trường phân tán tạo dung dịch keo. Để tạo điện tích trên bề mặt hạt TiO_2NPs, 10^{-1} mol $Mg(NO_3)_2.6H_2O$ đã được thêm vào trong dung dịch keo làm chất điện li cho EPD. Màng được chế tạo ở điện áp 75V với thời gian 3 phút, khoảng cách giữa hai điện cực là 1 cm. Sau khi chế tạo, màng được để khô tự nhiên ở nhiệt độ phòng trong 1 ngày, sau đó sấy màng ở 500^oC trong 12 giờ, để nguội tự nhiên và cất trong hộp bảo quản.



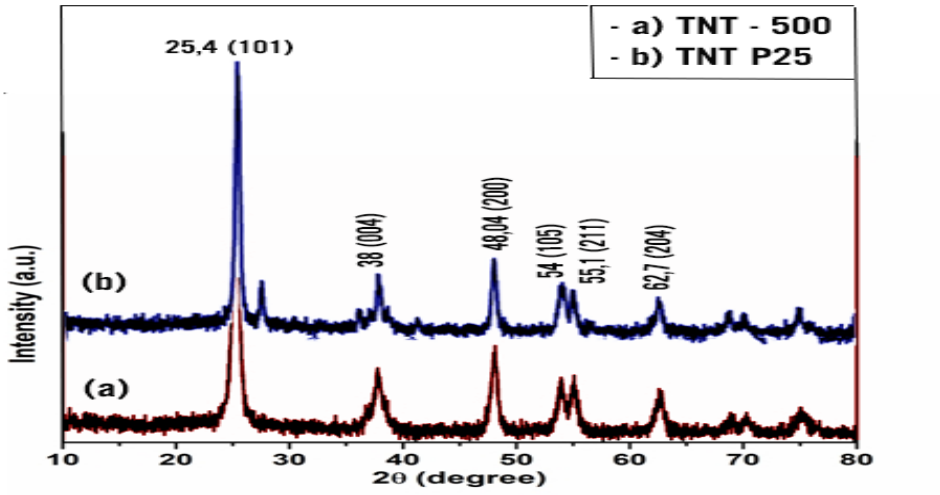
Hình 4. Sơ đồ minh họa quá trình lắng đọng điện di



Hình 5. Quá trình lắng đọng điện di tạo màng TiO_2NPs

3.2. Khảo sát cấu trúc TiO_2NPs bằng nhiễu xạ tia X

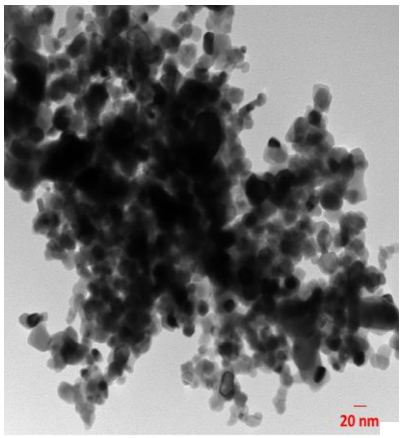
Hình 3.3 là giản đồ nhiễu xạ XRD của các mẫu TiO_2 (P25 thương mại) và mẫu nano titan dioxit nung ở 500^{o}C. Kết quả phân tích cấu trúc của hai mẫu cho thấy đều xuất hiện các đỉnh đặc trưng của pha anatase ở vị trí tương ứng với các mặt phẳng mạng (101), (004), (200), (105), (211), (204). Các đỉnh xuất hiện rõ nét, cường độ cao, nền phổ thấp, không có các pha lạ.



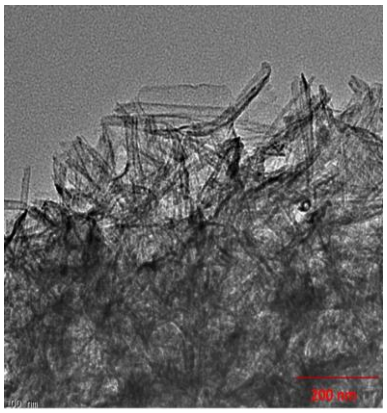
Hình 6. Giản đồ XRD của a) Mẫu TiO_2NPs nung ở 500^{o}C và b) Mẫu TiO_2 P25 thương mại

Đặc biệt mẫu TiO_2NPs ở 500^{o}C xuất hiện đỉnh của pha anatase có cường độ mạnh vị trí góc 25,4 (101) và 48,04 (200).

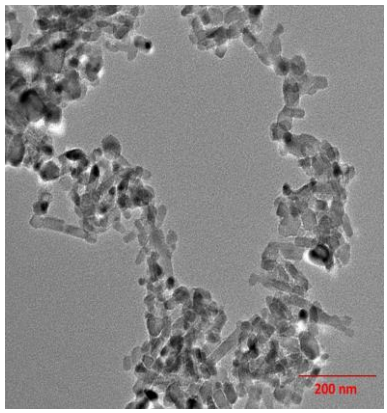
3.3. Kiểm nghiệm hình dạng, kích thước của TiO_2NPs bằng TEM



Hình 7. Ảnh TEM của vật liệu TiO_2NPs thương mại



Hình 8. Ảnh TEM của vật liệu TiO_2NPs không nung



Hình 9. Ảnh TEM của vật liệu TiO2NPs nung 500°C

Kết quả ảnh TEM cho thấy, P25 ban đầu là các hạt nano kính thước khoảng 25 - 40 nm. Sau khi phản ứng thủy nhiệt tại nhiệt độ 130°C sản phẩm thu được có dạng ống nano đường kính cỡ 8 nm, chiều dài ống khoảng 200 đến 450 nm. Khi được nung tại nhiệt độ 500°C ta thấy kích thước các ống thay đổi lớn dần có cấu trúc dạng ống rõ rệt đi kèm xuất hiện các hạt nano TiO_2 có kích thước từ 20 nm đến 40 nm xen kẽ với các ống nano. Lưu ý là nung ở nhiệt độ cao thường được sử dụng để tăng cường độ tinh thể hóa, tăng độ tinh thể hóa và làm tăng hoạt tính quang hóa. Song việc nung ở nhiệt độ cao cũng sẽ làm tăng kích thước hạt và giảm diện tích bề mặt của TiO_2 và hơn nữa khi tăng nhiệt độ quá cao sẽ dẫn đến sự hình thành pha rutile kém hoạt tính hơn pha anatase. Điều này cũng có thể giải thích hoạt tính quang hóa của TiO_2NPs liên quan đến khả năng hấp phụ nước và nhóm hydroxyl trên bề mặt TiO_2NPs. Lượng nước và nhóm hydroxyl hấp phụ lên trên bề mặt phụ thuộc vào dạng tinh thể và diện tích bề mặt của TiO_2. Anatase có hoạt tính hơn rutile trong sự hấp phụ nước và nhóm hydroxyl nên anatase cho tốc độ tạo thành •OH cao nhất. Do đó, diện tích bề mặt riêng cũng là một yếu tố quang trọng ảnh hưởng đến vai trò hấp phụ của TiO_2NPs.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bước đầu chúng tôi đã chế tạo thành công ống TiO_2NPs dạng bột theo phương pháp thủy nhiệt và tạo màng bằng kĩ thuật lắng đọng điện di. Các tiểu phân TiO_2NPs đa số có kích thước nhỏ trong khoảng 20 – 40 nm. Trong tương lai, chúng tôi sẽ tiếp tục khảo sát những thông số ảnh hưởng đến quá trình điều chế TiO_2NPs, tìm ra điều kiện tốt nhất nhất để quá trình tổng hợp đạt hiệu suất cao hơn, kích thước nhỏ hơn và đồng đều hơn. Bên cạnh đó, chúng tôi sẽ mở rộng nghiên cứu thử nghiệm tính kháng khuẩn của

TiO_2NPs với một số chủng vi khuẩn gây bệnh.

TÀI KIỆU THAM KHẢO

[1] Ali Ehsani, et al. (2018), "Nanoparticles and their antimicrobial properties against pathogens including bacteria, fungi, parasites and viruses", Microbial Pathogenesis 123, pp. 505 – 526.

[2] Ashok Kumar Jangid, Divya Bharti Rai, Hitesh Kulhari, Nitin Gupta (2019), "Use of nanotechnology in antimicrobial therapy", Methods in Microbiology, pp. 1 – 3.

[3] Assefpour – Dezfuly, M., C. Vlachos, and E. Andrews (1994), "Oxide morphology and adhesive bonding on titanium surfaces", Journal of materials science, 19(11), pp. 3626 – 3639.

[4] 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.

[5] Shi, W., S. Song, et al. (2013), "Hydrothermal synthetic strategies of inorganic semiconducting nanostructures", Chemical Society Reviews, 42(13), pp. 5714 – 5743.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PAPILLOMA VÙNG MIỆNG, TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG 2019-2020

Phạm Văn Liệu[1], Nguyễn Trường Thịnh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của u nhú (Papilloma) vùng miệng mặt ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2019-2020.Và nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhân được nghiên cứu trên. Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca, cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn bệnh nhân có u nhú ở miệng, khám lâm sàng, cho xét nghiệm giải phẫu bệnh và điều trị, thu thập những đặc điểm về lâm sàng, về giải phẫu bệnh. Kết quả nghiên cứu: nghiên cứu trên 11 trường hợp cho thấy Papilloma có ở các lứa tuổi, ở cả nam và nữ. U xuất hiện ở niêm mạc môi, má, lưỡi, khẩu cái, tất cả 11 u đều có hình súp lơ, có cuống, màu trắng chiếm đa số (08/11). Kích thước đa số nhỏ hơn 01 cm (08/11). **Kết luận:** nghiên cứu trên 11 trường hợp cho thấy Papilloma có ở các lứa tuổi, ở cả nam và nữ. U xuất hiện ở niêm mạc môi, má, lưỡi, khẩu cái, tất cả 11 u đều có hình súp lơ, có cuống, màu trắng chiếm đa số (08/11). Kích thước đa số nhỏ hơn 01 cm (08/11). Kết quả điều trị phẫu thuật cắt u cho kết quả tốt 10/11, 1 trường hợp bị ung thư hóa.

Từ khóa: U nhú, hình súp lơ.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS, PATHOLOGY AND RESULTS OF PAPILLOMA TREATMENT IN THE MOUTH AREA, AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITIES HOSPITAL 2019-2020

Background: the study aims to describe the clinical and pathology of the oral papilloma (Papilloma) in the mouth and face in patients who come for examination and treatment at Hai Phong Medical Universities hospital, 2019-2020. And comment on treatment results in the patients they are to be studied.

Methods: description of case series, convenient method of sampling, selection of patients with oral papilloma, clinical examination, for pathological testing and treatment, collection of clinical and pathological characteristics.

Results: the study of 11 cases showed that Papilloma is present of all ages, in both men and women. Tumors appear in the mucosa of lips, cheeks, tongue, palate, all 11 tumors are cauliflower-shaped, with stalk, white is the majority (11/8). Most sizes are less than 01 cm (11/8). Conclusions: the study of 11 cases showed that Papilloma is present of all ages, in both men and women. Tumors appear in the mucosa of lips, cheeks, tongue, palate, all 11 tumors are cauliflower-shaped, with stalks, white is the majority (11/8). Most sizes are less than 01 cm (11/8). The results of surgical treatment to

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Liệu
Email: lieudr@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

remove the tumor gave good results on 10/11, 1 case had cancer.

Keywords: Papilloma.cauliflower-shaped

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú là một sự tăng sinh lành tính gặp phổ biến ở người, ở vùng miệng, có nguồn gốc từ biểu mô vảy lát tầng [**Error! Reference source not found.**]. Nguyên nhân được cho là do HPV typ 6 và typ 11. Papillomavirus ở người là một loại virus dạng DNA, rất hay lây và có khả năng gây nhiều biến chứng bệnh từ nhẹ đến trầm trọng. Tên đầy đủ của căn bệnh này là Human Papilloma Virus, viết tắt là HPV.

Trên Thế giới, nghiên cứu của Takayuki Maruyama Nhật Bản (2017) nghiên cứu về HPV và ung thư miệng [5], cho thấy nhiễm các chủng (HPV 6, 11) có liên quan đến sự phát triển của những tổn thương nhú lành tính trong khoang miệng, trong khi các chủng nguy cơ cao (chủng 16,18) có thể gây ra các khối u ác tính.

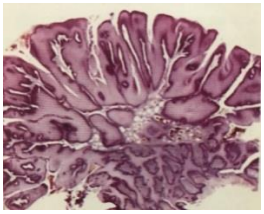
Ở Việt Nam, các nghiên cứu lâm sàng về Papilloma cho thấy u nhú xuất hiện có đường ranh giới rõ và thường có cuống, bao gồm nhiều nhú giống như ngón tay hay hình súp lơ, màu trắng hoặc màu xám, kích thước từ 0,5 cm – 1 cm. U thường xuất hiện ở lưỡi, lợi, vòm miệng và không đau.



Hình 1. U nhú ở lưỡi



Hình 2. U nhú ở vòm miệng



Hình 3. Hình ảnh vi thể của u nhú [3]

Nghiên cứu của Trịnh Thị Linh [2] cho thấy các biểu hiện nhiễm HPV trong miệng cũng giống như hạt cơm thường ở da, dạng này ít gặp, chủ yếu do virus HPV tuyp 2,4 gây nên, biểu hiện là tổn thương dạng nhú có màu trắng do dày sừng nhiều. Để tìm hiểu về lâm sàng và giải phẫu bệnh của u nhú tại Hải Phòng, đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị Papilloma vùng miệng, tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng 2019-2020" nhằm hai mục tiêu:1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của u nhú (Papilloma) ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, 2019-2020. 2.Nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhân được nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

Bệnh nhân đến khám bệnh và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, chọn bệnh nhân có u nhú ở miệng.

2. Phương pháp:

Nghiên cứu mô tả loạt ca, cách chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu dự kiến 10 trường hợp, lựa chọn bệnh nhân có u nhú ở miệng, khám và điều trị, thu thập những đặc điểm về lâm sàng, về giải phẫu bệnh, so sánh với một số nghiên cứu trên thế giới và trong nước. Nhận xét về sự phù hợp hay có những đặc điểm khác nhau về đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh mà nghiên cứu tìm thấy. Có thể đưa ra định hướng từ đặc điểm lâm sàng có liên hệ với đặc điểm giải phẫu bệnh. Đánh giá kết quả điều trị, phương pháp phẫu thuật dựa theo bảng tiêu chí sau:

Bảng 2.1: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Tiêu chí / Mức độ	Vết mổ	Cảm nhận tại chỗ	Tái phát	K. hóa
Tốt	Liền đẹp	Bình thường	Không	Không
Trung bình	Liền	Hơi vướng	Nghi ngờ	Nghi ngờ
Kém	Sẹo xấu	Vướng nhiều	Tái phát	Có K. hóa

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nhận xét chung về tuổi và giới:

Trong nghiên cứu này có 11 trường hợp, 7 trường hợp là nam, 4 trường hợp là nữ. Không có sự khác biệt về tuổi bị mắc bệnh và cũng không có sự khác biệt về giới bị mắc bệnh.

Bảng 3.1. Các trường hợp mắc bệnh theo tuổi và giới.

Tuổi\ giới	Nam	Nữ	Cộng
0-<10	1		1
10-<20	2		2
20-<30	1		1
30-<40		1	1
40-<50	1	1	2
50-<60	2	1	3
➢ 60		1	1
Cộng	**7**	**4**	**11**

2. Đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh:

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của các trường hợp

Theo vị trí	Papilloma	GPB (Papilloma)	GPB (K hóa)
Niêm mạc má	3	3	0
Môi	2	2	0
Lợi kẽ răng	1	1	0

Lưỡi	3	3	0
Khẩu cái	2	1	1
Cộng	11	10	1
Theo kích thước			
< 1 cm	8	7	1
1-2 cm	3	3	0
Cộng	11	10	1
Theo dạng đại thể			
Hình súp lơ, có cuống	11	10	1
Cộng	11	10	1
Theo màu sắc			
Màu trắng	8	7	1
Màu niêm mạc	1	1	0
Màu hồng niêm mạc	2	2	0
Cộng	**11**	**10**	**1**

Bảng 3.3. Kết quả điều trị bằng phẫu thuật đối với các trường hợp Papilloma.

Tiêu chí / Mức độ	Vết mổ	Cảm nhận tại chỗ	Tái phát	K. hóa
Tốt	10	10	0	0
Trung bình	1	1	0	0
Kém	0	0	0	1
Cộng	**11**	**11**	**0**	**1**

Các dấu hiệu về cơ năng có cảm giác vướng khi vận động, nền niêm mạc quanh u bình thường.

Nhận xét kết quả điều trị: Với 11 trường hợp Papilloma được cắt u gửi giải phẫu bệnh, vô cảm bằng hình thức gây tê, sau mổ trong 03 ngày đầu vết mổ nề, cắt chỉ vào ngày thứ 7, vết mổ liền. riêng 01 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh nghi K, đã được chuyển tuyến trên điều trị tiếp, tìm hiểu thông tin từ tuyến trên cho biết bệnh nhân này được chẩn đoán là Papilloma thoái hóa ác tính, còn ở giai đoạn sớm (T1N0M0).



Hình 3. 3. U nhú vòm miệng thoái hóa ác tính, bệnh nhân trên 60 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng: Papilloma có ở các lứa tuổi, ở cả nam và nữ. U thường xuất hiện ở niêm mạc môi, má, lưỡi, khẩu cái, tất cả 11 u đều có hình súp lơ, có cuống, màu trắng chiếm đa số (08/11), kết quả này phù hợp với nhận xét của Lê Văn Sơn [4] "thường gặp Papilloma dạng nhú, màu trắng là do dày sừng", còn lại là màu niêm mạc hơi hồng. Kích thước đa số nhỏ hơn 01 cm (08/11), có 03 trường hợp kích thước 1-2 cm. Kết qủa này phù hợp với nhận xét của Huỳnh Anh Lan [3] "Papilloma thường có kích thước nhỏ 0,5-1cm".

Về kết quả điều trị: Papilloma là một loại u lành tính theo phân loại của tổ chức Y tế Thế Giới. Tất cả các u đều được cắt bỏ và làm giải phẫu bệnh. Kết quả bước đầu cho thấy các vết mổ được lành thương sau 07 ngày, chưa xuất hiện tái phát, riêng 01/11 trường hợp bệnh nhân trên 60 tuổi có u ở vùng khẩu cái bị thoái hóa ác tính. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Takayuki Maruyama [5] "papilloma không được điều trị, có thể thoái hóa ác tính".

V. KẾT LUẬN

*Nghiên cứu trên 11 trường hợp cho thấy Papilloma có ở các lứa tuổi, ở cả nam và nữ. U xuất hiện ở niêm mạc môi, má, lưỡi, khẩu cái, tất cả 11 u đều có hình súp lơ, có cuống, màu trắng chiếm đa số (08/11). Kích thước đa số nhỏ hơn 01 cm (08/11).

*Kết quả điều trị theo phương pháp phẫu thuật cắt u, 10 trường hợp có kết quả tốt, 1 trường hợp có kết quả kém với lý do u bị K hóa.

Khuyến nghị: Papilloma ở niêm mạc miệng có hình dạng rất rõ nét, nên được điều trị sớm bằng kỹ thuật cắt u để phòng thoái hóa ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tử Hùng và công sự.** Mô phôi răng miệng. NXB Y học chi nhánh T.P. Hồ Chí Minh 2005. Tr.10-51.
2. **Trịnh Thị Linh** "Virus HPV trong một số bệnh ở miệng", bài viết của bác sĩ nội trú Trịnh Thị Linh 2017.
3. **Huỳnh Anh Lan** "Bướu vùng đầu mặt". Bệnh học miệng. NXB Y học 2004. Tr.126-162.
4. **Lê Văn Sơn** "U lành phần mềm vùng hàm mặt". Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 1. NXB Giáo dục Việt Nam 2013. Tr.226-241.
5. **Takayuki Maruyama**. Perioperative oral management during cancer treatment in Okayama University Hospital. Hội nghị khoa học Răng Hàm Mặt Quốc Tế 2017 Trường Đại học Y Hà Nội. Tr.46-47

THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2020

Đinh Thị Thanh Mai[1], Thái Văn Chương[2], Vũ Văn Thái[1], Võ Thị Thanh Hiền[1]

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. Đây là bệnh lý toàn thể của khung xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng 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.

Kết quả: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ là 54,31%, trong đó loãng xương nặng chiếm 8,33%. Tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi < 50 chiếm 16,67%, cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 71,94%. Tỷ lệ loãng xương cao ở những người có nghề nghiệp tĩnh tại chiếm 63,57%, người mù chữ chiếm 80,00%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ loãng xương giữa nông thôn và thành thị.

Từ khóa: loãng xương.

SUMMARY

THE SITUATION OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN EXAMINED AT HUU NGHI 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. This is a holistic pathology of the skeleton characterized by a decrease in bone mass, damage to bone microstructure, and an increased risk of fractures.

Objectives: To describe the situation of 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.

Results: The rate of osteoporosis in women is 54.31%, severe osteoporosis is 8.33%. The rate of osteoporosis gradually increases with age. The lowest is in the age group <50, accounting for 16.67%, whereas the highest is in the age group ≥ 70, accounting for 71.94%. The rate of osteoporosis is high in people with sedentary jobs (63.57%) and illiterate people account for 80.00%. There is no difference in the proportions of osteoporosis between urban and rural areas.

***Key word*:** osteoporosis

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

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*BV Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai
Email: dtthanhmai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

gây tử vong ở người có tuổi, đặc biệt là phụ nữ [4]. Đây là bệnh lý toàn thể của khung xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương [5]. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ từ 50 đến 84 tuổi ở các quốc gia Đức, Pháp, Ý, Anh là 21% [10]. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi ở miền Bắc Việt Nam năm 2015 là 58,4% [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 đánh giá thực trạng loãng xương ở phụ nữ là thực sự cần thiết. Để góp phần vào công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả thực trạng 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

Phụ nữ đi kiểm tra sức khỏe và các bệnh nhân đến khám tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ

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:

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

α: Mức ý nghĩa thống kê.

Δ: Khoảng sai lệnh 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. Thực tế chúng tôi lựa chọn được 720 người trong diện nghiên cứu.

2.4.2. Cách chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện: 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

- Thông tin chung: địa dư, học vấn, nghề nghiệp, tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI)
- 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, tỷ lệ loãng xương: theo tuổi, theo nghề nghiệp, theo trình độ học vấn, theo địa dư

2.4.4 Phương pháp thu thập thông tin

2.4.4.1. 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.

2.4.4.2. 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: $BMI < 18,5\ kg/m^2$

+ Bình thường: $18,5 \leq BMI \leq 22,9\ kg/m^2$

+ Thừa cân và béo phì: $BMI \geq 23\ kg/m^2$

- 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 [4].

*Đo mật độ xương

- Thiết bị đo: Bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual energy Xray abssorptiometry - 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 [8].

Bình thường: Mật độ xương ≥ -1

Khối lượng xương thấp: Mật độ xương từ -1 đến -2,5

Loãng xương: Mật độ xương ≤ -2,5

Loãng xương nặng: Mật độ xương ≤ -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.

- Khống 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 $\chi 2$ 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. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Thông tin chung		n	Tỷ lệ (%)
Địa dư	Thành thị	200	27,78
	Nông thôn	520	72,22
Nghề nghiệp	Hoạt động	278	38,61
	Tĩnh tại	442	61,39
Trình độ học vấn	Mù chữ	40	5,56
	Tiểu học	192	26,67
	Trung học cơ sở	377	52,36
	Phổ thông trung học	79	10,97
	Cao đẳng và Đại học	32	4,44

Nhận xét:

- Đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung ở vùng nông thôn và làm nghề nghiệp có tính chất tĩnh tại chiếm tỷ lệ tương ứng 72,22% và 61,39%.
- Nhóm đối tượng nghiên cứu có học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 52,36% và nhóm có học vấn cao đẳng và đại học chiếm tỷ lệ thấp nhấp 4,44%.

Bảng 3.2. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Tuổi (năm)		n	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 50	60	8,33
	50-59	149	20,69
	60-69	201	27,92
	≥ 70	310	43,06
Tuổi trung bình ($\overline{X}$ ± SD)	66,2 ± 12,04		

Nhận xét: Tuổi trung bình 66,2 ± 12,04, trong đó nhóm phụ nữ ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,06% và nhóm < 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,33%.

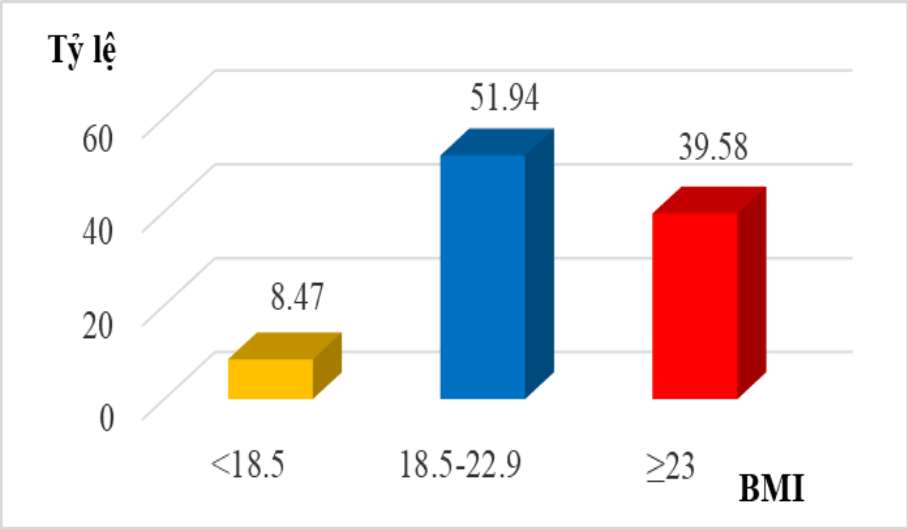
Bảng 3.3. Chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Chỉ số nhân trắc	Trung bình ($\overline{X}$ ± SD)	Min	Max
Chiều cao (cm)	148,6 ± 6,07	130	167
Cân nặng (kg)	49,8 ± 8,58	25	80
BMI (kg/m^2)	22,5 ± 3,20	11,9	35,6

Nhận xét:

- Chiều cao trung bình: 148,6 ± 6,07; Cao nhất: 167 cm; Thấp nhất: 130 cm.
- Cân nặng trung bình: 49,8 ± 8,58; Cao nhất: 80 kg; Thấp nhất: 25 kg.
- BMI trung bình: 22,5 ± 3,20 (kg/m^2); Cao nhất: 35,6 kg/m^2;

Thấp nhất: 11,9 kg/m^2.



Hình 3.1. Phân loại BMI của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm 39,58%, những người gầy chiếm chiếm 8,47%.

3.2. Thực trạng loãng xương ở phụ nữ nghiên cứu

Bảng 3.4. Mật độ xương trung bình của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Mật độ xương (g/cm^2)	Trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	p
BMD cột sống thắt lưng	0,731 ± 0,1584	< 0,01
BMD cổ xương đùi	0,717 ± 0,1479	

Nhận xét: Mật độ xương trung bình cột sống thắt lưng 0,731 ± 0,1584 g/cm^2 cao hơn cổ xương đùi 0,717 ± 0,1479 g/cm^2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.5. Tỷ lệ loãng xương theo vị trí của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

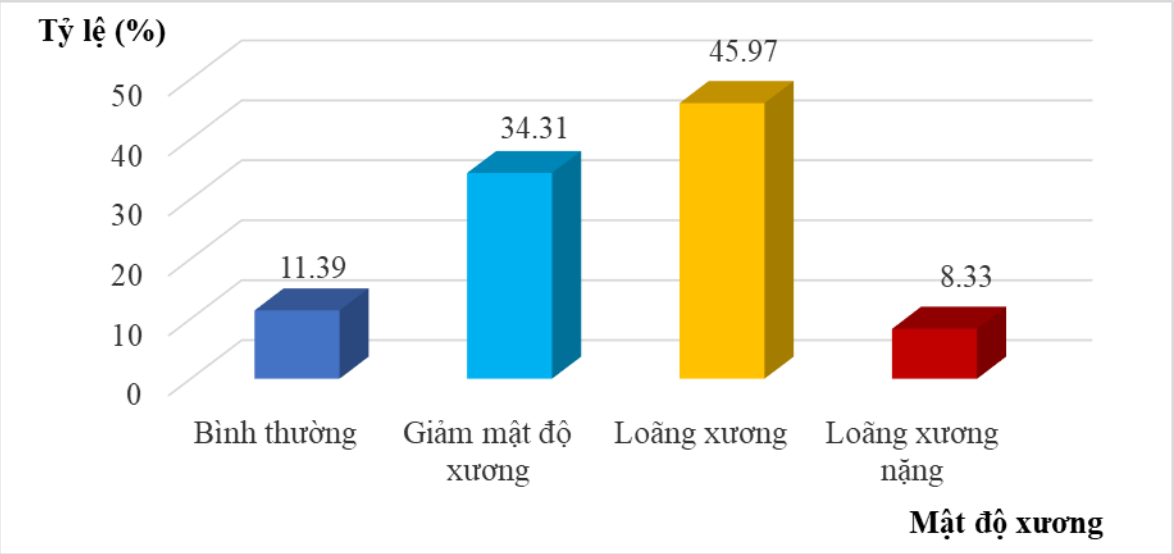
Chỉ số	n	Tỷ lệ (%)
Loãng xương tại cột sống thắt lưng	369	51,25
Loãng xương tại cổ xương đùi	186	25,83

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương mà đối tượng nghiên cứu được đo vị trí cột sống thắt lưng chiếm 51,25% cao hơn so với đo vị trí cổ xương đùi 25,83%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

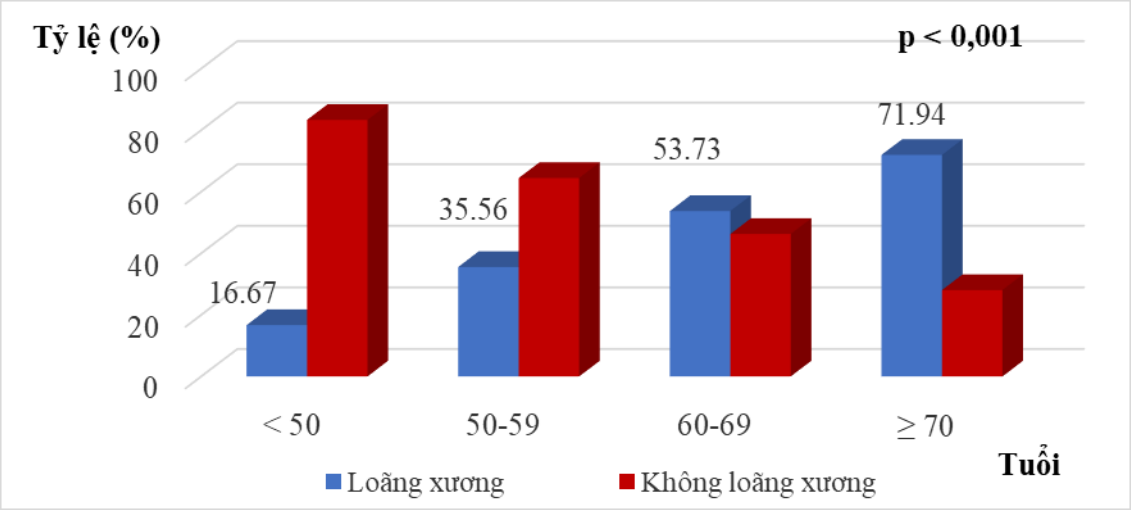
Số mẫu nghiên cứu	Số mẫu (+)	Tỷ lệ (%)
720	391	54,31

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu chiếm 54,31%.



Hình 3.2. 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%.



Hình 3.3. Tỷ lệ loãng xương theo tuổi (n = 720)

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương ở độ tuổi < 50 là 16,67%, tăng dần theo tuổi và đạt 71,94% ở tuổi ≥ 70, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.7. Tỷ lệ loãng xương theo nghề nghiệp (n = 720)

Nhóm mật độ xương / Nghề nghiệp	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Tổng n (%)	p
Tĩnh tại	281 (63,57)	161 (36,43)	442 (100)	< 0,001
Hoạt động	110 (39,57)	168 (60,43)	278 (100)	
Tổng	**391 (54,31)**	**329 (45,69)**	**720 (100)**	

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương của nhóm đối tượng nghiên cứu làm nghề nghiệp có tính chất tĩnh tại chiếm 63,57% cao hơn nghề nghiệp có tính chất hoạt động 39,57%, sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.8. Tỷ lệ loãng xương theo trình độ học vấn (n = 720)

Nhóm mật độ xương / Trình dộ học vấn	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Tổng n (%)	p
Mù chữ	32 (80,00)	8 (20,00)	40 (100)	< 0,001
Tiểu học	113 (58,85)	79 (41,15)	194 (100)	
Trung học cơ sở	208 (55,17)	169 (44,83)	377 (100)	
Phổ thông trung học	29 (36,71)	50 (63,29)	79 (100)	
Cao đẳng và Đại học	9 (28,13)	23 (71,88)	32 (100)	
Tổng	**391 (54,31)**	**329 (45,69)**	**720 (100)**	

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương của nhóm đối tượng nghiên cứu cao nhất người mù chữ (80%) và thấp nhất ở người có trình độ cao đẳng và đại học (28,13%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.9. Tỷ lệ loãng xương theo địa dư (n = 720)

Nhóm mật độ xương / Địa dư	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Tổng n (%)	p
Thành thị	103 (51,50)	97 (48,50)	200 (100)	> 0,05
Nông thôn	288 (55,30)	232 (44,70)	520 (100)	
Tổng	**391 (54,31)**	**329 (45,69)**	**720 (100)**	

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương của nhóm đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị, p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 720 phụ nữ được điều tra, các đối tượng chủ yếu tập trung vùng nông thôn chiếm 72,22%, làm nghề nghiệp có tính chất tính tại chiếm 61,39% và có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 52,36% (Bảng 3.1). Độ tuổi trung bình là 66,2 ± 12,04, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,06% và nhóm < 50 tuổi chiếm 8,33% (Bảng 3.2), kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự (2015) khi nghiên cứu mật độ xương trên 988 phụ nữ trên 50 tuổi tại miền Bắc Việt Nam tuổi trung bình là 64,38 ± 9,27 [4]. (Nghề nghiệp tĩnh tại: Bao gồm giáo viên,bác sỹ, luật sư, kế toán, nhà văn, cán bộ hành chính sự nghiệp…Nghề nghiệp hoạt động: Bao gồm công nhân, nông dân, vận động viên thể thao…)

- Chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu là 148,6 ± 6,07 cm (Bảng 3.3) tương tự của Tào Minh Thúy (2013) là 152,1 ± 5,7 cm [5], của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) là 149,89 ± 6,05 cm [4].

- Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 49,8 ± 8,58 kg (Bảng 3.3), tương tự như kết quả của Tào Minh Thúy (2013) là 52,91 ± 8,43 kg [5], của Nguyễn

Thị Ngọc Lan (2015) là 51,75 ± 9,07 kg [4]. BMI trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 22,5 ± 3,20 kg/m^2 (Bảng 3.3), trong đó tỷ lệ người gầy chiếm 8,47% và tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 39,58% (Hình 3.1). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Tào Minh Thúy (2013) là 22,86 ± 3,31 kg/m^2 [5], Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) là 22,98 ± 3,48 kg/m^2 [4].

4. 2. Thực trạng loãng xương ở phụ nữ

4. 2.1. Đặc điểm mật độ xương của đối tượng nghiên cứu

- Theo kết quả bảng 3.4 mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng và cổ xương đùi tương ứng là 0,731 ± 0,1584 (g/cm^2) và 0,717 ± 0,1419 (g/cm^2), mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng cao hơn mật độ xương trung bình ở cổ xương đùi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Về phương diện lý thuyết các xương đốt sống là xương xốp nên có tỷ lệ mất xương sớm hơn và nhiều hơn cổ xương đùi (xương bè), do đó mật độ xương ở cột sống thắt lưng thấp hơn ở cổ xương đùi [1]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng nhiều và nặng hơn, có nhiều gai xương, mỏ xương có thể làm mật độ xương ở cột sống thắt lưng tăng lên một cách giả tạo.

4. 2.2. Tỷ lệ loãng xương

- Tỷ lệ loãng xương theo nghiên cứu của chúng tôi là 54,31% (Bảng 3.6), trong đó loãng xương có kèm gãy xương (Loãng xương nặng) chiếm 8,33%, loãng xương không kèm gãy xương chiếm 45,97% và giảm mật độ xương là 34,31% (Hình 3.2). Tỷ lệ loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng là 51,25% và tại vị trí cổ xương đùi là 25,83% (Bảng 3.5). Kết quả chúng tôi 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]. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) nghiên cứu 988 phụ nữ trên 50 tuổi, tỷ lệ loãng xương 58,4% [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 đã đề cập tới vai trò của giá trị tham chiếu khi tính giá trị T-score cho người Việt Nam [3]. Tỷ lệ chẩn đoán loãng xương "oan" là 10% dân số tuổi từ 50 trở lên (9,1% ở nữ giới) nếu sử dụng giá trị tham chiếu của nước ngoài do đó chúng ta cần phải tính chỉ số T-score theo khối lượng xương đỉnh của người Việt Nam để ra kết quả chính xác nhất. 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].

4.2.3. Tỷ lệ loãng xương theo tuổi

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ loãng xương của các đối tượng nghiên cứu tăng theo sự gia tăng của tuổi. Tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng tăng. Tỷ lệ loãng xương ở độ tuổi < 50 là 16,67%, tăng lên 35,56% ở độ tuổi 50 - 59 và 53,73% ở độ tuổi 60 - 69 tuổi và 71,94% ở tuổi ≥ 70, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Hình 3.3). Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Hoàng Thị Bích (2014) với tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ từ 70 - 79 tuổi là 77,8% [1].

- Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu chứng tỏ tuổi càng cao mật độ xương càng giảm. Loãng xương tuổi già xuất hiện ở cả nam và nữ thường trên 70 tuổi, đây là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm [8]. Biểu hiện gãy xương hay gặp là gãy cổ

xương đùi và gãy lún đốt sống do tổn thương xuất hiện đồng đều cả trên xương đặc cũng như xương xốp. Ở người già có sự mất cân bằng giữa tạo xương và huỷ xương. Chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm là một nguyên nhân dẫn tới tình trạng mất xương ở người già. Một nguyên nhân thứ hai dẫn tới sự mất xương ở người già là sự suy giảm hấp thu canxi ở ruột và sự giảm tái hấp thu canxi ở ống thận. Tham gia vào quá trình hấp thu canxi ở ruột có vai trò của 1,25 Dihydroxycholecalciferol. Ở người già nồng độ 25 Hydroxycholecalciferol (tiền chất của 1,25 Dihydroxycholecalciferol) trong máu cũng giảm do chế độ dinh dưỡng và do giảm tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Ngoài ra cơ chế của loãng xương ở phụ nữ đã được chứng minh là có sự tham gia của yếu tố lão hóa do sự thiếu hụt estrogen, cường cận giáp trạng và giảm tạo cốt bào [7].

- Thực tế quá trình mất xương tiến triển một cách thầm lặng, nhiều năm và khi mà khối lượng xương đã mất đáng kể những biểu hiện lâm sàng thường mới xuất hiện. Đối với nữ giới thường khi có gãy xương mới biết mắc loãng xương và hậu quả chất lượng cuộc sống giảm một cách đáng kể [6], [7].

4.2.4. Tỷ lệ loãng xương theo nghề nghiệp

- Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ có nghề nghiệp tĩnh tại chiếm 63,57% cao hơn người có nghề nghiệp hoạt động, có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (Bảng 3.7). Một số tác giả trong nước cũng nhận thấy có mối liên quan giữa nghề nghiệp và loãng xương. Năm 2007, Đỗ Thị Khánh Hỷ nghiên cứu mật độ xương trên 1.224 phụ nữ mãn kinh khám tại Viện Lão khoa Trung ương cho kết quả tương tự [2]. Tác giả Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu mật độ xương 650 phụ nữ trên 60 tuổi nhận thấy có mối liên hệ giữa nghề nghiệp tĩnh tại và loãng xương [1]. Có tình trạng này là do người có nghề nghiệp tĩnh tại ít vận động hơn người có nghề nghiệp hoạt động mà 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.

4. 2.5. Tỷ lệ loãng xương theo trình độ học vấn

-Theo Bảng 3.8 trình độ học vấn có liên quan đến mật độ xương, người có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ loãng xương cao hơn. Tỷ lệ loãng xương ở người mù chữ chiếm 80,00% cao hơn nhiều so với những người có trình độ cao đẳng hoặc đại học (28,13%), p < 0,001. Những người học vấn cao có hiểu biết nhiều hơn về loãng xương và các yếu tố nguy cơ của nó, từ đó có thể có các phương pháp dự phòng, điều trị phù hợp dẫn đến tỷ lệ loãng xương thấp hơn.

Kết quả này tương tự với Tian và cộng sự (2017) nghiên cứu 3.359 phụ nữ mãn kinh, tỷ lệ loãng xương ở những người có mù chữ chiếm 35,18% ngược lại những phụ nữ có trình độ cao đẳng trở lên tỷ lệ loãng xương chiếm 4,63% với p < 0,01 [9].

4.2.6. Tỷ lệ loãng xương theo địa dư

- Theo Bảng 3.9 người sống ở nông thôn có tỷ lệ loãng xương 55,30%, ở thành thị là 51,50%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Tian và cộng sự (2017) nghiên cứu 3.359 phụ nữ mãn kinh, nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ loãng xương giữa thành thị và nông thôn (OR = 1,101, 95%CI = 0,830 - 1,445, p = 0,49) [9].

Như vậy, tỷ lệ loãng xương ở thành thị và nông thôn thay đổi tùy thuộc vào vùng, miền và điều kiện sống ở mỗi quốc gia. Có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so

với các nghiên cứu khác phải chăng hiện nay điều kiện sống tại Nghệ An ngày càng được cải thiện, chế dinh dưỡng tốt hơn, người dân được tiếp xúc với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau nên mật độ xương không có sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị.

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%.

+ Tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi < 50 chiếm 16,67%, cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 71,94%.

+ Tỷ lệ loãng xương cao ở những người có nghề nghiệp tĩnh tại chiếm 63,57%, người mù chữ chiếm 80,00%.

+ Không có sự khác biệt về tỷ lệ loãng xương giữa nông thôn và thành thị.

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. **Lee Jongseok, Lee Sungwha, Jang Sungokand et al. (2013),** Age-Related Changes in the Prevalence of Osteoporosis according to Gender and Skeletal Site: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2008-2010, Endocrinology and metabolism (Seoul, Korea), 28,(3), pp. 180-191.
8. **Orimo Hajime, Nakamura Toshitaka, Hosoi Takayukiand et al. (2012),** Japanese 2011 guidelines for prevention and treatment of osteoporosis--executive summary, Archives of osteoporosis, 7,(1-2), pp. 3-20.
9. **Tian Limin, Yang Ruifei, Wei Lianhuaand et al. (2017)**, Prevalence of osteoporosis and related lifestyle and metabolic factors of postmenopausal women and elderly men: A cross-sectional study in Gansu province, Northwestern of China, Medicine, 96,(43), p. e8294.
10. **Shuler F.D., Conjeski J., Kendall D.and et al. (2012),** Understanding the burden of osteoporosis and use of the World Health Organization FRAX, Orthopedics, 35,(9), pp. 798-805.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG VỚI CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA DIỄN CHÂU - NGHỆ AN, NĂM 2020

Vũ Văn Thái[1], Hồ Ngọc Thái[2], Đinh Thị Thanh Mai[1], Võ Thị Thanh Hiền[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 441 người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp sau khi người bệnh làm xong thủ tục thanh toán ra viện về sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu Nghệ An, năm 2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện là 82,8%

Nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như thu nhập bình quân hàng tháng, số lần đến khám chữa bệnh trong 12 tháng qua đến sự hài lòng của người bệnh, trong đó: người bệnh có thu nhập bình quân ≥ 2 triệu đồng/ tháng; người bệnh đến khám chữa bệnh dưới 2 lần trong 12 tháng qua có khả năng chưa hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh cao gấp 1,78 và 1,87 lần so với người bệnh thu nhập dưới 2 triệu đồng/tháng; người bệnh đến khám chữa bệnh từ 2 lần trở lên.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, đối tượng khám bệnh đến sự hài lòng của người bệnh

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh, dịch vụ khám chữa bệnh

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thanh Hiền
Email: vtthien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

SUMMARY

SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO SATISFACTION WITH THE QUALITY OF MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT SERVICES OF INPATIENTS AT DIEN CHAU - NGHE AN GENERAL HOSPITAL, 2020

The study conducted on 441 inpatient patients in clinical departments with a set of questionnaires directly interviewed after the patient completed the discharge payment procedure about the satisfaction with the quality of medical services at Dien Chau Nghe An General Hospital, 2020. Research results show that:

The rate of patients who are generally satisfied with the quality of medical examination and treatment services of the hospital is 82.8%.

Research has found a correlation between factors such as average monthly income, number of visits to medical examination in 12 months to satisfaction of patients. In which: patients have average income ≥ 2 million VND / month; patients who came to medical examination and treatment less than 2 times in 12 months were not satisfied with medical examination and treatment services, 1.78 and 1.87 times higher than that of patients earning less than 2 million VND / month; patients who come for medical examination and treatment 2 or more times. No relationship has been found between factors such as age, gender, education level, occupation, subject of examination, and patient satisfaction.

Keywords: Patient satisfaction, medical examination and treatment services

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là yếu tố quan trọng nhất, quyết định tồn tại của bệnh viện. Chất lượng khám chữa bệnh tốt thể hiện ở 04 khía cạnh: có hiệu quả, khoa học, chăm sóc thực hiện theo tiêu chuẩn; thích hợp với người bệnh; an toàn không gây biến chứng; dễ tiếp cận và chấp nhận, ít tốn kém so với cách điều trị khác. Có nhiều phương pháp để đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, trong đó đo lường sự hài lòng của người bệnh và người nhà của người bệnh là một nội dung quan trọng để đánh giá [1].

Sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh là mục đích chính của công tác quản lý chất lượng bệnh viện. 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 và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh nội trú tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu - Nghệ An, năm 2020" với mục tiêu sau:

1. Mô tả sự hài lòng của người bệnh nội trú đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh nội trú tại địa điểm nghiên cứu.

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:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn α = 0,05 với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2}$=1,96).

p = 0,621 theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Ba tại Bệnh viện Giao thông vận tải, Hải Phòng năm 2016 [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 chung của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh	- Sự hài lòng về thời gian chờ đợi của người bệnh: - Sự hài lòng của người bệnh về điều trị của bác sĩ - Sự hài lòng của người bệnh về tư vấn và giáo dục sức khỏe - Sự hài lòng của người bệnh về thông tin được cung cấp	Thứ bậc	Phỏng vấn
Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh	- Nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp - Số lần đến khám bệnh, thu nhập bình quân hàng tháng, đối tượng khám bệnh có bảo hiểm y tế	Thứ bậc	Các test thống kê

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 [1]. Bộ câu hỏi gồm 5 phương án trả lời dựa theo thang đo Likert:

2.5.2. Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp tại Bệnh viện Đa khoa Diễn 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 28/08/2019của Bộ trưởng Bộ Y tế" [2]

- 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.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này được thông qua hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Diễn 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. Mô tả sự hài lòng của người bệnh nội trú đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020.

Bảng 3.1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	203	54,0
	Nữ	238	46,0
Nhóm tuổi	<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
Trình độ học vấn	Không biết chữ, tiểu học	4	1,0
	Trung học cơ sở	21	4,7
	Trung học phổ thông	192	43,5
	Trung cấp	114	25,8
	Cao đẳng - Đại học	110	25,0
Nghề nghiệp	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: Trong tổng số 441 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 46,0%; nữ giới chiếm 54,0%. 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.

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.

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 3.2. **Phân bố người bệnh theo thu nhập; thẻ bảo hiểm y tế và số lần khám bệnh**

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thu nhập bình quân/tháng	≤ 2 triệu	221	50,1
	> 2 triệu	220	49,9
Bảo hiểm y tế	Có thẻ BHYT	372	84,4
	Không có thẻ BHYT	69	15,6
Số lần khám bệnh trong 12 tháng qua	1 lần	129	29,2
	2 – 4 lần	198	44,9
	Trên 4 lần	114	25,9
	Tổng	**441**	**100,0**

Nhận xét: 50,1% người bệnh có thu nhập bình quân ≤ 2 triệu/tháng; 49,9% người bệnh có thu nhập > 2 triệu/tháng.

Trong 441 người tham gia nghiên cứu có 84,4% người bệnh có thẻ Bảo hiểm y tế

Người bệnh đi khám bệnh từ 2-4 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%), tiếp đến là 29,2% người bệnh đi khám bệnh 1 lần và thấp nhất là người bệnh đi khám bệnh trên 4 lần trong 12 tháng qua (chiếm 25,9%).

Bảng 3.3: 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 3.4: Mức độ hài lòng của người bệnh về kết quả chẩn đoán của bác sĩ

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	0	61 (79,2)	16 (20,8)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	1 (1,8)	39 (68,4)	17 (29,8)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống	0	0	2 (3,1)	37 (57,8)	25 (39,1)

độc (n=64)					
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	0	34 (66,7)	17 (33,3)
Khoa Sản (n=62)	0	0	2 (3,2)	36 (58,1)	24 (38,7)
Khoa Ngoại (n=111)	0	0	3 (2,7)	74 (66,7)	34 (30,6)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	0	3 (15,8)	11 (57,9)	5 (26,3)
Tổng	**0**	**0**	**11 (2,5)**	**292 (66,2)**	**138 (31,3)**

Nhận xét: 97,5% người bệnh hài lòng về kết quả chẩn đoán của bác sĩ (mức 4, 5); số người bệnh không hài lòng (mức 1, 2, 3) chiếm 2,5%.

Bảng 3.5: Mức độ hài lòng của người bệnh về hướng dẫn phòng bệnh

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	0	39 (50,6)	38 (49,4)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	2 (3,5)	29 (50,9)	26 (45,6)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	0	37 (57,8)	27 (42,2)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	0	26 (51,0)	25 (49,0)
Khoa Sản (n=62)	0	0	3 (4,8)	34 (54,9)	25 (40,3)
Khoa Ngoại (n=111)	0	0	2 (1,8)	61 (55,0)	48 (43,2)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	0	3 (15,8)	7 (36,8)	9 (47,4)
Tổng	**0**	**0**	**10 (2,3)**	**233 (52,8)**	**198 (44,9)**

Nhận xét: 97,7% người bệnh hài lòng về hướng dẫn phòng bệnh của nhân viên y tế (mức 4, 5); chỉ có 2,3% người bệnh không hài lòng (mức 1, 2, 3).

Bảng 3.6: Mức độ hài lòng của người bệnh về giải thích tình trạng bệnh

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	2 (2,6)	41 (53,2)	34 (44,2)
Khoa Truyền nhiễm (n=57)	0	0	2 (3,5)	32 (56,1)	23 (40,4)
Khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc (n=64)	0	0	0	20 (31,2)	44 (68,8)
Khoa Y học cổ truyền (n=51)	0	0	0	32 (62,7)	19 (37,3)
Khoa Sản (n=62)	0	0	4 (6,5)	31 (50,0)	27 (43,5)
Khoa Ngoại (n=111)	0	0	2 (1,8)	56 (50,5)	53 (47,7)
Khoa 3 chuyên khoa (n =19)	0	0	2 (10,5)	11 (57,9)	6 (31,6)
Tổng	**0**	**0**	**12 (2,7)**	**223 (50,6)**	**206 (46,7)**

Nhận xét: người bệnh hài lòng về giải thích tình trạng bệnh của nhân viên y tế (mức 4, 5) chiếm tỷ lệ cao 97,3%.

Bảng 3.7: Tỷ lệ hài lòng chung về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (n=441)

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc chung	**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**
Hài lòng	365	82,8
Chưa hài lòng	76	17,2
Tổng	441	100,0

Nhận xét: 82,8% người bệnh hài lòng;17,2% người bệnh không hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh nội trú tại tại địa điểm nghiên cứu.

Bảng 3.8: Mối liên quan giữa sự hài lòng và nhóm tuổi của người bệnh

Kết quả / Nhóm tuổi	**Chưa hài lòng**	**Hài lòng**	**Tổng**	**OR**	**p**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**95%CI**	
Dưới 30 tuổi	23 (21,3)	85 (78,7)	108 (24,5)	1,43 0,82-2,46	0,19
30 tuổi trở lên	53 (15,9)	280 (84,1)	333 (75,5)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và nhóm tuổi của người bệnh (p>0,05).

Bảng 3.9: Mối liên quan giữa sự hài lòng với giới tính của người bệnh

Kết quả / Giới tính	**Chưa hài lòng**	**Hài lòng**	**Tổng**	**OR**	**p**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**95%CI**	
Nam	31 (15,3)	172 (84,7)	203 (46,0)	0,77 0,46-1,27	0,31
Nữ	45 (18,9)	193 (81,1)	238 (54,0)		
Tổng	**76(17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và giới tính của người bệnh (p>0,05).

Bảng 3.10: Mối liên quan giữa sự hài lòng và trình độ học vấn của người bệnh

Kết quả / Học vấn	**Chưa hài lòng**	**Hài lòng**	**Tổng**	**OR**	**p**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**95%CI**	
Dưới THPT	5 (20,0)	20 (80,0)	25 (5,7)	1,21 0,44-3,34	0,87
Từ THPT trở lên	71 (17,1)	345 (82,9)	416 (94,3)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và trình độ học vấn của người bệnh (p>0,05).

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa sự hài lòng và nghề nghiệp của người bệnh

Kết quả / Nghề nghiệp	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	Tổng n (%)	OR 95%CI	p
Công chức, viên chức	18 (15,3)	100 (84,7)	118 (26,8)	0,82 0,46-1,46	0,50
Khác	58 (18,0)	265 (82,0)	323 (73,2)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và nghề nghiệp của người bệnh (p>0,05).

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa sự hài lòng và mức thu nhập của người bệnh

Kết quả / Thu nhập	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	Tổng n (%)	OR 95%CI	p
> 2 triệu	47 (21,3)	174 (78,7)	221 (50,1)	1,78 1,07-2,95	0,02
≤ 2 triệu	29 (13,2)	191 (86,8)	220 (49,9)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Người bệnh có thu nhập bình quân > 2 triệu đồng/ tháng có khả năng chưa hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh cao gấp 1,78 lần so với người bệnh thu nhập ≤ 2 triệu đồng/ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa sự hài lòng và đối tượng khám bệnh

Kết quả / Bảo hiểm	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	Tổng n (%)	OR 95%CI	p
Có	67 (18,0)	305 (82,0)	372 (84,4)	1,46 0,69-3,09	0,31
Không	9 (13,0)	60 (87,0)	69 (15,6)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và đối tượng khám bệnh (p>0,05).

Bảng 3.14: Mối liên quan giữa sự hài lòng và số lần khám chữa bệnh trong 12 tháng qua

Kết quả / Số lần	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	Tổng n (%)	OR 95%CI	p
Dưới 2 lần	31 (24,0)	98 (76,0)	129 (29,3)	1,87 1,12-3,13	0,01
Từ 2 lần trở lên	45 (14,4)	267 (85,6)	312 (70,7)		
Tổng	**76 (17,2)**	**365 (82,8)**	**441 (100)**		

***Nhận xét*:** Người bệnh đến khám chữa bệnh dưới 2 lần trong 12 tháng qua có khả năng chưa hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cao gấp 1,87 lần so với người bệnh đến khám từ 2 lần trở lên trong 12 tháng qua. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh đến sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An năm 2020

Nghiên cứu tiến hành trên 441 người bệnh hiện đang điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Diễn 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 Lê Minh Điều (2016) tại Bệnh viện đa khoa huyện An Phú, tỉnh An Giang, nữ giới (73,6%) nhiều hơn nam giới (26,4%) [3]. 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. Trong tổng số 441 người bệnh thì 44,9% người bệnh đi khám bệnh từ 2-4 lần, tiếp đến là 29,2% người bệnh đi khám bệnh 1 lần và 25,9% người bệnh đi khám bệnh trên 4 lần trong 12 tháng qua. Tỷ lệ người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế là 84,4% cao gấp 5,4 lần so với người bệnh không có thẻ bảo hiểm y tế, kết quả này cho thấy người dân ngày càng tin tưởng vào lợi ích của bảo hiểm y tế mang lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Minh Điều (2016) tại Bệnh viện An Phú, tỉnh An Giang, tỷ lệ người bệnh tham gia bảo hiểm y tế là 65,5% [3], thấp hơn nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Qúy (2019) tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, Đồng Tháp 94,5% người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 94,0% người bệnh hài lòng về thời gian tiếp cận chăm sóc của điều dưỡng khi người bệnh yêu cầu; 97,5% người bệnh hài lòng về kết quả chẩn đoán của bác sĩ; 97,7% người bệnh hài lòng về hướng dẫn phòng bệnh của nhân viên y tế; 97,3% người bệnh hài lòng về giải thích tình trạng bệnh của nhân viên y tế và tỷ lệ người bệnh hài lòng chung về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện là 82,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Cộng Sự (2017) tại Bệnh viện đa khoa huyện Krông Ana, tỉnh Đắk Lắk (62,1%) [5], và tương đương với nghiên cứu của Bhargava và cộng sự tiến hành tại bệnh viện G.B.Pant, Ấn Độ, tỷ lệ này là 83,0% [6]. Mặc dù tỷ lệ hài lòng chung trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên nhưng không có nghĩa là người bệnh hoàn toàn hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, vẫn còn khoảng 17,2% người bệnh không hài lòng. Để nhận được sự hài lòng trọn vẹn của người bệnh dành cho bệnh viện thì quả thật là vô cùng khó khăn bởi trong hoàn cảnh diện tích chật hẹp, cơ sở hạ tầng cũ mà người dân mắc bệnh ngày càng nhiều, bên cạnh đó xã hội đổi thay từng ngày, đời sống của người dân ngày càng nâng cao.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh nội trú tại địa điểm nghiên cứu

Qua nghiên cứu cho thấy có một số yếu tố từ nhân khẩu học của người bệnh như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình

trạng hôn nhân, số lần đến khám bệnh, thu nhập bình quân hàng tháng, đối tượng khám bệnh có bảo hiểm y tế ít nhiều ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Viết Lệ Duyên (2016) tại Bệnh viện đa khoa huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi của người bệnh không ảnh hưởng đến sự hài lòng của họ (p>0,05), tương tự kết quả nghiên cứu của Hussen M Al-Borie (2013) trên 1.000 người bệnh nội trú từ 5 bệnh viện công và 5 bệnh viện tưở Ả Rập Xê Út [8]. Mức độ hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh không có sự khác biệt theo giới tính (95%CI: 0,46-1,27; p>0,05). Nghiên cứu của Hussen M Al-Borie (2013) lại cho thấy sự hài lòng của người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam, tác giả cho rằng nhu cầu về đời sống vật chất và tinh thần của nam giới ở Ả Rập Xê Út cao hơn nữ giới [8]. Không có sự khác biệt giữa trình độ học vấn của người bệnh và mức độ hài lòng (95%CI: 0,44-3,34; p>0,05). Nghiên cứu của Hussen M Al-Borie (2016) lại đề cao vai trò của học vấn, giáo dục của người bệnh với mức độ hài lòng, người bệnh càng có học vấn cao sẽ có sự thông cảm với y, bác sĩ, điều kiện cơ sở vật chất tại bệnh viện hơn [8]. Người bệnh là cán bộ, viên chức có tỷ lệ hài lòng là 84,7%; nhóm người bệnh làm các ngành nghề khác có tỷ lệ hài lòng là 82,0% (95%CI: 0,46-1,46; p>0,05).

Số lần đến khám chữa bệnh tại bệnh viện cũng có mối liên quan đến sự hài lòng của người bệnh. Nhóm đối tượng có số lần đến khám chữa bệnh dưới 2 lần chưa hài lòng cao hơn nhóm đối tượng đến khám lần đầu là 1,87 lần (95%CI: 1,12-3,13; p<0,05), kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Viết Lệ Duyên (2016) tại Bệnh viện đa khoa huyện Lâm Hà, Lâm Đồng tỷ lệ này là 5,06 lần [7]. Nhóm người bệnhcó thu nhập trên 2 triệu đồng/ tháng có tỷ lệ chưa hài lòng cao gấp 1,78 lần nhóm người bệnh có thu nhập dưới 2 triệu đồng/tháng (95%CI: 1,07-2,95; p<0,05). Người bệnh điều trị nội trú khi có thẻ bảo hiểm y tế không quan tâm lắm đến chi phí điều trị. Kết quả của chúng tôi lại cho thấy người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế có tỷ lệ chưa hài lòng cao hơn so với nhóm người bệnh chưa thẻ bảo hiểm y tế (18,0% so với 13,0%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thông kê (95%CI: 0,69-3,09; p>0,05).

V. KẾT LUẬN

5.1. Sự hài lòng của người bệnh nội trú đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Diễn Châu, Nghệ An, năm 2020.

- Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện là 82,8%. Trong đó, có 94,0% người bệnh hài lòng về thời gian tiếp cận chăm sóc của điều dưỡng khi người bệnh yêu cầu; 97,5% người bệnh hài lòng về kết quả chẩn đoán của bác sĩ; 97,7% người bệnh hài lòng về hướng dẫn phòng bệnh của nhân viên y tế; 97,3% người bệnh hài lòng về giải thích tình trạng bệnh của nhân viên y tế.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh nội trú tại địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như thu nhập bình quân hàng tháng, số lần đến khám chữa bệnh trong 12 tháng qua đến sự hài lòng của người bệnh, trong đó: Người bệnh có thu nhập bình quân ≥ 2 triệu đồng/ tháng; người bệnh đến khám chữa bệnh dưới 2 lần có khả năng chưa hài

lòng với dịch vụ khám chữa bệnh cao gấp 1,78 và 1,87 lần so với người bệnh thu nhập dưới 2 triệu đồng/tháng và người bệnh đến khám chữa bệnh từ 2 lần trở lên trong 12 tháng qua.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, đối tượng khám bệnh đến sự hài lòng của người bệnh

6. KIẾN NGHỊ

- Tăng chất lượng dịch vụ y tế để có thể đáp ứng được sự hài lòng của cả người bệnh có thu nhập thấp và có thu nhập cao.

- Thường xuyên học tập bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đặc biệt là nhân viên y tế tại Khoa có tỷ lệ hài lòng của người bệnh thấp là Khoa 3 chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
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. **Lê Minh Điều. (2016).** Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh nội trú và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa huyện An Phú, tỉnh An Giang năm 2016: Vol. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng.
4. **Võ Thị Ngọc Qúy. (2019).** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp năm 2019 [Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện]. Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Bùi Cộng Sự. (2017).** Sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa huyện Krông Ana, tỉnh Đắk Lắk năm 2017: Vol. Luận văn Chuyên khoa II Tổ chức quản lý y tế. Trường Đại học Y tế công cộng.
6. **Bhargava A. & et al. (2012).** Patient satisfaction survey of microbiological test done in G.B.Hospital. Int J Health Care Qual Assur., 25(7), 555–564.
7. **Hồ Viết Lệ Duyên. (2016).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2016: Vol. Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng.
8. **Hussein M Al-Borie. (2013).** Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: A SERVQUAL analysis. Int J Health Care Qual Assur., 26(1), 20-30.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM GIUN ĐƯỜNG RUỘT Ở HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC XÃ LIÊN VỊ, QUẢNG YÊN, TỈNH QUẢNG NINH (2019 -2020)

Vũ Văn Thái[1], Nguyễn Thị Huyền Sương[1]

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra KAP và xét nghiệm phân tìm trứng giun đường ruột cho 327 học sinh của trường tiểu học xã Liên Vị, thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2019 bằng phương pháp Kato - Katz. Kết quả:

Tỷlệ nhiễm giun đường ruộtchung: 33,0%; trong đó: giun đũa:17,1%; giun tóc: 19,3%. Tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc cao nhất ở khối lớp 3 (19,5% và 21,2%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giun theo giới.Tỷ lệ đơn nhiễm: 29,7%; tỷ lệ đa nhiễm: 3,4%

Cường độ nhiễm chung ở địa điểm nghiên cứu ở mức độ nhẹ: Cường độ nhiễm trứng giun đũa là 136 trứng/1g phân, cường độ nhiễm trứng giun tóc là 105trứng/1g phân, không có sự khác biệt theo giới về cường độ nhiễm.

Không có mỗi liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh với giới tính, kiến thức về đường lây truyền, tác hại của bệnh giun đường ruột và thói quen đi giày dép của học sinh.

Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh với kiến thức về các biện pháp phòng chống, thói quen thực hành như: ăn rau sống, cắt móng tay thường xuyên và rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện thường xuyên.

Từ khóa: nhiễm giun đường ruột, học sinh tiểu học, Quảng Yên

SUMMARY

SITUATION AND SOME FACTORSRELATED TO INFECTION HELMINTHS IN THE PUPILS OF LIEN VI PRIMARY SCHOOL, QUANG YEN TOWN, QUANG NINH PROVINCE 2019

We conducted a KAP survey and fecal test for intestinal helminth eggs for 327 pupils of Lien Vi primary school, Quang Yen town, Quang Ninh province in 2019 by Kato - Katz method. Result:

The rate of common intestinal helminthes infection: 33.0%; in which: roundworm: 17.1%; Whipworm: 19.3%. The prevalence of roundworm and whipworm was highest in grade 3 (19.5% and 21.2%). There was no difference in the prevalence of helminths by sex. Single infection rate: 29.7%; Multi-infection rate: 3.4%

The general infection intensity at the study site was mild: The intensity of roundworm eggs infection was 136 eggs / 1g feces, the intensity of infection with whipworm eggs was 105 million / 1g of feces, there was no gender difference in infection intensity. .

There was no relationship between the student's prevalence of intestinal helminthiasis and a student's sex, knowledge of the route of transmission, the effects of intestinal helminthiasis, and the student's shoe wearing habits.

There is a relationship between the prevalence of intestinal helminthes infection of students with

[1] *Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Thái
Email: vvthai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

knowledge of prevention measures and practices such as: eating raw vegetables, cutting nails regularly and washing hands before eating and after bowel movements. convenience often.

Keywords: intestinal helminthes infection, pupils, Quang Yen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giun đường ruột (GĐR), đặc biệt là các loại giun đũa (Ascaris lumbricoides), giun tóc (Trichuris trichiura) và giun móc/mỏ (Ancylostoma duodenale/Necator amreicanus) phổ biến ở khắp nơi trên thế giới nhưng gặp nhiều ở các nước đang phát triển, các nước có khí hậu nhiệt đới và cận nhiệt đới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (2019), trên Thế giới có khoảng hơn 1,5 tỷ người nhiễm giun đường ruột, trong đó trẻ em lứa tuổi đến trường là một trong các đối tượng dễ bị mắc và bị nhiễm bệnh giun đường ruột nhất, có khoảng 800 triệu học sinh bị nhiễm [1].

Việt Nam có điều kiện khí hậu, tập quán sinh hoạt cũng như vệ sinh môi trường rất thuận lợi cho sự phát triển và lây nhiễm các bệnh giun đường ruột. Theo điều tra của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung Ương, 95% người Việt Nam mang mầm bệnh giun đường ruột, trong đó một người có thể nhiễm từ 1 - 3 loài giun.

Quảng Ninh là một tỉnh nằm ở khu vực Đông Bắc của Tổ quốc với nhiều kiểu địa hình xen kẽ, có khí hậu nhiệt đới gió mùa với tập quán sinh hoạt, vệ sinh, ăn uống và canh tác còn lạc hậu. Chính vì vậy mà tỷ lệ nhiễm giun của người dân rất cao. Xuất phát từ thực tế trên đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun đường ruột ở học sinh trường tiểu học xã Liên Vị, Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh (2019-2020)"*, với 2 mục tiêu :

1. Xác định tỷ lệ và cường độ nhiễm giun đường ruột ở học sinh trường tiểu học xã Liên Vị, thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh 2019.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới nhiễm giun đường ruột ở học sinh tiểu học tại điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Là học sinh tiểu học.

*Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh đang học tại trường tiểu học xã Liên Vị.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bố mẹ trẻ không đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.
- Học sinh đã tẩy giun trong vòng một tuần tính đến ngày nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại trường tiểu học xã Liên Vị, thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2.Chọn mẫu nghiên cứu

2.2.2.1. Mẫu nghiên cứu thực trạng nhiễm giun đường ruột

Cỡ mẫu: Chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu:

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

Trong đó:n: cỡ mẫu tối thiểu cần phải điều tra.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với α = 0,05, độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96

P = 0,3: (theo nghiên cứu trước của bộ môn Ký sinh trùng trường) [2]

- q: là yếu tố phụ thuộc vào p (q= 1-p).
- d: độ chính xác mong muốn là 0,05.

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 322. Để giảm sai số, tăng độ chính xác của nghiên cứu chúng tôi đã xét nghiệm được 327 học sinh trường tiểu học Liên Vị.

Cách chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng:
- Cách chọn mẫu: Mỗi trường có 5 khối lớp (lớp 1, 2, 3, 4, 5), chúng tôi chọn chủ đích 3 khối (lớp 3, 4, 5). Mỗi khối chúng tôi chọn 4 lớp vào nghiên cứu.

2.2.2.2. Mẫu điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KAP)

Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh giun đường ruột của chính đối tượng đã được xét nghiệm phân ở điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành điều tra phỏng vấn nhóm đối tượng học sinh lớp 4 và lớp 5 bao gồm 214 học sinh.

2.2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

2.2.4.1. Kỹ thuật xét nghiệm phân

Xét nghiệm phân theo kỹ thuật Kato - Katz để xác định tỷ lệ và cường độ nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ của học sinh [3].

2.2.4.2. Kỹ thuật điều tra KAP

- Phỏng vấn trực tiếp học sinh bằng bộ phiếu phỏng vấn
- Cùng với phỏng vấn, chúng tôi kết hợp quan sát vệ sinh cá nhân của học sinh và thực trạng công trình vệ sinh ở trường của học sinh.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê sinh học và sử dụng phần mềm SPSS 20.0.
- Kết quả nghiên cứu được trình bày theo tỷ lệ % của các biến số.

2.2.6. Sai số có thể gặp và cách hạn chế sai số

- Sai số có thể gặp trong xét nghiệm. Hạn chế sai số bằng cách chọn các cán bộ có kinh nghiệm để làm xét nghiệm, sử dụng các kỹ thuật chuẩn.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu này được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 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. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh tại trường tiểu học xã Liên Vị

3.1.1. Tỷ lệ nhiễm giun

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm giun chung tại trường nghiên cứu

Kết quả / Trường	Số mẫu NC	Nhiễm chung		Giun đũa		Giun tóc		Giun móc/mỏ	
		(+)	(%)	(+)	(%)	(+)	(%)	(+)	(%)
Liên Vị	327	108	33,0	56	17,1	63	19,3	0	0,0

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun chung của học sinh trường tiểu học Liên Vị là 33,0%. Trong đó, tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc của học sinh đều cao với tỷ lệ tương ứng là 17,1% và 19,3%. Không có trường hợp nào nhiễm giun móc/mỏ ở học sinh của trường nghiên cứu.

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột theo lớp tại trường nghiên cứu

Trường	Nhóm lớp	Mẫu NC	Giun đũa		Giun tóc	
			n	(%)	n	(%)
Liên Vị	Lớp 3	113	22	19,5	24	21,2
	Lớp 4	106	13	12,3	20	18,9
	Lớp 5	108	21	19,4	19	17,6
p			> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đũa tăng dần, thấp nhất ở khối lớp 4. Tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc cao nhất là khối lớp 3 là 19,5% và 21,2%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm giun theo giới tính của học sinh tại trường nghiên cứu

Trường	Giới	Mẫu NC	Giun đũa		Giun tóc	
			n	(%)	n	(%)
Liên Vị	Nam	166	27	16,3	34	20,5
	Nữ	161	29	18,0	29	18,0
	Tổng	327	56	**17,1**	63	**19,3**
p			> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đũa ở nữ cao hơn nam (18,0%so với 16,3%). Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm giun tóc ở nam cao hơn nữ (20,5%so với 18,0%) tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.4. Tỷ lệ đơn nhiễm và đa nhiễm giun của học sinh

Trường / Nội dung	Liên Vị	
	n	(%)
Số nhiễm giun	108	33,0
Nhiễm 1 loại	**97**	**29,7**
Giun đũa (GĐ)	45	14,2
Giun tóc (GT)	52	16,5
Nhiễm 2 loại(GĐ + GT)	**11**	**3,4**

Nhận xét: 108 mẫu xét nghiệm có trứng giun được phân bố nhiễm 1 loại, nhiễm 2 loại ở trường tiểu học nghiên cứu. Trong đó, đơn nhiễm 1 loại giun chiếm tỷ lệ cao nhất 29,7%; đa nhiễm 2 loại giun 3,4%, không có trường hợp nào đa nhiễm 3 loại giun.

3.1.2. Cường độ nhiễm giun

Bảng 3.5. Cường độ nhiễm giun đường ruột tại trường nghiên cứu

Kết quả / Trường	Tổng số mẫu NC	Số trứng trung bình/ 1 gam phân	
		Giun đũa	Giun tóc
Liên Vị	327	127,20 ± 13,0	109,33 ± 12,57

***Nhận xét*: C**ường độ nhiễm 2 loại giun tại điểm nghiên cứu đều thuộc vào cường độ nhiễm nhẹ. Số trứng trung bình/1 gam phân của giun đũa là 127,20 ± 13,0; giun tóc 109,33 ± 12,57.

Bảng 3.6.Cường độ nhiễm giun theo giới tính tại địa điểm nghiên cứu

Kết quả / Giới	Tổng số NC	Số trứng trung bình/ 1 gam phân	
		Giun đũa	Giun tóc
Nam	83	150,00 ± 71,44	97,00 ± 36,42
Nữ	81	117,71 ± 86,5	114,54 ± 73, 30
p	164	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Cường độ nhiễm trứng giun đũa và trứng giun tóc không có sự khác biệt giữa nam và nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2. Một số yếu tố liên quan tới nhiễm giun đường ruột ở học sinh tiểu học tại điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành điều tra phỏng vấn ngẫu nhiên nhóm đối tượng học sinh lớp 4 và lớp 5 bao gồm 214 học sinh.

Bảng 3.7: Liên quan về giới với tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh

Yếu tố	Tổng số mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Nam	108	25	23,1	83	76,9	**1,13 [0,58-2,23]** > 0,05
Nữ	106	27	25,5	79	74,5	
Tổng cộng	**214**	**52**	**24,3**	**162**	**75,7**	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhómhọc sinh nam và học sinh nữ(23,1% so với 25,5%) với p > 0,05 (OR = 1,13).

Bảng 3.8. Liên quan giữa nhiễm giun đường ruột với kiến thứccủa học sinh về đường lây truyền

Yếu tố	Tổng số mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Có kiến thức đúng	143	27	18,9	116	81,1	**2,33 [1,16 - 4,66]** < 0,05
Có kiến thức không đúng	71	25	35,2	46	64,8	
Tổng cộng	214	52	24,3	162	75,7	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh có kiến thức về đường lây truyền giun đường ruột thấp hơn so với nhóm học sinh không có kiến thức về đường lây truyền giun đường ruột (18,9% so với 35,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (OR = 2,33)

Bảng 3.9. Liên quan giữa nhiễm giun đường ruột với kiến thứccủa học sinh về tác hại của nhiễm giun đường ruột

Yếu tố	Tổng số mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
KT đúng	178	42	23,6	136	76,4	**0,8 [0,34 - 2,03]** > 0,05
KT không đúng	36	10	27,8	26	72,2	
Tổng cộng	214	52	24,3	162	75,7	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh không có kiến thức về các tác hại khi nhiễm giun đường ruột cao hơn so với nhóm học sinh có kiến thức về các tác hại khi nhiễm giun đường ruột (27,8% so với 23,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (OR = 0,80)

Bảng 3.10. Liên quan giữa nhiễm giun đường ruột với kiến thức của học sinh về các biện pháp phòng chống nhiễm giun

Yếu tố	TS mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Không có kiến thức PC	24	10	41,7	12	58,3	**2,51 [0,92 - 6,58]** < 0,05
Có kiến thức phòng chống	190	42	22,1	148	77,9	
Tổng cộng	**214**	**52**	**24,3**	**162**	**75,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh có kiến thức về các biện pháp phòng chống thấp hơn so với nhóm học sinh không có kiến thức về các biện pháp phòng chống giun đường ruột (22,1% so với 41,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (OR = 2,51).

Bảng 3.11. Liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột với thói quen ăn rau sống của học sinh

Yếu tố	TS mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Có thói quen	71	24	33,8	47	66,2	**2,1 [1,04 - 4,18]** < 0,05
Không có thói quen	143	28	19,6	115	80,4	
Tổng cộng	**214**	**52**	**24,3**	**162**	**75,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhómhọc sinh có thói quen ăn rau sống cao hơn so với nhóm học sinh không có thói quen ăn rau sống (33,8% so với 19,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (OR = 2,1).

Bảng 3.12. Liên quan giữa thói quen rửa tay thường xuyên trước khi ănvà sau khi đi đại tiện của học sinh với tỷ lệ nhiễm giun đường ruột

Yếu tố	TS mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Có rửa tay	199	44	22,1	155	77,9	**4,03 [1,19 - 13,72]** < 0,05
Không rửa tay	15	8	53,3	7	46,7	
Tổng cộng	**214**	**52**	**24,3**	**162**	**75,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh có thói quen thường xuyên rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện thấp hơn so với nhóm học sinh không có thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện (22,1% so với 53,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (OR = 3,10).

Bảng 3.13. Liên quan giữa thói quen đi giầy dép thường xuyên của học sinh với tỷ lệ nhiễm giun đường ruột

Yếu tố	TS mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Có đi	201	47	23,4	154	76,6	**2,05 [0,50 - 7,47]** > 0,05
Không đi	13	5	38,5	8	61,5	
Tổng cộng	214	52	24,3	162	75,7	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh có thói quen thường xuyên đi giày dép thấp hơn so với nhóm học sinh không có thói quen đi giày dépthường xuyên (23,4% so với 38,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05(OR = 2,05).

Bảng 3.14. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột liên quan tới thói quen cắt móng tay của học sinh

Yếu tố	TS mẫu NC	Tỷ lệ nhiễm giun		Tỷ lệ không nhiễm giun		OR (CI95%), p
		n	(%)	n	(%)	
Thường xuyên cắt	183	40	21,9	143	78,1	**2,26 [0,91 - 5,38]** < 0,05
Không thường xuyên cắt	31	12	38,7	19	61,3	
Tổng cộng	**214**	**52**	**24,3**	**162**	**75,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột ở nhóm học sinh có thói quen thường xuyên cắt móng tay thấp hơn so với nhóm học sinh không có thói quen cắt móng tay thường xuyên (21,9% so với 38,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (OR = 2,26).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh tại trường tiểu học xã Liên Vị

4.1.1. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm giun đường ruột chung là 33,0%, trong đó tỷ lệ nhiễm giun đũa là 17,1%, giun tóc là 19,3%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Thanh Mai và CS [4] tại trường tiểu học Tú Sơn, huyện Kiến Thụy, Hải Phòng năm 2015: tỷ lệ nhiễm giun chung là 27,0%, tỷ lệ nhiễm giun đũa là 17,8%, giun tóc 13,4% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Một điều tra cắt ngang được tiến hành từ tháng 9 đến tháng 11 năm 2017 của Vũ Thị Bình Phương và CS nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và một số yếu tố nguy cơ tới nhiễm giun đường ruột truyền qua đất của học sinh xã Tân Hòa và xã Quang Minh huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhiễm giun chung của học sinh tiểu học là 8,25%, giun đũa 4,0%, giun tóc 3,3%, giun móc/mỏ 1,0%. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [5].

Tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc cao nhất là khối lớp 3 là 19,5% và 21,2%. Tỷ lệ nhiễm giun đũa ở nữ cao hơn nam, trong khi đó tỷ lệ nhiễm giun tóc ở nữ cao hơn nam. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ nhiễm một loại giun đường ruột cao nhất 29,7%; nhiễm 2 loại giun (giun đũa + giun tóc) chiếm 3,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Thanh Mai và CS, năm 2015 [4]: nhiễm 1 loại chiếm tỷ lệ cao nhất 22,1%, nhiễm 2 loại là 4,9%. Theo Vũ Thị Bình Phương và CS nghiên cứu ở học sinh tiểu học xã Tân Hòa và Minh Quang, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017. Tỷ lệ nhiễm phối hợp mầm bệnh giun đường ruột của học sinh: nhiễm một loại cao hơn so với nhiễm phối hợp 2 loại giun (16,5% so với 1,8%) [5].

4.1.2. Cường độ nhiễm giun đường ruột

Cường độ nhiễm trứng giun đũa của trường tiểu học Liên Vị: 127,20 ± 13,0 trứng/1g phân. Cường độ nhiễm trứng giun tóc 109,33 ± 12,57 trứng/1g phân. Ở nam cường độ nhiễm trứng giun đũa và giun tóc là 150,00 ± 71,44 và 97,00 ± 36,42trứng/1g phân so với nữ là117,71 ± 86,5 và 114,54 ± 73,3 trứng/1g phân, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Cường độ nhiễm trứng giun đũa, giun tóc và theo giới tính tại điểm nghiên cứu đều ở mức độ nhẹ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO),

4.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun đường ruột của học sinh

Nhóm học sinh nữ có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 1,13 lần so với học sinh nam. So với nghiên cứu của Phan Văn Trọng và CS tại trường tiểu học huyện Cư'Mgar năm 2015 cho kết qua tỷ lệ nhiễm giun chung của học sinh nữ 14,55% và học sinh nam 17,04%. Tỷ lệ nhiễm giun chung của nhóm học sinh nam cao gấp 1,2 lần với tỷ lệ nhiễm ở nữ [6]. Nhóm học sinh không có kiến thức có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 2,33 lần so với nhóm học sinh có kiến thức về nguyên nhân đường lây truyền giun đường ruột. (OR = 2,33). So với kết quả nghiên cứu của Lê Hữu Cầu và CS năm 2017 ở một số trường tiểu học tỉnh Ninh Thuận, Đăk Nông, Quảng Bình cho thấy có sự tương đồng, khoảng 66% số học sinh còn chưa có kiến thức đầy đủ về các nguyên nhân gây nhiễm giun đường ruột, đặc biệt có 18,47% học sinh không biết bất kỳ một nguyên nhân nhiễm giun nào [7]. Nhóm học sinh không có kiến thức về tác hại khi nhiễm giun đường ruột có nguy cơ nhiễm giun gấp 0,8 lần so với nhóm học sinh có

kiến thức về tác hại khi nhiễm giun (OR = 0,80). Nhóm học sinh không có kiến thức về cách phòng chống nhiễm giun đường ruột có nguy cơ nhiễm giun gấp 2,51 lần nhóm học sinh có kiến thức về cách phòng chống nhiễm giun. Có sự liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun với kiến thức về cách phòng chống nhiễm giun của học sinh (OR = 2,51).

Nhóm học sinh có thói quen ăn rau sống có nguy cơ nhiễm giun gấp 2,1 lần nhóm học sinh không có thói quen ăn rau sống. Kết quả này cho thấy có sự liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun với thói quen ăn rau sống của học sinh (OR = 2,1).Nghiên cứu của Vũ Văn Thái và CS [8] ở hai trường tiểu học tại Hải Phòng cho thấy tỷ lệ nhiễm giun ở nhóm có thói quen ăn rau sống cao hơn nhóm không có thói quen ăn rau sống (26,80% so với 3,92%). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Ở nhóm học sinh không có thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 4,03 lần so với nhóm học sinh có thói quen thường xuyên rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05 (OR = 4,03). So với nghiên cứu của Lê Hữa Cầu và CS năm 2017 [7] cho kết quả giống như của chúng tôi, có sự liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun với thói quen rửa tay của học sinh. Có 8,77% số học sinh không có thói quen rửa tay với tỷ lệ nhiễm giun cao hơn so với nhóm học sinh rửa tay thường xuyên trước khi ăn và sau khi đi đại tiện (22,3% so với 7,42%). Ở nhóm học sinh không có thói quen thường xuyên đi giày dép có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 2,05 lần so với nhóm học sinh thường xuyên đi giày dép, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (OR = 2,05). Theo nghiên cứu của Lê Hữu Cầu và CS năm 2017 [7] cho kết quả khác với chúng tôi, có sự liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun và thói quen đi giày dép của học sinh. Số học sinh không có thói quen đi giày dép tại 3 tỉnh đó cao hơn 26,7%. Do vùng Tây Nguyên có cấu tạo đất bazan rất dẻo, dính và rất trơn vào mùa mưa nên trẻ em thường hay bỏ giày dép khi đi lại. Ở nhóm học sinh không có thói quen cắt móng tay thường xuyên có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 2,26 lần so với nhóm học sinh thường xuyên cắt móng tay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (OR = 2,26). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Thái, Đinh Thị Thanh Mai [8]: tỷ lệ nhiễm giun ở nhóm học sinh không thường xuyên cắt móng tay (19,10%) cao hơn nhóm học sinh thường xuyên cắt móng tay (9,73%).

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm giun đường ruột tại các địa điểm nghiên cứu

1.1. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột

-Tỷlệ nhiễm giun đường ruộtchung: 33,0%; trong đó: giun đũa:17,1%; giun tóc: 19,3%.

- Tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc cao nhất ở khối lớp 3 (19,5% và 21,2%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giun theo giới.

- Tỷ lệ đơn nhiễm: 29,7%; tỷ lệ đa nhiễm: 3,4%

1.2. Cường độ nhiễm giun

- Cường độ nhiễm chung ở mức độ nhẹ: Cường độ nhiễm trứng giun đũa là 136 trứng/1g phân, cường độ nhiễm trứng giun tóc là 105trứng/1g phân

- Cường độ nhiễm giun theo giới là tương đương nhau.

2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh giun đường ruột tại địa điểm nghiên cứu

- Không có mỗi liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh với giới tính,

kiến thức về đường lây truyền, tác hại của bệnh giun đường ruột và thói quen đi giày dép của học sinh.

- Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun đường ruột của học sinh với kiến thức về các biện pháp phòng chống, thói quen thực hành như: ăn rau sống, cắt móng tay thường xuyên và rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiện thường xuyên.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Tổ chức các buổi học ngoại khóa, giáo dục cho học sinh về nguyên nhân, tác hại bệnh giun đường ruột, hướng dẫn trẻ thực hiện các biện pháp phòng chống nhiễm bệnh giun đường ruột đúng cách.

- Hướng dẫn trẻ rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh hoặc sau tiếp xúc với mầm bệnh như: đất, phân.... Không để móng tay dài, thường xuyên cắt móng tay sạch sẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hồng Liên, Nguyễn Thu Hương và CS (2013),** "Tình hình nhiễm giun đường ruột ở học sinh tại một số quận, huyện thành phố Hà Nội năm 2011-2012", Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 6- 2013, tr.82-89.
2. **Đinh Thị Thanh Mai, Vũ Đức Long (2014),** "Kiến thức thực hành và một số yếu tố liên quan đến bệnh giun đường ruột của phụ huynh học sinh có con học tại 2 trường tiểu học ở Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, số 921 – 2014, tr. 27 – 29.
3. **Đinh Thị Thanh Mai, Vũ Văn Thái và CS (2017),** Thực hành Ký sinh trùng,trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Nhà xuất bản y học, Hà nội 2017
4. **Đinh Thị Thanh Mai, Võ Thị Thanh Hiền, Vũ Văn Thái (2015),** "Mối liên quan giữa nhiễm giun đường ruột với tình trạng dinh dưỡng của học sinh tại một trường tiểu học huyện Kiến Thụy Hải Phòng", Y học thực hành Công trình nghiên cứu khoa học trường Đại học Y dược Hải Phòng số 1004-2016, tr.212-215.
5. **Vũ Thị Bình Phương và CS (2017),** "Yếu tố nguy cơ nhiễm giun đường ruột truyền qua đất của học sinh tiểu học hai xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình", Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, số 3 (105)/2018, tr. 18 – 23.
6. **Phan Văn Trọng, Nguyễn Thị Lệ và CS (2017),** "Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học trường Ngô Gia Tự tại huyện Cư'Mgar, Đắk Lắk năm 2015", Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số đặc biệt (96)/2017, tr.329-333.
7. **Lê Hữu Cầu và CS (2017),** "Tỷ lệ, cường độ và một số yếu tố liên quan nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại một số điểm thuộc tỉnh Ninh Thuận, Đăk Nông, Quảng Bình năm 2014", Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số đặc biệt (96)/2017, tr.196-202.
8. **Vũ Văn Thái, Đinh Thị Thanh Mai (2014),** "Kiến thức – thái độ - thực hành và một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun đường ruột của học sinh ở hai trường tiểu học tai Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, số 921 – 2014, tr. 463 - 466.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH CEPHALOSPORIN TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THUỶ NGUYÊN NĂM 2019

Phạm Văn Trường[1], Đỗ Thị Bích Diệp[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1], Trương Đình Phong[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu đã tiến hành hồi cứu trên 390 bệnh án nội trú của bệnh nhân trong giai đoạn từ ngày 01/01/2019 đến ngày 30/6/2019 tại Bệnh viện đa khoa huyện Thuỳ Nguyên. Kết quả: Kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 có mức độ tiêu thụ lớn nhất viện: 15,64 DDD/100 giường/ngày (93,46%). Phác đồ kháng sinh đơn độc chiếm ưu thế với tỷ lệ 66,41%, đặc biệt phác đồ ceftizoxime được chỉ định nhiều nhất (36,41%). Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình của bệnh nhân điều trị nội trú trong mẫu nghiên cứu là 7,41 ngày. Trong số 131 trường hợp phối hợp kháng sinh thì có tới 105 trường hợp xảy ra tương tác giữa nhóm cephalosporin và aminoglycosid, chiếm 26,92% trong mẫu nghiên cứu.

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh, cephalosporin,

SUMMARY

THE SITUATION OF CEPHALOSPORIN USE IN INPATIENT TREATMENT AT THUY NGUYEN GENERAL HOSPITAL IN 2019

This study looked back at 390 inpatient medical data from patients at Thuy Nguyen General Hospital from January 1, 2019 to June 30, 2019. The following are the results: The third generation cephalosporin were the most commonly used in the hospital, with 15.64 DDD/100 beds/day (93.46 percent). With a rate of 66.41 percent, a single antibiotic regimen prevailed, with ceftizoxime being the most often mentioned (36.41 percent). Inpatients in the research group used antibiotics for an average of 7.41 days. There were 105 interactions between cephalosporins and aminoglycosides among the 131 instances of antibiotic combination, accounting for 26.92 percent of the study sample.

Keyword: antibiotic use, cephalosporin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, kháng sinh cũng là một trong những thuốc sử dụng phổ biến trong lĩnh vực y tế và nhiều lĩnh vực khác. Trong một nghiên cứu quan sát, ở các tỉnh miền Bắc Việt Nam tỷ lệ thuốc kháng sinh được bán rất cao tại các nhà thuốc: 24% ở thành thị và 30% ở nông thôn, phần lớn trong số đó là không có đơn thuốc: 88% ở thành phố và 91% ở nông thôn.

Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên là bệnh viện hạng 2 có quy mô lớn nhất Hải Phòng với hơn 600 giường bệnh và mỗi ngày có hơn 1000 lượt khám bệnh. Bệnh viện được thành lập với nhiệm vụ khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe của nhân dân trong và ngoài địa bàn huyện Thủy Nguyên. Bên cạnh đó, bệnh viện cũng chịu trách nhiệm đào tạo nhân lực y tế, chỉ đạo tuyến và phòng chống dịch bệnh. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có bất kỳ đề tài nghiên cứu nào được thực

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trường
Email: pvtruong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 18.5.2021

hiện nhằm đánh giá về sử dụng thuốc đặc biệt là về kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên. Xuất phát từ thực tế đó, tiến hành thực hiện nghiên cứu: "Thực trạng sử dụng kháng sinh cephalosporin trong điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên năm 2019" nhằm mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh cephalosporin trong điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Thủy Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/06/2019.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Ta có: công thức tính cỡ mẫu như sau: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)}.P(1-P)/d^2$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu
- α: Mức độ tin cậy, chọn α = 0,05 ứng với độ tin cậy là 95%.
- Z: Độ sai lệch của hệ số giới hạn tin cậy (1- α/2). Với α = 0,05, tra bảng ta có Z = 1,96.
- d : Độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Chọn d = 0,05
- P: Tỷ lệ nghiên cứu ước tính.
- Q = 1-P. Thường tỷ lệ P và Q được ước tính 50%/50% đó là khả năng lớn nhất có thể xảy ra của tổng thể.

Thay vào công thức, tính ra được n = 384. Để tránh sai số thực tế chọn 390 bệnh án trong số 10599 bệnh án của bệnh viện để đưa vào nghiên cứu.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ kháng sinh cephalosporin theo mục đích sử dụng
- Mức độ tiêu thụ cephalosporin
- Tỷ lệ các loại phác đồ kháng sinh cephalosporin ban đầu
- Thời gian sử dụng kháng sinh
- Tỷ lệ phối hợp kháng sinh và tương tác thuốc

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu viên cam kết giữ bí mật thông tin liên quan đến đề tài nghiên cứu. các số liệu thu thập được trong quá trình thực hiện đề tài này chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không nêu tên cá nhân bác sĩ, bệnh nhân,… trong bất kỳ tài liệu công khai nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ kháng sinh cephalosporin theo mục đích sử dụng

STT	Mục đích sử dụng kháng sinh	N	Tỷ lệ (%)
1	Có chẩn đoán nhiễm khuẩn	383	98,21
2	Không có chẩn đoán nhiễm khuẩn nhưng có dấu hiệu của nhiễm khuẩn	4	1,03
3	Không có dấu hiệu nhiễm khuẩn	3	0,77
Tổng		**390**	**100,00**

Hầu hết các đối tượng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định kháng sinh khi đã có chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn của bác sĩ (98,21%).

Các bệnh nhân sử dụng kháng sinh còn lại khi không có chẩn đoán nhiễm khuẩn nhưng có dấu hiệu của nhiễm khuẩn và các bệnh nhân sử dụng kháng sinh khi không có dấu hiệu nhiễm khuẩn có tỷ lệ xấp xỉ nhau và rất thấp, lần lượt là 1,03% và 0,77%.

Bảng 2: Mức độ tiêu thụ của cephalosporin

Nhóm kháng sinh	DDD	%	Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất	DDD	%
C1G	3,89	18,08	Cefradin	3,64	93,46
C2G	1,64	7,61	Cefoxitin	1,64	100,00
C3G	15,64	72,64	Ceftizoxim	12,94	82,78
C4G	0,36	1,67	Cefepim	0,36	100,00

Kháng sinh cephalosporin là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất: 52,72%, với 21,52 DDD/100 giường/ngày. C3G được sử dụng nhiều nhất với 93,46%, đặc biệt ceftizoxim là kháng sinh có mức tiêu thụ lớn trong nhóm này: 15,64 DDD/100 giường/ngày (82,78%). Kháng sinh C4G có mức tiêu thụ thấp nhất, chỉ chiếm 1,67%. Cefepim là kháng sinh duy nhất của C4G được sử dụng tại bệnh viện với 0,36 DDD/100 giường/ngày.

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh án theo phác đồ kháng sinh ban đầu

STT	Phác đồ kháng sinh	N	%
Phác đồ khánh sinh đơn độc		**259**	**66,41**
1	Ceftizoxime	142	36,41
2	Cefixim	43	11,03
3	Cefoxitin	39	10,00
4	Cefradin	22	5,64
5	Ceftizoxim	7	1,79
6	Cefalexim	4	1,03
7	Cefepin	1	0,26
8	Cefalotin	1	0,26
Phác đồ kháng sinh phối hợp		**134**	**34,36**
1	Ceftizoxim - Gentamicin	50	12,82
2	Cefoxitin - Gentamicin	27	6,92
3	Cefixim - Tobramicin	8	2,05
4	Ceftizoxim - Ciprofloxacin	7	1,79
5	Ceftizoxim - Levofloxacin	6	1,54
6	Cefixim - Gentamicin	6	1,54
7	Ceftizoxim - Metronidazole	4	1,03
8	Cefoxitin - Ciprofloxacin	3	0,77
9	Ceftizoxime - Gentamicin	3	0,77
10	Ceftizoxim - (Sulfamethoxazol + Trimethoprim)	2	0,51

11	Cefradin - Gentamicin	2	0,51
12	Cefixim - Gentamicin	2	0,51
13	Cefoxitin - Metronidazole	2	0,51
14	Ceftriaxone - Amikacin	2	0,51
15	(Cefoperazon + Sulbactam) - Gentamicin	1	0,26
16	Cefalotin - Gentamicin	1	0,26
17	Ceftizoxime - Ciprofloxacin	1	0,26
18	Cephalexin - Tobramycin	1	0,26
19	Cefoxitin - Gentamicin	1	0,26
20	Cefpodoxime - Levofloxacin	1	0,26
21	Ceftizoxim - Levofloxacin	1	0,26
22	Cefixim - (Sulfamethoxazol + Trimethoprim)	1	0,26
23	Ceftizoxim - Tobramycin	1	0,26
24	Cephalothin - Ciprofloxacin	1	0,26
Tổng		**393**	**100,00**

Phác đồ kháng sinh đơn độc chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu với 259 lượt chỉ định chiếm 66,41%, trong khi đó phác đồ kháng sinh phối hợp chỉ chiếm 34,36% với 131 lượt chỉ định. Trong đó có 8 phác đồ kháng sinh đơn độc và 23 phác đồ phối hợp 2 kháng sinh, không có trường hợp 3 kháng sinh. Cụ thể, phác đồ kháng sinh ceftizoxime được chỉ định nhiều nhất với 36,41%, tiếp đến là phác đồ cefixim với 11,03%, phác đồ kháng sinh được chỉ định ít nhất là cefepin và cefalotin với cùng tỷ lệ là 0,26%.

Bảng 4: Thời gian sử dụng kháng sinh

STT	Thời gian sử dụng kháng sinh	Số lượng BA	Tỷ lệ (%)
1	<7 ngày	148	37,95
2	7-10 ngày	179	45,90
3	>10 ngày	63	16,15
4	Tổng	390	100,00
5	Số ngày trung bình	7,41	
6	Ngắn nhất	2 ngày	
7	Dài nhất	20 ngày	

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên trong 2 quý đầu năm 2019 là 7,41 ngày. Số lượng bệnh nhân sử dụng kháng sinh trong 7-10 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất: 45,90%, tiếp theo là dưới 7 ngày chiếm 37,95%, cuối cùng là trên 10 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất: 16,15%.

Bảng 5: Tỷ lệ bệnh án có phối hợp kháng sinh và tương tác thuốc

Phối hợp kháng sinh	N	%	Tương tác thuốc	N	%
Có	131	33,59	Có	105	26,92
Không	259	66,41	Không	285	73,08
Tổng	**390**	**100,00**	**Tổng**	**390**	**100,00**

Trong số 131 trường hợp phối hợp kháng sinh thì có tới 105 trường hợp (26,67%) có tương tác giữa nhóm cephalosporin và aminoglycosid ở mức độ vừa phải.

IV. BÀN LUẬN

- Về tỷ lệ sử dụng kháng sinh theo mục đích sử dụng: đa phần bệnh nhân khi nhập viện điều trị kháng sinh đều được chẩn đoán là có nhiễm khuẩn. Các bệnh nhân còn lại khi không có chẩn đoán nhiễm khuẩn có tỷ lệ rất thấp. Đây hầu hết là những trường hợp sử dụng kháng sinh trong dự phòng bội nhiễm hoặc trên những đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như các bệnh nhân có sức đề kháng kém.

- Về mức độ tiêu thục của kháng sinh cephalosporin: C3G được sử dụng nhiều nhất với 93,46%, đặc biệt ceftizoxim là kháng sinh có mức tiêu thụ lớn trong nhóm này: 15,64 DDD/100 giường/ngày (82,78%). Điều này có thể được giải thích C3G là phân nhóm kháng sinh có phổ khuẩn rộng, tác dụng tốt trên cả vi khuẩn Gram (+) và Gram (-), điều trị hiệu quả các nhiễm khuẩn từ nhẹ đến nặng. Hơn nữa, việc điều trị bằng kháng sinh này cũng tương đối an toàn, hiệu quả và ít gặp tác dụng phụ. Mặt khác, các bác sĩ điều trị bệnh theo kinh nghiệm thường có tâm lý mong muốn bệnh nhân nhanh chóng đạt hiệu quả điều trị nên các kháng sinh phổ rộng như C3G được sử dụng với tần số cao.

- Về phác đồ kháng sinh ban đầu của bệnh nhân: Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng sử dụng kháng sinh đơn độc cho hiệu quả tương tự như phối hợp kháng sinh, tuy không làm giảm tỷ lệ tử vong nhưng làm giảm nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn. Mặt khác, việc sử dụng phác đồ kháng sinh đơn độc ngay từ ban đầu góp phần tiết kiệm chi phí điều trị cho bệnh nhân, hạn chế nguy cơ kháng kháng sinh xảy ra. Vì vậy, phác đồ kháng sinh đơn độc chiếm đa số tại bệnh viện là hợp lý

- Về thời gian sử dụng kháng sinh: Theo khuyến cáo của Bộ Y tế năm 2015, độ dài đợt điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng nhiễm khuẩn, vị trí nhiễm khuẩn, sức đề kháng của người bệnh. Các trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ và trung bình thường đạt kết quả sau 7 - 10 ngày nhưng những trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn ở những tổ chức mà kháng sinh khó thâm nhập (màng tim, màng não, xương - khớp...), bệnh lao... thì đợt điều trị kéo dài hơn nhiều. Như vậy, thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu được đánh giá là phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế. Điều đó cho thấy việc tuân thủ các quy tắc trong điều trị đem lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân, góp phần rút ngắn thời gian và chi phí điều trị cho bệnh nhân.

- Về tương tác thuốc: Trong trường hợp điều trị không có kết quả vi sinh và dựa vào diễn tiến lâm sàng thì đợt điều trị của aminoglycosid thường kéo dài tối đa 5 ngày. Trong mẫu nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào sử dụng phác đồ phối hợp cephalosporin và aminoglycosid quá 5 ngày

điều trị. Đồng thời, bệnh viện đã xây dựng danh sách tương tác thuốc thường gặp trong điều trị tại bệnh viện. Vì thế, các bác sĩ đã cân nhắc kỹ lưỡng giữa lợi ích và nguy cơ khi chỉ định phối hợp kháng sinh để không xảy các phản ứng có hại và các biến chứng bất lợi cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Thuỷ Nguyên từ 01/01/2019 đến 30/06/2019, đề tài thu được một số kết quả như sau: C3G là kháng sinh có tỷ lệ sử dụng lớn nhất với 15,64 DDD/100 giường/ngày chiếm 93,46%. Trong đó, chủ yếu là phác đồ kháng sinh đơn độc. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình của bệnh viện là 7,41 ngày với 105 tương tác thuốc ở mức độ trung bình được ghi nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016),** "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện - Quyết định số 772/QĐ-BYT", pp.
2. **Bow E.J. Rotstein C., et al., (2006),** "A randomized, open-label, multicenter comparative study of the efficacy and safety of piperacillin-tazobactam and cefepime for the empirical treatment of febrile neutropenic episodes in patient with hematologic malignancies", Clinical Infectious Diseases, 43 (4), pp. 447-459.
3. **Bratzler Dale W, Dellinger E Patchen, et al. (2013),** "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", Am J Health Syst Pharm, pp. 195-283.
4. **Christopher Duplessis Nancy F. Crum-Cianflone (2011),** "Ceftaroline: A New Cephalosporin with Activity against Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)", Clinical Medicine Reviews in Therapeutics, pp.
5. **Do Thi Thuy Nga Nguyen Thi Kim Chuc, Nguyen Phuong Hoa, Nguyen Quynh Hoa, Nguyen Thi Thuy Nguyen, Hoang Thi Loan, Tran Khanh Toan, Ho Dang Phuc, Peter Horby,Nguyen Van Yen, Nguyen Van Kinh and Heiman FL Wertheim, (2014),** "Antibiotic sales in rural and urban pharmacies in northern Vietnam: an observational study", pp.
6. **Kim SH Song JH, Chung DR, Thamlikitkul V, Yang Y, Wang H, Lu M, So TM, Hsueh PR, Yasin RM, Carlos CC, Pham HV, Lalitha MK, Shimono N, Perera J, Shibl AM, Baek JY, Kang CI, Ko KS, Peck KR; ANSORP Study Group, (2012),** "Changing trends in antimicrobial resistance and serotypes of Streptococcus pneumoniae isolates in Asian countries: an Asian Network for Surveillance of Resistant Pathogens (ANSORP) study.", Antimicrob Agents Chemother. , pp. 56:3.1418-1426,.
7. **Sanchez Sergio (2015),** Antibiotics, Caister Academic Press, pp. 2.
8. **Shinu Mary John Bijoy Kumar Panda1,** Deepak Govind Bhosle, Nikki Soman, (2019), "Evaluation of cephalosporins utilization and compliance with reference to the hospital antibiotic policy of an Indian tertiary care hospital", International Journal of Basic & Clinical Pharmacology, pp. 1044 - 1050.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO (HPLC) ĐỂ XÁC ĐỊNH SƠ BỘ THÀNH PHẦN HOÁ HỌC CỦA VI NẤM BIỂN

Bùi Hải Ninh[1], Nguyễn Thị Thùy Khuê[1], Hoàng Thị Hồng Liên[2], Khổng Trọng Quân[3], Phạm Giang Nam[3], Min-kyun Na[3], Lê Thị Hồng Minh[4], Đoàn Thị Mai Hương[4], Phạm Văn Cường[4], Nguyễn Văn Hùng[1], Cao Đức Tuấn[1,2]

TÓM TẮT

Trong số các vi sinh vật biển, vi nấm đóng vai trò quan trọng, là nguồn sản xuất nhiều hợp chất thứ cấp có cấu trúc hóa học và hoạt tính sinh học đa dạng. Thời gian gần đây, có nhiều nghiên cứu về vi nấm biển được thực hiện, dẫn đến số lượng các công bố về vi nấm biển tăng nhanh. Một trong những khó khăn thường gặp khi nghiên cứu thành phần hóa học cũng như hoạt tính sinh học của vi nấm biển là tỷ lệ phân lập các hợp chất đã biết khá cao, dẫn đến tốn kém về thời gian và nguồn lực. Trong nghiên cứu này, chúng tôi bước đầu ứng dụng kỹ thuật sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) để xác định sơ bộ thành phần hóa học của một số chủng vi nấm biển phân lập từ trầm tích biển thành phố Hải Phòng. Kết quả cho thấy kỹ thuật HPLC có thể giúp định hướng, lựa chọn chủng vi nấm biển tiềm năng để thực hiện nghiên cứu sâu hơn về thành phần hóa học cũng như hoạt tính sinh học.

Từ khóa: HPLC, sàng lọc hóa học, vi nấm biển

[1]Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
[2]Trường Đại học Buôn Ma Thuột
[3]Đại học Dược, Đại học Quốc Gia Chung nam, Hàn Quốc
[4]Viện Hóa Sinh Biển, Viện Hàn lâm & Khoa học Công nghệ Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đức Tuấn
Email: cdtuan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

SUMMARY

PRELIMINARY CHEMICAL SCREENING OF MARINE FUNGI BY HIGH PERFORMANCE LIQUID CHROMATOGRAPHY (HPLC)

Marine fungi play a very important role, providing many secondary metabolites with diverse structures and biological activities. Recently, many research groups all over the world direct their attention to marine fungi and the number of marine fungi publications increase rapidly. However, there are not many studies on the secondary metabolites from marine fungi in Vietnam yet. One of the bottle neck in this type of study is the high chance of repeat isolations of known compounds, thus wasting many research time and resources. In the course of our screening program, together with guided bioassay screening, high performance liquid chromatography (HPLC) was utilized to preliminary assess the chemical profile of selected marine fungi strains isolated from Hai Phong sea's sediment. Result shown that HPLC is a valuable tool to guide and select promising marine fungi strains for further studies on their chemcal and biological characteristics.

Keywords: Marine fungi, chemical screening, HPLC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi nấm biển là nguồn sản xuất dồi dào các hợp chất có cấu trúc và hoạt tính sinh học đa

dạng [1]. Trong những năm gần đây, vi nấm biển đã được nghiên cứu ngày càng nhiều hơn, số lượng các hợp chất mới từ vi nấm biển tăng nhanh, chiếm khoảng 30% các hợp chất có nguồn gốc từ vi sinh vật biển. Nhiều hợp chất trong số này đang được thử nghiệm sâu hơn nhằm đưa vào ứng dụng trong y học, dược học [2].

Một trong những điểm hạn chế lớn nhất của các chương trình nghiên cứu phát triển thuốc từ nguồn tự nhiên nói chung, bao gồm phát triển thuốc từ vi sinh vật là sự phát hiện các hợp chất đã biết [3]. Điều này đã dẫn đến dự đoán tốc độ phát hiện các lớp chất từ vi sinh vật của các chương trình phát triển thuốc rất khác nhau [4]. Dự đoán này dựa vào giả thuyết, hầu hết các hợp chất dễ phân lập đã được phát hiện, chỉ còn ít các hợp chất thứ cấp chưa biết có thể phát hiện, trừ khi thực hiện các chương trình sàng lọc quy mô lớn [5, 6].

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày kết quả nghiên ứng dụng kỹ thuật sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) trong việc xác định sơ bộ thành phần hóa học của một số chủng vi nấm biển có hoạt tính kháng vi sinh vật phân lập từ trầm tích biển thành phố Hải Phòng. Kết quả cho thấy, bên cạnh việc sử dụng hoạt tính sinh học dẫn đường, kỹ thuật HPLC có thể giúp định hướng, lựa chọn chủng vi nấm biển tiềm năng để thực hiện nghiên cứu sâu hơn về thành phần hóa học cũng như hoạt tính sinh học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 05 chủng vi nấm biển phân lập từ mẫu trầm tích thu nhận ở vùng biển Cát Bà thành phố Hải Phòng năm 2019 [7].

2. Vật liệu và thiết bị nghiên cứu

Các hóa chất sử dụng được cung cấp từ các hãng Hidia (Ấn Độ), Sigma-Aldrich (Mỹ), Đức Giang (Việt Nam) ...

Thành phần hóa học sơ bộ được xác định bằng hệ thống HPLC Shimadzu, đầu dò UV ở bước sóng 205 nm và 254 nm, cột Phenomenex C18 150 x 4.6 mm

Các chủng vi sinh vật kiểm định dùng trong thử nghiệm hoạt tính kháng vi sinh vật cung cấp bởi trung tâm mô và tế bào, Mỹ (ATCC) là: 3 chủng vi khuẩn gram dương (Enterococcus faecalis ATCC29212 (E.f), Stapphylococus aureus ATCC25923 (S.a), Bacillus cereus ATCC13245 (B.c); 3 chủng vi khuẩn gram âm (Escherichia coli ATCC25922 (E.c), Pseudomonas aeruginosa ATCC27853 (P.a), Salmonella enterica ATCC13076 (S.e)) và nấm Candida albicans ATCC10231 (C.a).

3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nuôi cấy lượng nhỏ (500 mL) và tạo cặn chiết

Ống lưu giữ các chủng vi nấm ở - 80 ^{o}C được đem rã đông từ từ trên đá, sau đó cấy chấm vào đĩa petri chứa môi trường tương ứng với môi trường phân lập [7], nuôi tĩnh ở 28 ^{o}C trong 7 ngày. Từ đĩa petri, tiến hành nhân giống cấp 1 bằng cách cấy khuẩn lạc từ đĩa petri vào bình tam giác chứa 10 mL môi trường nuôi cấy dạng lỏng tương ứng, sau đó nuôi lắc với tốc độ 100 vòng/phút ở nhiệt độ 28 ^{o}C trong 10 đến 14 ngày để thu được dịch nhân giống cấp 1. Từ dịch nhân giống cấp 1, tiến hành nuôi cấy lượng nhỏ bằng cách bổ sung dịch nhân giống cấp 1 vào bình tam giác chứa 500 mL môi trường nuôi cấy dạng lỏng tương ứng, sau đó nuôi lắc với tốc độ 100 vòng/phút ở nhiệt độ 28 ^{o}C trong 10 đến 14 ngày. Dịch nuôi cấy (500 mL) các chủng vi nấm sau đó được thu nhận và chiết với dung môi etyl acetate (EtOAc; 300 mL x 5

lần). Dịch chiết được làm khô dưới áp suất giảm thu được cặn chiết tương ứng.

Phương pháp thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định

Hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định được xác định theo phương pháp đã công bố [8]. Các cặn chiết được pha loãng trong DMSO và các chất đối chứng được pha trong nước cất vô trùng ở dải nồng độ giảm dần: 256µg/ml, 128µg/ml, 64µg/ml, 32µg/ml, 16µg/ml, 8 µg/ml, 4µg/ml và 2 µg/ml với số thí nghiệm lặp lại N=3. Bổ sung 50µl dung dịch vi khuẩn và nấm kiểm định ở nồng độ 5.10^5 CFU/ml vào mỗi giếng, ủ ở 37^{o}C với cặn chiết ở các nồng độ khác nhau. Sau 24h, đọc giá trị MIC là giá trị tại giếng có nồng độ chất thử thấp nhất ức chế hoàn toàn sự phát triển của vi sinh vật kiểm định. Đối chứng là kháng sinh streptomycin cho các chủng vi khuẩn và cycloheximide cho nấm men.

Phương pháp xác định sơ bộ thành phần hóa học bằng HPLC

Cặn chiết các chủng vi nấm được hòa tan trong MeOH ở nồng độ 5 mg/mL, lọc bằng màng lọc (0,45µm). 10 µL mẫu được đưa lệ hệ thống HPLC Shimadzu, cột Phenomenex C18 150 × 4.6 mm, thực hiện phân tích theo quy trình (Bảng 1) với pha động MeOH/nước, tốc độ dòng 1 mL/phút. Sắc ký đồ được ghi nhận ở bước sóng 205 nm. Phương pháp này cũng được sử dụng để xác định thời gian lưu đối với một số chất đối chứng.

***Bảng 1**: Chương trình chạy phân tích bằng HPLC*

TT	Thời gian	Tỷ lệ MeOH (%)
1	0	5
2	40	100
3	50	100
4	51	5
5	60	5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả nuôi cấy, tạo cặn chiết và thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định các chủng vi nấm biển

Đầu tiên, các chủng vi nấm biển được hoạt hóa và nuôi cấy ở quy mô 500 mL theo phương pháp đã mô tả. Dịch nuôi cấy được chiết bằng dung môi EtOAc, loại dung môi dưới áp suất giảm thu được cặn chiết tương ứng. Thử nghiệm hoạt tính kháng vi sinh vật cho thấy các mẫu cặn chiết có hoạt tính ức chế ít nhất 1 chủng vi sinh vật kiểm định thử nghiệm (Bảng 2).

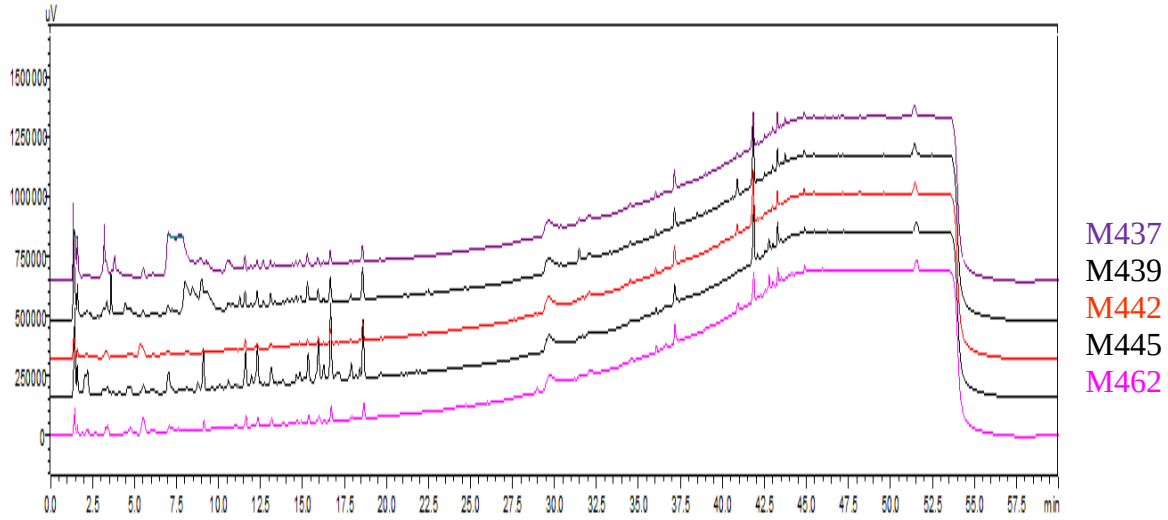
***Bảng 2:** Kết quả tạo cặn chiết và hoạt tính kháng vi sinh vật các chủng vi nấm biển*

TT	Mẫu	Cặn EtOAc (mg)	MIC (µg/ml)						
			Gram +			Gram -			Nấm
			E. faecalis	S. aureus	B. cereus	E. coli	P. aeruginosa	S. enterica	C. albicans
1	M437	0,4402	128	-	-	-	-	-	-
2	M439	1,0998	64	-	-	-	-	8	-
3	M442	0,5518	256	-	-	-	-	-	8
4	M445	0,3505	128	-	128	-	-	-	16
5	M462	0,2768	32	-	-	-	-	-	32
	S		256	256	128	32	256	128	
	C								32

(**S**: Streptomycine; **C**: Cyclohexamide; -:>256 µg/ml)

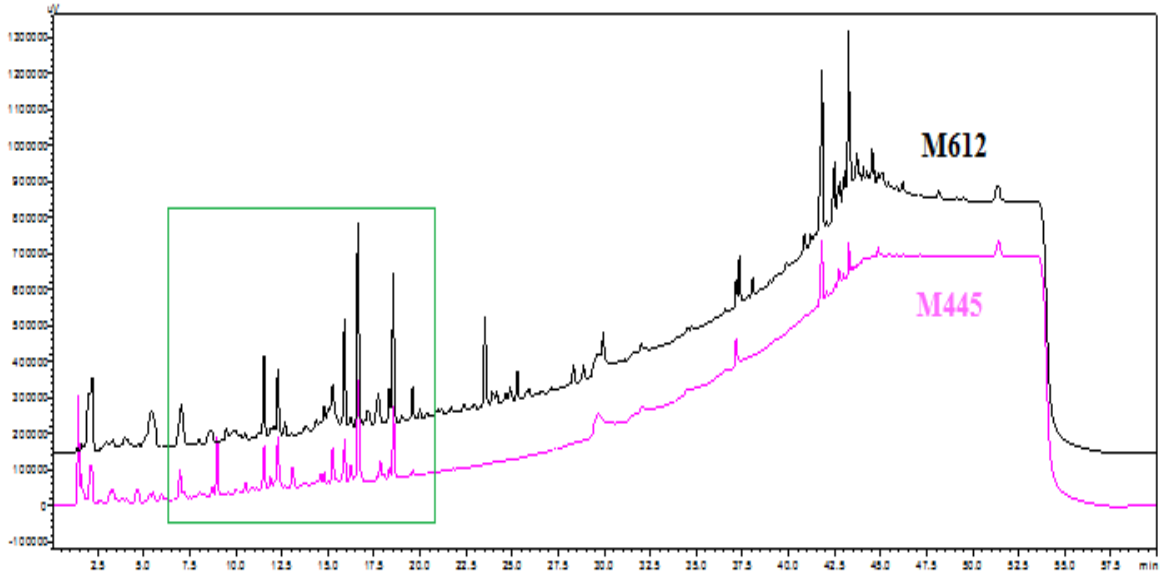
2. Kết quả xác định thành phần hóa học sơ bộ các chủng vi nấm biển

Thành phần hóa học sơ bộ của các chủng vi nấm biển được xác định bằng HPLC theo phương pháp đã mô tả, kết quả cho thấy, các chủng có thành phần hóa học tương đối giống nhau (Hình 1).

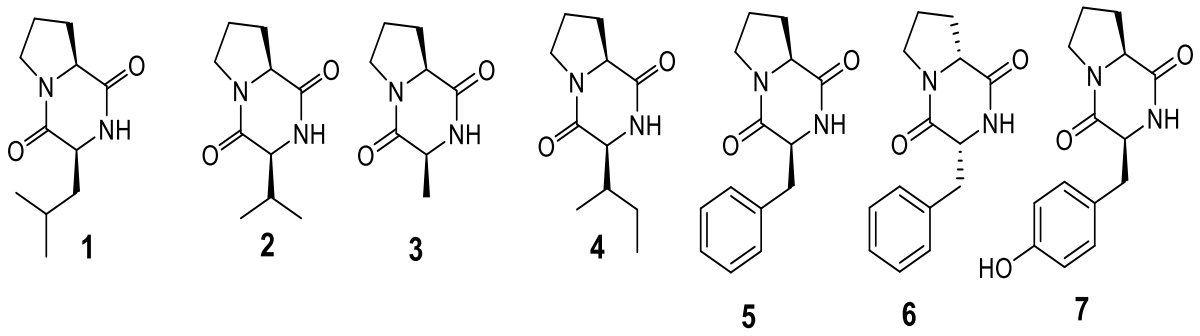


Hình 1: Sắc ký đồ (205 nm) cặn chiết các chủng vi nấm biển nghiên cứu

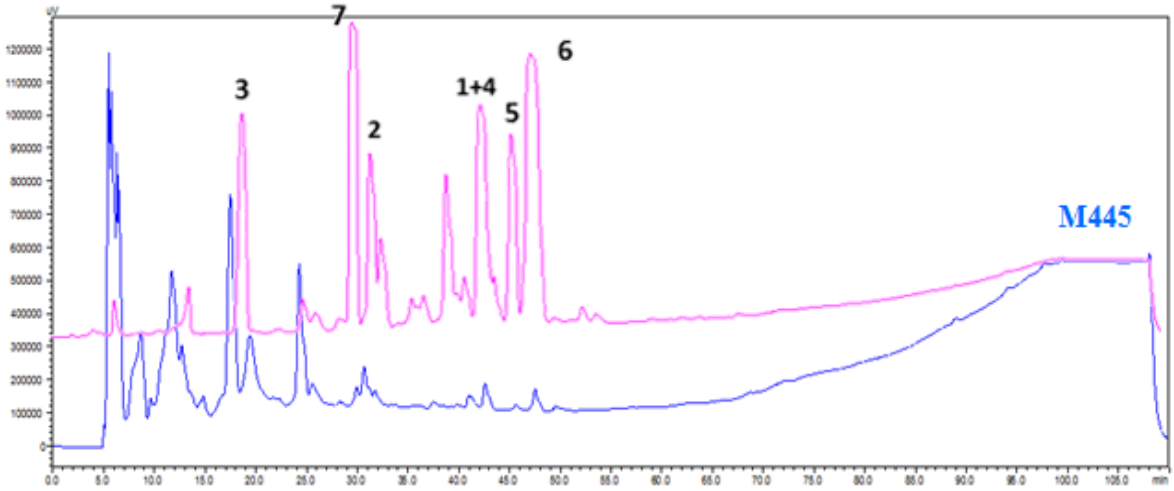
Thành phần hóa học sơ bộ của các chủng vi nấm biển nghiên cứu cũng được so sánh với chủng vi nấm biển M612 phân lập từ vùng biển Cô Tô, Thanh Lân (Hình 2). Đối chiếu với kết quả nghiên cứu thành phần hóa học chủng vi nấm M612 [9] cho phép xác định sơ bộ thành phần chủ yếu của các chủng vi nấm nghiên cứu là cyclodipeptides (Hình 3 và 4).



Hình 2: Sắc ký đồ (205 nm) cặn chiết các chủng vi nấm biển M445 và M612



***Hình 3**: Cấu trúc các hợp chất phân lập từ chủng vi nấm biển M612 [9].*



Hình 4: Đối chiếu sắc ký đồ (205 nm) cặn chiết chủng vi nấm biển M445 và các hợp chất phân lập từ chủng vi nấm M612

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, có ba phương pháp sàng lọc chính đang được sử dụng trong nghiên cứu phát triển thuốc mới. (1) Phương pháp thường quy, được sử dụng khá phổ biến, trong đó các cặn chiết thô, được sàng lọc theo các hoạt tính sinh học, chủ yếu sử dụng các phép thử trên tế bào, mà không quan tâm đến đích tác dụng của chất thử. Dựa vào kết quả thử nghiệm hoạt tính, các nhóm nghiên cứu lựa chọn đối tượng, đầu tư vào phân lập xác định đích cấu trúc hóa học, tác dụng cũng như cơ chế tác dụng của hợp chất. Phương pháp này thường được gọi là sàng lọc theo định hướng hoạt tính sinh học hay phát triển thuốc bề mặt (phenotyping drug discovery). (2) Phương pháp thứ hai, thường được gọi là sàng lọc hóa học. Mục tiêu của phương pháp này là tìm kiếm các hợp chất mới mà không quan tâm đến hoạt tính sinh học của nó. Để thực hiện, cần có công cụ mạnh về hóa phân tích, ví dụ như HPLC, khối phổ (MS) hay cộng hưởng từ hạt nhân (NMR). (3) Phương pháp thứ 3 là sàng lọc theo đích tác dụng được sử dụng để tìm kiếm các hợp chất có thể can thiệp vào một cơ chế đã biết của tế bào. Ở đây, cơ chế có thể ở cấp độ tế bào hoặc phân tử gây ra bệnh, tức là

tìm kiếm các hợp chất có khả năng tác động, ảnh hưởng đến các cơ chế này [10].

Ở Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu về vi sinh vật biển đã công bố sử dụng phương pháp sàng lọc theo định hướng hoạt tính sinh học với tỷ lệ phát hiện các hợp chất đã biết khá cáo [11]. Theo tra cứu của chúng tôi từ cơ sở dữ liệu của Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam [12], các nghiên cứu về vi sinh vật biển ở Viện đã đạt được thành tựu quan trọng, phát hiện được một số hợp chất mới, tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhất định các chất cũ đã biết.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy, mặc dù 5 chủng vi nấm thử nghiệm có hoạt tính kháng vi sinh vật khác nhau, các chủng vi nấm này có thành phần hóa học sơ bộ tương đối giống nhau. Do đó, thay vì nghiên cứu thành phần hóa học của cả 5 chủng vi nấm biển này, có thể chỉ cần lựa chọn nghiên cứu 1 chủng đại diện (ví dụ chủng M445). Ứng dụng kỹ thuật HPLC dự đoán có khả năng giúp giảm được tỷ lệ trùng lặp trong phân lập và xác định cấu trúc các hợp chất. Do đó, sử dụng HPLC trong xác định sơ bộ thành phần hóa học của mẫu nghiên cứu, từ đó định hướng cho việc lựa chọn mẫu tiềm năng có thể là một lựa chọn khác trong quá trình nghiên cứu vi nấm biển.

Tuy nhiên, phương pháp ứng dụng HPLC đã mô tả chỉ thực hiện đối với cặn chiết từ dịch nuôi cấy vi nấm biển lượng nhỏ (500 mL). Phương pháp này có hạn chế là chưa phát hiện được các chất có hàm lượng nhỏ, do tín hiệu tương ứng với các chất này có cường độ thấp, dễ lẫn với tạp chất hay đường nền trong sắc ký đồ. Đối với những chủng vi nấm biển có hoạt tính kháng vi sinh vật và/hoặc thành phần hóa học sơ bộ tiềm năng, cần nghiên cứu nuôi cấy ở quy mô lớn hơn, ví dụ từ 20 L đến 50 L dịch nuôi. Kết hợp với các phương pháp chiết thích hợp để tăng hàm lượng các hợp chất tiềm năng trong cặn chiết, tránh bỏ sót các chất này.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng kỹ thuật Sắc ký lỏng hiệu năng cao cho phép xác định sơ bộ thành phần hóa học của một số chủng vi nấm phân lập từ trầm tích biển Cát Bà, Hải Phòng. So với sàng lọc theo định hướng hoạt tính kháng vi sinh vật, ứng dụng HPLC có thể giúp định hướng, lựa chọn chủng vi nấm biển tiềm năng để thực hiện nghiên cứu sâu hơn về thành phần hóa học cũng như hoạt tính sinh học và giảm khả năng phân lập trùng lặp các hợp chất đã biết.

Lời cảm ơn: Kinh phí thực hiện nghiên cứu này từ đề tài mã số HNQT/SPĐP/11.19 của Bộ Khoa học và Công nghệ Việt Nam và Đề tài cấp cơ sở mã số 128 năm 2020 của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tran Hong Quang, Pham Thi Mai Huong, et al.,** Secondary metabolites from a marine sponge-associated fungus Xenomyrothecium sp. IMBC-FP2.11. Vietnam Journal of Chemistry, 2020. **58**(6): p. 752-758.
2. **Anthony R. Carroll, Brent R. Copp, et al.,** Marine natural products. Natural Product Reports, 2019. **36**(1): p. 122-173.
3. **Olga Genilloud, Ignacio González, et al.,** Current approaches to exploit actinomycetes as a source of novel natural products. Journal of Industrial Microbiology & Biotechnology, 2011. **38**(3): p. 375-89.

4. **Richard Baltz, Antimicrobials from actinomycetes:** Back to the future. Microbe, 2007. **2**: p. 125-131.
5. **Paolo Monciardini, Marianna Iorio, et al.,** Discovering new bioactive molecules from microbial sources. Microbial Biotechnology, 2014. **7**(3): p. 209-20.
6. **Karsten Zengler, Gerardo Toledo, et al.,** Cultivating the uncultured. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2002. **99**(24): p. 15681-6.
7. **Cao Đức Tuấn, Trần Thị Thu Hiền, et al.**, Nghiên cứu phân lập vi nấm biển từ trầm tích khu vực biển Cát Bà, thành phố Hải Phòng, Việt nam. Tạp chí Y học Việt Nam, 2019. **484**: p. 570-576.
8. **Jennifer M. Andrews,** Determination of minimum inhibitory concentrations. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2001. **48**(1): p. 5-16.
9. **Bach Thi Nhu Quynh, Cao Duc Tuan, et al.** Cyclodipeptides Isolated From a Marine-derived Fungus Penicillium chrysogenum M612 of Bai Tu Long Sea, Quang Ninh, Vietnam in 8th International Conference on the Development of Biomedical Engineering in Vietnam, 2022. DOI: 10.1007/978-3-030-75506-5 Springer International Publishing.
10. **Wolfgang Wohlleben, Yvonne Mast, et al.,** Antibiotic drug discovery. Microbial biotechnology, 2016. **9**(5): p. 541-548.
11. **Nguyễn Xuân Cường, Nguyễn Xuân Nhiệm, et al.,** Điểm lại các nghiên cứu hóa học và hoạt tính sinh học một số loài sinh vật biển Việt Nam trong giai đoạn 2013-2017. Vietnam Journal of Chemistry, 2018. **56**(1): p. 1-19.
12. **Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam.** Các đề tài KHCN&PTCN. 30/01/2021; Available from: https://www.vast.gov.vn/web/guest/cac-e-tai-nckh-ptcn.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HOÁ HỌC CỦA CHỦNG XẠ KHUẨN BIỂN *STREPTOMYCES SP*. MA20 PHÂN LẬP TỪ TRẦM TÍCH BIỂN THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Thùy Khuê[1], Bùi Hải Ninh[1], Hoàng Thị Hồng Liên[2], Lê Thị Hồng Minh[3], Đoàn Thị Mai Hương[3], Phạm Văn Cường[3], Cao Đức Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sơ bộ thành phần hoá học của chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20 phân lập từ trầm tích biển thành phố Hải Phòng. **Đối tượng:** Chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20 phân lập từ trầm tích biển thu nhận ở vùng biển thành phố Hải Phòng vào tháng 5 năm 2017. **Phương pháp:** Các phương pháp nghiên cứu hoá học và sinh học thực nghiệm. **Kết quả:** Từ dịch nuôi cấy chủng xạ khuẩn biển MA20 đã phân lập và xác định được cấu trúc hoá học của ba hợp chất indole là Indole-3-acetic acid (**1**), 3,3-(2,3-dihydroxypropyl)diindole (**2**) và một cyclodipeptide là Cyclo-(Pro-Tyr) (**3**). Các hợp chất này đều thể hiện hoạt tính kháng vi sinh vật, trong đó hợp chất **1** và **2** thể hiện hoạt tính kháng cả vi khuẩn Gram dương, vi khuẩn Gram âm và nấm với giá trị MIC 32-256 µg/mL. **Kết luận:** Đã phân lập được ba hợp chất từ chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20, các hợp chất này đều thể hiện hoạt tính kháng vi sinh vật.

Từ khoá: Indole-3-acetic acid, 3,3-(2,3-dihydroxypropyl)diindole, Cyclo-(Pro-Tyr), Streptomyces, xạ khuẩn biển, kháng vi sinh vật.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Buôn Ma Thuột*
[3]*Viện Hóa Sinh Biển, Viện Hàn lâm & Khoa học Công nghệ Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đức Tuấn
Email: cdtuan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2021
Ngày duyệt bài: 18.5.2021

SUMMARY

CHEMICAL CONSTITUENTS OF THE MARINE *STREPTOMYCES* SP. MA20 ISOLATED FROM THE SEDIMENT OF HAIPHONG SEA

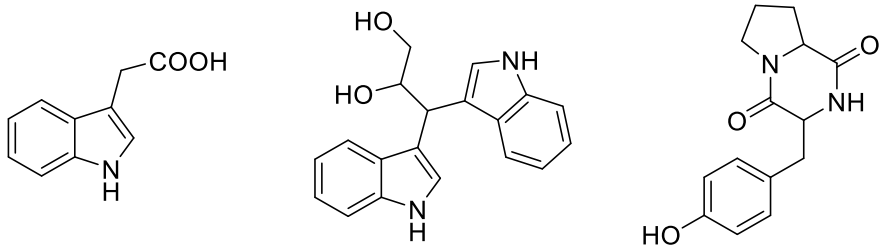
Objectives: To preliminary study the chemical constituents of the marine actinobacteria strain Streptomyces sp. MA20 isolated from Hai Phong sediment. **Subjects**: The marine actinobacteria strain Streptomyces sp. MA20 isolated from the sediment, which was collected from Hai Phong sea in May 2017. **Method**: Experimental methods in Biology and Chemistry. **Results**: Analysis of the fermentation broth of strain MA20 led to the isolation of three compounds Indole-3-acetic acid (**1**), 3,3-(2,3-dihydroxypropyl)diindole (**2**) and Cyclo-(Pro-Tyr) (**3**). All isolated compounds exhibit the antimicrobial activities, of which, compound **1** and **2** inhibit the growth of both Gram-negative bacteria, Gram-positive bacteria and fungi with MIC values of 32-256 µg/mL. **Conclusions**: Studying the culture broth of Streptomyces sp. MA20 strain led to the isolation of three compounds, which all exhibit the inhibition activities against a panel of clinical significance micro-organisms.

Keywords: Indole-3-acetic acid, 3,3-(2,3-dihydroxypropyl)diindole, Cyclo-(Pro-Tyr), Streptomyces, marine actinobbacteria, antimicrobial.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn biển đóng vai trò quan trọng, là một trong những nguồn sản xuất các hợp chất có khả năng ứng dụng cao trong y sinh học [1]. Trước đây, nghiên cứu về vi khuẩn biển chưa được chú trọng do gặp nhiều khó khăn khi thu mẫu, gần đây, với sự tiến bộ về khoa học kỹ thuật giúp giải quyết vấn đề thu mẫu, vi khuẩn biển đã thu hút sự quan tâm của nhiều nhóm nghiên cứu [2]. Xạ khuẩn biển là một trong những nguồn cung cấp chính các hợp chất thứ cấp, trong đó có tới 80% các hợp chất có nguồn gốc từ chi Streptomyces [3]. Các hợp chất thứ cấp này thể hiện hoạt tính sinh học đa dạng [4] và hầu hết các thuốc kháng sinh có mặt trên thị trường hiện nay có nguồn gốc từ xạ khuẩn [5]. Xạ khuẩn biển được dự đoán là nguồn sản xuất chính các hoạt chất kháng sinh trong tương lai.

Trong quá trình nghiên cứu tìm kiếm các hợp chất có hoạt tính kháng sinh từ xạ khuẩn biển thuộc vùng biển thành phố Hải Phòng, cặn chiết EtOAc của chủng xạ khuẩn Streptomyces sp. MA20 thể hiện hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định đối với cả vi khuẩn gram dương (E. faecalis và S. aureus), vi khuẩn gram âm (E. coli, P. aeruginosa và S. enterica) và nấm (C. albicans) [6]. Bài báo này báo cáo kết quả phân lập và xác định cấu trúc hoá học của 3 hợp chất (**1-3**) từ dịch lên men chủng MA20 (Hình 1) và hoạt tính kháng vi sinh vật đối với 7 chủng vi sinh vật kiểm định thử nghiệm (Bảng 1).



1 **2** **3**

Hình 1: Cấu trúc các hợp chất phân lập từ chủng xạ khuẩn MA20

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20 phân lập từ trầm tích thu nhận ở vùng biển thành phố Hải Phòng vào tháng 5 năm 2017.

2. Thiết bị và hoá chất

Điểm nóng chảy được đo trên máy MEL-TEM 3.0 và phổ khối lượng được đo trên máy sắc ký lỏng ghép khối phổ Agilent series 1100, sử dụng mode ESI tại phòng Tổng Hợp hữu cơ, Viện Hoá Sinh Biển, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam. Phổ NMR được ghi trên máy Bruker Avance 500 MHz với TMS làm chất nội chuẩn tại Trung tâm các phương pháp phổ ứng dụng, Viện Hoá học, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam. Sắc ký lớp mỏng được thực hiện trên bản mỏng silica gel Merck 60 F_{254}. Sắc kí cột được tiến hành với silica gel

cỡ hạt 40-63µm và Sephadex LH-20 (Aldrich). Dung môi, hoá chất dùng trong nghiên cứu được mua của hãng Merck và Sigma-Aldrich.

3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp lên men chủng xạ khuẩn biển. Chủng xạ khuẩn Streptomyces sp. MA20 trong điều kiện bảo quản được hoạt hóa và kiểm tra độ thuần chủng bằng cách cấy ria trên đĩa thạch môi trường A1, bao gồm starch, yeast extract, peptone, muối biển, agar và nước cất với tỷ lệ tương ứng là 5.0 g, 2.0 g, 1.0 g, 30.0 g, 15 g và 1.0 L, điều chỉnh pH 7.0, ở nhiệt độ 28 ^{o}C trong 7 ngày. Các khuẩn lạc thuần chủng được cấy chuyển vào 5 bình tam giác chứa 2000 mL môi trường dinh dưỡng cao A1^{+}, bao gồm starch: 10 g/L; yeast extract: 4 g/L; peptone: 2 g/L; instant ocean salt: 30 g/L; CaCO3: 1 g/L; Agar: 15 g/L; thêm nước cất đến 1 L, pH 7.0, thêm 50 µg/mL polymycin B và cycloheximide để ức chế sự phát triển của vi khuẩn Gram âm và nấm, nuôi lắc trong 14 ngày ở 28ºC với tốc độ lắc 200 vòng/phút. Sau 14 ngày, dịch trong các bình nuôi cấy được ly tâm, lọc qua màng lọc để thu nhận dịch nuôi.

Phương pháp tạo cặn chiết và phân lập các hợp chất thứ cấp

Cho từ từ 30 L dịch nuôi của chủng xạ khuẩn Streptomyces sp. MA20 thu nhận được vào cột chứa 5 kg amberlite đã được hoạt hoá ở nhiệt độ phòng. Sau đó, cột amberlite được rửa bằng 10L nước cất. Cột amberlite cuối cùng được rửa giải bằng dung môi MeOH (30L x 3 lần). Thu nhận dung dịch rửa giải, lọc và cất loại dung môimôi ở áp suất giảm thu được 8,7g cặn chiết MeOH.

Cặn chiết MeOH (8,7g) được tiến hành sắc ký cột silica gel với hệ dung môi CH_2Cl_2/MeOH gradient (0% - 70% MeOH trong CH_2Cl_2) thu được 5 phân đoạn kí hiệu F1-F5. Phân đoạn F3 (1,81g) tiếp tục được tiến hành sắc ký cột với hệ dung môi CH_2Cl_2/acetone gradient (0% - 60% acetone trong CH_2Cl_2) thu được 6 phân đoạn ký hiệu F3.1-F3.6. Phân đoạn F3.3 (0,68g) được phân tách bằng sắc ký cột sử dụng hạt nhồi Sephadex LLH-20 với 100% MeOH thu được 9 phân đoạn nhỏ. Phân đoạn nhỏ F3.3.2 (0,12g) được tinh chế bằng bản mỏng điều chế với hỗn hợp dung môi CH_2Cl_2/acetone = 85/15 thu được hợp chất **3** (9 mg). Phân đoạn F4 (1,23g) được tiến hành sắc ký cột với hệ dung môi CH_2Cl_2/MeOH gradient (10% - 50% MeOH trong CH_2Cl_2) thu được 4 phân đoạn nhỏ ký hiệu F4.1-F4.4. Phân đoạn F4.2 (0,25g) được phân tách bằng sắc ký cột sử dụng hạt nhồi Sephadex LLH-20 với hệ dung môi MeOH/nước = 9/1 thu được **1** (6 mg) và **2** (11 mg).

Phương pháp thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định

Các thử nghiệm về hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định được thực hiện trên các chủng vi sinh vật thuần chủng cung cấp bởi trung tâm American Type Culture Collection – ATCC, bao gồm: ba chủng vi khuẩn gram âm (Escherichia coli ATCC25922, Pseudomonas aeruginosa ATCC27853, Salmonella enterica ATCC13076), ba chủng vi khuẩn gram dương (Enterococcus faecalis ATCC29212, Staphylococcus aureus ATCC25923, Bacillus cereus ATCC13245) và một chủng nấm Candida albicans ATCC10231. Dung dịch thử nghiệm được

chuẩn bị bằng cách pha loãng nối tiếp các hợp chất thử nghiệm Dimethyl sulfoxide (DMSO), Streptomycin và Cycloheximide được sử dụng làm đối chứng dương, đối chứng âm là môi trường nuôi có thêm lượng DMSO tương ứng. Thử nghiệm xác định nồng độ ức chế tối thiểu (Minimum Inhibition Concentration - MIC (µg/mL) - nồng độ thấp nhất ức chế hoàn toàn sự phát triển của chủng vi sinh vật thử nghiệm) được được thực hiện trên đĩa 96 giếng theo phương pháp của Hadacek [7]. Đĩa thử nghiệm được ủ ở 37 °C trong 24 giờ, sau đó độ hấp thụ ánh sáng (OD) được đo ở 610 nm bằng máy quang phổ Biotek và số liệu được xử lý bằng phần mềm GraphPadPrism Data.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm hoá lý của 3 hợp chất phân lập từ chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20

Hợp chất Indole-3-acetic acid (1)

Hợp chất Indole-3-acetic acid: Chất rắn màu hồng nhạt, điểm nóng chảy 168 - 170 ^oC, độ quay cực $[\alpha]_D^{25}$ - 72^o (c 0,42; $CDCl_3$). Dữ liệu phổ: ESI-MS: m/z 176,1 $[M+H]^+$. ^{1}H-NMR (500 MHz, CD_3OD): δ_H (ppm) 3,75 (2H, s, CH_2); 7,03 (1H, dt, J=1,5; 8,0 Hz, H-5); 7,11 (1H, dt, J=1,5; 8,0 Hz, H-6); 7,18 (1H, s, H-2); 7,35 (1H, d, J=8,0 Hz, H-7); 7,56 (1H,d, J=8,0 Hz, H-4). ^{13}C-NMR (125 MHz, DMSO-d_6): δC (ppm) 33,0 (CH2); 110,0 (C-3); 111,0 (C-7); 117,9 (C-5); 118,8 (C-4); 120,6 (C-6); 123,4 (C-2); 127,6 (C-3a); 136,0 (C-7a); 174,0 (COOH).

Hợp chất 3,3-(2,3-dihydroxypropyl) diindole (2)

Hợp chất 3,3-(2,3-dihydroxypropyl) diindole: Chất rắn màu trắng, độ quay cực $[\alpha]_D^{25}$ - 129^o (c 0,17; $CDCl_3$). Dữ liệu phổ: ESI-MS: m/z 307,2 $[M+H]^+$. ^{1}H-NMR (500 MHz, CD_3OD): δ_H (ppm) 3,54 (1H, dd, J=7,5; 11,5 Hz, H_a-3); 3,64 (1H, dd, J=7,5; 11,5 Hz, H_b-3); 4,52 (1H, m, H-2); 4,72 (1H, d, J=7,0 Hz, H-1); 7,03-7,07 (2H, m, H-6', H-6"); 7,16 (1H, s, H-2"); 7,31-7,33 (3H, H-4', H-4", H-2'); 7,57-7,59 (2H, H-7', H-7"). ^{13}C-NMR (125 MHz, CD_3OD): δ_C (ppm) 37,0 (C-1); 65,4 (C-2); 74,8 (C-3); 111,17-111,23 (C-4', C-4"); 115,5-116,9 (C-3', C-3"); 119,3-119,7 (C-6',C-6",C-7',C-7"); 122,2-122,8 (C-2',C-2",C-5',C-5"); 126,9-127,4 (C-3'a, C-3"a); 136,3-136,4 (C-7'a, C-7"a).

Hợp chất Cyclo-(Pro-Tyr) (3)

Hợp chất Cyclo-(Pro-Tyr): Chất rắn màu trắng. Dữ liệu phổ: ESI-MS: m/z 261,2 $[M+H]^+$, ^{1}H-NMR (400 MHz, CD_3OD): δ_H (ppm) 1,25 (1H, m, H_a-4); 1,81 (2H, m, H_b-4, H_a-5); 2,13 (1H, m, H_b-5); 3,07 (2H, m, H-10); 3,39 (1H, m, H_a-3); 3,57 (1H, m, H_b-3); 4,07 (1H, m, H-6); 4,38 (1H, m, H-9); 6,73 (2H, d, J=8.5 Hz, H-2', 6'); 7,05 (2H, d, J=8.5 Hz, H-3', H-5'). ^{13}C-NMR (100 MHz, CD_3OD): δ_C (ppm) 21,3 (C-4); 28,0 (C-5); 36,3 (C-10); 44,5 (C-3); 56,5 (C-9); 58,7 (C-6); 126,4 (C-1'); 130,7 (C-2', C-6'); 114,8 (C-3', C-5'); 156,3 (C-4'); 165,6 (C=O); 169,4 (C=O).

3.2 Hoạt tính sinh học của các hợp chất phân lập được

Các hợp chất **1-3** được thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định theo phương pháp đã mô tả. Kết quả thử hoạt tính của các hợp chất này được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1: Kết quả thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định của hợp chất 1-3 phân lập từ chủng xạ khuẩn biển Streptomyces sp. MA20.

Hợp chất	MIC (µg/mL)						
	Vi khuẩn Gram dương			Vi khuẩn Gram âm			Nấm
	E. faecalis	S. aureus	B. cereus	E. coli	P. aeruginosa	S. enterica	C. albicans
1	64	128	256	-	128	256	128
2	32	128	-	-	-	128	128
3	128	128	-	-	-	-	-
S	256	256	128	32	256	128	
C							32

S: Streptomycine; C: Cyclohexamide; -: > 256 µg/mL

IV. BÀN LUẬN

Hợp chất **1** được phân lập dưới dạng chất rắn màu hồng nhạt, điểm nóng chảy 168-170^{o}C, độ quay cực $[\alpha]_D^{25}$ - 72^o (c 0,42; $CDCl_3$). Phổ khối ESI-MS xuất hiện các tín hiệu ở m/z 176,07 $[M+H]^+$. Phổ ^{1}H-NMR của hợp chất **1** ở vùng aromatic xuất hiện các tín hiệu 5 proton vòng thơm,đó là δ_H 7,03 (1H, dt, J=1,5; 8,0 Hz, H-5); 7,11 (1H, dt, J=1,5; 8,0 Hz, H-6); 7,18 (1H, s, H-2); 7,35 (1H, d, J=8,0 Hz, H-7); 7,56 (1H,d, J=8,0 Hz, H-4). Đồng thời, ở vùng trường cao xuất hiện tín hiệu singlet của 2 proton ở δ_H3,48. Phổ ^{13}C-NMR và DEPT của hợp chất **1** cho biết phân tử có 10 nguyên tử cacbon bao gồm: 5 nhóm methine thuộc vùng aromatic ở δ_C 111,0; 117,9; 118,8; 120,6; 123,4; 3 cacbon bậc 4 cũng thuộc vùng aromatic ở δ_C 110,0; 127,6 ;136,0; 1 nhóm carbonyl ở δ_C 174,0 và 1 nhóm methylene ở δ_C 33,0. Phân tích phổ HMBC cho thấy tín hiệu singlet của nhóm methylene ở δ_H 3,48 một mặt có tương tác với C-2 (δ_C123,4); C-3 (δ_C110,0) của nhân indol, mặt khác lại có tương tác với nhóm carbonyl (δ_C174,0). Từ những phân tích trên phổ NMR, MS kết hợp so sánh với tài liệu tham khảo [8] cho phép xác định được hợp chất **1** là indole-3-acetic acid.

Hợp chất **2** được phân lập dưới dạng chất rắn màu trắng, độ quay cực $[\alpha]_D^{25}$ - 129^o (c 0,17; $CDCl_3$). Phổ khối ESI-MS cho pic ion giả phân tử ở m/z 307,2 $[M+H]^+$. Trên phổ proton, ở vùng aromatic xuất hiện các tín hiệu tương ứng với 2 nhân indol ở δ_H 7,06 (2H, m, H-6', H-6"); 7,15-7,26 (4H, m, H-5', H-5", H-2', H-2"); 7,26-7,37 (2H, H-4', H-4"); 7,63-7,69 (2H, H-7', H-7"). Kết hợp phổ ^{1}H- NMR với ^{13}C-NMR và DEPT cho biết phân tử còn có 1 nhóm metin ở (δ_H 4,76; δ_C 37,0), 1 nhóm oximetin ở (δ_H 4,56; δ_C 65,4) và 1 nhóm oximetylen ở (δ_H 3,66 và 3,76; δ_C 74,8). Phân tích phổ COSY nhận thấy hợp chất **2** có 2 hệ tương tác spin. Hệ thứ nhất là ở vùng aromatic của nhân indol bắt đầu từ H-4' (δ_H 8,34) qua H-5', H-6' (δ_H 7,33-7,46) và kết thúc ở H-7' (δ_H 7,45). Hệ spin thứ 2 bắt đầu từ H-1 (δ_H 4,76) qua H-2 (δ_H 4,56) đến 2 proton thuộc nhóm oximetylen ở (δ_H 3,66 và 3,76) thể hiện tương tác liền kề giữa 2 nhóm CH_3 và nhóm oximetin. Trên phổ HMBC,

proton thuộc nhóm metin ở δ_H 4,76 có tương tác đồng thời với các nguyên tử cacbon thuộc 2 nhân indol ở δ_C 115,5; 116,9; 126,9, 127,4 chứng tỏ có sự gắn kết giữa C-1 của hệ spin thứ 2 với cả 2 nhân indol ở C-3' và C-3" của nhân indol. Trên phổ HMBC, proton thuộc nhóm methine ở δ_H 4,72 (H-1) có tương tác đồng thời với các nguyên tử cacbon thuộc 2 nhân indol ở δ_C 115,5; 116,9; 126,9, 127,4 chứng tỏ có sự gắn kết giữa C-1 của hệ spin thứ 2 với cả 2 nhân indol ở C-3' và C-3". Từ những phân tích trên kết hợp với so sánh với tài liệu tham khảo [9] cho phép xác định được hợp chất **2** là 3,3-(2,3-dihydroxypropyl)diindole.

Hợp chất **3** chất rắn màu trắng; Phổ khối ESI-MS cho pic ion giả phân tử ởm/z 261,2 $[M+H]^+$. Phổ ^{1}H-NMR thấy xuất hiện tín hiệu của 4 proton của 1 hệ vòng thơm A_2B_2 ở δ_H 6,73 (2H, d, J=8.5 Hz, H-2', H-6'); 7,05 (2H, d, J=8.5 Hz, H-3', H-5'), cùng với tín hiệucủa 10 proton vùng aliphatic ở δ_H từ 1,25 - 4,38. Phân tích phổ ^{13}C-NMR và DEPT thấy xuất hiện tín hiệu của 14 nguyên tử cacbon, trong đó có 6 cacbon thơm của nhân benzen bị thế para (δ_C126,4 (C-1'); 130,7 (C-2', C-6'); 114,8 (C-3', C-5'); 156,3 (C-4')), 4 nhóm methylene lai hóa sp^2 ở δ_C 21,3 (C-4); 28,0 (C-5); 36,3 (C-10); 44,5 (C-3), 2 carbonyl ở δ_C 165,6 (C=O); 169,4 (C=O), 2 nhóm methineở δ_C 56,5 (C-9); 58,7 (C-6). Dựa vào độ chuyển dịch hóa hóa học dự đoán 2 nhóm methine này sẽ liên kết với 1 dị tố. Từ việc phân tích phổ 1D NMR cho thấy hợp chất **3** có cấu trúc là khung proline và so sánh với tài liệu tham khảo [10] cho phép xác định chất **3** là Cyclo-(Pro-Tyr).

Ba hợp chất **1** - **3** đã được thử hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định đối với 7 chủng vi sinh vật kiểm định. Kết quả cho thấy cả ba hợp chất đều thể hiện hoạt tính. Trong đó hợp chất **1** thể hiện hoạt tính kháng 6/7 chủng vi sinh vật kiểm định thử nghiệm là 3 chủng vi khuẩn Gram dương (E. Faecalis, S. Aureus, B. cereus), 2 chủng vi khuẩn Gram âm (P. Aeruginosa, S. enterica) và chủng Nấm Candida albicans với giá trị MIC lần lượt là 64, 128, 256, 128, 256 và 128 µg/ml . Hai hợp chất **1** và **2** thể hiện hoạt tính tốt nhất đối với chủng Enterococcus faecalis với giá trị MIC lần lượt là 32, 64 µg/ml tốt hơn chứng dương Streptomycin. Ngoài ra, hợp chất **2** còn thể hiện hoạt tính đối với chủng Gram âm S. Enterica và chủng nấm C. albicans với giá trị MIC bằng 128 µg/ml. Kết quả thử nghiệm hoạt tính sinh học cho thấy tiềm năng sản xuất các hợp chất kháng sinh của xạ khuẩn biển thành phố Hải Phòng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu dịch nuôi cấy chủng xạ khuẩn biển *Streptomyces* sp. MA20 phân lập từ trầm tích biển thành phố Hải Phòng, đã phân lập và xác định được cấu trúc của ba hợp chất, gồm hai hợp chất indole là Indole-3-acetic acid (**1**), 3,3-(2,3-dihydroxypropyl) diindole (**2**) và một cyclodipeptide là Cyclo-(Pro-Tyr) (**3**). Các hợp chất này đều thể hiện hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định trong đó, hợp chất **1** và **2** kháng cả vi khuẩn Gram âm, Gram dương và nấm với giá trị MIC 32-256 µg/mL. Kết quả thu nhận được khẳng định tiềm năng sản sinh các hợp chất thứ cấp có hoạt tính sinh học của xạ khuẩn biển thành phố Hải Phòng.

Lời cảm ơn: Công trình này thuộc Đề tài Nghiên cứu Khoa học cấp Cơ sở năm 2018, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fenical, W.,** Chemical studies of marine bacteria: developing a new resource. Chemical Reviews, 1993. **93**(5): p. 1673-1683.
2. **Blunt, J.W., et al.**, Marine natural products. Natural Product Reports, 2017. **34**(3): p. 235-294.
3. **Manivasagan, P., et al.,** Pharmaceutically active secondary metabolites of marine actinobacteria. Microbiological Research, 2014. **169**(4): p. 262-78.
4. **Dharmaraj, S.,** Marine Streptomyces as a novel source of bioactive substances. World Journal of Microbiology & Biotechnology, 2010. **26**(12): p. 2123-2139.
5. **Baltz, R.,** Antimicrobials from actinomycetes: Back to the future. Vol. 2. 2007. 125-131.
6. **Cao, Đ.T., và cs.,** Một số chủng xạ khuẩn có hoạt tính kháng vi sinh vật kiểm định phân lập từ trầm tích biển thành phố Hải Phòng. Tạp chí Y học Thực Hành, 2018. **8**(1077): p. 145-150.
7. **Hadacek, F. and H.** Greger, Testing of antifungal natural products: methodologies, comparability of results and assay choice. Phytochemical Analysis, 2000. **11**(3): p. 137-147.
8. **S. Omer, Z., et al.,** Indole-3-acetic acid production by pink-pigmented facultative methylotrophic bacteria. Plant Growth Regulation, 2004. 43, 93-96.
9. **Porter, J.K., et al.,** Indole alkaloids from Balansia epichloe (Weese). Journal of agricultural and food chemistry, 1977. **25**(1): p. 88-93.
10. **Mitova, M., et al.,** Exocellular cyclic dipeptides from a Ruegeria strain associated with cell cultures of Suberites domuncula. Marine Biotechnology, 2004. **6**(1): p. 95-103.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CƠN TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân*, Lê Trường Giang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cơn tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tảtrên 68 bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu có so sánh với 64 bệnh nhân tăng huyết áp. **Kết quả nghiên cứu**: - Tuổi trung bình 66,35 ± 14,82, nam nhiều hơn nữ (70,59%/29,41%). Huyết áp lúc vào viện 188,09 ± 13,19/92,50 ± 13,43 mmHg. Tổn thương các cơ quan đích ghi nhận tại thời điểm tiếp nhận gồm các hậu quả và biến chứng tim mạch và thần kinh (94,12%), với các triệu chứng thường gặp: đau đầu (60,29%); khó thở (41,18%), đau thắt ngực (38,24%). Yếu tố liên quan quan đens nguy cơ thấp nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu khi phân tích đơn biến và đa biến: nữ giới (OR: 0,69; 95%CI: 0,28 - 0,87; 95%; p = 0,03 và OR: 0,75; 95%CI: 0,25 - 0,89; p = 0,01); các yếu tố liên quan đến nguy cơ gia tăng làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu: phân số tống máu < 50% (OR: 1,66; 95%CI: 1,19 - 3,27; p = 0,01); ăn mặn (OR: 1,20; 95%CI: 1,10 - 1,49; p= 0,04); hút thuốc lá (OR: 1,78; 95%CI: 1,45 - 2,79; p = 0,04); dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ (OR: 1,67; 95%CI: 1,25 - 3,32; p = 0,02 và OR: 1,96; 95%CI: 1,45 - 3,12; p = 0,03); đổi thuốc điều trị (OR: 2,31; 96%CI: 1,32 - 4,31; p = 0,01 và OR: 1,96; 95%CI: 1,45 - 3,12; p = 0,03); đổi liều thuốc đang điều trị (OR: 2,91; 95%CI: 1,67 - 3,38; p = 0,02 và (OR: 2,91; 95%CI: 1,67 - 3,38; p = 0,02). **Kết luận:** Nữ giới có liên quan tới nguy cơ thấp trong khichức năng tâm thu thất trái, thói quen hút thuốc, ăn mặn, tuân thủ điều trị kém liên quan tới nguy cơ gia tăng xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND FACTORS RALATING TO HYPERTENSIVE CRISIS IN PATIENT WITH HYPERTENSIVE URGENCY AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe clinical and paraclinical features and some factors relating to hypertensive crisis in patient with hypertensive crisis. **Methods:** A descriptive and comparative studies was caried out on 68 patients with hypertensive crisis and 64 patient with common hypertenstion. **Results:** The average age of patient was: 66,35 (±14,82), there was more male than female in studies group (70,59% and 29,41%, respectively), blood pressure levels at admission were: 188,09 ± 13,19/92,50 ± 13,43 mmHg in subgroup of patients with hypertensive crisis. Most of the the consequences or complications was cardiovascular and neurological (94.1% and 8,82%). Common symptons were: headache (60,29%), dyspnea

(41,18%) and chest pain (38,24%). (38,24%). Univariate and multivariate analyses results revealed that the female gender was associated with a reduced risk of having hypeteinsive crisis (OR: 0,69; 95%CI: 0,28 - 0,87; 95%; p = 0,03 and OR: 0,75; 95%CI: 0,25 - 0,89; p = 0,01; respectively). The factors associated with increased risks of having hypertensive crisis were: reduced ejection fraction (< 50%) (OR: 1,66; 95%CI: 1,45-3,12;p=0,01); salty diet (OR:1,20; 95%CI: 1,10-1,49; p=0,04), cigarette smocking (OR 1,78; 95%CI: 1,45-2,79; p=0,04), taking antihypertensive medications without doctor's prescription and monitoring (OR: 1,67; 95%CI: p=1,25-3,32; p=0,02 and OR=1,96;95%CI: 1,45-3,12;p=0,03), medication changing (OR: 2,31; 95%CI: 1,32-4,31; p=0,01 and OR: 1,96; 95%CI: 1,45-3,12; p=0,03), medication dose changing of ongoing treatment (OR: 2,91; 95%CI: 1,67-3,38; p=0,02 and OR: 2,91; 95%CI: 1,67-3,38; p=0,02). **Conclusion**: The present study found that the female gender was associated with a reduced risk of hypertensive crisis while ejection fraction, smoking, eating salty diet foods, and poor adherence to treatment with increased risk of hypertensive emergency

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có khoảng 17 triệu người bị tử vong do các nguyên nhân tim mạch và 9,4 triệu trong số này là do tăng huyết áp [7], [8]. Tăng huyết áp cấp cứu chiếm khoảng 1% trong số các bệnh nhân tăng huyết áp, được định nghĩa là tình trạng huyết áp tăng cao (≥ 180/120 mmHg) có kèm theo các triệu chứng tổn thương cơ quan đích (tim, não, thận, mắt…) hoặc triệu chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển. Đây là một tình trạng bệnh lý tim mạch nghiêm trọng, có thể đe dọa tính mạng người bệnh nếu không được xử trí kịp thời và đồng bộ.

Một vài nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra các yếu tố có thể là nguy cơ gây ra các cơn tăng huyết áp ở những bệnh nhân này: tuổi, giới, tình trạng thừa cân, hội chứng ngừng thở khi ngủ, số lượng thuốc hạ áp đang sử dụng, tình trạng kém dung nạp với điều trị… [1], [2], [4], [5]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu còn hạn chế. Việc tìm hiểu các yếu tố liên quan này, trên cơ sở đó có các biện pháp kiểm soát và ngăn ngừa sự xuất hiện các cơn tăng huyết áp cấp cứu trong tương lai sẽ có ý nghĩa quan trọng đối với người bệnh tăng huyết áp. Vì vậy, đề tài được tiến hành với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu tại khoa tim mạch, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 7/2019 đến 6/2020.

2. Nhận xét các yếu tố liên quan đến cơn tăng huyết áp của các bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm 1 (nhóm bệnh): gồm 68 bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu

- Nhóm 2 (nhóm đối chứng: gồm 64 bệnh nhân tăng huyết áp thông thường

Cả 2 nhóm điều trị nội trú tại Khoa tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 11/2019 đến 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả, so sánh, phân tích tương quan trênloạt ca bệnh.

2.2.2. Phương pháp tính cỡ mẫu và lựa chọn đối tượng nghiên cứu: theo phương pháp thuận tiện.

2.2.3. Quy trình và các chỉ tiêu, biến số nghiên cứu

- Bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu, nhập viện, khám lâm sàng đánh giá các tổn thương cơ quan đích tim (suy tim trái và suy tim toàn bộ, cơn đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim cấp, tắc động mạch cấp, đột quỵ não, suy thận cấp, giảm thị lực đột ngột không do nguyên nhân khác), đo huyết áp và tần số tim (TST), ghi điện tim đồ, siêu âm tim khảo sát cấu trúc và chức năng tim, định lượng nồng độ creatinin huyết thanh, điện giải đồ; khảo sát các yếu tố liên quan: bỏ điều trị, mới thay đổi thuốc/liều điều trị, ăn mặn, mất ngủ/tress kéo dài, thừa cân.

2.2.4. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Chẩn đoán tăng huyết áp và tăng huyết áp cấp cứu theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới [7], [8].

2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Nghiên cứu thu dung 68 bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu điều trị nội trú. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1, đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện trình bày ở bảng 3.2, đặc điểm các tổn thương cơ quan đích trình bày ở bảng 3.3.

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

Đặc điểm		Nhóm 1 (n = 68)	Nhóm 2 (n = 64)	p
Tuổi trung bình		66,35 ± 14,82 (25 - 95)	68,69 ± 13,89 (36 - 97)	0,47
Giới	Nam [n (%)]	48 (70,59)	45 (70,31)	0,87
	Nữ [n (%)]	20 (29,41)	19 (29,69)	
BMI		21,98 ± 2,64 (16,02 - 29,30)	22,51 ± 1,49 (19,80 - 25,30)	0,31
Huyết áp tâm thu vào viện (mmHg)		188,09 ± 13,19 (180 - 250)	150,34 ± 10,17 (1540 - 170)	0,00
Huyết áp tâm trương vào viện (mmHg)		92,50 ± 13,43 (60 - 160)	82,41 ± 5,77 (70 - 90)	0,00
Tần số tim vào viện (ck/p)		85,18 ± 16,43 (44 - 130)	77,10 ± 11,13 (54 - 98)	0,02
Tăng huyết áp [n (%)]		57 (83,82%)	50 (78,13%)	0,09
Đái tháo đường [n (%)]		19 (27,94%)	18 (28,13)	0,87
Rối loạn lipid máu [n (%)]		5 (7,35%)	8 (12,50%)	0,06
Hút thuốc lá		48 (70,59%)	29 (45,31%)	0,00
Glucose huyết thanh (mmol/l)		7,8 8± 4,31 (4,10 - 29,20)	7,08 ± 4,95 (4,50 - 31,60)	0,43
Creatinin huyết thanh (µmol/l)		124,64 ± 153,91 (43,90 - 997,30)	151,36 ± 146,22 (60,40 - 796,10)	0,43
Cholesterol toàn phần		5,06 ± 1,34	4,64 ± 0,99	0,09

huyết thanh (mmol/l)	(3,00 - 10,30)	(2,64 - 5,86)	
Tryglycerid huyết thanh (mmol/l)	2,24 ± 2,19 (0,70 - 16,27)	1,16 ± 0,33 (0,62 - 1,68)	0,09
HDL - Cholesterol huyết thanh (mmol/l)	1,26 ± 0,42 (0,62 - 2,96)	1,30 ± 0,78 (0,79 - 1,80)	0,56
LDL - Cholesterol huyết thanh (mmol/l)	2,89 ± 0,79 (0,33 - 5,12)	2,81 ± 0,52 (2,23 - 4,56)	0,86
Kích thước nhĩ trái (mm)	34,26 ± 6,40 (21 - 47)	30,32 ± 2,32 (29 - 45)	0,16
Kích thước thất trái thì tâm trương (mm)	50,12 ± 7,41 (30 - 66)	51,50 ± 8,83 (32 - 59)	0,65
Phân số tống máu EF (%)	59,22 ± 12,72 (30,01 - 87,63)	58,33 ± 8,22 (49,65 - 73,98)	0,63
Độ dày vách liên thất tâm trương (mm)	8,41 ± 1,15 (6,0 - 13,0)	8,64 ± 0,93 (5,63 - 9,81)	0,87
Độ dày thành sau thất trái tâm trương (mm)	9,22 ± 1,52 (6,0 - 16,0)	8,92 ± 0,74 (6,11 - 9,66)	0,76

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện nhóm tăng huyết áp cấp cứu

Triệu chứng lâm sàng (n = 68)	**n**	**%**
Đau đầu	41	60,29
Buồn nôn	12	17,65
Rối loạn tri giác	15	22,05
Thay đổi tri giác	7	10,29
Rối loạn vận động	5	7,35
Khó thở	28	41,18
Đau thắt ngực	26	38,24
Thiểu niệu/vô niệu	0	0
Rối loạn thị giác/thị lực	0	0

Nhận xét: các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau đầu, khó thở và đau thắt ngực

Bảng 3.3. Các tổn thương cơ quan đích ở nhóm tăng huyết áp cấp cứu

Tổn thương cơ quan đích (n = 68)	**n**	**%**
Tim	64	94,12
Não	6	8,82
Thận	1	1,47
Mắt	1	1,47

***Nhận xét*:** biến chứng tại tim là biến chứng thường gặp ở các bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu

3.2. Các yếu tố liên quan đến cơn tăng huyết áp

Bảng 3.4. Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến cơn tăng huyết áp bằng mô hình phân tích hồi quy đơn biến logistic

Các yếu tố	OR	95%CI	p
Tuổi	0,99	0,94 - 1,04	0,67
Giới nữ	0,69	0,28 - 0,87	0,03
BMI	1,34	0,98 - 1,91	0,06
Phân số tống máu <50%	2,62	1,21 - 5,21	0,00
Ăn mặn	1,21	1,11 - 1,51	0,03
Hút thuốc lá	1,56	1,21 - 2,21	0,04
Có thai	1,00	0,97 - 1,04	0,44
Sang chấn tinh thần kéo dài	1,00	1,00 - 1,01	0,02
Phát hiện lần đầu	1,01	1,02 - 1,09	0,99
Thay đổi thuốc điều trị	2,31	1,32 - 4,31	0,01
Thay đổi liều điều trị	2,12	1,34 - 3,98	0,01
Dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ	1,67	1,25 - 3,32	0,02

Bảng 3.5. Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát tần số tim bằng mô hình phân tích hồi quy đa biến logistic

Các yếu tố	OR	95%CI	p
Tuổi	0,98	0,91 - 1,02	0,76
Giới nữ	0,75	0,25 - 0,89	0,01
BMI	1,03	0,98 - 1,22	0,14
Phân số tống máu <50%	1,66	1,19 - 3,27	0,00
Ăn mặn	1,20	1,10 - 1,49	0,04
Hút thuốc lá	1,78	1,45 - 2,79	0,04
Có thai	1,01	0,99 - 1,09	0,67
Sang chấn tinh thần kéo dài	1,00	0.99 - 1,09	0,03
Phát hiện lần đầu	1,12	0,87 - 1,18	0,79
Thay đổi thuốc điều trị	2,12	1,69 - 3,98	0,01
Thay đổi liều điều trị	2,91	1,67 - 3,38	0,02
Dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ	1,96	1,45 - 3,12	0,03

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu

Tỷ lệ tăng huyết áp có xu hướng gia tăng nhanh trong những năm gần đây, bất chấp

các biện pháp điều trị, các loại thuốc mới sáng chế, các phác đồ tiếp cận bệnh nhân. Những thống kê gần đây cho thấy, có khoảng 1,14 tỷ người tăng huyết áp trên toàn thế giới, trong đó 2/3 là ở các nước có thu nhập thấp – trung bình [7],[8]. Sự già hóa dân số cũng là một trong nguyên nhân khiến tỷ lệ này tăng cao. Điều này cũng thể hiện rõ trong nghiên cứu ngày, khi tuổi trung bình ở hai nhóm nghiên cứu đều > 60 tuổi (Bảng 3.1). Mặc dù tỷ lệ mắc cao, nhưng chỉ khoảng 1/5 số bệnh nhân tăng huyết áp được kiểm soát tốt, về mục tiêu điều trị. Đây cũng chính là nguyên nhân dẫn đến sự xuất hiện của các cơn tăng huyết áp cấp cứu, với các biến chứng cấp tính tại các cơ quan quan trọng: tim, não, thận, mắt.

Bên cạnh tuổi cao, bệnh nhân tăng huyết áp nhập viện cũng gặp nhiều hơn ở nam giới, ở cả nhóm tăng huyết áp cấp cứu và tăng huyết áp thường, cho thấy đây có thể là yếu tố tác động đến tuân thủ điều trị. Tỷ lệ nam giới hút thuốc lá/lào cũng thường cao hơn nữ giới, lý giải tại sao tỷ lệ hút thuốc lá khá cao trong nghiên cứu này, ở cả hai nhóm. Sự tồn tại các chất co mạch trong thuốc lá như nicotin đã được chứng minh làm gia tăng tỷ lệ bùng phát huyết áp ở những bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

Tăng huyết áp thường đi kèm với đái tháo đường. Hai yếu tố này tác động qua lại, làm trầm trọng thêm các biến chứng tại các cơ quan đích. Trong nghiên cứu này, có tới 27,9% bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường kèm theo. Tỷ lệ này khá cao so với tỷ lệ lưu hành trong cộng đồng khẳng định thêm sự xuất hiện song hành của hai yếu tố này, mà cho đến nay, cơ chế của sự xuất hiện song hành đó còn chưa thực sự được sáng tỏ.

Bên cạnh các yếu tố kể trên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số siêu âm tim, hóa sinh máu cơ bản (ngoại trừ creatinin) cho thấy ở những bệnh nhân tăng huyết áp, việc kiểm soát không tốt huyết áp mục tiêu cũng như các yếu tố nguy cơ phối hợp là nguyên nhân căn bản dẫn đến các biến chứng cơ quan đích ở tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp chủ yếu các biến chứng ở tim - mạch (suy tim, bệnh mạch vành, tách thành động mạch chủ cấp): 94,1% (Bảng 3.3), các biến chứng khác ít gặp hơn, có lẽ là do bệnh nhân nhập viện tại khoa tim mạch, và các bệnh nhân tổn thương các cơ quan khác được nhập viện tại các khoa liên quan. Như vậy đã có một sự phân hóa chuyên môn khá sâu tại các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố như Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Kết quả này cũng phù hợp với tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu (Bảng 3.3): đau đầu, khó thở và đau thắt ngực

4.2. Nhận xét về các yếu tố ảnh hưởng đến cơn tăng huyết áp

Việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến cơn tăng huyết áp cấp cứu có ý nghĩa to lớn trong thực hành lâm sàng, góp phần ngăn ngừa sự xuất hiện của cơn tăng huyết áp trong tương lai, từ đó giúp cải thiện tiên lượng người bệnh.

Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra một số các yếu tố có liên quan đến các cơn tăng huyết áp cấp cứu: tuổi, giới, tình trạng thừa cân, một số thói quen xấu ảnh hưởng đến sức khỏe tim mạch: hút thuốc lá, ăn mặn, lười

vận động... [1],[2],[4],[5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đơn biến với các yếu tố kinh điển kể trên, đồng thời bổ sung thêm các yếu tố liên quan đến việc điều trị và tuân thủ điều trị, những yếu tố có liên quan mật thiết với sự hiểu biết bệnh của bệnh nhân. Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy nữ giới có nguy cơ bị cơn tăng huyết áp cấp cứu thấp hơn nam giới 0,69 lần (OR: 0,69; 95%CI: 0,28 - 0,87; 95%; p = 0,03). Điều này có lẽ được lý giải là do nữ giới thường có ý thức tuân thủ điều trị tốt hơn, tái khám thường xuyên hơn, ít các yếu tố nguy cơ liên quan đến lối sống (uống rượu, hút thuốc…). Điều này cùng phù hợp với kết quả của nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ăn mặn và hút thuốc lá có nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu gấp 1,21 lần (OR: 1,21; 95%CI: 1,11 - 1,51; p = 0,03) và 1,56 lần (OR: 1,56; 95%CI: 1,21 - 2,21; p = 0,04), tương ứng. Phân số tống máu giảm <50% cũng làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu lên 2,62 lần (OR: 2,62: 95%CI: 1,21 - 5,21; p =0,00)

Tuân thủ điều trị trong tăng huyết áp là yếu tố quan trong giúp duy trì huyết áp mục tiêu, tuy nhiên, tỷ lệ này thường không cao tại các nước đang phát triển như Việt Nam bởi các vấn đề về kinh tế, hiểu biết bệnh. Chính vì vậy, việc dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu lên 1,67 lần (OR: 1,67; 95%CI: 1,25 - 3,32; p = 0,02). Việc thay đổi thuốc điều trị cũng như thay đổi liều điều trị thuốc đang dùng cũng làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu lên 2,31 lần (OR: 2,31; 96%CI: 1,32 - 4,31; p = 0,01) và 2,12 lần (OR: 2,12; 95%CI: 1,34 - 3,98; p = 0,01).

Khi phân tích hồi quy đa biến, giới nữ vẫn là yếu tố làm giảm nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu (OR: 0,75; 95%CI: 0,25 - 0,89; p = 0,01) trong khi các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu vẫn là: phân số tống máu < 50% (OR: 1,66; 95%CI: 1,19 - 3,27; p = 0,00); ăn mặn (OR: 1,20; 95%CI: 1,10 - 1,49; p= 0,04); hút thuốc lá (OR: 1,78; 95%CI: 1,45 - 2,79; p = 0,04); dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ (OR: 1,96; 95%CI: 1,45 - 3,12; p = 0,03); đổi thuốc điều trị (OR: 2,12; 95%CI: 1,69 - 3,98; p=0,01); đổi liều thuốc đang điều trị (OR: 2,91; 95%CI: 1,67 - 3,38; p = 0,02).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 68 bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu có so sánh với 64 bệnh nhân tăng huyết áp bình thường, chúng tôi rút ra 2 kết luận sau:

- Tuổi trung bình 66,35 ± 14,82, nam nhiều hơn nữ (70,59%/29,41%). Huyết áp lúc vào viện 188,09 ± 13,19/92,50 ± 13,43 mmHg. Hầu hết là các biến chứng tim - mạch (94,12%), với các triệu chứng thường gặp: đau đầu (60,29%); khó thở (41,18%), đau thắt ngực (38,24%)

- Các yếu tố làm giảm nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu khi phân tích đơn biến và đa biến là nữ giới (OR: 0,69; 95%CI: 0,28 - 0,87; 95%; p = 0,03 và OR: 0,75; 95%CI: 0,25 - 0,89; p = 0,01); các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp cấp cứu là: phân số tống máu < 50% (OR: 2,62: 95%CI: 1,21 - 5,21; p =0,00 và OR: 1,66; 95%CI: 1,19 - 3,27; p = 0,00); ăn mặn (OR: 1,21; 95%CI: 1,11 - 1,51; p = 0,03 và OR:

1,20; 95%CI: 1,10 - 1,49; p= 0,04); hút thuốc lá (OR: 1,56; 95%CI: 1,21 - 2,21; p = 0,04 và OR: 1,78; 95%CI: 1,45 - 2,79; p = 0,04); dùng thuốc không có kiểm soát của bác sĩ (OR: 1,67; 95%CI: 1,25 - 3,32; p = 0,02 và OR: 1,96; 95%CI: 1,45 - 3,12; p = 0,03); đổi thuốc điều trị (OR: 2,31; 96%CI: 1,32 - 4,31; p = 0,01 và OR: 1,96; 95%CI: 1,45 - 3,12; p = 0,03); đổi liều thuốc đang điều trị (OR: 2,91; 95%CI: 1,67 - 3,38; p = 0,02 và (OR: 2,91; 95%CI: 1,67 - 3,38; p = 0,02)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adebayo O., Rogers R.L**. Hypertensive Emergencies in the Emergency Department. Emerg Med Clin N Am; 33 (2015): 539–551
2. **Alshami A., Romero C., Avila A., Varon J.** Management of hypertensive crises in the elderly. Journal of Geriatric Cardiology (2018) 15: 504–512
3. **Meiqa L., Pamela D., Wright P. et al.** Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. Asia Pac J Public Health. 2019 Mar; 31(2):101-112.
4. **Pierin AM, Flórido CF, Santos J et al.** Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. Einstein (São Paulo). 2019; 17(4):1-8
5. **Shao P.J. et al.** Profile of patients with hypertensive urgency and emergency presenting to an urban emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania. BMC Cardiovascular Disorders (2018) 18:158
6. **Unger T. et al.** 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75:1334-1357
7. **WHO fact sheets.** https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension. Access on 10 Jan 20
8. **Williams B. et al.** 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal Volume 39(33), 01 Sep 2018: 3021–3104.

ĐIỆN TÂM ĐỒ BỀ MẶT VÀ NGUY CƠ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÂM TRƯƠNG Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Vũ Mạnh Tân[1], Lê Minh Hiếu[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa hình ảnh điện tâm đồ bề mặt với nguy cơ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả sự tương quan trên chùm ca bệnh gồm 123 bệnh nhân hội chứng chuyển hóa, điều trị tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Việt Tiệp, từ tháng 8/2018 đến tháng 6/2019. Chức năng tâm trương thất trái được đánh giá bằng siêu âm Doppler tim. Phân tích điện tâm đồ để tìm các dấu hiệu dày thất trái, QRS phân mảnh, sóng P có pha âm sâu rộng ở V1. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để tìm mối liên quan giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với các dấu hiệu điện tâm đồ. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 27,64%. Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiện sóng P có pha âm sâu rộng ở V1, QRS phân mảnh, dày thất trái lần lượt là 26,83%; 29,27%; 8,94%. Phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ ra nguy cơ xuất hiện rối loạn chức năng tâm trương thất trái của các dấu hiệu sóng P có pha âm sâu rộng ở V1, QRS phân mảnh, dày thất trái OR, 95%CI lần lượt là 2,82 (1,32 – 8,03); 2,52 (1,12 – 6,99); 9,76 (1,86 – 51,14), p < 0,05. **Kết luận:** Các dấu hiệu sóng P có pha âm sâu rộng ở V1, QRS phân mảnh, dày thất trái trên điện tâm đồ có có thể sử dụng để tiên đoán nguy cơ rối loạn chức năng tâm trương thất trái xảy ra ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa với OR, 95%CI lần lượt là 2,82 (1,32 – 8,03); 2,52 (1,12 – 6,99); 9,76 (1,86 – 51,14), p < 0,05.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, rối loạn chức năng tâm trương thất trái, sóng P có pha âm sâu rộng ở V1, QRS phân mảnh, dày thất trái.

SUMMARY

SURFACE ELECTROCARDIOGRAM AND THE RISK OF VENTRICULAR DIASTOLIC DYSFUNCTION ON PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Objective: To evaluate the association of some signs on electrocardiography with left ventricular diastolic dysfunction. **Objects and method**: a correlational study conducted on123 patients with metabolic syndrome, at Cardiology department, Viet Tiep Friendship Hospital, from August 2018 to June 2019. Left ventricular diastolic function was estimated by echocardiographic examination. Standard 12-lead electrocardiograms were recorded and analyzed to find fragmented QRS, abnormal P wave terminal force in lead V1, left ventricular hypertrophy. The association between left ventricular diastolic dysfunction and those signs on electrocardiography were investigated by univariate and multivariate logistic regression analyses. **Results**: The prevalence of left ventricular diastolic dysfunction was diagnosed in 27,64% of patients. The prevalence of

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

abnormal P wave terminal force in lead V1, fragmented QRS, thickening of ventricle wall was 26,83%; 29,27%; 8,94%, respectively. In multivariate logistic regression analyses, the abnormal P wave terminal force in lead V1, fragmented QRS, left ventricular hypertrophythickening were associated with increased risk of left ventricular diastolic dysfuction with OR (95%CI) were 2,82 (1,32 – 8,03); 2,52 (1,12 – 6,99); 9,76 (1,86 – 51,14), respectively, (p < 0,05 in all three analyses). **Conclusion**: the presence of abnormal P wave terminal force in lead V1, fragmented QRS, QRS, left ventricular hypertrophy on surface ECG were all risk of left ventricular diastolic dysfunction.

***Keywords**:* Metabolic syndrome, abnormal P wave terminal force in lead V1, left ventricular diastolic dysfunction, fragmented QRS, ventricular hypertrophy .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Tỷ lệ bệnh nhân HCCH trên thế giới khoảng 20 – 25% số người trưởng thành. Tại Việt Nam, số người mắc HCCH ước khoảng 16,3% dân số [1]. Bệnh nhân HCCH có nguy cơ rối loạn chức năng tâm trương (CNTTr) thất trái cao hơn bệnh nhân không có HCCH. Rối loạn CNTTr thất trái là hậu quả của tăng áp lực đổ đầy và giảm thư giãn thất trái. Đây là giai đoạn sớm của suy tim. Rối loạn CNTTr thất trái nếu được phát hiện và điều trị sớm sẽ làm giảm tốc độ tiến triển đến suy tim tâm thu và giảm tỷ lệ suy tim.

Ở bệnh nhân rối loạn CNTTr thất trái, có hiện tượng ứ máu ở tâm nhĩ trái. Do đó, tăng thể tích nhĩ, tăng áp lực nhĩ trái là một dấu hiệu của rối loạn CNTTr thất trái. Ngoài ra, xơ hóa cơ tim và sẹo nhồi máu cơ tim tim là yếu tố gây giảm thư giãn thất trái và tăng độ cứng buồng thất trái. Các dấu hiệu tăng thể tích nhĩ trái và xơ hóa cơ tim đều thể hiện trên điện tâm đồ bề mặt lần lượt bằng các dấu hiệu sóng P có pha âm sâu rộng ở V1 (Abnormal P wave terminal force in lead V1 – PTF-V1) và QRS phân mảnh.

Điện tâm đồ bề mặt là thăm dò hình ảnh thường quy, phổ biến tại tất cả các tuyến y tế, trong khi để đánh giá chức năng tâm trương cần được tiến hành trên hệ thống siêu âm Doppler có chương trình chuyên biệt với bác sĩ siêu âm được đào tạo bài bản, thường chỉ có ở các tuyến chuyên khoa sâu. Vì thế, có thể sử dụng điện tâm đồ bề mặt để tiên lượng nguy cơ rối loạn CNTTr thất trái hay không? Để trả lời câu hỏi này, đề tài được thực hiện với mục tiêu: *xác định mối liên quan giữa hình ảnh điện tâm đồ bề mặt với nguy cơ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân rối loạn hội chứng chuyển hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của liên đoàn đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation - IDF) năm 2005.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tuổi ≥ 18 tuổi, nhịp tim có nút xoang là chủ nhịp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tổn thương van tim thực thể, bệnh cơ tim nguyên phát, cấy máy tạo nhịp, rung nhĩ, cuồng nhĩ, hình ảnh điện tâm đồ nhiễu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian - địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 8/2018 đến 6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sự tương quan trên loạt ca bệnh.

2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu: thực hiện theo phương pháp thuận tiện.

2.2.3. Các chỉ số, biến số nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn IDF 2005, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được tham gia vào nghiên cứu. Các bệnh nhân đều được hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất.

CNTTr thất trái được đánh giá và phân loại theo khuyến cáo về khảo sát CNTTr thất trái của Hội siêu âm tim Hoa Kì và Hội hình ảnh học tim mạch châu Âu năm 2016. Các bệnh nhân được thực hiện kĩ thuật siêu âm tim bởi một bác sĩ chuyên khoa tim mạch. Máy siêu âm tim được sử dụng là VIVID 7 DIMENSION của hãng GE Hoa Kì, đầu dò 3,5 MHz.

Điện tâm đồ: bệnh nhân được nghỉ ngơi thư giãn trước khi đo điện tâm đồ. Điện tâm đồ được thực hiện trên máy Nihkon Kohden Cardiofax của Nhật Bản. Tốc độ bản ghi là 25mm/s và test điện thế là 1mV tương đương 10mm. Mỗi bản điện tâm đồ được phân tích bởi hai chuyên gia về điện tâm đồ độc lập. Kết luận cuối cùng là sự thống nhất ý kiến của cả hai chuyên gia. Dấu hiệu PTF-V1 được xác định khi pha âm ở cuối sóng P của chuyển đạo V1 có tích số giữa điện thế và thời gian ≥ 4000μV-ms [2]. Dấu hiệu QRS phân mảnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Das [3],[4]. Đối với phức độ QRS hẹp, QRS phân mảnh khi có hình ảnh sóng R' hoặc có khía ở đáy sóng S hoặc có trên 1 R' ở 2 chuyển đạo liên tiếp. Đối với phức bộ QRS rộng, hình ảnh RSR' có thể có hoặc không có sóng Q, và có nhiều hơn 2 sóng R' hoặc hơn 2 sóng S có khía ở sườn xuống hoặc sườn lên xuất hiện ở 2 chuyển đạo liên tiếp. Dày thất trái khi RV5+SV1 ≥ 35 mV.

2.2.4. Xử lý số liệu

Quá trình nhập số liệu được thực hiện bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Các số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê trong y học bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến liên tục được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến phân nhóm được thể hiện dưới tỷ lệ %. Xác định mối liên quan giữa 2 biến bằng OR theo phân tích hồi quy logistic đa biến. Chúng tôi cũng sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa rối loạn CNTTr thất trái và các yếu tố. Trong đó, rối loạn CNTTr thất trái là biến phụ thuộc. Các biến tuổi, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, chỉ số khối cơ thể, dấu hiệu PTF-1, dày thất trái, QRS phân mảnh là biến tiên lượng. Mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và 95%CI không chứa 1.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tuân theo tiêu chuẩn đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Bệnh nhân có quyền từ chối tham gia nghiên cứu tại bất kì thời điểm nào. Tham gia hay không tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 123 bệnh nhân HCCH có tuổi trung bình 68,13 ± 9,34 năm. Giới nam chiếm 41,46%.

***Bảng 3.1**: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu*

Đặc điểm	Giá trị
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (n, %)	91 (73,98 %)
Đái tháo đường (n, %)	62 (50,41 %)
Vòng bụng (cm)	91,13 ± 6,09
Chỉ số khối cơ thể (kg/m^2)	24,87 ± 2,72
Tăng huyết áp (n, %)	115 (93,50%)
Glucose máu đói (mmol/l)	7,43 ± 3,37
Cholesterol (mmol/l)	4,76 ± 1,32
Triglyceride (mmol/l)	2,41 ± 1,23
HDL – Cholesterol (mmol/l)	1,14 ± 0,22
LDL – Cholesterol (mmol/l)	2,79 ± 1,14
Creatinine (µmol/l)	90,82 ± 29,74
Rối loạn chức năng tâm trương thất trái (n, %)	34 (27,64%)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có tăng huyết áp (93,50%). Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 27,64%

***Bảng 3.2:** Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt của các đối tượng nghiên cứu*

Dấu hiệu ECG bề mặt (n=123)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
PTF-V1*	33	26,83
QRS phân mảnh	36	29,27
Block nhánh trái	4	3,25
Block nhánh phải	5	4,06
Tăng gánh thất trái	11	8,94
Chỉ số Sokolow – Lyon (mV)	22,14 ± 8,87	
Thời gian phức bộ QRS (ms)	0,07 ± 0,02	

Chú thích: * PTF-V1: abnormal P wave terminal force in lead V1 - Dấu hiệu sóng P có pha âm sâu rộng ở chuyển đạo V1

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có QRS phân mảnh và sóng P có pha âm ở V1 lần lượt là 29,27% và 26,83%.

***Bảng 3.3:** Mối liên quan giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với một số yếu tố qua mô hình phân tích hồi quy logistic*

Biến	Đơn biến		Đa biến	
	OR; 95%CI	p	OR; 95%CI	p
Tuổi	1,02; 0,98 – 1,07	0,34	1,05; 1,00 – 1,11	0,07
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	0,97; 0,40 – 2,38	0,94	1,06; 0,36 – 3,14	0,92

Đái tháo đường	0,98; 0,44 – 2,16	0,95	1,43; 0,52 – 3,87	0,48
Chỉ số khối cơ thể	0,92; 0,9 – 1,06	0,26	1,25; 1,00 – 1,52	0,05
Tăng huyết áp	1,82; 0,37 – 8,79	0,46	1,23; 0,13 – 12,88	0,83
PTF-V1*	3,11; 1,33 – 7,30	0,01	2,82; 1,32 – 8,03	0,03
QRS phân mảnh	3,74; 1,48 – 9,02	0,01	2,52; 1,12 – 6,99	0,04
Tăng gánh thất trái	6,42; 1,72 – 23,68	0,01	9,76; 1,86 – 51,14	0,01

Chú thích: * PTF-V1: abnormal P wave terminal force in lead V1 - Dấu hiệu sóng P có pha âm sâu rộng ở chuyển đạo V1

Nhận xét: Các dấu hiệu trên điện tâm đồ bề mặt: QRS phân mảnh, PTF-V1, dày thất trái làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn CNTTr thất trái ở bệnh nhân HCCH.

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn CNTTr thất trái được đặc trưng bởi hai hiện tượng giảm khả năng đổ đầy và tăng độ cứng thành thất trái. Do đó, tâm nhĩ trái sẽ tăng co bóp để tăng thể tích đổ đầy thất trái cuối kì tâm trương. Như vậy, áp lực và thể tích nhĩ trái tăng. Dấu hiệu PTF-V1 được chứng minh liên quan đến tăng áp lực và thể tích nhĩ trái. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu PTF-V1 trên điện tâm đồ là 26,83%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của các tác giả khác [2]. Khi tìm hiểu về mối liên quan giữa dấu hiệu PTF-V1 với rối loạn CNTTr, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra sự có mặt của dấu hiệu PTF-V1 làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn CNTTr thất trái với OR = 3,11, 95%CI: 1,33 – 7,30 trong phân tích hồi quy logistic đơn biến. Dấu hiệu PTF-V1 cũng hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, tăng huyết áp. Mặt khác, đái tháo đường, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ của rối loạn CNTTr thất trái. Vậy mối liên quan giữa dấu hiệu PTF-V1 và rối loạn CNTTr thất trái là thật sự hay do ảnh hưởng của bệnh tiểu đường, tăng huyết áp. Để trả lời câu hỏi này chúng tôi đã sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến với đái tháo đường, tăng huyết áp là một trong số các yếu tố tác động. Kết quả đã chỉ ra dấu hiệu PTF-V1 làm nguy cơ xuất hiện rối loạn CNTTr thất trái, OR = 2,82, 95%CI: 1,32 – 8,03, p < 0,05. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang nên chỉ xác định được mối liên quan giữa dấu hiệu PTF-V1 và rối loạn CNTTr thất trái, chưa xác định được ảnh hưởng của dấu hiệu PTF-V1 đến tiến triển của CNTTr thất trái. Michael T. và cộng sự thực hiện một nghiên cứu xác định ảnh hưởng của dấu hiệu PTF-V1 lên CNTTr thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp với thời gian theo dõi 3 năm. Kết quả của nghiên cứu này đã chỉ ra dấu hiệu PTF-V1 liên quan đến sự tiến triển của rối loạn CNTTr thất trái sau 3 năm theo dõi. Tác giả sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến cho kết quả dấu hiệu PTF-V1 làm tăng nguy cơ bất thường của tỷ số E/A (OR:1,55; 95%CI: 1,04 – 2,32, p = 0,032) và bất thường của thời gian đổ đầy thất trái (OR: 1,42; 95%CI: 0,94 – 2,15 p = 0,098) [2]. Như

vậy, dấu hiệu PTF-V1 không những làm tăng nguy cơ của rối loạn chức năng tâm trương thất trái, mà còn liên quan đến tiến triển của rối loạn CNTTr thất trái theo thời gian.

Khối lượng cơ thất trái có mối tương quan với rối loạn CNTTr thất trái. Gia tăng khối lượng cơ thất trái làm tăng nguy cơ rối loạn CNTTr [5]. Khi khối lượng cơ thất trái tăng dẫn đến cấu trúc cơ tim biến đổi. Số lượng các sợ collagen tăng lên. Đặc tính co dãn của cơ tim bị hạn chế. Vì thế khả năng nhận máu của thất trái giảm có liên quan một phần đến độ cứng của cơ tim khi bị phì đại. Phì đại thất trái tác động lên cả giai đoạn giãn đồng thể tích và giai đoạn đổ đầy thất nhanh. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng chỉ số Solokow-Lyon để đánh giá dày thất trái với điểm cắt là 35mV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra, dấu hiệu dày thất trái trên điện tâm đồ đánh giá bằng chỉ số Solokow-Lyon có liên quan đến rối loạn CNTTr thất trái (OR: 6,42; 95%CI: 1,72 – 23,68) với p < 0,05. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, dấu hiệu dày thất trái tăng nguy cơ rối loạn CNTTr thất trái 9,76 lần (OR: 9,76; 95%CI: 1,86 – 51,14) với p < 0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Joseph M. dấu hiệu dày thất trái trên điện tâm đồ, được đánh giá bằng tiêu chuẩn Cornell product với điểm cắt 1595 mm-ms, làm tăng nguy cơ rối loạn CNTTr thất trái 5 lần (OR: 5,1; 95%CI: 2,2 – 11,7; p < 0,001) [5]. Như vậy, dấu hiệu dày thất trái trên điện tâm đồ có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn CNTTr thất trái. Tuy vậy nghiên cứu của chúng tôi mới xác định được mối liên quan giữa dày thất trái và nguy cơ rối loạn CNTTr thất trái mà chưa xác định được ảnh hưởng của khối lượng cơ thất trái lên tiến triển của rối loạn CNTTr thất trái. Mặt khác, việc sử dụng thuốc giảm dày thành thất trái, giảm tái cấu trúc thất trái có làm chậm tiến triển của suy tim hay không? Điều này đã được khẳng định trong các nghiên cứu lớn trên thế giới cũng như trong khuyến cáo chẩn đoán và điều trị suy tim của các hội chuyên ngành. Các khuyến cáo này đã xếp bệnh nhân có biểu hiện dày thất trái trên điện tâm đồ vào nhóm suy tim giai đoạn B. Đối với nhóm bệnh nhân này, khuyến cáo đã đưa ra vai trò của nhóm thuốc ức chế men chuyển. Ức chế men chuyển là nhóm thuốc có tác dụng giảm dày thành thất trái, giảm tái cấu trúc thất trái. Do đó, thuốc có tác dụng giảm tiến triển suy tim ở bệnh nhân có dày thất trái.

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra dấu hiệu QRS phân mảnh có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ bị rối loạn CNTTr thất trái với OR: 3,74; 95%CI: 1,48 – 9,02, p < 0,05 trong phân tích hồi quy logistic đơn biến và OR = 2,52, 95%CI: 1,12 – 6,99, p < 0,05 trong phân tích hồi quy logistic đa biến. Mối liên quan này cũng được các nghiên cứu chỉ ra trên bệnh nhân THA và ĐTĐ. Kadi H và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu trên 72 bệnh nhân THA có hình ảnh chụp động mạch vành bình thường để tìm hiểu mối liên quan giữa QRS phân mảnh và CNTTr thất trái. Kết quả của nghiên cứu cho thấy dấu hiệu QRS phân mảnh có liên quan đến mức độ nặng của rối loạn CNTTr thất trái OR: 7,0; 95%CI: 1,4 – 35,4 với p = 0,0018 [6]. Như vậy, QRS phân mảnh không chỉ liên quan đến nguy cơ xuất hiện của rối loạn chức năng tâm trương thất trái, mà còn liên quan đến mức độ nặng của rối loạn CNTTr thất trái [6]. Canga A. và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 259 bệnh nhân tim mạch cũng thấy rằng QRS phân mảnh có liên quan rối loạn CNTTr thất trái [7]. Như vậy, mối có liên quan giữa QRS phân mảnh và rối loạn

CNTTr thất trái đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu và trên các đối tượng bệnh nhân khác nhau.

Bên cạnh đó, dấu hiệu QRS phân mảnh đã được chứng minh liên quan đến nguy cơ xuất hiện suy tim bảo tồn phân suất tống máu thất trái ở bệnh nhân rối loạn CNTTr thất trái. Onoue Y. và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu trên 239 bệnh nhân rối loạn CNTTr thất trái. Tác giả đã chia bệnh nhân thành 2 nhóm 88 bệnh nhân có QRS phân mảnh và 151 bệnh nhân không có QRS phân mảnh. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, sau 3 năm, tỷ lệ bệnh nhân suy tim ở nhóm có QRS phân mảnh cao hơn nhóm không có QRS phân mảnh. Phân tích hồi quy logistic đa biến đã xác định QRS phân mảnh có liên quan độc lập với suy tim có phân suất tống máu bảo tồn với $p < 0,05$ [8].

*** Hạn chế của đề tài:** do thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu còn hạn chế và là nghiên cứu cắt ngang nên đề tài chưa xác định ảnh hưởng của các dấu hiệu điện tâm đồ bề mặt với tiến triển của các bệnh nhân có các dấu hiệu này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 123 bệnh nhân hội chứng chuyển hóa, chúng tôi rút ra kết luận: Sự có mặt của các dấu hiệu điện tâm đồ bề mặt PTF-V1, QRS phân mảnh, tăng gánh thất trái, làm tăng nguy cơ rối loạn CNTTr thất trái ở bệnh nhân HCCH khi phân tích đơn biến và đa biến với OR (95%CI) lần lượt là: 3,11 (1,33 – 7,30); 3,74 (1,48 – 9,02); 6,42 (1,72 – 23,68); $p < 0,05$ và: 2,82 (1,32 – 8,03); 2,52 (1,12 – 6,99); 9,76 (1,86 – 51,14); $p < 0,05$.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo khoa, tập thể bác sĩ và điều dưỡng khoa Tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đã tạo điều kiện thuận lợi và giúp đỡ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Bình, Phạm Trần Phương, Bùi Thị Nhung, et al. (2014).** Metabolic syndrome among a middle-aged population in the Red River Delta region of Vietnam. BMC Endocr Disord, **14**, 77.
2. **Tanoue M.T., Kjeldsen S.E., Devereux R.B., et al. (2017).** Relationship between abnormal P-wave terminal force in lead V1 and left ventricular diastolic dysfunction in hypertensive patients: the LIFE study. Blood Press, **26**(**2**), 94–101.
3. **Das M.K., Suradi H., Maskoun W., et al. (2008).** Fragmented Wide QRS on a 12-Lead ECG: A Sign of Myocardial Scar and Poor Prognosis. Circ Arrhythm Electrophysiol, **1**(**4**), 258–268.
4. **Das M.K., Khan B., Jacob S., et al. (2006).** Significance of a fragmented QRS complex versus a Q wave in patients with coronary artery disease. Circulation, **113**(**21**), 2495–2501.
5. **Krepp J.M., Lin F., Min J.K., et al. (2014).** Relationship of Electrocardiographic Left Ventricular Hypertrophy to the Presence of Diastolic Dysfunction. Ann Noninvasive Electrocardiol, **19**(**6**), 552–560.
6. **Kadı H., Demir A.K., Ceyhan K., et al. (2015).** Association of fragmented QRS complexes on ECG with left ventricular diastolic function in hypertensive patients. Turk Kardiyol Dernegi Arsivi Turk Kardiyol Derneginin Yayin Organidir, **43**(**2**), 149–156.
7. **Canga A., Kocaman S.A., Durakoğlugil M.E., et al. (2013).** Relationship between fragmented QRS complexes and left ventricular systolic and diastolic functions. Herz, **38**(**6**), 665–670.
8. **Onoue Y., Izumiya Y., Hanatani S., et al. (2016).** Fragmented QRS complex is a diagnostic tool in patients with left ventricular diastolic dysfunction. Heart Vessels, **31**(**4**), 563–567.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2018 - 2019

Bùi Hồng Nhung*, Vũ Thị Mai Anh*

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa phổ biến hay gặp nhất hiện nay. ĐTĐ typ 2 chiếm tỷ lệ cao và thường tiến triển âm thầm. Đồng thời, xã hội càng hiện đại các bệnh lý sức khỏe tâm thần càng gia tăng trong đó trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở BN ĐTĐ 2. Trầm cảm xuất hiện ở BN ĐTĐ typ 2 sẽ gây ra hậu quả nghiêm trọng cả về thể chất và tâm thần của người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của BN ĐTĐ typ 2 và mô tả một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở BN ĐTĐ typ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018 - 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, mô tả một loạt ca bệnh để thu thập các thông tin chung, triệu chứng lâm sàng, các yếu tố liên quan của 97 BN ĐTĐ typ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018 - 2019 theo mẫu bệnh án thống nhất.

Kết quả nghiên cứu: Bệnh gặp chủ yếu nhóm tuổi từ 61 – 70 chiếm 38,1% với tuổi mắc bệnh trung bình là 65,26 ± 10,95. Trong đó nữ giới chiếm 62,9% và nam giới chiếm 37,1%. BN chủ yếu sống tại thành thị (68%), hoàn thành bậc học THCS (35,1%) và đã kết hôn (80,4%). Thời gian mắc ĐTĐ của nhóm BN nghiên cứu khá dài thường trên 3 năm và có nhiều bệnh đồng mắc kèm theo phần lớn là bệnh tim mạch. Đa số BN đều dùng thuốc hạ đường máu theo đường uống để điều trị bệnh. Biến chứng gặp nhiều nhất là tăng huyết áp với 46,39%. Về yếu tố liên quan rối loạn trầm cảm thì ở những BN có tuổi đời trẻ dưới 55 tỷ lệ trầm cảm chiếm 57,5%, độc thân trầm cảm với tỷ lệ khá cao 89,5%. Trong 89 BN có bệnh đồng mắc kèm theo thì 48 BN mắc trầm cảm chiếm 53,9%. Những BN mắc ĐTĐ trên 3 năm thì có 29 BN chiếm 64,4% mắc trầm cảm. Và những người BMI ≥ 23kg/m^2 có 59,1% mắc trầm cảm.

Kết luận: ĐTĐ typ 2 gặp nhiều ở người lớn tuổi (61 – 70 tuổi), nữ mắc nhiều hơn nam, thành thị mắc nhiều hơn nông thôn. Những người mắc ĐTĐ trẻ tuổi, sống độc thân, ở nông thôn, béo phì và mắc thêm nhiều các bệnh đồng mắc thì dễ bị rối loạn trầm cảm kèm theo.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, rối loạn trầm cảm, Bệnh viện Đại học Y Hải phòng.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF TYPE 2 DIABETES AND SOME RELATED FACTORS OF DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL DURING 2018 - 2019

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hồng Nhung
Email: hongnhungypb1989@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Diabetes is the most common metabolic disorder today. Diabetes type 2 diabetes accounts for a high proportion and often progresses silently. In addition, the more modern the society is, the more the mental health conditions increase, in which depression is a common mental disorder in type 2 diabetes patients. Depression appears in patients with diabetes. Type 2 will cause serious physical and mental consequences of the patient.

Objectives: To describe the clinical characteristics of patients with type 2 diabetes and describe some factors related to depression in patients with type 2 diabetes at Hai Phong Medical University Hospital in 2018 - 2019.

Subjects and research methods: We use descriptive research methods, describe a series of cases to collect general information, clinical symptoms, and relevant factors of 97 diabetic patients type 2 at Hai Phong Medical University Hospital, 2018 - 2019, according to a unified medical record.

Research results: The disease mainly encountered in the age group of 61-70, accounting for 38.1% with the average age of disease was 65.26 ± 10.95. Women accounted for 62.9% and men accounted for 37.1%. Patients mainly live in urban areas (68%), finish the secondary school (35.1%) and get married (80.4%). The diabetes duration of the study group is quite long, usually over 3 years and many comorbidities are accompanied by the majority of cardiovascular diseases. Most patients take oral hypoglycemic agents to treat the disease. The most common complication was hypertension with 46.39%. Regarding the related factors of depressive disorder, in patients with young age under 55, the rate of depression accounted for 57.5%, single depression with quite high rate of 89.5%. Among 89 patients with comorbidities, 48 patients with depression accounted for 53.9%. Patients with diabetes over 3 years, 29 patients accounting for 64.4% of depression. And those with BMI ≥ 23kg / m2, 59.1% had depression.

Conclusions: Type 2 diabetes is more common in older people (61 - 70 years old), women have more problems than men, and urban women have more problems than in rural areas. Young, single, rural, obese and more co-infected people are more likely to suffer from the accompanying depression disorder.

Keywords: Type 2 diabetes, depressive disorder, Hai Phong Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là rối loạn chuyển hóa glucid mạn tính. Năm 2000 mới có khoảng 171 triệu người mắc tương ứng 2,8% dân số trên thế giới. Đến năm 2018, chỉ tính trong độ tuổi 20 – 79, số người mắc ĐTĐ đã được ước tính là 425 triệu người (chiếm 8,8% dân số thế giới). ĐTĐ typ 2 thường tiến triển âm thầm, các triệu chứng vô cùng kín đáo và có nhiều trường hợp vô tình được phát hiện khi đi khám sức khỏe định kỳ. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng đa số gặp ở lứa tuổi trên 30 [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy có tới hơn 50% BN ĐTĐ typ 2 khi được phát hiện đã có biến chứng [3].

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh ĐTĐ typ 2. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở quần thể này cao ít nhất gấp đôi trong dân số chung. Một số nghiên cứu còn nhận thấy tỷ lệ trầm cảm rất cao, như Khuwaja và cộng sự công bố số người có dấu hiệu trầm cảm chiếm 43,5% trong các BN ĐTĐ typ 2 [4]. Trầm cảm làm người bệnh ĐTĐ ít hoạt động thể chất, dễ lạm dụng rượu và thuốc lá, có thói quen ăn uống không tốt và kém tuân thủ liệu trình điều trị đái tháo đường. Với những hậu quả nghiêm trọng mà trầm cảm gây ra ở người bệnh ĐTĐ typ 2 việc phát hiện và điều trị sớm trầm cảm có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện triệu chứng, ngăn ngừa phát sinh và làm nặng thêm các biến

chứng của bệnh. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của BN ĐTĐ typ 2 và mô tả một số yếu tố liên quan của rối loạn trầm cảm ở BN ĐTĐ typ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018 – 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Gồm 97 BN ĐTĐ typ 2 điều trị nội và ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 12/2018 đến hết tháng 6/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn chung cho nhóm BN nghiên cứu

Những BN đưa vào nghiên cứu phải đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ týp 2:

* BN được các bác sỹ chuyên khoa nội tiết chẩn đoán là có mắc ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hội ĐTĐ Mỹ năm 2010:

1) Glucose máu bất kỳ ≥ 11,1 mmol/l kèm theo các triệu chứng của tăng glucose máu (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).

2) Glucose máu lúc đói (nhịn ăn từ 8 – 14 giờ) ≥ 7,0 mmol/l trong 2 buổi sáng khác nhau.

3) Nghiệm pháp dung nạp glucose máu: glucose máu 2 giờ sau uống 75 g glucose khan ≥ 11,1 mmol/l.

4) HbA1C (định lượng theo phương pháp chuẩn bằng sắc ký lỏng cao áp) ≥ 6,5%.

Nếu không có các triệu chứng của tăng glucose máu thì tiêu chuẩn 2 – 4 phải được làm nhắc lại.

* BN có các đặc điểm của ĐTĐ týp 2:

- Người trưởng thành.
- Thường có tiền sử gia đình.
- Triệu chứng lâm sàng không rầm rộ.
- Thường có cơ địa béo phì.
- Không có biến chứng nhiễm toan ceton.
- Điều trị lâu dài có hiệu quả bằng chế độ ăn và/ hoặc các thuốc viên hạ glucose máu.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trầm cảm

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm theo ICD – 10 [20]: Một giai đoạn trầm cảm được xác định khi BN có ít nhất 2 trong số 3 triệu chứng đặc trưng và 2 trong số 7 triệu chứng phổ biến kéo dài trong khoảng thời gian ít nhất 2 tuần.

Các triệu chứng đặc trưng bao gồm:

- Khí sắc giảm.
- Mất mọi quan tâm và thích thú.
- Giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động.

Các triệu chứng phổ biến bao gồm:

- Giảm sút sự tập trung, chú ý.
- Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin.
- Ý tưởng bị tội và không xứng đáng.
- Nhìn vào tương lai ảm đạm, bi quan.
- Ý tưởng và hành vi tự hủy hoại cơ thể hoặc tự sát.
- Rối loạn giấc ngủ.
- Ăn ít ngon miệng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, không xác suất được 97 BN.

Thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án thống nhất gồm các thông tin chung, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan với trầm cảm

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: nhập và xử lí số liệu trên phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, sự đồng thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 50	11	11,3
51 – 60	17	17,5
61 – 70	37	38,1
>71	32	33,0
Tổng số	97	100
Tuổi trung bình	65,26 ± 10,95	

Nhận xét: Nhóm tuổi có tỉ lệ mắc cao nhất là nhất là 61 - 70 chiếm 38,1% và nhóm ≤ 50 có tỷ lệ thấp nhất chiếm 11,3%; tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,26 ± 10,95. Tuổi thấp nhất là 31, cao nhất là 86.

Bảng 3.2 Thời gian mắc đái tháo đường typ 2

Số lượng / Thời gian mắc ĐTĐ typ2	n	%
≤ 12 tháng	26	26,8
12 đến ≤ 36 tháng	26	26,8
>36 tháng	45	46,4
Tổng	**97**	**100**

Nhận xét: Phần lớn BN có thời gian mắc ĐTĐ typ 2 trên 36 tháng (3 năm) với 45 bệnh nhân (46,4%), còn lại là số người mắc bệnh dưới 12 tháng và từ 12 đến 36 tháng bằng nhau đều là 26 người chiếm 26,8%.

Bảng 3.3 Các bệnh cơ thể đã mắc trong tiền sử

	Có mắc		Không mắc	
	n	%	n	%
Tim mạch	40	41,24	57	58,76
Thận, tiết niệu	12	12,37	85	87,63
Tiêu hóa	21	21,65	76	78,35
Cơ xương, khớp	27	27,84	70	72,16
Nội tiết	30	30,93	67	69,07
Khác	28	28,87	69	71,13

Nhận xét: Có nhiều BN trong nghiên cứu đã từng mắc các bệnh của hệ tim mạch chiếm 41,24%; bệnh nội tiết chiếm 30,93%; cơ xương khớp có 27,84%; các bệnh tiêu hóa là 21,65%; các bệnh lý khác là 28,87%; thấp nhất là thận, tiết niệu chiếm 12, 37%.

Bảng 3.4 Các thuốc điều trị đái tháo đường đã dùng

Số lượng / Loại thuốc	n	%
Thuốc uống hạ glucose máu	48	49,48
Thuốc uống + insulin	20	20,6
Insulin	12	12,4
Không dùng thuốc	19	19,6

Nhận xét: Nhóm BN được sử dụng thuốc hạ glucose máu đường uống chiếm tỷ lệ cao nhất (49,48%); sau đó là nhóm BN sử dụng thuốc uống phối hợp với tiêm insulin (20,6%); số BN không dùng thuốc chiếm tỷ lệ 19,6%.

Bảng 3.5 Các biến chứng của đái tháo đường

Số lượng / Biến chứng	n	%
Võng mạc	26	26,80
Tăng huyết áp	45	46,39
Thận	13	13,40
Thần kinh	14	14,43
Nhiễm khuẩn	10	10,31
Biến chứng khác	16	16,49

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, biến chứng tăng huyết áp hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 46,39%, tiếp theo là biến chứng võng mạc 26,8%, biến chứng thần kinh chiếm 14,43%, sau đó đến biến chứng thận chiếm 13,4%, thấp nhất là biến chứng nhiễm khuẩn chiếm 10,31%. Tổng số các biến chứng khác là 16,49%

Bảng 3.6 Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với trầm cảm

Mức độ / Yếu tố		Không trầm cảm		Trầm cảm		p
		n	%	n	%	
Tuổi hiện tại	>55	11	64,7	6	35,3	> 0,05
	<=55	34	42,5	46	57,5	
Giới	Nam	21	58,3	15	41,7	> 0,05
	Nữ	24	39,3	37	60,7	
Trình độ học vấn	<=THCS	17	34,7	32	65,3	< 0,05
	>=THPT	28	58,3	20	41,7	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	2	10,5	17	89,5	< 0,05
	Kết hôn	43	55,1	35	44,9	
Nơi ở	Thành thị	36	54,5	30	45,5	<0,05
	Nông thôn	9	29,0	22	71,0	

Nhận xét: Số BN từ 55 tuổi trở xuống mắc trầm cảm chiếm 57,5% cao hơn số BN không mắc trầm cảm (35,3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Ở phần giới tính, sự khác biệt giữa tỷ lệ trầm cảm và không trầm cảm cũng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.Trong số các BN có TĐHV từ THPT trở lên, số người mắc trầm cảm với tỷ lệ 41,7% cao hơn đáng kể so với số người không mắc trầm cảm với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. Tình trạng trầm cảm trong nhóm BN độc thân chiếm 89,5% khác biệt so với tỷ lệ không trầm cảm với p < 0,05. Nhóm bệnh nhân ở nông thôn có trầm cảm chiếm 71% cao hơn số BN không trầm cảm 29% có ý nghĩa với p < 0,05.

Bảng 3.7 Mối liên quan giữa bệnh cơ thể đã mắc trong tiền sử với trầm cảm

Mức độ / Bệnh cơ thể đã từng mắc	Không trầm cảm		Trầm cảm		p
	n	%	n	%	
Có mắc	41	46,1	48	53,9	> 0,05
Không mắc	4	50,0	4	50,0	

Nhận xét: Số BN mắc bệnh cơ thể trong tiền sử bị trầm cảm bao gồm 48 người, chiếm 53,9%; trong khi tỷ lệ không bị trầm cảm ở nhóm các BN này là 46,1%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.8 Mối liên quan giữa các loại biến chứng với trầm cảm

Loại biến chứng / Mức độ		Không trầm cảm		Trầm cảm		p
		n	%	n	%	
Biến chứng THA	Không	27	51,9	25	48,1	> 0,05
	Có	18	40,0	27	60,0	
Biến chứng thận	Không	39	46,4	45	53,6	> 0,05
	Có	6	46,2	7	53,8	
Biến chứng võng mạc	Không	36	50,7	35	49,3	> 0,05
	Có	9	34,6	17	65,4	
Biến chứng thần kinh	Không	42	50,6	41	49,4	< 0,05
	Có	3	21,4	11	76,8	

Nhận xét:

Tỷ lệ BN trầm cảm ở nhóm có biến chứng tăng huyết áp 60% và tỷ lệ BN không trầm cảm ở nhóm này là 48,1%.

Tổng số người mắc biến chứng thận là 13 trong đó có 7 người chiếm 53,8% mắc trầm cảm và 6 người chiếm 46,2% không mắc trầm cảm.

Trong số các BN có biến chứng võng mạc, số người trầm cảm là 17 người chiếm 65,4% và số người không trầm cảm là 9 người chiếm 34,6%

Ba sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Duy chỉ có biến chứng thần kinh gặp ở 14 BN, trong đó 11 người tương đương với 76,8% có biểu hiện trầm cảm và 3 người tương đương với 21,4% không trầm cảm là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.9 Mối liên quan giữa thời gian mắc ĐTĐ với trầm cảm

Mức độ / Thời gian mắc ĐTĐ	Không trầm cảm		Trầm cảm		p
	n	%	n	%	
>3 năm	16	35,6	29	64,4	< 0,05
<= 3 năm	29	55,8	23	44,2	

Nhận xét: Trầm cảm chiếm tỷ lệ cao ở các BN có thời gian mắc ĐTĐ typ 2 trên 3 năm chiếm 64,4% cao hơn đáng kể so với tỷ lệ không trầm cảm ở nhóm BN này với p < 0,05.

Bảng 3.10 Mối liên quan giữa những bệnh nhân có lo âu với trầm cảm

Beck / Zung	Trầm cảm		Không trầm cảm		OR (95% CI)
	N	%	n	%	
Có lo âu	22	75,9	7	24,1	3,98 (1,5 - 10,56)
Không lo âu	30	44,1	38	55,9	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy trong nhóm BN có lo âu thì có 75,9% BN bị trầm cảm. Giá trị OR = 3,98 cho thấy BN có lo âu làm tăng nguy cơ bị trầm cảm và khoảng tin cậy 95% của OR là 1,5 – 10,56.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 97 trường hợp ĐTĐ typ 2 tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng thấy bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi từ 61 – 70, tuổi trung bình là 65,26 ± 10,95. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Ferreira và cộng sự, tuổi trung bình của nhóm BN ĐTĐ typ 2 là 65,1 ± 5,6. Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bị bệnh trên 3 năm chiếm tỷ lệ 46,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Zhang và cộng sự nhận thấy thời gian mắc ĐTĐ typ 2 trên 5 năm trong nhóm của họ là 60,9% [5],[6]. Có nhiều BN trong nghiên cứu của chúng tôi đã từng mắc các bệnh mạn tính khác trong tiền sử. Trong đó, phần lớn là các bệnh của hệ tim mạch chiếm 41,24%. Nghiên cứu của Raval và cộng sự nhận thấy 68% các đối tượng có bệnh tim mạch đồng mắc hay như nghiên cứu của Mocan và cộng sự cũng nhận thấy có 52,8% các BN vừa có ĐTĐ typ 2 vừa có bệnh lý hệ tim mạch [6].Về điều trị đa số BN trước thời điểm nghiên cứu đều dùng thuốc hạ glucose máu đường uống chiếm tỷ lệ 49,48%; tỷ lệ BN chỉ sử dụng insulin là 12,4% và phối hợp insulin với thuốc uống là 20,6%. Số BN không dùng thuốc cũng chiếm một tỷ lệ không nhỏ là 19,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Mocan và cộng sự. Trong số các biến chứng ở các đối tượng nghiên cứu, biến chứng tăng huyết áp gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 46,39%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một số BN được phát hiện và điều trị ĐTĐ khi đã có biến chứng, một số khác đã được chẩn đoán là ĐTĐ typ 2 nhưng không uống thuốc vì thấy bản thân không có triệu chứng của bệnh hoặc có uống thuốc viên hạ glucose máu nhưng lại ngừng thuốc ngay khi xét nghiệm glucose máu về giới hạn bình thường. Đó cũng chính là các lý do có thể làm xuất hiện sớm và nhiều các biến chứng ở BN ĐTĐ typ

2. Chúng tôi nhận thấy trong số các BN ĐTĐ typ 2 dưới 55 tuổi, có khá nhiều người mắc trầm cảm với 57,5%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, giới nữ mắc trầm cảm cao hơn giới nam. Về trình độ học vấn, BN học THCS trở xuống mắc trầm cảm với tỷ lệ 65,3% cao hơn so với số các BN không mắc trầm cảm 34,7% với p < 0,05. Có khá nhiều nghiên cứu đồng thuận với nghiên cứu của chúng tôi cho rằng những người có trình độ học vấn thấp từ THCS trở xuống thường liên quan với khả năng mắc trầm cảm cao hơn so với những người có trình độ học vấn cao hơn do họ có tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn, ít có cơ hội tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe sớm... Về tình trạng hôn nhân, trong số các BN độc thân có tới 3/4 BN mắc trầm cảm (89,5%) cao hơn rất nhiều ở nhóm kết hôn có trầm cảm 44,9% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu đã công bố tình trạng hôn nhân có liên quan với trầm cảm, cụ thể là những người độc thân có khả năng mắc trầm cảm cao hơn những người đang sống cùng vợ hoặc chồng vì họ cho rằng kết hôn là yếu tố bảo vệ, hỗ trợ, chăm sóc người bệnh từ đó làm giảm cảm xúc tiêu cực [2][9]. Về nơi ở, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trầm cảm ở nông thôn chiếm 71% cao hơn nhiều so với số BN không trầm cảm chiếm 29% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Khi nghiên cứu về tiền sử mắc các bệnh cơ thể khác của nhóm đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 50% BN trầm cảm trong tổng số BN ĐTĐ typ 2 không có tiền sử mắc các bệnh cơ thể trước đó như tim mạch, tiết niệu, cơ xương khớp... tương ứng với các BN không trầm cảm ở nhóm không mắc bệnh với p > 0,05. Như vậy, tiền sử đã từng mắc các bệnh cơ thể như là một yếu tố bảo vệ đối với trầm cảm. Tác giả Alonso – Moran và cộng sự cho biết những BN ĐTĐ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ trước đó thì khả năng mắc ĐTĐ thấp hơn những người không có tiền sử này. Có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đề cập tới mối liên quan giữa các biến chứng của ĐTĐ với sự phát sinh của trầm cảm và đa số các biến chứng của ĐTĐ như biến chứng tăng huyết áp, thận tiết niệu, võng mạc... đều được cho là có thể làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm. Ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi, đây cũng là các biến chứng gặp với tỷ lệ cao nhất. Biến chứng THA có 60% BN mắc trầm cảm và 40% không mắc. Về biến chứng thần kinh, tỷ lệ trầm cảm ở nhóm BN ĐTĐ typ 2 có biến chứng này là 76,8% trong khi tỷ lệ không trầm cảm là 21,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Biến chứng thận trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN ĐTĐ typ 2 có biến chứng thận mắc trầm cảm 53,8% không cao hơn nhóm BN này không mắc trầm cảm 46,2% với p > 0,05. Ở biến chứng võng mạc có 26 BN mắc trong đó 65,4% có trầm cảm và 34,6% không mắc. Tuy qua phân tích p > 0,05 không có ý nghĩa thống kê nhưng trên thực tế việc giảm thị lực thậm chí mù lòa mang lại sự hạn chế lớn cho người bệnh trong các sinh hoạt hàng ngày. Điều này tác động mạnh mẽ lên cảm xúc của BN. Mối liên quan giữa thời gian mắc ĐTĐ được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi rất cụ thể là những BN mắc ĐTĐ thời gian dài mà trong nghiên cứu này là trên 3 năm thì tỷ lệ trầm cảm là 64,4% cao hơn so với nhóm BN cùng thời gian mắc không trầm cảm chiếm 35,6%. Sự khác biệt này có ý

nghĩa thống kê với p < 0,05. Và đối với những BN đã có lo âu thì nó luôn là yếu tố nguy cơ làm gia tăng trầm cảm ở BN mắc ĐTĐ typ 2 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,5 – 10,56.

V. KẾT LUẬN

Bằng phương pháp mô tả cắt ngang trên 97 BN ĐTĐ typ 2 điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018 - 2019 thấy bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 61 - 70. Tuổi mắc bệnh trung bình là 65,26 ± 10,95. Tỷ lệ nữ/nam= 3/2. Đa số đã có gia đình (80,4) và sống tại thành thị chiếm 68%. Thời gian mắc ĐTĐ lâu trên 3 năm chiếm chủ đạo 46,4%. Các bệnh đồng mắc trong tiền sử đa phần là bệnh lý hệ tim mạch chiếm 41,24%. Điều trị chủ yếu vẫn là dùng thuốc hạ glucose máu theo đường uống 49,48%. ĐTĐ gây rất nhiều biến chứng nguy hiểm nhưng biến chứng thường gặp nhất là tăng huyết áp với tỷ lệ 46,39%. Về các yếu tố liên quan với rối loạn trầm cảm ở BN ĐTĐ qua nghiên cứu ta nhận thấy, tình trạng hôn nhân và nơi ở có liên quan mật thiết đến trầm cảm. Những BN độc thân bị mắc ĐTĐ typ 2 dễ mắc trầm cảm hơn những người có gia đình với tỷ lệ 89,5% - 10,5% và vùng nông thôn cũng dễ mắc trầm cảm hơn những BN ĐTĐ typ 2 tại thành thị với tỷ lệ lần lượt là 71% và 29%. Trong các loại biến chứng, thì biến chứng thần kinh làm tăng nguy cơ trầm cảm ở những người mắc hơn những người không mắc 1,5 lần. Nhưng người mắc ĐTĐ typ 2 càng lâu (> 3 năm) thì tỷ lệ trầm cảm chiếm 64,4% trong khi không trầm cảm là 35,6%. Và quan trọng là ở những người đã xuất hiện lo âu thì là nguy cơ càng làm gia tăng rối loạn trầm cảm với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,5 – 10,56.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peyrot M., Rubin R.R (1999).** Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. Diabetes Care, 22(3), 448–452.
2. **Rahman M., Rahman M.A, Flora M.S et al (2015**). Depression and associated factors in diabetic patients attending an urban hospital of Bangladesh. Int J Collab Res Intern Med Public Health, 3(1).
3. **Alonso-Morán E., Satylganova A., Orueta J.F et al (2014).** Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes in the Basque Country: relationship with glycaemic control and health care costs. BMC Public Health, 14, 769.
4. **Ferreira M.C, Piaia C., Cadore A.C et al (2015).** Clinical variables associated with depression in patients with type 2 diabetes. Rev Assoc Médica Bras, 61(4), 336–340.
5. **Zhang W., Xu H., Zhao S. et al (2015).** Prevalence and influencing factors of co-morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a General Hospital based study. Diabetol Metab Syndr, 7, 1-9.
6. **Palizgir M., Bakhtiari M., Esteghamati A. (2013).** Association of Depression and Anxiety With Diabetes Mellitus Type 2 Concerning Some Sociological Factors. Iran Red Crescent Med J, 15(8), 644–648.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG THỂ LỰC CỦA SINH VIÊN DÀI HẠN NĂM NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM HỌC 2019 – 2020

Nguyễn Cẩm Vân*, Phạm Văn Thưởng*, Nguyễn Thái Bình**

TÓM TẮT

Mục tiêu:1- Xác định ỷ lệ thừa cân, béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 Trường Đại học y dược Hải Phòng năm học 2019-2020.

2- Đánh giá thể lực của sinh viên dài hạn năm nhất thừa cân, béo phì K41 Trường Đại học y dược Hải Phòng năm học 2019-2020

Phương pháp: Sử dụng phương pháp hồi cứu và mô tả cắt ngang

Đối tượng: Trong tổng số 568 sinh viên dài hạn năm nhất đề tài lựa chọn được 120 sinh viên làm cỡ mẫu nghiên cứu bao gồm cả nam và nữ chia làm hai nhóm:

Nhóm 1: 60 sinh viên thừa cân, béo phì có chỉ số BMI ≥ 23,0 trong đó 30 sinh nam và 30 sinh viên nữ.

Nhóm 2: 60 sinh viên có chỉ số BMI bình thường trong đó 30 sinh nam và 30 sinh viên nữ.

Kết quả và kết luận

-Tỷ lệ thừa cân béo phì của sinh viên năm nhất K41 là 12,5 % trong tông số 568 sinh viên.

-Thể lực của sinh vên thừa cân béo phì kém hơn thể lực của sinh viên có chỉ số BMI bình thường thể hiện ở hai tố chất sức nhanh và sức bền

- Sức nhanh chạy tốc độ cao 60m ở cả nam và nữ các sinh viên thừa cân béo phì chạy chậm hơn các sinh viên có chỉ số BMI bình thường khoảng 0,5''

- Sức bền của sinh viên nam thừa cân, béo phì khi chạy 1500m chậm hơn sinh viên bình thường 1,8 phút. Đối với sinh viên nữ thừa cân, béo phì chạy cự ly 800m chậm hơn sinh viên bình thường 1' phút

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, thể lực.

SUMMARY

ASSESS THE PHYSICAL STATUS OF THE FIRST YEAR LONG-TERM STUDENTS OF HAI PHONG UNVERSITY OF PHARMACY AND MEDICINE FOR THE SCHOOL YEAR 2019-2020

Objectives: 1- To determine the rate of overweight and obesity among the first-year students of K41, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, school year 2019-2020.

2- Evaluate the fitness of overweight and obese freshman long-term students K41 Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, academic year 2019-2020

Method: Use retrospective method and cross section description

Objects: Out of a total of 568 first-year long-term students, 120 students were selected as research sample size, including men and women divided into two groups:

Group 1: 60 overweight and obese students, of which 30 are male and 30 are female.

Group 2: 60 students with normal BMI, of which 30 are male and 30 are female.

Conclusion

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
***Trường Đại học Hàng Hải Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cẩm Vân
Email: ncvan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

- The rate of overweight and obesity among the freshmen K41 was 12.5% out of the 568 students.

- The fitness of overweight and obese students is worse than the fitness of students with normal BMI, expressed in the two qualities of fastness and endurance

- The speed of 60m high speed running in both men and women, overweight and obese students is about 0.5 'slower than students with normal BMI.

- The endurance of overweight and obese male students when running at 1500m is 1.8 minutes longer than normal students. For overweight and obese female students, the distance of 800m is less than 1 'minute less than normal students

Keywords: Overweight, obesity, physical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thể lực là yếu tố quan trọng để nâng cao năng suất lao động phục vụ công cuộc xây dựng và bảo vệ tổ quốc. Tuy nhiên những người thừa cân, béo phì hiệu quả làm việc sẽ hạn chế do tình trạng thể lực suy giảm, việc di chuyển khó khăn. Người bị béo phì ngoài ra thân hình phì nộn, nặng nề, khó coi. Nỗi lo béo phì làm mọi người cảm thấy tự ti về bản thân mình, và là nguyên nhân dẫn tới nhiều chứng bệnh.

Đặc biệt hơn là ngay từ khi còn ngôi trên ghế các trường Đại học sinh viên đã bị thừa cân, béo phì. Đây là mối nguy hiểm tiềm ẩn trong tương lai. Bởi vậy việc ngăn chặn, kiểm soát thừa cân, béo phì nâng cao thể lực trong sinh viên là rất cần thiết. Là một giảng viên tham gia giảng dạy giáo dục thể chất trực tiếp cho các em sinh viên năm nhất tôi rất muốn đưa các phương pháp giảng dạy của mình để cải thiện tình trạng thừa cân, béo phì cho sinh viên y khoa trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tuy nhiên những nghiên cứu về tình trạng thể lực cho sinh viên thừa cân, béo phì cả trong và ngoài nước còn rất hạn chế.

Thừa cân, béo phì là tình trạng tích lũy mỡ quá mức và không bình thường tại một vùng cơ thể hay toàn thân đến mức ảnh hưởng tới sức khỏe. Hiện nay, Tổ chức y tế thế giới (WHO) thường dùng "chỉ số khối cơ thể" (Body Mass Index - BMI) để nhận định tình trạng gầy béo. Chỉ số BMI (body mass index) có quan hệ gần gũi với tỷ lệ mỡ trong cơ thể và tổng lượng mỡ trong cơ thể.

Tại Việt Nam năm 2005: Viện Dinh dưỡng Quốc gia đã nghiên cứu 17.213 đối tương tuổi 25-64 tại 64 tỉnh thành cho thấy tỷ lệ TC-BP (BMI>23) là 16,3% trong đó tiền béo phì 9,7%, béo phì độ 1 là 6,2%, độ 2 là 0,4%. Năm 2015 sau 10 năm nghiên cứu lại tỷ lệ TC-BP ở người trưởng thành tăng cao gấp 2,5 lần; béo phì tăng gấp 4 lần, xu hướng béo phì nữ cao hơn nam.

Theo Cục Y tế dự phòng (BYT) ước tính 2014 tỷ lệ người Việt Nam TC-BP chiếm 25% dân số. Việt Nam từ nước thấp còi, suy dinh dưỡng trở thành nước có tỷ lệ TC-BP tăng cao.

TC-BP là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh không lây nhiễm như các bệnh tim mạch (tăng huyết áp, đột quỵ, xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim); bệnh đái tháo đường type 2 và một số bệnh ung thư (ung thư đường mật, ung thư vú, ung thư đại tràng, ung thư tiền liệt tuyến và ung thư thận…). Nguy cơ mắc bệnh và nguy cơ tử vong càng cao khi chỉ số BMI càng lớn.

Với tốc độ tăng nhanh của tình trạng thừa cân, béo phì trên thế giới và Việt Nam đang ở mức báo động cao, đặc biệt ở những người trưởng thành trong đó có lực lượng sinh viên các trường Đại học và Trung học chuyên

nghiệp. Đây là lực lượng lao động chính cho tương lai đất nước bởi vậy việc đánh giá tình trạng thể lực cho sinh viên đại học mắc chứng thừa cân, béo phì từ đó đưa ra những giải pháp kiểm soát tình trạng thừa cân, béo phì trong sinh viên là việc làm rất quan trọng và cấp thiết chính vì vậy tôi nghiên cứu đề tài.

Đánh giá thực trạng thể lực của sinh viên dài hạn năm nhất Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng năm học 2019 – 2020

Mục tiêu đề tài

- Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2019-2020.

- Đánh giá thể lực của sinh viên dài hạn năm nhất thừa cân, béo phì K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 120 sinh viên nam và nữ ở hai nhóm:

Nhóm 1: gồm 60 sinh viên thừa cân, béo phì thuộc sinh viên dài hạn năm nhất khóa K41 năm học 2019 - 2020.

Nhóm 2: gồm 60 sinh viên có chỉ số BMI là bình thường cũng thuộc sinh viên dài hạn năm nhất khóa K41 năm học 2019 – 2020.

2.2.Phương pháp Nghiên cứu :

2.1 Sử dụng phương pháp hồi cứu và mô tả cắt ngang

- Phương pháp hồi cứu sử dụng thu thập số liệu qua kết quả kiểm tra lấy sức khỏe cho sinh viên K41 khi nhập học do bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng tổ chức.

- Phương pháp mô tả cắt ngang được thực hiện qua kiểm tra đánh giá sinh viên khi thi kết thúc học phần môn điền kinh do Bộ môn GDTC của nhà trường tổ chức.

Trên cơ sở đó nhằm xác định thể lực của sinh viên.

Thể lực là khả năng sinh ra những lực cơ của con người bằng hoạt động của hệ cơ bắp.

2.2.2 Chọn mẫu: Chọn 120 sinh viên dài hạn chính quy K41 năm học 2019 - 2020 chia thành 2 nhóm gồm 60 sinh viên thừa cân, béo phì có chỉ số BMI ≥23 và 60 sinh viên có chỉ số BMI bình thường bang học môn điền kinh tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2.3 Chỉ tiêu đánh giá: Chỉ số BMI của tổ chức y tế thế giới (WHO) dành cho người Châu Á (BMI >23 là thừa cân >25 là béo phì) và các chỉ số hình thái, huyết áp, các tố chất thể lực sức nhanh chạy 60m đối với cả nam và nữ, tố chất thể lực sức bền chạy 1500m với nam và 800m với nữ trong 3 tháng học môn điền kinh tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2.4 Phương pháp xác định chỉ số BMI.

Bảng 1 : Bảng phân loại thừa cân và béo phì khuyến nghị cho các nước Châu Á.

Phân loại	IDI & WPRO, 2000 BMI (kg/m2)
Nhẹ cân (CED)	< 18,5
Tình trạng dinh dưỡng bình thường	18,5 – 22,9
Thừa cân	≥ 23,0
Tiền béo phì	23,0 – 24,9
Béo phì độ I	25,0 – 29,9
Béo phì độ II	≥ 30,0

2.2.5 Các tiêu chí đánh giá thể lực.

Tiêu chí đánh giá cho chỉ tiêu tố chất thể lực ở nghiên cứu này chúng tôi sử dụng hai tiêu chí về thể lực đó là:

Sức nhanh :Là một tổ hợp thuộc tính chức năng của con người, nó qui định chủ yếu và trực tiếp đặc tính tốc độ của động tác cũng như thời gian phản ứng vận động.

Sức bền: Là năng lực duy trì khả năng vận động trong thời gian dài nhất mà cơ thể có thể chụi đựng được.

- Sức nhanh chạy 60m (giây) tốc độ cao đối với cả nam và nữ: (km), thời gian (Phút), quãng đường (m)

- Sức bền chạy 1500m (phút) đối với nam sinh viên và 800m (phút) đối với nữ sinh viên.

3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 09/2019 đến 09/2020 tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

4. Nội dung nghiên cứu

4.1 Xác định tỷ lệ sinh viên thừa cân béo phì dựa trên chỉ số BMI khi sinh viên tham gia kiểm tra sức khỏe đầu vào tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

4.2 So sánh các chỉ số thể lực sức nhanh, sức bền và các chỉ số mạch đập, huyết áp của sinh viên thừa cân, béo phì với sinh viên có chỉ số BMI bình thường.

Các chỉ số đánh giá

4.2.1 Hình thái:

Chiều cao (m); cân nặng (kg); chỉ số BMI (kg/m2);

4.2.2 Chức năng

5. Xử lý số liệu phần mềm SPSS.22.

Chúng tôi sử dụng toán học thống kê tính giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình bằng t test, có sự khác biệt khi p<0,05. Tính tỷ lệ phần trăm và so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test khi bình phương, có sự khác biệt khi p<0,05.

Thu tập và thống kê số liệu dự trên giấy khám sực khỏe đầu năm học của các sinh viên K41 khi nhập học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Thực trạng thừa cân béo phì của sinh viên Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Bảng 1: *Thực trạng thừa cân béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.*

	Thực trạng thừa cân, béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 năm học 2019-2020									
Giới tính	Sinh viên thừa cân, béo phì n= 60					Sinh viên không TC,BP n=60				
Các chỉ số	Chiều cao(cm) TB	Cân nặng(kg) TB	BMI TB	SD	P	Chiều cao(cm) TB	Cân nặng(kg) TB	BMI TB	SD	P
Nam n= 30	1.61	61.8	23.84	0,22	<0,05	1.63	53.5	20,40	0,19	<0,05
Nữ n= 30	1.56	56.2	23.38	0,21	<0,05	1.55	48.2	20,06	0,20	<0,05

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ở bảng trên cho thấy, chỉ số BMI của 60 sinh viên nhóm thừa cân , béo phì cao hơn so với 60 sinh viên của nhóm có chỉ số BMI bình thường.

Cụ thể là: 30 sinh viên nam nhóm thừa cân, béo phì có BMI ≥23.84(kg/m2), 30 sinh viên nữ nhóm thừa cân, béo phì có BMI≥23.38(kg/m2)

3.2. Xác định các tố chất thể lực của sinh viên có chỉ số BMI bình thường và sinh viên dài hạn thừa cân, béo phì.

Bảng 2*: So sánh các chỉ số thể lực sức nhanh, sức bền của sinh viên thừa cân, béo phì và sinh viên có chỉ số BMI bình thường năm nhất K41 năm học 2019-2020.*

Giới tính	Test đánh giá	Sinh viên TC,BP			SV có chỉ số BMI bình thường		
		TB	SD	P	TB	SD	P
Nam n= 30	Sức nhanh chạy 60m	10’’0	0,09	<0,05	8”9	0,08	<0,05
	Sức bền chạy 1500m	8”34	0,06	<0,05	6’45	0,07	<0,05
Nữ n= 30	Sức nhanh chạy 60m	11”45	1,12	<0,05	11”36	1,02	<0,05
	Sức bền chạy 800m	4’20	0,38	<0,05	4’11	0,38	<0,05

Nhận xét: Từ bảng 2 cho thấy sức nhanh của sinh viên có thể trạng bình thường vượt trội hơn sinh viên thừa cân, béo phì. Cụ thể qua test chạy 60m tốc độ cao sinh viên thừa cân, béo phì chạy với tốc độ trung bình 10’’0 đối với nam và sinh viên nữ là 11’’45 điều đó cho thấy sinh viên thừa cân, béo phì chạy chậm hơn 1’’1 đối với nam có chỉ số BMI bình thường và sinh viên nữ chậm hơn sinh viên nữ có BMI bình thường là 0,9’’.

Qua đó có thể nhận định rằng những sinh viên thừa cân, béo phì có cân nặng lớn hơn đã ảnh hưởng trực tiếp đến thành tích chạy 1500m với nam và 800m với nữ.

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy.

4.1.Thực trạng thừa cân, béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 năm học 2019-2020 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

+ Trong tổng số 568 sinh viên dài hạn K41 có 71 sinh viên thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ 12,5%. Kết quả này so với thông báo của cục y tế dự phòng Bộ y tế năm 2014 tỷ lệ thừa cân, béo phì của người Việt Nam là 25% bao gồm các lứa tuổi từ trẻ nhỏ đến người cao tuổi. Đối với sinh viên Trường Đại học Y Dược năm thứ nhất 18-20 tuổi đây là lứa tuổi có trạng thái sức khỏe tốt và tỷ lệ thừa cân, béo phì ở mức độ thấp tuy nhiên với 12,5% tỷ lệ sinh viên năm thứ nhất thừa cân, béo phì cũng là tình trạng đáng báo động đối với các bác sỹ trong tương lai.

Tuy nhiên trong đó có 41 sinh viên nam và 30 sinh viên nữ có chỉ số BMI ≥ 23 cho thấy tỷ lệ nam sinh viên K41 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thừa cân, béo phì cao hơn sinh viên nữ.

-Trong tổng số 71 sinh viên thừa cân, béo phì có 42 sinh viên là thừa cân chiếm tỷ lệ 7,39% và 29 sinh viên béo phì chiếm tỷ lệ

5,1% so với tổng số 568 sinh viên dài hạn K41

-Điều này cho thấy tỷ lệ sinh viên béo phì chiếm tỷ lệ khá cao.

4.2.Xác định các tố chất thể lực của sinh viên thừa cân, béo phì và các sinh viên có chỉ số BMI bình thường.

- Từ bảng 2 cho thấy các tố chất thể lực của sinh viên thừa cân, béo phì kém hơn các các tố chất thể lực sinh viên có chỉ số BMI bình thường dài hạn K41 được thể hiện qua tố chất sức nhanh cụ thể như sau :

- Sức nhanh chạy 60m tốc độ cao của sinh viên nam thừa cân, béo phì trung bình đạt 10" còn sinh viên có chỉ số BMI bình thường là 8''9 điều này cho thấy khả năng thực hiện sức nhanh của những sinh viên nam thừa cân béo phì là châm hơn sinh viên có chỉ số BMI bình thường là 1''1. - Sức nhanh chạy 60m tốc độ của sinh viên nữ thừa cân, béo phì trung bình đạt 11''45 còn sinh viên có chỉ số BMI bình thường là 11''36 điều cũng cho thấy khả năng thực hiện sức nhanh của những sinh viên nữ thừa cân, béo phì là chậm hơn sinh viên có chỉ số BMI bình thường là 0,9''

- Chứng tỏ rằng tố chất sức nhanh của sinh viên nam và nữ béo phì kém hơn các sinh viên có chỉ số BMI bình thường.

- Tố chất sức bền : Đối với nam sv thực hiện cự ly chạy 1500m cho thấy khi thực hiện chạy 1500m sinh viên thừa cân béo phì đạt tốc độ 8'34 (phút) trong khi đó sinh viên nam có chỉ số BMI bình thường đạt 6'45(phút) như vậy sức bền của sinh viên thừa cân béo phì kém hơn sinh viên có chỉ số BMI bình thường là 1''89(phút).

- Đối với sinh viên nữ khi thực hiện cự ly chạy 800m sinh viên thừa cân béo phì đạt 5'12 (phút). Sinh viên có chỉ sóp BMI bình thường là 4'11(phút) như vậy sinh viên thừa cân, béo phì chạy châm hơn là 1'01 (phút). Điều này chứng tỏ rằng sức bền của cả sinh viên nam và nữ thừa cân, béo phì là kém hơn so với các sinh viên có chỉ số BMI bình thường.

Tuy nhiên trong tổng số 60 sinh viên béo phì của cả nam và nữ có hai em đạt được yêu cầu ở nội dung sức nhanh chạy 60m tốc độ cao còn không đạt yêu cầu ở nội dung sức bền. Còn đối với nhóm sinh viên có chỉ số BMI bình thường cũng có một số sinh viên không đạt được nội dung kiểm tra bởi các sinh viên này có thể lực nhỏ bé, gầy yếu.

Từ kết quả trên khẳng định rằng các tố chất thể lực của sinh viên thừa cân béo phì kém hơn sinh viên có chỉ số BMI bình thường do đó các sinh viên thừa cân, béo phì cần phải thật chú trọng hơn nữa đến việc giảm cân và rèn luyện thể lực một cách tích cực để duy trì sức khỏe.

- Với những em có huyết áp cao liên quan trực tiếp đến các bệnh về tim mạch được nhà trường thông báo miễn giảm nội dung môn điền kinh chúng tôi không đưa vào trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

5.1 Tỷ lệ thừa cân béo phì của sinh viên dài hạn năm nhất K41 là 12,5 % trong tông số 568 sinh viên

5.2 Thể lực của sinh vên thừa cân béo phì kém hơn thể lực của sinh viên có chỉ số BMI bình thường thể hiện ở hai tố chất sức nhanh và sức bền

Sức nhanh tốc độ cao 60m ở cả nam và nữ các sinh viên thừa cân béo phì chạy chậm hơn các sinh viên có chỉ số BMI bình thường khoang 0,5’

Sức bền của sinh viên nam khi chạy 1500m thì sv bp chạy châm hơn sinh viên bình thường khoảng 1,8 phút. Đối với sinh viên nữ chạy cự ly sức bền 800m thành tích của sv bp chạy chậm hơn sinh viên bình thường khoảng 1’ phút

5.3 Đề xuất : Các sinh viên thừa cân , béo phì cần phải tích cực luyện tập và điều chỉnh về chế độ dinh dưỡng để thúc đẩy được quá trình thừa cân và kiểm soát đuọc tình trạng thừa cân béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 . **Lê Văn Lẫm, Vũ Đức Thu, Nguyễn Trọng Hải, Vũ Bích Huệ,** Thực trạng phát triển thể chất của học sinh - sinh viên trước thềm thế kỷ 21, Nxb TDTT, Hà Nội, [tr. 155-157] (2000).

2 . **"Kết quả điều tra Thừa cân** - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi" đề tài nghiên cứu cấp Bộ 9/2005-9/2006 của Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia (2006).

3. **Bộ Giáo dục và Đào tạo (2008),** Quy định về việc đánh giá, xếp loại thể lực học sinh, sinh viên (Quyết định số 53/2008/QĐ-BGDĐT ngày 18/9/2008) (2008).

4. **NCS Phan thị Bích Ngọc** "Nghiên cứu thực trạng thừa cân béo phì và đánh giá biện pháp can thiệp cộng đồng ở học sinh tiểu học thành phố Huế năm 2010"- Trường đại học y dược Huế - Người hướng dẫn PGS.TS Nguyễn thị Kim Tiến ,PGS.TS Đinh Thanh Huề (2010).

5. **Đỗ Thái Phong :** Thực trạng thể lực và kết quả môn học GDTC của sinh viên Trường ĐH Khoa học – ĐH Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học Đào tạo và Huấn luyện thể thao, Trường ĐH TDTT Bắc Ninh, [số đặc biệt, tr.178-181] (2012).

6. **Tổng cục Thể dục thể thao,** Thể chất người Việt Nam từ 6 đến 60 tuổi đầu thế kỷ 21, Nxb TDTT, Hà Nội (2013).

7. **Nguyễn Văn Hòa,** Thực trạng thể chất của sinh viên Trường Đại học Cần Thơ, Tạp chí Khoa học Đào tạo và Huấn luyện thể thao, Trường ĐH TDTT Bắc Ninh, [số đặc biệt/2016, tr.356-359].(2016).

8. **NCS Trần Thị Xuân Ngọc** "Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội”- Viện dinh dưỡng Quốc Gia. Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Phạm Duy Tường, PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến (2017).

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ THANG ĐIỂM IPSS, QOL Ở BỆNH NHÂN 40-80 TUỔI PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Đào Thu Hồng[1], Phạm Thị Nguyên[1], Trần Thị Quỳnh Trang[1], Đào Thu Hằng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số chỉ số siêu âm ở bệnh nhân 40-80 tuổi phì đại tuyến tiền liệt khám tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/5/2020 đến 31/10/2020. Đánh giá mối liên quan giữa một số chỉ số siêu âm và thang điểm IPSS, thang điểm QoL ở bệnh nhân có phì đại tuyến tiền liệt.

Phương pháp: mô tả cắt ngang 362 bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt được làm siêu âm và phỏng vấn theo bảng điểm IPSS và QOL.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt chung là 14,59% trong đó ở các nhóm tuổi 40-49; 50-59; 60-69; 70-80 lần lượt là 2,18%; 12,46%; 23,23%, 43,23%. Các chỉ số trọng lượng, chiều cao, chiều dài tuyến tiền liệt trên siêu âm có sự khác biệt theo nhóm tuổi, trong khi chỉ số chiều rộng tuyến tiền liệt không có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh với nhau. Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh với chiều cao và trọng lượng, tương quan thuận mức độ trung bình với chiều rộng và chiều dài tuyến tiền liệt, tương quan thuận mức độ yếu với nhóm tuổi.

Từ khóa: phì đại tuyến tiền liệt, IPSS, QOL

SUMMARY

ULTRASOUND CHARACTERS AND INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE, QUALITY OF LIFE SCORES IN 40-80 YEARS OLD PATIENTS WITH PROSTATE ENLARGEMENT IN HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN THE YEAR 2020

Objectives: Describe some ultrasound parameters in 40-80 years old patients with prostate enlargement in Hai Phong Medical University Hospital from 1/5/2020 to 31/10/2020. Evaluate the colleration between some ultrasound parameters and IPSS, QOL in patients with prostate enlargement.

Methods: Cross sectional study, 362 patients with prostate enlargement were examined by ultrasound and interviewed according to IPSS and QOL checklists.

Results and conclusions: The ratio of patients with prostate enlargement was 14,59%, of which in the age groups 40-49; 50-59; 60-69; 70-80 were 2,18%; 12,46%; 23,23%; 43,23% respectively. The prostate volume, height, and length on ultrasound showed differences by age group, while the prostate width was not difference by age group. IPSS and QOL had a strong positive correlation. The IPSS and QOL were strongly positively correlated with height and weight, moderately positively correlated with prostate width and length, and weakly positively correlated with age groups.

Keywords: prostatic hyperplasia, IPSS, QOL

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thu Hồng
Email: dthong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến tiền liệt là nơi có thể phát sinh nhiều bệnh lý khi nam giới bước vào tuổi trung niên. Khoảng 25% nam giới từ 55 tuổi trở lên có vấn đề về tuyến tiền liệt. Tỷ lệ này tăng lên gần 50% khi đến tuổi 70 [1],[2]. Trong giai đoạn đầu, bệnh hầu hết không có triệu chứng. Tuy nhiên, khi bệnh càng tiến triển, kích thước tuyến tiền liệt lớn dần gây chèn ép, người bệnh có cảm giác tiểu yếu, tiểu khó kéo dài. Thậm chí nếu tuyến tiền liệt quá lớn còn gây bí tiểu hoàn toàn. Phì đại tuyến tiền liệt gây rối loạn tiểu tiện dẫn đến khó chịu cho người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Hiện nay để đánh giá mức tình trạng tắc nghẽn liên quan đến bệnh lý tuyến tiền liệt có nhiều phương pháp trong đó có thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score), đánh giá chất lượng cuộc sống dựa trên thang điểm QOL (Quality of Life) là các thang đo quốc tế đáng tin cậy. Siêu âm là phương pháp thăm dò không thâm nhập có thể giúp chẩn đoán sớm bệnh lý phì đại tuyến tiền liệt, giúp hạn chế các biến chứng cho bệnh nhân [3].

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số chỉ số siêu âm ở bệnh nhân 40-80 tuổi phì đại tuyến tiền liệt khám tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/5/2020 đến 31/10/2020.

2. Đánh giá mối liên quan giữa một số chỉ số siêu âm và thang điểm IPSS, thang điểm QOL ở bệnh nhân có phì đại tuyến tiền liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2481 bệnh nhân nam từ 40 – 80 tuổi trong đó có 362 bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/5/2020 đến 31/10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang.

- Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.2.1. Các chỉ số nghiên cứu

- Phỏng vấn: tuổi, lý do khám bệnh, biểu hiện lâm sàng.

- Tính điểm IPSS (International prostate symptom score) để đánh giá tình trạng tắc nghẽn liên quan đến bệnh lý tuyến tiền liệt.

Bảng 2.1. *Bảng thang điểm IPSS.*

Câu hỏi	Không lần nào	Ít hơn 1 trong 5 lần	Ít hơn một nửa số lần	Khoảng một nửa số lần	Hơn một nửa số lần	Hầu như luôn luôn
Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy đi tiểu không hết nước tiểu ?	0	1	2	3	4	5
Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy cần phải đi tiểu lại trong vòng 2 giờ sau khi đã đi tiểu?	0	1	2	3	4	5

Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy dòng nước tiểu bị gián đoạn và ngắt quãng ?	0	1	2	3	4	5
Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy khó nín tiểu đươc ?	0	1	2	3	4	5
Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông cảm thấy dòng nước tiểu chảy yếu đi?	0	1	2	3	4	5
Trong tháng vừa qua, bao nhiêu lần ông phải gắng sức mới tiểu được?	0	1	2	3	4	5
	Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần
Trong tháng vừa qua, trung bình bao nhiêu lần ông phải thức dậy đi tiểu mỗi đêm ?	0	1	2	3	4	5

Cách đánh giá:

+ Triệu chứng nhẹ: 1-7 điểm

+ Triệu chứng vừa: 8-19

+ Triệu chứng nặng: 20-35

- Tính điểm QOL (Quality of life) để đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến bệnh lý tuyến tiền liệt.

Bảng 2.2. *Bảng thang điểm QOL.*

Câu hỏi	**Rất tốt**	**Tốt**	**Thỏa mãn**	**Tạm được**	**Không thỏa mãn**	**Bất hạnh**	**Không thể chịu đựng được**
Nếu quãng đời còn lại ông phải sống với tình trạng hiện tại, ông cảm thấy như thế nào?	0	1	2	3	4	5	6

Cách đánh giá điểm QOL.

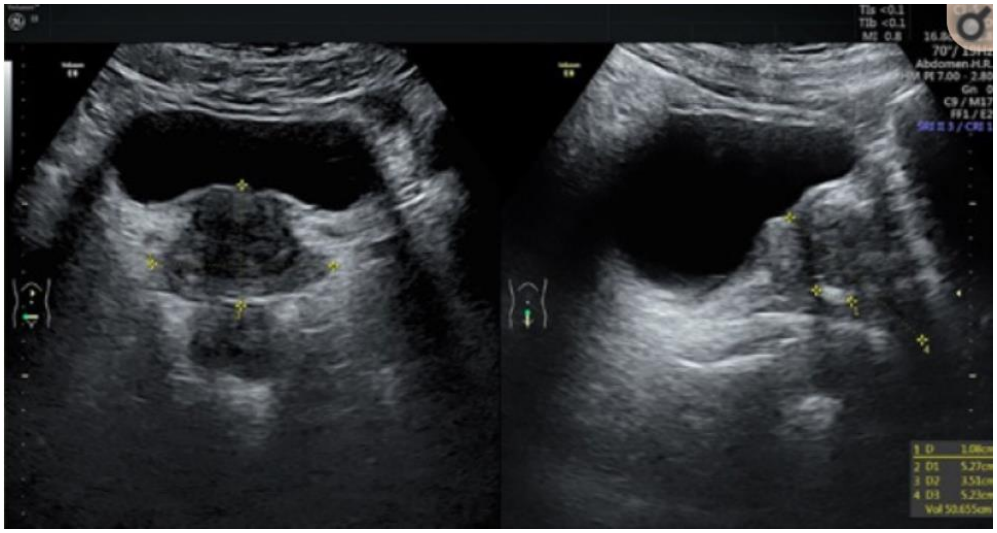
+ 1 - 2 điểm : Sống tốt hoặc bình thường

+ 3 - 4 điểm: Sống được hoặc tạm được

+ 5 - 6: Không chịu được

- Các chỉ số siêu âm tuyến tiền liệt qua đường bụng:

+ Kích thước tuyến tiền liệt 3 chiều cao, rộng, dài (mm).



Hình 2.1. *Cách đo kích thước tuyến tiền liệt 3 chiều trên siêu âm.*

+ Ước tính trọng lượng tuyến tiền liệt (g) hoặc thể tích tiền liệt tuyến V (cm^3), 1 cm^3 tương ứng với 1 g [6].

$$V = \frac{Cao\ x\ Rộng\ x\ Dài}{2}$$

Các chỉ số trên được thực hiện trên máy siêu âm ALOKA – HITACHI F31 của Nhật Bản sản xuất.

2.2.2. Xử lý số liệu

Số liệu được đặc trưng bởi giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ %. Các phép toán thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm siêu âm tuyến tiền liệt của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1*. Tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt (TTL) theo nhóm tuổi ở các đối tượng nghiên cứu.*

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân phì đại TTL	Số bệnh nhân khám	%	p
40 - 49	19	873	2,18	< 0,001
50 - 59	97	778	12,46	
60 - 69	131	564	23,23	
70 - 80	115	266	43,23	
Tổng số	**362**	**2481**	**14,59**	

Tỷ lệ bệnh nhân phì đại tiền liệt tuyến tăng rõ rệt theo nhóm tuổi. Tuổi càng cao, tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt càng tăng.

Bảng 3.2. *Kích thước tuyến tiền liệt trên siêu âm của bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt theo nhóm tuổi.*

Nhóm tuổi	Chiều cao (mm)	Chiều rộng (mm)	Chiều dày (mm)
40 – 49 (a) (n=19)	35,52 ± 3,86	44,22 ± 5,22	39,47 ± 5,33
50 – 59 (b) (n=97)	36,92 ± 4,96	44,30 ± 5,88	39,58 ± 5,41
60 – 69 (c) (n=131)	39,82 ± 5,58	45,39 ±5,87	41,89 ± 5,92
70 – 80 (d) (n=115)	41,17 ± 6,94	45,61 ± 7,53	43,44 ± 6,64
p	$p_{a,c} < 0,05$ $p_{a,d} < 0,01$ $p_{b,c} < 0,01$ $p_{b,d} < 0,001$	> 0,05	$p_{a,d} < 0,05$ $p_{b,c} < 0,01$ $p_{a,d} < 0,001$

Các chỉ số chiều cao, chiều dày có sự khác biệt theo nhóm tuổi, trong khi chiều rộng tuyến tiền liệt chua thấy có khác biệt theo nhóm tuổi.

Bảng 3.3. *Trọng lượng tuyến tiền liệt trên siêu âm của bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt theo nhóm tuổi.*

Nhóm tuổi	Trọng lượng (g)	p
40 – 49 (a) (n=19)	31,22 ± 6,34	$p_{a,d} < 0,01$ $p_{b,c} < 0,01$ $p_{b,d} < 0,001$
50 – 59 (b) (n=97)	33,08 ± 10,21	
60 – 69 (c) (n=131)	40,26 ± 15,17	
70 – 80 (d) (n=115)	43,39 ± 19,22	

Trọng lượng tuyến tiệt liệt có sự khác biệt theo nhóm tuổi, tuổi càng cao, trọng lượng tuyến tiền liệt có xu hướng càng tăng.

3.2. Mối liên quan giữa thang điểm IPSS và QOL với một số chỉ số siêu âm tuyến tiền liệt của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. *Thang điểm IPSS và QOL ở bệnh nhân có phì đại tuyến tiền liệt theo nhóm tuổi.*

Nhóm tuổi	IPSS	p	QOL	p
40 – 49 (a) (n=19)	3,53 ± 0,93	$p_{a,c} < 0,05$ $p_{a,d} < 0,01$ $p_{b,c} < 0,001$ $p_{b,d} < 0,001$	1,42 ± 0,27	$p_{a,c} < 0,01$ $p_{a,d} < 0,001$ $p_{b,c} < 0,001$ $p_{b,d} < 0,001$
50 – 59 (b) (n=97)	4,91 ± 0,55		1,80 ± 0,13	
60 – 69 (c) (n=131)	9,12 ± 0,75		2,63 ± 0,12	
70 – 80 (d) (n=115)	10,17 ± 0,42		2,83 ±0,12	

Thang điểm IPSS và QOL đều có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

Bảng 3.5. *Mối tương quan giữa thang điểm IPSS và QOL với nhóm tuổi ở bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt.*

Nhóm tuổi (n = 362)	IPSS	QOL
r	0,276	0,321
p	< 0,001	< 0,001

Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ yếu với nhóm tuổi.

Bảng 3.6. *Mối tương quan giữa thang điểm IPSS và thang điểm QOL với kích thước tuyến tiền liệt trên siêu âm ở bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt.*

Kích thước TTL (n = 362)	IPSS	QOL
Cao	r = 0,835; p < 0,001	r = 0,757; p < 0,001
Rộng	r = 0,6; p < 0,001	r = 0,52; p < 0,001
Dày	r = 0,695; p < 0,001	r = 0,642; p < 0,001
Trọng lượng	r = 0,937; p < 0,001	r = 0,790; p < 0,001

Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh với chiều cao và trọng lượng, tương quan thuận mức độ trung bình với chiều rộng và chiều dày tuyến tiền liệt.

Bảng 3.7. *Mối tương quan giữa thang điểm IPSS với thang điểm QOL ở bệnh nhân phì đại tuyến tiền liệt.*

Thang điểm	QOL (n=362)
IPSS (n=362)	r = 0,859; p < 0,001

Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm siêu âm tuyến tiền liệt của đối tượng nghiên cứu

Số liệu từ Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt tăng rõ rệt theo nhóm tuổi, ở nhóm 40 – 49 tuổi tỷ lệ này chỉ có 2,18% tăng lên tới 43% ở nhóm 70 – 80 tuổi. Nhiều nghiên cứu chỉ ra sau 40 tuổi quá trình tăng sản tuyến tiền liệt bắt đầu. Quá trình này có thể liên quan đến tác động của 2 yếu tố chính là các androgen và tuổi già. Estrogen cũng có vai trò quan trọng. Ở tuổi già testosteron trong máu giảm, trong khi estrogen tăng. Chính estrogen làm tăng nhạy cảm của thụ thể androgen ở tuyến tiền liệt. Tuổi già xuất hiện sự mất cân bằng giữa các yếu tố tăng trưởng có tác dụng kích thích và tác dụng kìm hãm. Sự mất cân bằng nữa ở tuổi già là giữa khu vực các tế bào đang tăng trưởng với vực khu vực tế bào định hướng chết theo chương trình (apoptosis). Sau cùng dưới ảnh hưởng của nhiều loại kích thích khác nhau như viêm nhiễm, tinh dịch trào ngược... Hệ thống miễn dịch dưới tác động của tế bào lympho T hoạt hóa có thể sản xuất các loại yếu tố tăng trưởng khác gây tăng sản tuyến tiền liệt [1],[2]

Kết quả từ Bảng 3.2 và Bảng 3.3 cho thấy các chỉ số siêu âm tuyến tiền liệt như chiều cao, chiều dày, trọng lượng tuyến tiền liệt đều có sự khác biệt theo nhóm tuổi, trong đó tuổi càng cao thì các chỉ số siêu âm trên có xu hướng tăng, trong khi chỉ số chiều rộng tuyến tiền liệt trên siêu âm không thấy có sự khác biệt theo nhóm tuổi. Nghiên cứu của Zang và cs. cũng chỉ ra sự khác biệt về các chỉ số siêu âm này theo xu hướng tăng kích thước và trọng lượng tuyến tiền liệt sau mỗi 10 năm cả về chiều cao, chiều rộng, chiều dài, thể tích tuyến tiền liệt [7].

4.2. Về mối liên quan giữa thang điểm IPSS và QoL với một số chỉ số siêu âm tuyến tiền liệt của đối tượng nghiên cứu

Kết quả trình bày ở Bảng 3.4 cho thấy các thang điểm IPSS và QOL đều tăng theo nhóm tuổi, điều này thể hiện tình trạng tắc nghẽn liên quan đến phì đại tuyến tiền liệt tăng và chất lượng cuộc sống giảm theo nhóm tuổi. Kết quả từ Bảng 3.5 cũng chỉ ra các thang điểm IPSS và QOL có mối tương

quan thuận với nhóm tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở các Bảng 3.6 và Bảng 3.7 cũng chỉ ra các thang điểm IPSS và QOL có mối liên quan thuận chặt chẽ với nhau và tương quan thuận chặt chẽ với các thông số chiều cao và thể tích tuyến tiền liệt, tương quan thuận trung bình với chiều rộng và chiều dày tuyến tiền liệt.

Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan rõ rệt giữa IPSS và QOL trong khi liên quan giữa hai thang điểm này với thể tích tuyến tiền liệt và tuổi có liên quan yếu ở bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Nghiên cứu của Agrawal chỉ ra liên quan giữa thể tích tiền liệt tuyến với tuổi, các thang điểm IPSS, QOL chưa rõ ràng, nhưng liên quan giữa IPSS với QOL thì rất chặt chẽ, có liên quan giữa QOL và tuổi nhưng yếu. Bên cạnh đó nghiên cứu của Gyasi-Sarpong và cs. cho thấy có mối liên quan yếu giữa tuổi, nồng độ PSA, thể tích tiền liệt tuyến và IPSS [3],[4],[5].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm siêu âm tuyến tiền liệt ở bệnh nhân nam 40-80 tuổi khám tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- Tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt là 14,59% trong đó ở các nhóm tuổi 40-49; 50-59; 60-69; 70-80 lần lượt là 2,18%; 12,46%; 23,23%, 43,23%.

- Các chỉ số trọng lượng, chiều cao, chiều dày tuyến tiền liệt trên siêu âm có sự khác biệt theo nhóm tuổi, trong khi chỉ số chiều rộng tuyến tiền liệt không có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

5.2. Mối liên quan giữa thang điểm IPSS và QOL với một số chỉ số siêu âm tuyến tiền liệt.

- Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh với nhau. Thang điểm IPSS và QOL có mối tương quan thuận mức độ mạnh với chiều cao và trọng lượng, tương quan thuận mức độ trung bình với chiều rộng và chiều dày tuyến tiền liệt, tương quan thuận mức độ yếu với nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Mão (2016).** Nghiên cứu một số đặc điểm về tuổi, siêu âm và mối liên quan giữa mật độ PSA với mô bệnh học ở bệnh nhân u tiền liệt tuyến. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 6(02), 35 – 42.
2. **Vũ Sơn, Phạm Ngọc Khái, Lê Ngọc Từ và cộng sự (2010).** Kết quả điều tra dich tễ tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại một số cụm dân cư của tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam, 2, 47-52.
3. **Agrawal C.S., Chalise P.R., Bhandar B.B (2008).** Correlation of prostate volume with international prostate symptomscore and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia. Nepal Med Coll J, 10(2), 104-107.
4. **Gyasi-Sarpong C.K., Acheampong E, Yeboah F.A., et al. (2018).** Predictors of the international prostate symptoms scores for patients with lower urinary tract symptoms: A descriptive cross-sectional study. Urol Ann., 10(3), 317–323.
5. **Mazzariol O. Reis L.O, Palma P.R. (2019).** Correlation of tools for objective evaluation of infravesical obstruction of men with lower urinary tract symptoms. Int Braz J Urol. 45(4), 775-781.
6. **Tyloch J.F., Wieczorek A.P. (2017).** The standards of an ultrasound examination of the prostate gland. Part 2. J Ultrason. 17(68), 43–58.
7. **Zhang S.J., Qian H.N., Zhao Y., et al. (2013).** Relationship between age and prostate size. Asian J Androl. 15(1), 116–120.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CÓ NHIỄM VI RÚT HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI KHOA NHI, BỆNH VIỆN QUỐC TẾ GREEN NĂM 2019-2020

Vũ Văn Quang[1,2], Đỗ Văn Dũng[2], Nguyễn Thị Hải Anh[1]

TÓM TẮT

1. Đặt vấn đề. Viêm tiểu phế quản (VTPQ) có nhiễm vi rút hợp bào hô hấp (RSV) là bệnh lí viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp dưới; bệnh thường diễn biến nặng hơn nên cần được chẩn đoán, tiên lượng và xử trí kịp thời.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: gồm 118 trẻ dưới 2 tuổi bị VTPQ bao gồm 87 trẻ nhiễm RSV và 31 trẻ không nhiễm. Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu tiến hành tại khoa Nhi, Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng.

3. Kết quả: Tỉ lệ mắc RSV trong nhóm nghiên cứu là 73,73%, bệnh tập trung chủ yếu vào các tháng mùa thu-đông và đông- xuân. Số ca mắc viêm tiểu phế quản thể nặng chiếm 21,2 %. Toàn bộ các ca VTPQ nặng nằm trong nhóm nhiễm RSV. Các liệu pháp Oxy, truyền dịch, khí dung Adrenalin, NaCl 3% có tỉ lệ áp dụng cao hơn trong nhóm nhiễm RSV.

4. Kết luận: trẻ VTPQ có nhiễm RSV thường nặng hơn cần được tiên lượng và xử trí kịp thời.

Từ khoá: viêm tiểu phế quản, vi rút hợp bào hô hấp

SUMMARY

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND REVIEW OF TREATMENT RESULTS OF BROCHIOLITIS ASSOCIATED WITH RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION AT PEDIATRIC DEPARTMENT, GREEN INTERNATIONAL HOSPITAL (2019-2020)

Introduction. Bronchiolitis associated with respiratory syncytial virus (RSV) is an acute inflammatory disease of the lower respiratory tract; The disease often progresses more seriously, so it should be diagnosed, prognosed and promptly treated.

Materials and methods: Including 118 children under 2 years old with bronchiolitis, of which 87 were associated with RSV. This is a descriptive research study conducted in Pediatric Department, Green International Hospital.

Results: The incidence of RSV in the study group was 73.73%; The disease was mainly concentrated in the fall-winter and winter-spring months. The number of cases of severe bronchiolitis accounts for 21.2%. All cases of severe bronchiolitis were in the RSV-infected group. Oxygen, nebulized Adrenalin, 3% NaCl therapies had higher rates of application in the RSV infected group

Conclusions: Children with bronchiolitis associated with RSV infection are often more severe and need timely prognosis and management.

Keywords: bronchiolitis, respiratory syncytial virus

[1]*Trường đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quang
Email: vvquang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 22.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản (VTPQ) là bệnh lí viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp dưới; bệnh hay gặp ở trẻ < 2 tuổi (đặc biệt 3 – 6 tháng) và là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở nhóm tuổi này[1][5][7]. Bệnh VTPQ có thể nhẹ nhưng cũng có thể trở lên rất nặng gây suy hô hấp cấp dẫn đến tử vong[8]. Hàng năm, VTPQ có thể gây thành dịch, cao điểm nhất vào giữa mùa đông- đầu mùa xuân. Virus là tác nhân chủ yếu gây viêm tiểu phế quản ở trẻ em và hay gặp nhất là virus hợp bào hô hấp (RSV). Ngoài ra, bệnh còn có các tác nhân gây bệnh khác như Rhinovirus, Influenza virus, Human metapneumovirus, coronavirus, Parainfluenza virus[3][7][8].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về trẻ bị VTPQ có liên quan đến RSV còn ít. Vậy, đặc điểm dịch tễ lâm sàng ở những bệnh nhi viêm tiểu phế quản có nhiễm RSV thế nào? điều trị những bệnh nhân này có gì khác với trẻ viêm tiểu phế quản không nhiễm RSV? Xuất phát từ những câu hỏi thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng trẻ viêm tiểu phế quản có nhiễm và không nhiễm virus hợp bào hô hấp tại khoa Nhi,*

Bệnh viện Quốc tế Green từ 1/10/ 2019 - 30/9/2020.

- Nhận xét kết quả điều trị nhóm trẻ viêm tiểu phế quản có nhiễm và không nhiễm virus hợp bào hô hấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo hướng dẫn của Hiệp Hội Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP) về thực hành chẩn đoán, điều trị và dự phòng VTPQ (2014). Chẩn đoán VTPQ dựa vào:

* Tuổi bệnh nhân: dưới 24 tháng

*Triệu chứng lâm sàng: khởi đầu với triệu chứng viêm long đường hô hấp trên (ho, hắt hơi, chảy mũi), sau đó có thể ho tăng dần, thở nhanh, khò khè, co kéo cơ hô hấp và/ hoặc cánh mũi phập phồng.

*Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được làm xét nghiệm virus RSV SD BIOLINE RSV (xét nghiệm SD BIOLINE RSV là một thử nghiệm miễn dịch sắc ký phát hiện định tính virus hợp bào hô hấp (RSV) từ bệnh phẩm trong vòm mũi họng. Xét nghiệm SD BIOLINE RSV được gắn với kháng thể đơn dòng chuột kháng RSV và các kháng thể đã được lựa chọn đặc hiệu được dung là chất phát hiện, vì vậy xét nghiệm SD BIOLINE RSV có thể xác định RSV trong bệnh phẩm vòm họng với độ chính xác cao.)

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Bệnh nhân chuyển viện hoặc xin ra viện khi đang điều trị.

+ Bệnh nhân nhiễm RSV trong quá trình điều trị tại bệnh viện

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

Từ 1/10/2019 đến 30/9/2020

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại khoa Nhi, Bệnh viện Quốc tế Green

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện; tổng số chúng tôi có được 118 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.3. Thu thập số liệu

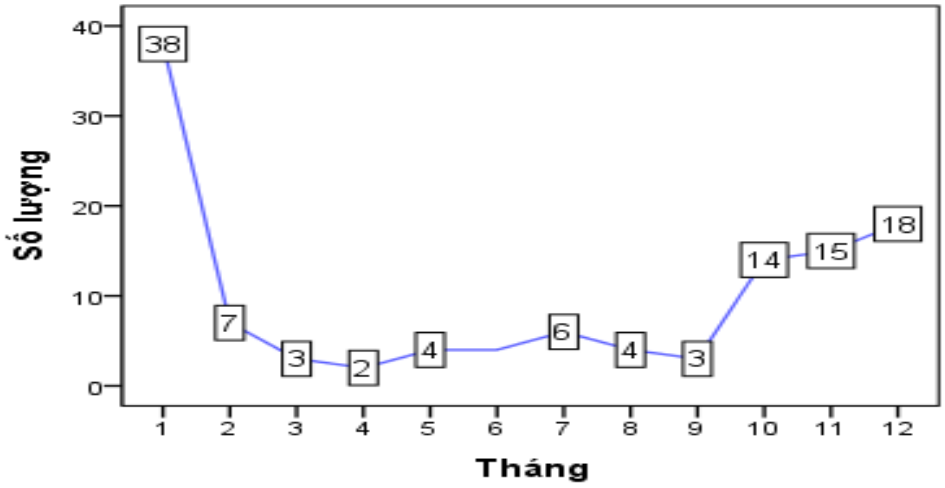
Mỗi bệnh nhân được thu thập thông tin theo một mẫu thống nhất

2.2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để nhập và xử lý số liệu; Tính tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình; So sánh các tỉ lệ % bằng test χ^2 , so sánh 2 giá trị trung bình bằng test Independent T- test, có sự khác biệt khi p < 0,05; Yếu tố liên quan: phân tích đơn biến bằng thử nghiệm χ^2, tính tỉ suất chênh OR, Khi OR>1, OR nằm trong khoảng CI (condefendent interval), khoảng tin cậy phải không chứa 1 và p < 0,05 thì xác định có mối tương quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 10/2019 đến tháng 10/2020 có 118 bệnh nhân mắc viêm tiểu phế quản, trong đó số bệnh nhân có nhiễm RSV là 87 chiếm 73,73%. Không có sự khác biệt về tuổi, giới tính giữa nhóm nhiễm và không nhiễm RSV.



Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo tháng

Nhận xét: Tỉ lệ mắc viêm tiểu phế quản giữa các tháng trong năm là khác nhau (p < 0,001). Bệnh tập trung nhiều vào các tháng 10,11,12,1.

Bảng 1. Triệu chứng toàn thân và cơ năng

Triệu chứng	RSV (+)		RSV (-)		p
	n	%	n	%	
Ho	86	98,9	31	100	0,549
Chảy mũi	86	98,9	29	93,5	0,107
Mất nước	36	41,4	2	6,5	< 0,001
Ăn rất kém	21	24,1	0	0	0,003
Tinh thần li bì	23	26,4	0	0	0,001
Sốt	9	10,3	6	19,4	0,196

Nhận xét: Triệu chứng ho, chảy mũi là các triệu chứng phổ biến nhất trên cả 2 nhóm nhiễm và không nhiễm RSV. Trong các triệu chứng cơ năng và toàn thân thì tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng nặng như mất nước, tinh thần li bì, ăn rất kém gặp ở nhóm viêm tiểu phế quản có nhiễm RSV cao hơn so với nhóm không nhiễm RSV (p < 0,05)

Bảng 2: liên quan giữa nhiễm RSV với độ nặng của bệnh

Độ nặng của bệnh	Nhiễm RSV				p
	RSV (+)		RSV (-)		
	n	%	n	%	
Nặng	25	28,7	0	0	0,001
Không nặng	62	71,3	31	100	
Tổng	**87**	**100**	**31**	**100**	

Nhận xét: Tỷ lệ gặp viêm tiểu phế quản thể nặng trong nhóm nhiễm RSV là cao hơn nhóm không nhiễm RSV và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3: liên quan giữa thở oxy và nhiễm RSV

Độ nặng của bệnh	Nhiễm RSV				P
	RSV (+)		RSV (-)		
	n	%	n	%	
Có thở oxy	25	28,7	0	0	0,001
Không thở oxy	62	71,3	31	100	
Tổng	**87**	**100**	**31**	**100**	

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân thở oxy đều nằm trong nhóm VTPQ có nhiễm RSV. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

Bảng 4: liên quan giữa khí dung muối 3% và RSV

Liệu pháp khí dung nước muối 3%	**Nhiễm RSV**				**p, CI OR**
	RSV (+)		**RSV (-)**		
	n	**%**	**n**	**%**	
Có	45	51,7	3	9,7	0,001 CI: 2,8-36 OR= 10
Không	22	48,3	28	90,3	
Tổng	87	100	31	100	

Nhận xét: Trẻ nhiễm RSV có nguy cơ phải sử dụng liệu pháp khí dung muối 3% cao gấp 10 lần nhóm không nhiễm RSV, sự khác biệt với p < 0,001.

Bảng 5: Liên quan giữa khí dung Adrenalin và RSV

Khí dung Adrenalin	**Nhiễm RSV**				**p, CI OR**
	RSV (+)		**RSV (-)**		
	n	**%**	**n**	**%**	
Có.	24	27,6	1	3,2	0,004 CI: 1,7-48 OR= 11.3
Không	63	72,4	30	96,8	
Tổng	**87**	**100**	**31**	**100**	

Nhận xét: Nhóm trẻ VTPQ nhiễm RSV có nguy cơ phải khí dung adrenalin gấp 11,3 lần nhóm không nhiễm RSV, sự khác biệt với p=0,004

IV. BÀN LUẬN

Trong số 118 bệnh nhân mắc viêm tiểu phế quản, số bệnh nhân có nhiễm RSV là 87 chiếm 73,73%. Tỉ lệ này khá tương đồng với một số tác giả trên thế giới; trong khi các nghiên cứu ở Việt Nam cho tỉ lệ thấp hơn. Điều này có thể do có sự khác nhau về cỡ mẫu, thời điểm nghiên cứu và vùng địa dư[1]

Từ Hình 1 cho thấy tỉ lệ mắc VTPQ giữa các tháng trong năm là khác nhau . Bệnh tập trung nhiều vào các tháng mùa đông xuân từ tháng 10 đến tháng 1. Hầu hết các tác giả khác đều cho rằng VTPQ nhiễm RSV có tính thời vụ cao và có sự khác nhau giữa các vùng địa dư khí hậu[1][3][5][7].

Về các triệu chứng toàn thân và cơ năng, từ Bảng 1 cho thấy triệu chứng ho, chảy mũi là các triệu chứng phổ biến nhất trên cả 2 nhóm nhiễm và không nhiễm RSV. Các triệu chứng nặng như mất nước, tinh thần li bì, ăn rất kém gặp chủ yếu ở nhóm VTPQ có nhiễm RSV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sốt có tỉ lệ thấp 12,7 %(15 ca) và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy tỉ lệ sốt ở trẻ VTPQ cao hơn nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm nhiễm và không nhiễm RSV[1].

Từ Bảng 2 cho thấy có 25 bệnh nhân bị viêm tiểu phế quản múc độ nặng đều thuộc thuộc nhóm có nhiễm RSV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,001. Nghiêm cứu của Garcia và cộng sự, tác giả nghiên cứu 4800 ca mắc viêm tiểu phế quản trong 3 năm có nhiễm và không nhiễm virus hợp bào hô hấp, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc viêm tiểu phế quản nặng tập trung chủ yếu ở nhóm nhiễm RSV[2][6].

Từ Bảng 3 cho thấy, tất cả bệnh nhân phải thở oxy đều nằm trong nhóm VTPQ có nhiễm RSV và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Điều này là phù hợp bởi vì chúng tôi chỉ gặp viêm tiểu phế quản thể nặng trong nhóm RSV (+); trong đó chủ yếu ở trẻ dưới 2 tháng tuổi. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hỗ trợ oxy sớm giúp cải thiện các chỉ số lâm sàng cũng như thời gian nằm viện đáng kể ở những trẻ viêm tiểu phế quản nặng[4][5].

Từ Bảng 4 cho thấy, nhóm trẻ VTPQ nhiễm RSV có khả năng phải dùng khí dung nước muối 3% cao gấp 10 lần nhóm trẻ không nhiễm RSV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Một phân tích tổng hợp được thực hiện bởi Yen-Ju Chen và cộng sự dựa trên hiệu quả của điều trị khí dung nước muối 3% ở trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp tính cho thấy điều trị bằng khí dung muối 3% làm giảm đáng kể thời gian và tỷ lệ nhập viện so với điều trị bằng dung dịch muối sinh lý thông thường

Trong Bảng 5 cho thấy nhóm trẻ VTPQ nhiễm RSV có nguy cơ phải khí dung adrenalin gấp 11,3 lần nhóm không nhiễm RSV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,004. Tác dụng của Adrenalin trong điều trị viêm tiểu phế quản đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu, trong nghiên cứu của tác giả Hartling Lisa và cộng sự, bao gồm 19 nghiên cứu khác nhau và 2256 trẻ tham gia về tác dụng của Adrelanin so với giả dược, kết quả cho thấy, việc khí dung adrenalin làm giảm đáng kể tỉ lệ nhập viện ở bệnh nhân ngoại trú ở những ngày đầu của bệnh[6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 118 ca mắc viêm tiểu phế quản tại khoa Nhi bệnh viện Quốc tế Green trong 1 năm từ tháng 10/ 2019 đến tháng 9/2020, chúng tôi có thể rút ra một số kết luận sau:

- Tỉ lệ nhiễm virus hợp bào hô hấp trong nhóm nghiên cứu là 73,73%, bệnh gặp nhiều ở các tháng mua đông xuân. Nhóm trẻ viêm tiểu phế quản có nhiễm RSV có biểu hiện lâm sàng nặng hơn nhóm không nhiễm.

- Nhóm trẻ viêm tiểu phế quản nhiễm RSV có nguy cơ phải thở oxy, khí dung muối 3%, khí dung Adrenalin cao hơn nhóm không nhiễm RSV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Võ Công Bình, Bùi Bình Bảo Sơn, (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Viêm Tiểu Phế Quản cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 2 tuổi", Tạp chí y dược học-Trường Đại Học Y Dược Huế, Tập 2(4) - Số 10 pp. 12.

[2] Byington CL, Wilkes J, Korgenski K, Sheng X. Respiratory syncytial virus-associated mortality in hospitalized infants and young children. Pediatrics. 2015;135(1):e24-31. doi:10.1542/peds.2014-2151

[3] Chen Y-J, Lee W-L, Wang C-M, Chou H-H. Nebulized Hypertonic Saline Treatment Reduces Both Rate and Duration of Hospitalization for Acute Bronchiolitis in Infants: An Updated Meta-analysis. Pediatr Neonatol. 2014;55(6):431-438. doi:10.1016/j.pedneo.2013.09.013

[4] Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, et al. A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis. N Engl J Med. 2018;378(12):1121-1131. doi:10.1056/NEJMoa1714855

[5] García CG, Bhore R, Soriano-Fallas A, et al. Risk Factors in Children Hospitalized With RSV Bronchiolitis Versus Non–RSV Bronchiolitis. Pediatrics. 2010;126(6):e1453-e1460. doi:10.1542/peds.2010-0507

[6] Hartling L, Bialy LM, Vandermeer B, et al. Epinephrine for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6). doi:10.1002/14651858.CD003123.pub3

[7] Miller EK, Gebretsadik T, Carroll KN, et al. Viral etiologies of infant bronchiolitis, croup and upper respiratory illness during 4 consecutive years. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(9):950-955. doi:10.1097/INF.0b013e31829b7e43

[8] Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. PEDIATRICS. 2014;134(5):e1474-e1502. doi:10.1542/peds.2014-2742

TÁC ĐỘNG CỦA CẮT RỐN MUỘN TỚI MỘT SỐ CHỈ SỐ HỒNG CẦU Ở TRẺ SƠ SINH THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN GREEN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Quang[1], Vũ Thị Yến[1]

TÓM TẮT

1. Đặt vấn đề. Kẹp rốn muộn có nhiều lợi ích và có thể cải thiện được tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em trong những năm tháng đầu đời. Nghiên cứu này so sánh một số chỉ số hồng cầu ở ngày thứ 2-3 sau đẻ giữa nhóm trẻ khoẻ cắt rốn muộn và cắt rốn ngay.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mổ tả cắt ngang gồm 185 trẻ (27 trẻ nhóm cắt rốn ngay và 158 trẻ nhóm cắt muộn).

3. Kết quả. Trẻ nam có 86 trẻ (54,4%), nữ 72 (45,6%; đẻ thường 70 (44,3%), đẻ mổ 88 (55,7%); số lượng hồng cầu trung bình, lượng hemoglobin trung bình nhóm cắt rốn muộn cao hơn ở nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt với giá trị p lần lượt là 0,003 và 0,01. Chỉ số hematocrit trung bình ở nhóm cắt rốn muộn cũng cao hơn ở nhóm cắt rốn ngay, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kế (p=0,07).

4. Kết luận. Các chỉ số hồng cầu, hemoglobin, hematocrit ở nhóm cắt rốn muộn cao hơn ở nhóm cắt rốn ngay; điều này có thể góp phần làm giảm tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt ở nhóm trẻ cắt rốn muộn sau này.

Từ khoá. Cắt rốn muộn, chỉ số hồng cầu, thiếu máu thiếu sắt

SUMMARY

EFFECT OF DELAYED VERSUS EARLY UMBILICAL CORD CLAMPING ON RED BLOOD CELL INDICES OF NORMAL NEWBORNS AT GREEN INTERNATIONAL HOSPITAL

1. Introduction. Iron deficiency and iron deficiency anaemia are major public health problems in young children worldwide. Delayed umbilical cord clamping has been suggested as a measure to prevent infant iron deficiency.

2. Materials and methods. We investigate the effects of delayed umbilical cord clamping, compared with early clamping on red blood cell indices. This is a cross sectional study.

3. Results. During the study period, the total of 185 newborns, including 27 children with early clamping cord and 158 children with delayed umbilical cord clamping, were analyzed. Males, 86 (54,4%); females, 72(45,6%); Normal vaginal d elivery, 70 (44,3%); caesarean section, 88 (55,7%). Mean of red blood cell count, hemoglobin, and hematocrit in delayed umbilical cord clamping group were significantly higher than that of early cord clamping group with p= 0,003; 0,01; 0,07, respectively.

4. Conclusions. Red cell count, hemoglobin value, and hematocrit value of delayed umbilical cord clamping group were higher than that of early cord clamping group; This may contribute to a reduction iron deficiency anemia later.

Keywords. Delayed umbilical cord clamping, umbilical cord clamping, iron deficiency anaemia.

[1]*Trường đại học Y dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quang
Email: vvquang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021
Ngày duyệt bài: 22.5.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời gian tối ưu để kẹp rốn đã được thảo luận trong y văn từ lâu. Có nhiều bằng chứng cho thấy kẹp rốn muộn có nhiều lợi ích và có thể cải thiện được tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em trong những năm tháng đầu đời[1][2][4]. Ở những phút đầu sau sinh, vẫn còn một lượng máu lưu thông từ nhau thai đến trẻ sơ sinh. Chờ đợi kẹp rốn trong 2-3 phút hoặc đến khi mạch rốn ngừng đập cho phép trẻ sơ sinh nhận thêm một lượng máu đáng kể và cung cấp một nguồn dự trữ sắt trong 6-8 tháng đầu đời. Điều này giúp ngăn ngừa thiếu máu thiếu sắt cho đến khi trẻ có thể hấp thụ sắt tốt hơn từ thức ăn. Kẹp rốn muộn đặc biệt phù hợp với các trẻ sơ sinh ở các nước đang phát triển như Việt Nam, nơi có tỉ lệ thiếu máu dinh dưỡng cao[1][2]. Thiếu máu là một vấn đề y tế cộng đồng phổ biến để lại các hậu quả nghiêm trọng với sức khoẻ con người, ảnh hưởng và cản trở sự phát triển kinh tế xã hội. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về hiệu quả của kẹp rốn muộn, tại Hải Phòng chúng tôi chưa nghi nhận báo cáo nào về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tác động của cắt rốn trễ tới một số chỉ số hồng cầu ở trẻ sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh tại Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng năm 2017-2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Nhóm sơ sinh cắt rốn trễ: trẻ đủ tháng, không có bất kỳ một bất thường nào trong thời kỳ mẹ mang thai, không phải can thiệp sau đẻ và được cắt rốn sau 90 giây hoặc khi mạch rốn ngừng đập. Gia đình trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Nhóm cắt rốn sớm: trẻ đủ tháng, không có bất kỳ một bất thường nào trong thời kỳ mẹ mang thai, không phải can thiệp sau đẻ và được cắt rốn trước 30 giây. Gia đình trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** những trẻ không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa sơ sinh Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng từ tháng 12/2017 đến tháng 2/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: lấy trọn các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số chúng tôi có được 185 trẻ, trong đó nhóm trẻ cắt rốn sớm là 27, cắt rốn muộn là 158.

2.2.3. Một số chỉ số nghiên cứu

- Tiền sử mang thai của bà mẹ, hình thức sinh, các chỉ số apggar, chiều dài, cân nặng, vòng đầu.

- Xét nghiệm máu: trẻ được lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm khi đủ 24 giờ tuổi. Máu được bảo quản trong ống có sẵn chất chống đông EDTA sau đó dược phân tích bằng máy tự động Celldyn 3700 theo đúng quy trình của nhà sản xuất.

2.2.4. Thu thập số liệu: Mỗi trẻ đều có một bệnh án nghiên cứu thống nhất để thu thập số liệu.

2.2.5. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm phân tích thống kê mã nguồn mở R. Các biến rời rạc được tính ra tỉ lệ %, so sánh bằng test Khi bình phương; sự phác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$. Các biến liên tục được kiểm tra phân phối chuẩn, tính trung bình,

trung vị và độ lệch chuẩn; so sánh 2 trung bình bằng t-test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p< 0,05.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng số 444/QĐ-YDHP ngày 05/05/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.3. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

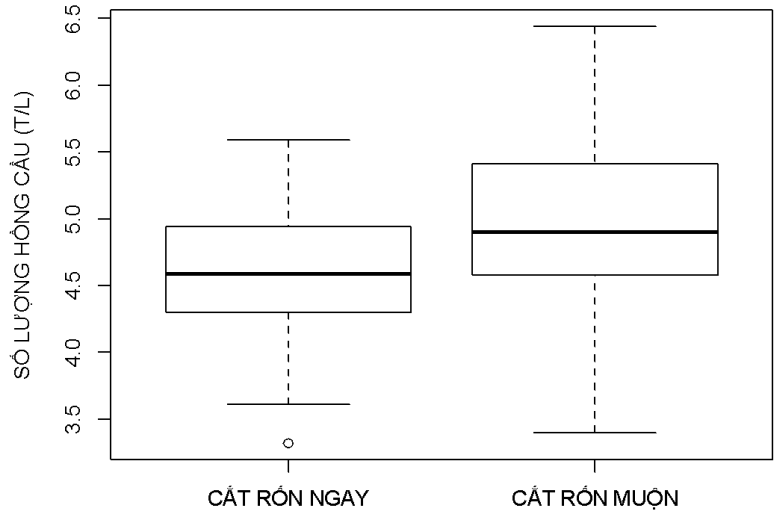
Trong 185 đối tượng nghiên cứu có 102 trẻ nam, 83 trẻ nữ; nhóm trẻ được cắt rốn ngay là 27 trẻ, nhóm cắt rốn trễ là 158.

Bảng 1. Một số đặc điểm về giới và phương thức mổ

		n	%
Giới	Nam	86	54,4
	Nữ	72	45,6
Phương thức sinh	Sinh thường	70	44,3
	Sinh mổ	88	55,7

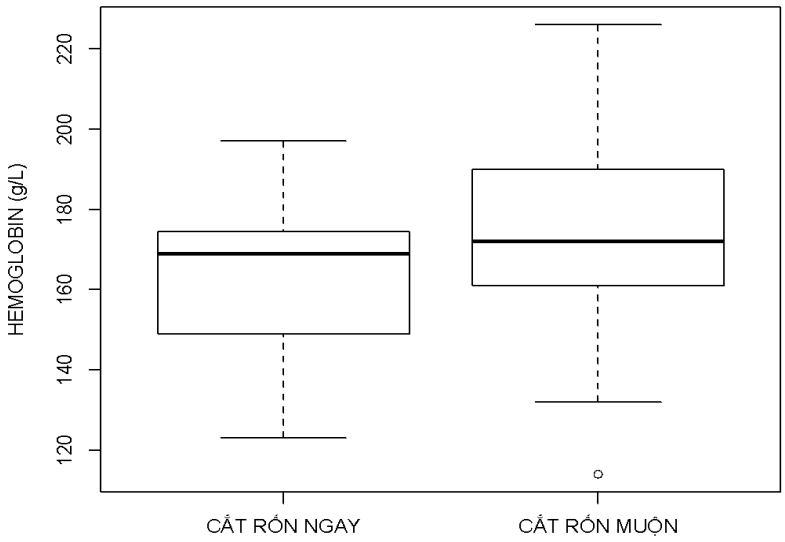
Nhận xét: Tỉ lệ trẻ nam cao hơn nữ; tỉ lệ sinh mổ cao hơn sinh thường nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

2.4. So sánh một số chỉ số hồng cầu ở nhóm trẻ cắt rốn muộn và cắt rốn ngay



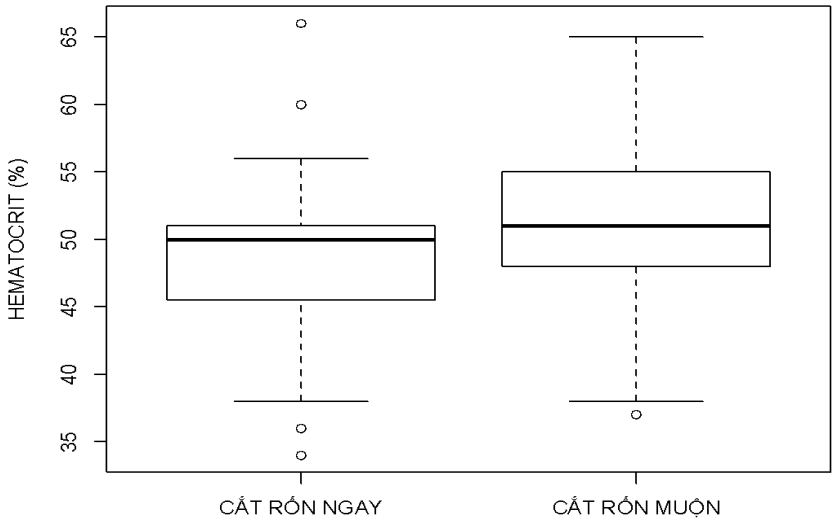
Hình 1. So sánh số lượng hồng cầu giữa nhóm cắt rốn ngay và cắt rốn muộn

Nhận xét. Số lượng hồng cầu trung bình ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn hẳn nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003.



Hình 2. So sánh lượng huyết sắc tố giữa nhóm cắt rốn ngay và cắt rốn muộn

Nhận xét. Lượng huyết sắc tố ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn hẳn nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,01



Hình 3. So sánh lượng hematocrit giữa nhóm cắt rốn ngay và cắt rốn muộn

Nhận xét. Lượng hematocrit ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn nhóm cắt rốn ngay nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,07.

Bảng 2. Tỉ lệ thiếu máu và đa hồng cầu ngay sau đẻ

	Nhóm cắt rốn ngay (n = 27)	**Nhóm cắt rốn muộn (n=158)**	**p**
Thiếu máu (Hb<145)	5(18,5%)	15(8,2%)	0,2
Đa hồng cầu (Hct≥65%)	1(3,7%)	2 (1,3%)	0,91

Nhận xét. Ở nhóm cắt rốn muộn chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (1,3%) bị đa hồng cầu, 15 bệnh nhân thiếu máu nhưng không có sự khác biệt với nhóm cắt rốn ngay

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu ở 185 trẻ, có 102 trẻ có giới tính nam và chỉ có 83 trẻ nữ. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ cho thấy phần nào sự mất cân bằng giới tính hiện nay. Từ Bảng 1 cho thấy trong 185 trẻ thì có 109 trẻ đẻ mổ và chỉ có 76 trẻ đẻ thường. Điều này cho thấy tỉ lệ trẻ mổ lấy thai ngày càng cao[1]. Mổ lấy thai có ảnh hưởng nhiều hơn đến sức khỏe và sức khỏe sinh sản của bà mẹ, ít ảnh hưởng đến sức khỏe của con. Bằng chứng là tỉ lệ mổ lấy thai tăng lên nhưng tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh không tăng.

Trong tổng số 185 trẻ, số lượng hồng cầu trung bình là 4,86 T/l, haemoglobin trung bình là 171g/l, haematocrit trung bình là 0,5l/l. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác[3][5][6]. Trong 27 trẻ được cắt rốn muộn bao gồm 16 trẻ nam và 11 trẻ nữ cho kết quả như sau: số lượng hồng cầu trung bình là 4,3 T/l, trẻ có số lượng hồng cầu ít nhất là 3,32 T/l, số lượng hồng cầu lớn nhất là 5,59 T/l, hemoglobin trung bình là 149 g/l, hematocrit trung bình là 0,44 l/l. Trong đó ở nhóm trẻ cắt rốn muộn có 158 trẻ, gồm 86 trẻ nam và 72 trẻ nữ, số lượng hồng cầu trung bình là 4,9 T/l, hemoglobin trung bình là 172 g/l, hematocrit trung bình là 0,51 l/l. Từ Hình 1 cho thấy, tại ngày thứ 3 sau đẻ, số lượng hồng cầu trung bình của nhóm cắt rốn muộn cao hơn hẳn nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,003. Tương đồng với số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố trung bình ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cũng cao hơn hẳn nhóm trẻ cắt rốn ngay, sự khác biệt với p = 0,01 (Hình 2). Kết quả từ Hình 3 cho thấy lượng hematocrit trung bình ở nhóm cắt rốn muộn cũng cao hơn ở nhóm cắt rốn ngay, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,07). Từ các kết quả vừa phân tích trên cho thấy lợi ích đáng kể của cắt rốn muộn; kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác đã công bố trên thế giới[4][6][7][8]. Khi mạch rốn chưa ngừng đập, một lượng máu đáng kể từ bánh rau được vận chuyển sang trẻ, làm giảm tỉ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh và có thể cung cấp một lượng sắt đáng kể cho trẻ ở những tháng đầu đời. Điều này đặc biệt có ý nghĩa đối với một quốc gia đang phát triển như Việt Nam, nơi mà tỉ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai và trẻ nhỏ còn cao[1][2]. Theo hướng dẫn xử trí tích cực giai đoạn 3 của WHO năm 2014 thì ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy việc kẹp dây muộn có lợi và có thể cải thiện chất sắt của trẻ sơ sinh cho đến 6 tháng sau khi sinh. Trong vài phút đầu tiên sau khi sinh, vẫn còn lưu thông từ nhau thai cho trẻ sơ sinh. Chờ đợi để kẹp dây rốn trong 2-3 phút, hoặc cho đến khi xung dây dừng lại, cho phép một sự chuyển giao sinh lý của máu nhau thai cho trẻ sơ sinh (quá trình được gọi là "truyền máu nhau thai"), phần lớn

trong số đó xảy ra trong vòng 3 phút. Sự truyền máu nhau thai này cung cấp đủ lượng sắt dự trữ cho 6-8 tháng đầu đời, ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự phát triển thiếu sắt cho đến khi khác can thiệp - chẳng hạn như việc sử dụng thực phẩm có tăng cường chất sắt - có thể được thực hiện[4][5][6][7].

Về tỉ lệ thiếu máu và đa hồng cầu, từ Bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu máu giữa nhóm cắt rốn muộn và nhóm cắt rốn ngay (p= 0,2). Trong 158 trẻ cắt rốn ngay, chúng tôi chỉ ghi nhận 2 trường hợp đa hồng cầu, nhưng không cần can thiệp thay máu, vài trẻ bị vàng da phải chiếu đèn. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả khác; nhìn chung, cắt rốn muộn không để lại biến chứng gì nghiêm trọng[7][8].

V. KẾT LUẬN

Số lượng hồng cầu trung bình ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn hẳn nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003. Lượng huyết sắc tố ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn hẳn nhóm cắt rốn ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,01. Lượng hematocrit ở nhóm trẻ cắt rốn muộn cao hơn nhóm cắt rốn ngay nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,07. Không có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu máu và đa hồng cầu giữa nhóm cắt rốn muộn và cắt rốn ngay.

Lời cám ơn

Chúng tôi trân thành cám ơn Ban giám đốc Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng và các bà mẹ của các trẻ đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y Tế - Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em (2016). Hướng dẫn chuyên môn chăm sóc chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai.

[2] Hội Nhi khoa Việt Nam, Hội sản phụ khoa Việt Nam (2017). Khuyến nghị dinh dưỡng 1000 ngày đầu đời

[3] Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ. 2011;343:d7157.

[4] Chopra A, Thakur A, Garg P, Kler N, Gujral K. Early versus delayed cord clamping in small for gestational age infants and iron stores at 3 months of age - a randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2018;18.

[5] Fogarty M, Osborn DA, Askie L, et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):1-18.

[6] Garabedian C, Rakza T, Drumez E, et al. Benefits of Delayed Cord Clamping in Red Blood Cell Alloimmunization. Pediatrics. 2016;137(3):e20153236.

[7] Kc A, Rana N, Målqvist M, Jarawka Ranneberg L, Subedi K, Andersson O. Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2017;171(3):264-270.

[8] McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(7).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM XƠ HÓA GAN BẰNG MÁY FIBROSCAN TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN BỊ BỆNH GAN

Trần Thị Quỳnh Trang[1], Đào Thu Hồng[1], Phạm Thị Thu Thủy[1], Phạm Thị Nguyên[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm xơ hóa gan trên một số nhóm bệnh gan bằng đo độ đàn hồi gan thoáng qua.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng: 315 bệnh nhân đã chẩn đoán mắc bệnh gan mạn tính được đo độ xơ hóa bằng máy Fibroscan.

Kết quả: Độ tuổi trung bình mắc viêm gan mạn tính là 46,17 ± 14,31 trong đó 2 nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 36 - 45 tuổi chiếm 24,8% và nhóm từ 46 -55 tuổi là 21,9%. Tỷ lệ mắc bệnh nam/ nữ = 1,625. Sự phân bố tần xuất xơ hóa gan theo Metavir ở nhóm F0: 48,6%; F1: 5,7%; F2: 19,0%; F3: 10,5% F4: 16,2% trong đó các nhóm dưới 65 tuổi xơ hóa giai đoạn 0 chiếm tỷ lệ cao nhất, nhưng ở nhóm trên 65 tuổi xơ hóa giai đoạn 3 và giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Độ đàn hồi gan trung bình ở bệnh nhân viêm gan mạn tính là 9,49 ± 7,69 kPa, trong đó độ đàn hồi gan ở nhóm viêm gan virus B mạn là 8,37 ± 6,73 kPa, viêm gan virus C mạn là 9,38 ± 5,50 kPa, viêm gan mạn do rượu là 13,54 ± 10,68 kPa. Nhóm viêm gan virus B, C mạn tính số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 0 là cao nhất (62%và 35,7%); thấp nhất ở giai đoạn 1(4,2% và 7,1%), nhóm viêm gan mạn tính do rượu số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 2;3;4 là cao nhất (40%, 15% và 25%); thấp nhất ở giai đoạn 0;1(10% và 10%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Kết luận: Độ đàn hồi mô gan trung bình ở bệnh nhân viêm gan mạn tính là 9,49 ± 7,69 kPa, trong đó độ đàn hồi gan ở nhóm viêm gan virus B mạn là 8,37 ± 6,73 kPa, viêm gan virus C là 9,38 ± 5,50 kPa, viêm gan do rượu 13,54 ± 10,68 kPa. Nhóm viêm gan virus B, C mạn tính có số bệnh nhân chưa xơ hóa chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm viêm gan mạn tính do rượu chủ yếu là bệnh nhân xơ hóa độ 2 trở lên.

Từ khóa: Viêm gan mạn tính, xơ hóa gan, Fiboscan.

SUMMARY

RESEARCH ON LIVER FIBROSIS CHARACTERISTICS USING FIBROSCAN ANALYSIS IN PATIENTS WITH LIVER DISEASES

Objectives Describe: Characterization of liver fibrosis in some groups of liver diseases by transient liver elasticity measurement

Subjects: 315 patients diagnosed with chronic liver disease were measured fibrosis with Fibroscan machine

Method: Cross-sectional study.

Results: The average age of chronic hepatitis is 46.17 ± 14.31, in which the 2 age groups account for the highest proportion: the group 36-45 year old (24.8%) and the group 46 -55 year old (21.9%). The rate of male / female = 1.625. According to Metavir score: F0 (48.6%); F1(5.7%); F2 (19.0%) F3(10.5%) F4(16.2%), In

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Quỳnh Trang
Email: ttqtrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

which the group under 65 years old, stage 0 fibrosis accounted for the highest rate, but in the group over 65 years old, stage 3 and stage 4 fibrosis accounted for the highest rate (33.3%), this difference is significant (p<0,05). The mean liver elasticity is 9.49 ± 7.69 kPa, of which the liver elasticity in the group of chronic hepatitis B virus is 8.37 ± 6.73 kPa, and hepatitis C is 9.38 ± 5. 50 kPa, alcoholic hepatitis 13.54 ± 10.68 kPa. In the group of chronic hepatitis B and C viruses, the number of patients with stage 0 fibrosis is the highest (62% and 35.7%); lowest in stage 1 (4.2% and 7.1%), chronic alcoholic hepatitis group, the highest number of patients with fibrosis in stage 2;3;4 (40%, 15%) and 25%); lowest in the 0;1 stage (10% and 10%) this difference is significant (p<0,05).

Conclusions: The mean liver elasticity in patients with chronic hepatitis is 9.49 ± 7.69 kPa, in which liver elasticity in the group of chronic hepatitis B virus is 8.37 ± 6.73 kPa, hepatitis C virus is 9.38 ± 5.50 kPa, alcoholic hepatitis 13.54 ± 10.68 kPa. The group of chronic hepatitis B and C viruses has the highest proportion of patients without fibrosis, while the group of chronic alcoholic hepatitis is mainly fibrosis patients with grade 2 or higher.

Key words: Chronic hepatitis, liver fibrosis, Fiboscan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh viêm gan mạn tính là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan và ung thư gan. Do vậy việc phát hiện , xác định giai đoạn bệnh có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị để theo dõi cũng như đánh giá hiệu quả điều trị với các bệnh lý này. Đặc biệt việc xác định mức độ xơ hóa gan là tiêu chí tiên quyết, trong đó sinh thiết gan được coi là tiêu chuẩn vàng để xác định mức độ xơ hóa tuy nhiên đây là kĩ thuật xâm lấn nên không thể tiến hành nhiều lần và có thể gây biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân. Đo độ đàn hồi mô gan thoáng qua là biện pháp không xâm lấn, nhanh chóng, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân[3], [5]. Việc xác định sớm giai đoạn bệnh có ý nghĩa rất lớn trong việc điều trị giúp cho quá trình xơ hóa có thể chậm lại thậm chí ngừng và hồi phục.

Dù đã có nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về vấn đề này vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu

Mô tả đặc điểm xơ hóa gan trên một số nhóm bệnh gan bằng đo độ đàn hồi gan thoáng qua.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Gồm 315 bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc bệnh gan mạn tính đến làm Fibroscan tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm gan mạn tính do: virus viêm gan B, virus viêm gan C, do rượu chưa điều trị.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nặng, đe dọa tử vong

b. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

Phương tiện: máy đo đàn hồi mô gan(fibroscan) hãng Echosens

Xử lý số liệu: SPSS 20.

c. Nội dung nghiên cứu

- Phân loại bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính theo từng nhóm bệnh: Viêm gan virus B mạn tính, Viêm gan virus C mạn tính, bệnh gan mạn tính do rượu.

- Đo độ đàn hồi mô gan bằng máy fibroscan

Tiêu chuẩn đánh giá mức độ xơ hóa gan theo Fibroscan

- Độ cứng của gan dao động từ 2,5 – 75kPa, tùy theo mức độ xơ hóa chỉ số dao động từ F0 – F4

- Theo phân loại Metavir, sự xơ hóa gan được chia thành 5 mức độ, đó là:

+ F0: Không xơ hóa(1- 4,9 kPa)

+ F1: Xơ hóa nhẹ (5 – 6,9 kPa)

+ F2: Xơ hóa có ý nghĩa (7 – 8,6 kPa): xơ lan tỏa đến các vùng gan quanh mạch máu.

+ F3: Xơ hóa nặng (8,7 – 14,4 kPa): xơ trải rộng và có sự nối các vùng gan bị xơ vớ nhau.

+ F4: Xơ gan (14,5- 75 kPa) hoặc xơ hóa gan tiến triển

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

- Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 46,17 ± 14,31 , nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 85 tuổi. Theo nhóm tuổi: cao nhất là nhóm 36 - 45 tuổi chiếm 24,8% còn lại lần lượt ở các nhóm từ 46 -55 tuổi là 21,9%, và thấp nhất ở nhóm từ dưới 25 tuổi chiếm 6,7%.

- Giới: Tỷ lệ nam/ nữ là : 195/120 = 1,625

3.2 Kết quả đo độ đàn hồi gan

Bảng 1: Chỉ số Fibroscan theo từng nguyên nhân viêm gan mạn tính

Nguyên nhân	n	Mức xơ hóa(kPa)
Viêm gan virus B	213	8,37 ± 6,73
Viêm gan virus C	42	9,38 ± 5,50
Viêm gan do rượu	60	13,54 ± 10.68
Tổng	**315**	**9,49 ± 7,69**
	P > 0,05	

Từ kết quả trên cho thấy mức xơ hóa mô gan nói chung là 9,49 ± 7,69 kPa trong đó cao nhất là nhóm viêm gan mạn do rượu, thấp nhất là nhóm viêm gan virus B mạn tính tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (p > 0,05).

Bảng 2: Phân loại giai đoạn độ đàn hồi gan theo máy Fibroscan

Giai đoạn xơ hóa	n	Tỷ lệ	Mức xơ hóa(kPa)
F0	153	48,6%	4,65 ± 1,11
F1	18	5,7%	7,27 ± 0,17
F2	60	19,0%	9,05 ± 1,21
F3	33	10,5%	11,71 ± 1,06
F4	51	16,2%	23,86 ± 8,89
Tổng	**315**	**100%**	**9,49 ± 7,69**

Về phân loại giai đoạn độ đàn hồi gan theo máy Fibroscan cho thấy nhóm giai đoạn 0 chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó tới nhóm giai đoạn 2, giai đoạn 4, giai đoạn 3 và cuối cùng là giai đoạn 1.

Bảng 3: Tỷ lệ giai đoạn xơ hóa theo nhóm tuổi

Gđ xơ hóa / Nhóm tuổi		F0	F1	F2	F3	F4	Tổng
Dưới 25 tuổi(1)	n	15	3	0	0	3	21
	%	71,4%	14,3%	0%	0%	14,3%	100%
26 – 35 tuổi(2)	n	36	0	9	6	12	63
	%	57,1%	0%	14,3%	9,5%	19,0%	100%
36 – 45 tuổi(3)	n	42	3	18	6	9	78
	%	53,8%	3,8%	23,1%	7,7%	11,5%	100%
46 – 55 tuổi(4)	n	36	6	12	6	9	69
	%	52,2%	8,7%	17,4%	8,7%	13,0%	100%
56 – 65 tuổi(5)	n	21	6	15	6	9	57
	%	36,8%	10,5%	26,3%	10,5%	15,8%	100%
Trên 65 tuổi(6)	n	3	0	16	9	9	27
	%	11,1%	0%	22,2%	33,3%	33,3%	100%
P	$P_{(1-2),(1-3),(1-4),(1-5)} > 0,05$; $P_{(2-3),(2-4),(2-5)} > 0,05$; $P_{(3-4),(3-5)} > 0,05$ $P_{(4-5)} > 0,05$; $P_{(1-6),(2-6),(4-6),(5-6)} < 0,05$; $P_{(3-6)} < 0,01$						

Qua bảng 3 cho thấy ở các nhóm dưới 65 tuổi thì tỷ lệ xơ hóa giai đoạn 0 chiếm tỷ lệ cao nhất, nhưng ở nhóm trên 65 tuổi tỷ lệ xơ hóa giai đoạn 3 và giai đoạn 4 cao nhất(33,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Tỷ lệ giai đoạn xơ hóa theo nguyên nhân viêm gan mạn tính

Gđ xơ hóa / NN		F0	F1	F2	F3	F4	Tổng
Viêm gan virus B(a)	n	132	9	27	18	27	213
	%	62%	4,2%	12,7%	8,5%	12,7%	100%
Viêm gan virus C(b)	n	15	3	9	6	9	42
	%	35,7%	7,1%	21,4%	14,3%	21,4%	100%
Viêm gan mạn tính do rượu(c)	n	6	6	24	9	15	60
	%	10%	10%	40%	15%	25%	100%
P	$P_{(a-b)} < 0,05$, $P_{(b-c)} < 0,05$, $P_{(a-c)} < 0,01$						

Từ kết quả bảng 4 cho thấy trong nhóm viêm gan virus B, C mạn tính số lượng bệnh nhân ở giai đoạn 0 là cao nhất, sau đó tới giai đoạn 2- 4, giai đoạn 3 và thấp nhất ở giai đoạn 1. Trong nhóm viêm gan mạn tính do rượu số lượng bệnh nhân ở giai đoạn 2 là cao nhất, sau đó tới giai đoạn 4, giai đoạn 3 và thấp nhất ở giai đoạn 0-1.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về đặc điểm mẫu nghiên cứu

- Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình mắc viêm gan mạn tính nói chung là trung niên (46,17 ± 14,31) trong đó 2 nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 36 - 45 tuổi chiếm 24,8% và nhóm từ 46 -55 tuổi là 21,9%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Bảo Nghi và cộng sự(2015) thì nhóm 46 -55 tuổi chiếm 29,2%[1]. Điều này cũng phù hợp với lý thuyết: bệnh gan mạn tính thường xảy ra sau 10 -20 năm sau khi các nguyên nhân xơ hóa gan tấn công vào cơ thể dẫn đến hoại tử tế bào gan rồi đến xơ hóa kéo dài nhiều năm.

- Về đặc điểm giới: kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ (nam/ nữ = 1,625) một phần do tại Việt Nam tỷ lệ nghiện rượu ở nam cao hơn nữ. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Trần Bảo Nghi (nam/ nữ = 1,28) và các tác giả trong và ngoài nước khác [1].

4.2 Về đặc điểm xơ hóa gan trên một số nhóm bệnh gan bằng đo độ đàn hồi gan thoáng qua

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng sự phân bố tần xuất xơ hóa gan theo Metavir ở nhóm F0: Không xơ hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%). Nghiên cứu của Ziol Mairanne và De Ledinghen và Nguyễn Viết Thịnh (2015) cũng cho kết quả tương tự [2],[4],[6], còn nghiên cứu của Trần Bảo Nghi lại cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhóm F4 cao nhất[1]. Sự khác biệt với kết quả của Trần Bảo Nghi (2015) có thể do bệnh nhân đến với chúng tôi ở giai đoạn sớm hơn, điều này phần nào cũng gián tiếp cho thấy sự nhìn nhận của người dân với bệnh lý viêm gan mạn ngày càng quan tâm hơn.

Về kết quả độ đàn hồi gan trung bình của chúng tôi là 9,49 ± 7,69 kPa, trong đó độ đàn hồi gan ở nhóm viêm gan virus B mạn là 8,37 ± 6,73 kPa, viêm gan virus C là 9,38 ± 5,50 kPa, viêm gan do rượu 13,54 ± 10,68 kPa thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Bảo Nghi (2015), (trung bình: 16,46 ± 15,45 kPa, trong đó độ đàn hồi gan ở nhóm viêm gan virus B mạn là 14,2 ± 12,09 kPa, viêm gan virus C là 19,02 ± 16,24 kPa, viêm gan do rượu 41,22 ± 21,26 kPa)[1]. Còn so với nghiên cứu của Nguyễn Viết Thịnh (2015) cũng cho thấy độ đàn hồi mô gan ở nhóm bệnh nhân viêm gan B tương tự chúng tôi(9,1± 6,2 kPa)[2].

Khi khảo sát về mức độ xơ hóa gan so với nhóm tuổi kết quả của chúng tôi cho thấy ở các nhóm dưới 65 tuổi thì tỷ lệ xơ hóa giai đoạn 0 chiếm tỷ lệ cao nhất, nhưng ở nhóm trên 65 tuổi tỷ lệ xơ hóa giai đoạn 3 và giai đoạn 4 cao nhất (33,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với lý thuyết: Bệnh gan mạn tính thường xảy ra sau khi các nguyên nhân xơ hóa gan tấn công vào cơ thể dẫn đến hoại tử tế bào gan rồi đến xơ hóa kéo dài nhiều năm về sau.

Khi khảo sát mức độ xơ hóa gan theo từng nguyên nhân cụ thể chúng tôi nhận thấy ở nhóm viêm gan virus B, C mạn tính thì số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 0 là cao nhất (62%và 35,7%); thấp nhất ở giai đoạn 1(4,2% và 7,1%). Trong khi đó ở nhóm viêm gan mạn tính do rượu thì số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 2;3;4 là cao nhất (40%, 15% và 25%); thấp nhất ở giai đoạn 0;1(10% và 10%). Điều này có thể là do bệnh nhân viêm gan mạn tính do rượu đến

khám với chúng tôi ở giai đoạn muộn, và phần nào gián tiếp cho thấy được nhận thức về bệnh của nhóm mắc viêm gan B,C có phần nhỉnh hơn so với nhóm viêm gan mạn do rượu, họ dường như có sự quan tâm tới sức khỏe hơn nên số bệnh nhân đến khám ở giai đoạn sớm cũng nhiều hơn so với nhóm bệnh gan mạn tính do rượu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu độ xơ hóa của gan trên 315 bệnh nhân chúng tôi thấy: độ đàn hồi gan trung bình trong bệnh lý gan mạn tính là 9,49 ± 7,69 kPa, trong đó độ đàn hồi gan ở nhóm viêm gan virus B mạn là 8,37 ± 6,73 kPa, viêm gan virus C là 9,38 ± 5,50 kPa, viêm gan do rượu 13,54 ± 10,68 kPa. Nhóm viêm gan virus B, C mạn tính số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 0 là cao nhất (62% và 35,7%); thấp nhất ở giai đoạn 1(4,2% và 7,1%), nhóm viêm gan mạn tính do rượu số bệnh nhân có mức độ xơ hóa ở giai đoạn 2;3;4 là cao nhất (40%, 15% và 25%); thấp nhất ở giai đoạn 0;1(10% và 10%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Nghi , Ngô Thị Thanh Quýt, Hoàng Trọng Thảng và cs(2015)** "Đánh giá mức độ xơ hóa gan qua đo độ đàn hồi thoáng qua đối chiếu với mô bệnh học ở bệnh nhân viêm gan mạn" tạp chí Y Dược học - Đại học Y Dược Huế số 24 tr 59- 65
2. **Nguyễn Viết Thịnh , Trần Văn Huy(2015)** "Nghiên cứu đáp ứng sinh hóa, virus và độ đàn hồi gan ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn sau 12 tháng điều trị Entecair" tạp chí Y Dược học - Đại học Y Dược Huế số 24 tr 36-43
3. **Chan HL, Wong GL, Choi PC, Chan AW, Chim AM, Yiu KK, Chan FK, Sung JJ, Wong VW (2009),** Alanine aminotransferase-based algorithms of liver stiffness measurement by transient elastography (Fibroscan) for liver fibrosis in chronic hepatitis B, J Viral Hepat, 16, pp.36–44.
4. **De Ledinghen V, Douvin C, Kettaneh A, Ziol M, Roulot D, et al. (2006),** Diagnosis of hepatic fibrosis and cirrhosis by transient elastography in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients, J Acquir Immune Defic Syndr, 41, pp.175-179.
5. **Foucher J., Chateloup E., Vergniol J., Castera L., Le Bail B., Adhoute X., et al (2006),** Diagnosis of cirrhosis by transient elastography (FibroScan): a prospective study, Gut, 55, pp.403-408.
6. **Ziol M., Handra-Luca, et al, (2005),** Non-invasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with chronic hepatitis C, Hepatology, 41(1), pp.48-53.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU VAI GÁY VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Thị Thu Hiền[1], Phạm Tiến Dũng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. 2. Theo dõi các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán là đau vai gáy. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau không có đối chứng. **Kết quả:** Sau điều trị, phương pháp có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ trên bệnh nhân đau vai gáy. Không phát hiện tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

Từ khoá: đau vai gáy, tác động cột sống, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECT AND SIDE EFFECTS OF CHIROPRACTIC AND ELECTROACUPUNCTURE ON THE TREATMENT OF SHOULDER AND CERVICAL SPINE PAIN AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: 1. Evaluating the effect of chiropractic and electroacupunctute on the treatment of shoulder and cervical spine pain. 2. Find out the side effects of chiropractic and electroacupunctute method on treatment. **Subjective:** 60 patients were diagnosed shoulder and cervical spine pain. **Method:** Clinical intervention, uncontrolled before-after design. **Results:** After treatment, electroacupunctute method work to improve symptoms of pain, the range of cervical spine. There were no side effects on clinical.

***Keywords*:** Shoulder and cervical spine pain, chiropractic, HaiPhong Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vai gáy (ĐVG) là một hội chứng rất phổ biến trên lâm sàng (LS) với biểu hiện đau vùng cổ,vai, gáy có thể lan xuống cánh tay, có hoặc không kèm theo hạn chế tầm vận động cột sống cổ.

Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến hội chứng đau vai gáy như làm việc sai tư thế, thời tiết thay đổi, chấn thương cơ vùng vai gáy. Ngoài ra, hội chứng ĐVG còn có thể do các nguyên nhân bệnh lý như: thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, vẹo cổ bẩm sinh, viêm, chấn thương vùng cổ.

Tỷ lệ mắc đau vai gáy khá cao: Có khoảng ½ số người trên toàn thế giới trong cuộc đời có ít nhất một lần bị đau vai gáy.

Hội chứng ĐVG thông thường không nguy hiểm, song có thể gây ra nhiều lo lắng, khó chịu, mệt mỏi cho người bệnh, làm giảm sút sức lao động và chất lượng cuộc sống.

Để điều trị ĐVG, y học hiện đại (YHHĐ) chủ yếu sử dụng các thuốc giảm đau, giãn

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền
Email: ntthien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 19.5.2021

cơ. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này liên tục thường gây các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như đau dạ dày, dị ứng... Y học cổ truyền (YHCT) cũng có nhiều phương pháp để điều trị ĐVG như: châm cứu, xoa bóp, chiếu đèn hồng ngoại, dùng thuốc.... Trong đó, phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm là phương pháp điều trị cho hiệu quả khá cao.

Phương pháp tác động cột sống do người Việt phát triển dựa trên nền lý luận của cả Đông y và Tây y. Đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả cao. Được bộ y tế công nhận và đưa vào giảng dạy tại các trường đại học. Cùng kết hợp điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện nhỏ không gây đau, dẫn khí tốt hơn vê kim bằng tay giúp giảm đau hiệu quả. Xuất phát từ thực tế điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm các mục tiêu sau:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2. Theo dõi các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán xác định đau vai gáy, được khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 4/2020 đến tháng 11/2020.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn**

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

- Bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, lứa tuổi.
- LS: HC cột sống + HC rễ thần kinh + XQ.

- Thể YHCT: Phong hàn, phong hàn thấp.
- Tình nguyện tham gia.
- Tuân thủ liệu trình điều trị.

*** Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

- Bệnh có kèm các triệu chứng khác đe dọa tính mạng bệnh nhân: suy tim, hen, nhiễm trùng huyết, xơ gan....
- Bệnh có chỉ định phẫu thuật.
- Đau vai gáy do cột sống có tổn thương lao, ung thư, chấn thương.
- Tổ chức da, dưới da vùng huyệt châm có tổn thương viêm nhiễm, tiết dịch.
- Bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị.

Chất liệu nghiên cứu

+ Kim châm cứu.
+ Máy điện châm.
+ Thước đo thang điểm VAS.
+ Bông cồn vô trùng, pince, khay quả đậu, hộp chống shock, máy đo HA,…

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa YHCT bệnh viện đại học Y Hải Phòng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2020 – 11/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau không có đối chứng.

2.4. Phương pháp đánh giá

Tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị lần 1 (D0), sau 12 ngày điều trị (D12).

- Mức độ đau của bệnh nhân (VAS).
- Đánh giá tầm vận động của cột sống cổ: độ gấp duỗi, độ nghiêng bên, cử động quay.
- Đánh giá mức độ cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo Bộ câu hỏi The Northwick Park Neck Pain Questionaire (NPQ).
- Đánh giá kết quả theo mức độ cải thiện mức độ đau và tầm vận động của bệnh nhân. Tốt 0-6 điểm, Khá 7-14 điểm, Trung bình

15-21 điểm, Kém 22-28 điểm.

Đánh giá tác dụng không mong muốn

- Tại chỗ: ban đỏ, phù nề, sẩn ngứa tại chỗ.
- Toàn thân: Vựng châm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm BN theo tuổi

Bệnh nhân tuổi trung bình là 60,17 ± 10,078. Lứa tuổi từ 60-75 chiếm nhiều nhất với 63,34%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.1.2. Đặc điểm BN theo giới

Tỉ lệ bệnh nhân nam chiếm 21,7%, tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 78,3%.

3.1.3. Sự phân bố theo nghề nghiệp

Tỉ lệ bệnh nhân là công nhân chiếm 11,7%, công chức là 11,7 %. Nghề nghiệp bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm khác, tương đương với kết quả nhóm tuổi trung bình là 60,17 là độ tuổi hưu trí.

3.1.4. Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện. Bệnh nhân đến khám với đau cổ gáy (100%), kèm theo các triệu chứng đau lên đầu chiếm 71,66%, đau ra vai chiếm 53,33%, tê cánh tay chiếm 30%, hạn chế vận động cúi xoay nghiêng đầu chiếm 45%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo mức độ đau

Bảng 3.1. Hiệu quả giảm đau theo mức độ đau

Điểm VAS	Do		D12		p
	n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	
Đau ít	0	0	49	81,7	
Đau vừa	29	48.3	11	18,3	
Rất đau	31	51.7	0	0	
X ± SD	6,1 ± 1,58		1,98 ± 0,98		p<0,05

Nhận xét: sau điều trị có 49 bệnh nhân đau ít (81,7%) và 11 bệnh nhân đau vừa (18,3%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điểm VAS từ 6,1 ± 1,58 xuống còn 1,98 ± 0,98.

3.2.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Bảng 3.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động	D0		D12		P
	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	9	15	
Hạn chế ít	3	5	47	78.34	
Hạn chế vừa	26	43.33	4	6.66	p<0,05
Hạn chế nhiều	31	51.67	0	0	
Tổng số	60	100	60	100	

***Nhận xét*:** sau điều trị có 9 bệnh nhân không hạn chế, 47 bệnh nhân hạn chế ít và 4 bệnh nhân hạn chế vừa. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.3. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt theo NPQ

Bảng 3.3. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt theo NPQ

Mức độ	D0		D12		p
	n	%	n	%	
0-25	0	0	47	78.33	P<0,05
26-50	0	0	13	21.67	
51-75	56	93.3	0	0	
76-100	4	6.7	0	0	
X ± SD	65,81 ± 8,8		19,36 ± 8,22		

Nhận xét: sau điều trị có 47 bệnh nhân có điểm NPQ <25 (78,3%), 13 bệnh nhân có điểm NPQ <50 (21,67%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.4. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.4. Kết quả điều trị chung

Mức độ	D0		D12		p
	n	%	n	%	
Tốt	0	0	47	78.33	P<0,05
Khá	9	15	13	21.67	
Trung bình	51	85	0	0	
Kém	0	0	0	0	
Tổng	60	100	60	100	

Nhận xét: sau điều trị có 47 bệnh nhân có kết quả tốt (78,33%), 13 bệnh nhân có kết quả khá (21,67%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.5. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị chúng tôi không gặp trường hợp nào vựng châm, ban đỏ phù nề, sẩn ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

- Tuổi và giới bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

Theo nghiên cứu cho thấy sự phân bố bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là 60-75 (63,34%), thứ hai là ở độ tuổi từ 46-60 (28,33%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc thoái hóa càng cao, khả năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid bị giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém, giảm khả năng đàn hồi và chịu lực. Tỷ lệ

nam giới là 21,7% và nữ giới là 78,3%, có thể liên quan đến quá trình lão hoá của nữ giới nhanh hơn nam giới sau tuổi mãn kinh, nồng độ estrogen giảm sút làm tăng tốc độ huỷ xương và giảm tốc độ tái tạo xương.

- Theo nghề nghiệp

Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất trong nghiên cứu là các ngành nghề khác, chủ yếu là hưu trí chiếm 71%, phù hợp với độ tuổi của đa số bệnh nhân là >60. Số còn lại phân đều cho công nhân và công chức với tỷ lệ 11,7%. Những nghiên cứu trước đây thì ĐVG thường gặp nhiều hơn ở người lao động như công nhân xây dựng, bốc vác, lái xe... do tính chất của bệnh liên quan đến các vận động, tư thế trong quá trình lao động cũng như sự tiếp xúc với mỗi trường khắc nghiệt trong công việc.

- Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân khi vào khám trong đó triệu chứng chủ yếu là đau cổ gáu có tỷ lệ 100%. Ngoài ra còn kết hợp các triệu chứng khác với tỷ lệ cao nhất là đau lên đầu (71,66%) tiếp đó là đau ra vai, cúi, xoay, nghiêng đầu khó và tê cánh tay. Điều này có thể giải thích là do cột sống cổ là vùng di động, vận động theo các chiều ngửa, cúi, nghiêng trái, nghiêng phải và là nơi nguyên uỷ của thần kinh cánh tay, chi phối vận động và cảm giác vùng gáy và hai chi trên.

4.2. Bàn luận về tác dụng của phương pháp tác động cột sống và điện châm

4.2.1. Tác dụng giảm đau

Trước điều trị cho thấy mức độ đau vừa chiếm 48,3% và rất đau là 51,7%. Sau 12 ngày điều trị mức độ đau cải thiện theo chiều hướng tốt hơn với 49 bệnh nhân đau ít (81,7%) và 11 bệnh nhân đau vừa (18,3%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điều này cho thấy việc kết hợp điện châm và tác động cột sống có hiệu quả cao trong điều trị giảm đau ở bệnh nhân đau vai gáy.

4.2.2. Hiệu quả phục hồi tầm vận động cột sống cổ

Đau và hạn chế vận động cột sống cổ trong đau vai gáy là hai triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân chính làm cho bệnh nhân phải đi điều trị. Sau 12 ngày điều trị tầm vận động của bệnh nhân cải thiện rõ rệt với 9 bệnh nhân không hạn chế (15%), 47 bệnh nhân hạn chế ít (78,34%) và 4 bệnh nhân hạn chế vừa (6,66%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt theo NPQ

Sau 12 ngày điều trị chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt thông qua thang điểm NPQ. Với 47 bệnh nhân có điểm NPQ <25 (78,3%), 13 bệnh nhân có điểm NPQ <50 (21,67%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Cùng với sự thay đổi mức độ đau và tầm vận động cột sống cổ của bệnh nhân, làm cải thiện nhiều chức năng sinh hoạt trên bệnh nhân.

4.2.4. Đánh giá chung

Sự kết hợp giữa phương pháp tác động cột sống và điện châm mang lại kết quả cao sau điều trị với tỉ lệ tốt là 78,33% và khá là 21,67%, không có trường hợp nào đáp ứng điều trị kém. Sự khác biệt ở đây có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Trong quá trình điều trị cũng hoàn toàn không phát hiện các tác

dụng không mong muốn. Đây là những bước đầu khẳng định hiệu quả cũng như tiền đề cho phát triển mở rộng ứng dụng trên lâm sàng mang lại lợi ích cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau vai gáy:

- Tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60-75 (63,34%), thứ hai là độ tuổi từ 46-60 (28,33%) và 30-45 (8,33%).

- Bệnh nhân đến khám với đau cổ gáy (100%), kèm theo các triệu chứng đau lên đầu, đau ra vai, tê cánh tay, hạn chế vận động cúi xoay nghiêng đầu.

2. Hiệu quả tác động cột sống kết hợp điện châm trong điều trị đau vai gáy:

- Kết quả điều trị loại tốt là 78,33% và khá là 21,67%.

- Kết quả điều trị tỷ lệ đau ít là 81,7%, đau vừa là 18,3%.

- Kết quả cải thiện tầm vận động không hạn chế có 15%, hạn chế ít 78,3% và hạn chế vừa 6,66%.

- Kết quả cải thiện chức năng sinh hoạt có NPQ<25 chiếm 78,3% , NPQ<50 là 21,67%.

3. Tác dụng không mong muốn:

Trong quá trình điều trị không có trường hợp nào xuất hiện vựng châm, ban đỏ phù nề, sẩn ngứa, nhiễm trùng tại chỗ châm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiệu Ân, Nguyễn Tú Anh**, Hiệu quả của bụng châm trong điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ tại bệnh viện trung ương Huế, Tạp chí y học lâm sàng. 2018. Số 51. Tr. 37 – 42.
2. **Nguyễn Thị Thân Giang**, Đánh giá tác dụng của bài thuốc tần giao thiên ma thang trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2018.
3. **Nguyễn Nhược Kim**, Vai trò của Y học cổ truyền và kết hợp Y học hiện đại trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính, Nhà xuất bản Y học, 2015, tr.9-20, 56-80, 101-107.
4. **Khoa Y học cổ truyền** - Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, NXB Y học. 2012. Tr. 152 – 156.
5. **Nguyễn Thị Ngọc Lan**, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Giáo dục Việt Nam. 2011. Tr.140 – 153.
6. **Hoàng Thị Thắng**, Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp viên hoàn TD0015 trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.
7. **Lâm Ngọc Xuyên**, Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa cột sống cổ sử dụng bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. 2017.
8. **Leak AM Cooper J et al.** The Northwick Park Neck Pain Questionaire devised to measure neck pain and disability. BrJ Rheumatol. 1994. 33, 469 – 474.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO HỢP BÀO HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020

Đặng Văn Chức[1], Đặng Việt Linh[2], Đoàn Văn Thành[1], Nguyễn Xuân Hùng[3], Vũ Văn Đài[4], Đinh Quang Trung[5], Vũ Quang Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Đối tượng là 48 sơ sinh mắc viêm phổi do hợp bào hô hấp. Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả và kết luận.** Bệnh gặp với tỷ lệ cao ở trẻ trai (68,8%), tuổi 7-28 ngày (83.3%), ngoại thành (85,4%), gặp từ tháng 1-3 và tháng 10-12. Lý do vào viện là lý do của viêm phổi ở trẻ sơ sinh. Thời điểm phát hiện là khi đang nằm điều trị viêm phổi trong khoa sơ sinh (100%). Các biểu hiện gợi ý là bệnh nhân điều trị dai dẳng, sốt lên, khó thở, suy hô hấp, phổi có ran ẩm, ngáy/rít, Xquang ứ khí hay tăng đậm phế quản. Công thức máu cho thấy kết quả bình thường, enzym GOT và GPT, ure, creatinin, CRP bình thường. Xquang phổi cho thấy hình ảnh ứ khí, tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ. Các biện pháp điều trị là kháng sinh và điều trị triệu chứng như khí dung, truyền dịch, thở oxi. Thời gian điều trị trung bình là 15 ngày, hầu hết (83,3%) bệnh nhân khỏi bệnh, không có trường hợp nào tử vong.

Từ khóa. Cận lâm sàng, Hợp bào hô hấp, Lâm sàng, Viêm phổi

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS PNEUMONIA AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2020

Objectives: The study was done to describe the clinical and paraclinical features and remark the treatment results of RSV pneumonia in neonates at Haiphong Children Hospital in 2020.

Subjects and Methods. Subjects included 48 neonates with RSV pneumonia. Method was a case-series report. **Results and Conlusions.** RSV pneumonia (RSVP) affected 68.8% of boys, the age group from 7 to 28 days (83.3%), 85.4% from the rural area, the month of 1-3 and 10-12. The reasons for hospitalization was the ones of pneumonia. 100% of cases were detected when they were treated in the Neonate Department. Manifestions that evoked RSVP included persistent pneumonia, recurrent fever, dyspnea, respiratory insufficiency, moist rales, wheezing/snoring, a degree of peribronchial thickening in the perihilar regions. Blood analysis showed normal results, normal GOT, GPT, urea, creatinin, and CRP. Xray showed

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên*
[4]*Bệnh viện đa khoa huyện Kim Sơn, Ninh Bình*
[5]*Bệnh viện Công an tỉnh Ninh Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức
Email: dvchuc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021
Ngày duyệt bài: 18.5.2021

Generalized prominence of bronchovascular markings in a perihilar distribution but no confluence consolidation or collapse. Treatment measures included an antibiotic therapy and symptomatic treatment such as nebulization, infusion, oxygen therapy. Mean treatment time was 15 days. The majority of patients (83.3%) recovered from ARVP, there was no death.

Keywords. Clinics, Paraclinics, Pneumonia, Respiratory Syncytial Virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em. Tuy viêm phổi chỉ chiếm 10-15 % các trường hợp nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, nhưng lại gây một tỷ lệ tử vong đáng kể. Theo UNICEF, hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 3 triệu trẻ chết vì bệnh này. Hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra ở những nước đang phát triển, nhưng viêm phổi vẫn là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu ở những nước đã phát triển. Trong các nghiên cứu ở cộng đồng, tỷ lệ mắc viêm phổi hàng năm khoảng 4/100 trẻ trước tuổi đi học, 2/100 trẻ tuổi từ 5-9, và 1/100 trẻ tuổi từ 9-15 tuổi. Viêm phổi, nếu được phát hiện sớm nhờ X quang, chiếm 7,5% các trường hợp sốt ở trẻ <3 tháng, và 13% các bệnh nhiễm trùng trong 2 năm đầu. Ở các nước phát triển, trong nhóm vi sinh vật thì virus chiếm vị trí hàng đầu, kế đó là M. pneumoniae và các loại vi khuẩn như S. pneumoniae, H. influenzae type b và Stap. aureus. Ở các nước đang phát triển như nước ta, viêm phổi do các loại vi khuẩn chiếm vị trí quan trọng hơn virus [1].

Theo Bhuyan GS và CS [4] trong số 200 mẫu bệnh phẩm từ mũi của trẻ dưới 5 tuổi có triệu chứng hô hấp, 82% có mầm bệnh. Trong số 165 ca nhiễm, 3% có nguyên nhân vi khuẩn, 43,5% có nguyên nhân siêu vi khuẩn. Số còn lại 36% đồng nhiễm [4]. Trong 30 mẫu bệnh phẩm trẻ không có triệu chứng hô hấp rhinovirus phát hiện ở 31,5%, RVS 31%, HMPV 13%, HB0V 11% và HPIV-3 10,5%, sau đó là phế cầu 9%, Klebsiella và HI chiếm 5,5%.

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao nhất ở lứa 2-3 tuổi, sau đó giảm dần. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu tố như tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của ký chủ và các yếu tố liên quan đến môi trường ví dụ nơi ở đông đúc, chật chội.

Tại khoa sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chúng tôi quan sát thấy nhiều trường hợp viêm phổi kéo dài, điều trị khó khăn. Nhờ có test PCR chúng tôi phát hiện được đây là viêm phổi có đồng nhiễm hợp bào hô hấp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm giúp các bác sỹ lâm sàng có cái nhìn tổng quan về căn bệnh này ở trẻ sơ sinh. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2020 đến 31/10/2020.

2. Nhận xét kết quả điều trị những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng gồm sơ sinh được chẩn đoán là viêm phổi do RSV tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1/1/2020 đến 31/09/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán [7]:

- Sơ sinh 0-28 ngày
- Viêm phổi điều trị dai dăng
- Có khò khè

- Sốt
- Khó thở
- PCR dương tính với RSV

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có lâm sàng gợi ý viêm phổi do RSV nhưng âm tính với PCR phát hiện RSV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

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

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

2.2.3.1. Cho mục tiêu 1

- Tuổi, giới, tuổi thai, cân nặng khi sinh
- Lý do vào viện
- Lâm sàng: ho, sốt, tần sốt thở, dấu hiệu nguy kịch, ran ẩm, thở khò khè
- CTM, ure, creatinin, GOT, GPT, khí máu, XQ

2.2.3.2. Cho mục tiêu 2

- Thời gian điều trị trung bình theo tuổi, cân nặng, tuổi thai
- Phương pháp điều trị: kháng sinh, khí dung, hút mũi họng
- Kết quả khỏi, đỡ, chuyển tuyến, nặng xin về/tử vong

2.2.4. Thu thập thông tin

- Nghiên cứu kỹ hồ sơ/giấy chuyển viện, y bạ, hỏi tiền sử, bệnh sử
- Khám toàn diện yêu cầu các xét nghiệm cần thiết
- Chẩn đoán cuối cùng dựa vào test PCR phát hiện RSV dương tính. Test có thể làm ngay khi vào viện, có khi trong khi điều trị nếu bệnh nhân có bội nhiễm.

2.2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 theo thống kê y sinh thông thường.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 48 bệnh nhân, trong đó trẻ trai là 15 chiếm 31,3%, trẻ gái 33 chiếm 68,8%. Nhóm 0-7 ngày chiếm 16,7%, nhóm 8-28 ngày chiếm 83,3%. Có 85,4% đến từ ngoại thành, 14,6% đến từ nội thành.

Có 16,7% vào tháng 1, 18,8% tháng 2, 10,4% tháng 3, 8,3% tháng 4 2,1% tháng 5, 2,1% tháng 9, 10,4% tháng 10, 14,6% tháng 11 và 16,7% vào tháng 12.

3.1.2. Lâm sàng

Lý do vào viện: Có 34/48 chiếm 70,8% vào viện vì ho, sau đó là chảy mũi/ho/khò khè 21/48 chiếm 43,7%, 18/48 ho/sốt chiếm 37,5%, 15/48 ho/khò khè chiếm 31,2%.

Thời điểm phát hiện: 48/48 bệnh nhân đều được phát hiện khi đang nằm điều trị tại khoa.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh

Triệu chứng bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh chính tiến triển chậm	**48**	100,0
Ho tăng lên	**48**	100,0
Sốt lại	**48**	100,0
Thở ậm ạch	40	83,3
Thở nhanh	45	93,7
RLLN Mạnh	43	89,6

Bú kém	41	85,4
Tím nhẹ quanh môi	38	79,2
Phổi nghe ran ẩm	48	100,0
Khò khè/rít/ngáy	46	95,8
Chảy mũi	31	64,6

Nhận xét. Biểu hiện lâm sàng gợi ý nhiễm RSV là bệnh nền của trẻ tiến triển chậm (100%). Tiếp theo là triệu chứng ho tăng lên, sốt, phổi nghe ran ẩm đều gặp 100% ở các bệnh nhân. Ngoài ra còn gặp thở nhanh, RLLN, tím nhẹ quanh môi, nghe phổi có ran ngáy và rít 95,8%. Trẻ thở ậm ạch chiếm 83,3% và chảy mũi chiếm 64,6%.

3.1.3. Cận lâm sàng

Số lượng HC, Hb trung bình

Số lượng HC trung bình (T/L) là 3,95 ± 3,4, số lượng Hb (g/L) trung bình là 116,5 ± 21,4.

Bảng 2. Số lượng BC và số lượng BC hạt trung tính, số lượng lympho trung bình

Chỉ số	Tổng	Trung bình	Độ lệch
BC (G/L)	48	9,7	3,4
SLBC hạt trung tính (G/L)	48	3,6	2,6
Số lượng bạch cầu Lympho (G/L)	48	5,26	1,97

Nhận xét. Số lượng bạch cầu trung bình là 9,7 ± 3,4 G/L, số lượng BC hạt trung tính là 3,6 ± 2,6 G/L thấp hơn số lượng Lympho trung bình là 5,26 ± 1,97 G/L.

Bảng 3. Nồng độ GOT, GPT, Urê, Creatinin trung bình

Chỉ số	Tổng	Trung bình	Độ lệch
CRP (mg/L)	34	3,16	3,02
GOT (U/L)	47	39,1	18,4
GPT (U/L)	47	28,42	20,49
Ure (mmol/L)	46	3,76	5,22
Creatinin (µmol/L)	46	38,15	9,3

Nhận xét. Các giá trị CRP, GOT, GPT, Ure và Creatinin đều trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Kết quả Xquang

Xquang	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng đậm phế quản	21	43,8
Ứ khí	5	10,4
Nốt mờ	22	45,8
Tổng	48	100,0

Nhận xét. Hình ảnh tăng đậm phế quản chiếm 43,8%, nốt mờ 45,8% và ứ khí chiếm 10,4%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Các biện pháp điều trị

Các biện pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	48	100,0
2 loại kháng sinh	40	83,3
Khí dung	48	100,0
Truyền dịch	10	20,8
Thở Oxi	13	27,1

Nhận xét. Tất cả bệnh nhân đều phải sử dụng kháng sinh (100%), 100% sử dụng khí dung, 83% bệnh nhân phải sử dụng 2 loại kháng sinh, 20,8% phải truyền dịch và 27,1% thở oxi.

Số ngày điều trị trung bình là 15,5 ± 2,02 ngày, khỏi 40/48 chiếm 83,3%, chuyển tuyến trên 8/48 chiếm 16,7%. Không có tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 48 sơ sinh dương tính với RSV tại khoa sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020, chúng tôi có một số bàn luận sau đây về :

4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Lâm sàng

Trong số 48 bệnh nhân, trẻ trai chiếm 68,8%, trẻ 7-28 ngày chiếm 83,3%, 85,4% bệnh nhân đến từ ngoại thành, bệnh nhân gặp nhiều từ tháng 1-3 và 10-12 trong năm.

Về lý do vào viện của bệnh nhân chúng tôi thấy đây là lý do vào viện của bệnh nhân viêm phổi như ho, chảy mũi, sốt. Thời điểm phát hiện bệnh là khi bệnh nhân đang điều trị trong bệnh viện. Theo chúng tôi quan sát những bệnh nhân này thường tiến triển chậm, hay sắp được xuất viện thì bệnh nhân sốt lại (100%), bú kém (85,4%), thở nhanh (93,7%), rút lõm lồng ngực (89,6%), tím nhẹ quanh môi (79,2%), thở khò khè (95,8%). Khi nghe phổi thường thấy ran ẩm của bệnh nền (viêm phổi), ngoài ra còn thấy ran ngáy, ran rít. Xquang thể hiện ứ khí phổi (10%), tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ của bệnh nền (43,8%).

Có thể nói ở đây chúng tôi gặp là viêm phổi do RSV là bội nhiễm, mắc phải trong bệnh viện. Đây là điểm khác với kết quả nghiên cứu nhiễm RSV ở trẻ lớn hơn. Các bệnh nhân này có biểu hiện lâm sàng và được test phát hiện RSV ngay từ khi vào viện.

Đứng trước bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng chậm, ậm ạch, thở nhanh, sốt trở lại các bác sỹ lâm sàng nên nghĩ đến nguyên nhân đồng nhiễm viêm phổi ở trẻ sơ sinh trong đó có tác nhân RSV và làm PCR để xác định.

Triệu chứng lâm sàng của VTPQ là những dấu hiệu của nhiễm trùng đường hô hấp trên bao gồm [8]:

- Chảy mũi và nghẹt mũi, sung huyết mũi
- Sốt
- Chán ăn
- Khó chụi

Các triệu chứng này tiến triển thành các triệu chứng viêm đường hô hấp dưới. Triệu chứng khởi phát trong vòng 1-3 ngày đầu với biểu hiện viêm long đường hô hấp trên như chảy mũi, ngạt mũi, ho nhẹ, có thể đi kèm sốt hoặc không. Các triệu chứng đường hô hấp dưới nổi bật là ho, khò khè, thở nhanh và các dấu hiệu của thở gắng sức: rút lõm lồng

ngực, co rút cơ liên sườn, cánh mũi phập phồng, đầu gật gù [6]. Ngừng thở cũng là biểu hiện nặng của VTPQ đặc biệt ở trẻ nhỏ dưới 2 tháng. Nguy cơ ngừng thở gặp từ 1-24% tùy theo nghiên cứu [3], [6]. Trẻ sơ sinh có thể gặp khó khăn khi cho ăn và bị mất nước do tắc nghẽn đường hô hấp trên do nhầy hoặc bị phù đường thở. Ở trẻ dưới 2 tháng tuổi đặc biệt ở trẻ đẻ non hoặc trẻ có tuổi thai hiệu chỉnh dưới 44 tuần, thở không đều và có cơn ngừng thở là dấu hiệu của suy hô hấp. Đây là nguyên nhân gây đột tử ở trẻ nhũ nhi. SHH thường là biến chứng của bệnh nhi viêm tiểu phế quản nặng phải thở máy. Bội nhiễm vi khuẩn thường là biến chứng thường gặp, chiếm tỷ lệ thấp 0-7% ở các nước phát triển và có thể gặp nhiều hơn ở các nước phát triển [5].

Dấu hiệu chẩn đoán VTPQ ở 1 số nước như sau : Nam Phi (2010) ở trẻ em kém ăn, sốt, căng phồi thở khò khè, thở nhanh, co rút lồng ngực dưới. Ở Canada (2014) ở trẻ ≤ 2 tuổi gồ ho, viêm mũi, thở nhanh, co rút khoang liên sườn, thở khò khè, ngừng thở, phập phồng cánh mũi. Ở Hoa Kỳ (2014) trẻ 1-23 tháng gồm viêm mũi, ho, thở nhanh khò khè, rale, phập phồng cánh mũi. Ở Anh (2015) gồm sổ mũi, ho dai dăng, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, khò khè, thở ngắt quãng, ngừng thở.

4.1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cận lâm sàng không phải luôn cần thiết, nó chỉ được chỉ định khi đánh giá bệnh nhân VTPQ có biểu hiện lâm sàng bất thường hợp nặng.

Xét nghiệm huyết học không đặc hiệu, đa số là bình thường. Bạch cầu không tăng, có thể bình thường hay giảm. Số lượng bạch cầu trung tính không tăng. Trường hợp số lượng bạch cầu trung tính tăng có thể giúp dự đoán khả năng đồng nhiễm hoặc bội nhiễm vi khuẩn ở trẻ VTPQ có sốt. CRP bình thường, điện giải đồ có thể biến đổi khi trẻ có mất nước và bú kém.

Đo khí máu giúp đánh giá tình trạng SHH ở những bệnh nhân có tím. Giai đoạn đầu sẽ ó hiện tượng toan hô hấp, sau đó là hiện tượng toan chuyển hóa mất bù.

Xquang rất thay đổi và không đặc hiệu. Có thể thấy hình ảnh bình thường, ứ khí phế nang, tăng đậm nhánh phế quản và thâm nhiễm khoang kẽ lan tỏa. Xẹp phổi hay phân thùy phổi có thể thấy khi viêm tiểu phế quản có biến chứng tắc nghẽn đường thở. Nhìn chung Xquang phổi không cần thiết trong việc xác nhận chẩn đoán VTPQ, Kết quả Xquang phổi có đặc điểm như viêm phổi.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh và CS (2012) cho thấy hình ảnh Xquang thâm nhiễm phổi là 55,6% và 1% xẹp phổi [1]. Nghiên cứu của Phan Hữu Nguyệt Diễm (2013) cho thấy Xquang ứ khí phổi chiếm đa số (55,4%) [2].

4.2. Kết quả điều trị

Bệnh nhân được 100% sử dụng kháng sinh, kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ 3 với aminoside. Việc sử dụng là bắt buộc vì bệnh nhân lúc vào mắc viêm phổi.

Ngoài ra có các điều trị triệu chứng như truyền dịch, khí dung và thở oxi. Khi biết chắc đồng nhiễm RSV chúng tôi sử dụng khí dung pulmicord kết hợp với khí dung nước muôi sinh lý.

Dung dịch nước muối ưu trương làm tăng độ thanh thải niêm mạc có lông mao ở những bệnh nhân thông thường, bệnh nhân hen, giã phế quản, xơ nang phổi và bệnh mũi xoang.

Khí dung nước muối có lợi ích sau :

- Tạo ra dòng chảy thẩm thấu của nước vào lớp chất nhày giúp pha loãng lớp chất nhày.

- Muối ưu trương phá vỡ các liên kết ion trong chất nhày giúp giảm độ nhớt và độ đàn hồi của chất nhày.

- Muối ưu trương kích thích hoạt động của lông chuyển niêm mạc qua Prostaglandin E2.

Ngoài ra, bằng cách tái hấp thu nước từ lớp niêm mạc và dưới niêm mạc dung dịch muối ưu trương có thể làm giảm phù nề thành đường thở về mặt lý thuyết ở trẻ em bị VTPQ cấp. Khí dung nước muối ưu trương có thể tạo ra đờm và kích thích ho, từ đó giúp tống đờm ra khỏi phế quản, giảm tắc nghẽn đường thở, bù nước cho bệnh mặt đường thở ở trẻ VTPQ. Mặc dù vậy những thay đổi này được suy ra từ lợi ích của dung dịch muối ưu trương với bệnh xơ nang (Cystic Fibrosis) và có thể không đúng với VTPQ cấp do quá trình sinh lý bệnh khác nhau

V. KẾT LUẬN

Bệnh gặp với tỷ lệ cao ở trẻ trai (68,8%), tuổi 7-28 ngày (83.3%), ngoại thành (85.4%), gặp từ tháng 1-3 và tháng 10-12. Lý do vào viện là lý do của viêm phổi ở trẻ sơ sinh.

Thời điểm phát hiện là khi đang nằm điều trị viêm phổi trong khoa sơ sinh (100%). Các biểu hiện gợi ý là bệnh nhân điều trị dai dẳng, sốt lên, khó thở, suy hô hấp, phổi có ran ẩm, ngáy/rít, Xquang ứ khí hay tăng đậm phế quản.

CTM cho thấy kết quả bình thường, enzym GOT và GPT, ure, creatinin, CRP bình thường. Xquang phổi cho thấy hình ảnh ứ khí, tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ.

Các biện pháp điều trị là kháng sinh và điều trị triệu chứng như khí dung, truyền dịch, thở oxi. Thời gian điều trị trung bình là 15 ngày, hầu hết (83,3%) bệnh nhân khỏi bệnh, không có trường hợp nào tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh và Lê Thị Minh Hồng (2012),** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh viêm tiểu phế quản ở trẻ dưới 6 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 2", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16(2).
2. **Phan Hữu Nguyệt Diễm và CS (2013),** "Đặc điểm viêm tiểu phế quản ở trẻ 1-3 tháng tuổi tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1 tháng 6/2011 -4/2012", Tạp chí y học thành phố HCM, 7(1), tr 183-187.
3. **Alyssa H et al (2019),** "Bronchiolitis", Pediatrics in Review 40(11), page 568-576.
4. **Bhuyan GS et al (2017),** "Bacterial and viral pathogen spectra of acute respiratory infections in under -5 children in hospital settings in Dhaka city", PloS one, 12(3): e0174488.
5. **Petruzella FD et al (2010),** "Duration of illness in infants with bronchiolitis evaluated in the emergency department", Pediatrics, 126 page 285.
6. **Meissner HC (2016),** "Viral bronchiolitis in children", N Engl J Med, 374(1). Page 62-72.
7. **Shawn L et al (2014),** "Clinical Guideline: The diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis", American Academy of Pediatrics, 134 (5), pp 1474-1502.
8. **Wagner T (2009**), "Bronchiolitis", Pediatr Rev, 30(100, page 386-95; quiz 395.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC NGOẠI TRÚ Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP NĂM 2019-2020

Trịnh Hồng Nhung[1], Lê Thị Diệu Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2019-2020. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc ở những bệnh nhân nói trên.

Đối tượng: Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT đã điều trị ngoại trú ít nhất 1 tháng.

Phương pháp: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: Theo thang điểm Morisky 8: tuân thủ trung bình (38.5%), tuân thủ kém (32.7%), tuân thủ tốt (28.8%). Đa số người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc là do quên dùng thuốc. Yếu tố có liên quan nhất tới sự tuân thủ sử dụng thuốc là điểm CAT ≥ 10. Yếu tố ít liên quan nhất là tình trạng kinh tế.

Từ khóa: tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú, BPTNMT, Morisky 8.

SUMMARY

SITUATION OF COMPLIANCE WITH OUTPATIENT TREATMENT IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT VIETTIEP HOSPITAL

Objective: Describe levels of compliance with outpatient treatment in patient COPD at Viettiep hospital 2019-2020. Comment a number of factors related to compliance with outpatient treatment status in the patients.

Object: Includes 52 patients diagnosed COPD exacerbations have been on outpatient treatment for at least 1 month.

Methods: Prospective, cross-sectional description.

Results: On the Morisky 8 scale: moderate compliance (38.5%), poor compliance (32.7%), good compliance (28.8%). Most patients do not comply with the drug because they forget to use the drug. The factor most relevant to drug adherence was a CAT score of ≥ 10. The least relevant factor was economic status.

Keywords: compliance with outpatient treatment, COPD, Morisky 8 scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), BPTNMT sẽ trở thành nguyên nhân thứ 3 gây tử vong trên thế giới vào năm 2030, dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội do bệnh lý này ngày càng gia tăng. Đợt cấp BPTNMT được xem như một biến cố nghiêm trọng trong diễn tiến tự nhiên của bệnh. Đợt cấp BPTNMT được đặc trưng bởi diễn biến xấu đi của triệu chứng BPTNMT, dẫn đến việc điều trị cho bệnh nhân cần thay

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diệu Hiền
Email: ltdhien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

đổi so với hàng ngày. Đợt cấp ảnh hưởng trực tiếp đến tiến triển lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BPTNMT. Đây cũng là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng nhập viện và tử vong ở bệnh nhân BPTNMT. Vì vậy, phòng ngừa, phát hiện sớm và tuân thủ điều trị bệnh trong giai đoạn ổn định có tác động đến số lần xuất hiện đợt cấp trong 12 tháng, đến tiến triển lâm sàng của bệnh, giảm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

Tuân thủ điều trị lâu dài là mức độ hành vi của người bệnh đối với việc uống thuốc, theo đuổi chế độ ăn kiêng và/ hoặc thay đổi lối sống tương ứng với khuyến cáo của nhân viên y tế. Các bệnh mạn tính gây ra khoảng 70% số ca tử vong và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Hoa Kỳ, có khoảng 20% đến 50% không tuân thủ điều trị. Với bệnh mạn tính như BPTNMT, việc không tuân thủ điều trị làm giảm hiệu quả điều trị, tăng tỷ lệ nhập viện, tăng nguy cơ biến chứng, tăng chi phí điều trị. Nhưng việc tuân thủ này lại chưa được quan tâm đúng mức, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2019-2020" nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2019-2020.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc ở những bệnh nhân nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Nội 2 Bệnh viện Việt Tiệp, từ tháng 11/2019 đến tháng 4/2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo GOLD 2010 đã điều trị ngoại trú ít nhất 1 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Chọn mẫu: Lấy theo phương pháp thuận tiện, không xác suất, mỗi bệnh nhân được lấy theo 1 mẫu bệnh án thống nhất.

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, tình trạng kinh tế, các yếu tố nguy cơ BPTNMT, mức độ khó thở mMRC (modified Medical Research Council) và thang điểm CAT (COPD Assessment Test), số đợt cấp trong 12 tháng qua, mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú theo thang Morisky 8…

Đánh giá tuân thủ bằng bộ câu hỏi tự điền Morisky 8 tiêu chí:

Bộ câu hỏi Morisky-8	Có	Không
1. Thỉnh thoảng ông bà có quên dùng thuốc điều trị BPTNMT không?		
2. Trong 2 tuần qua, có ngày nào ông/bà không dùng thuốc điều trị BPTNMT?		
3. Ông/bà đã từng giảm hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ vì cảm thấy tình trạng xấu hơn do sử dụng thuốc chưa?		
4. Khi rời khỏi nhà hoặc đi du lịch, thỉnh thoảng ông bà có quên mang theo thuốc không?		

5. Hôm qua, ông bà có uống thuốc điều trị BPTNMT không?		
6. Khi ông/bà cảm thấy bình thường ông/bà có tự ý bỏ thuốc không?		
7. Ông/bà có cảm thấy việc dùng thuốc hàng ngày là bất tiện/phiền toái không?		
8. Ông/bà có cảm thấy việc phải nhớ dùng thuốc hàng ngày khó khăn không?		

Mức độ tuân thủ: 8 điểm: tuân thủ tốt
6-7 điểm: tuân thủ trung bình
<6 điểm: tuân thủ kém

2.4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm spss 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

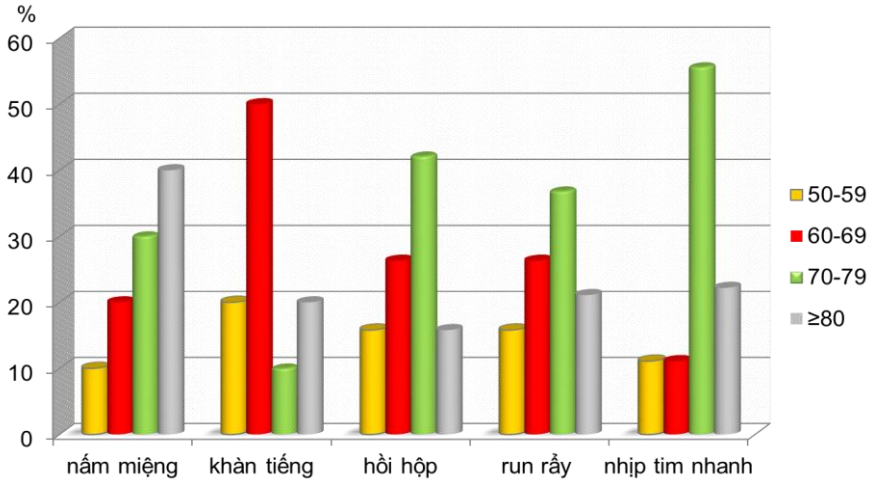
Bảng 3.1.Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu (n = 52)

Thông số		n	%	p
Tuổi	<50	0	0	p < 0.05
	50 – 59	9	17.4	
	60 – 69	17	32.7	
	70 – 79	18	34.6	
	≥ 80	8	15.3	
	TB	69.04±9.4		
Giới	Nam	45	86.7	
	Nữ	7	13.3	
Học vấn	THPT trở lên	8	15	
	Dưới THPT	44	85	
Tình trạng kinh tế	Phụ thuộc	18	34.6	
	Không phụ thuộc	34	65.4	
Hút thuốc	Đã ngừng	11	21.2	
	Còn hút	41	78.8	
CAT	<10	8	15.4	
	≥10	44	84.6	

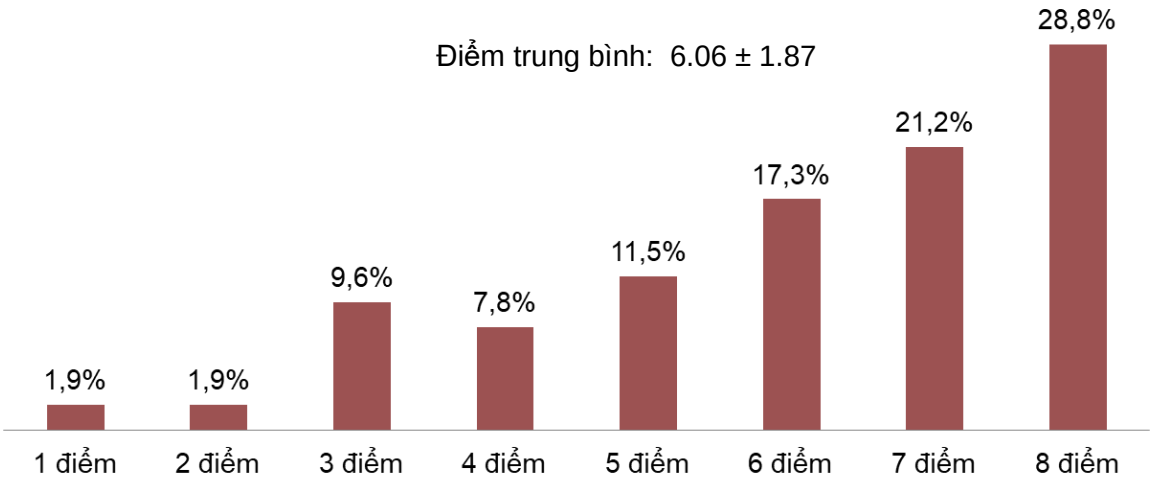
Bảng 3.3. Một số thuốc bệnh nhân sử dụng (n=52)

	Dạng thuốc	Tên thuốc	n (%)
Thuốc trong chương	Dạng hít	Salmeterol + Fluticasol (Seretide)	20 (38,5%)
		Salbutamol (Ventolin)	42 (80,8%)
		Ipratropium+Fenoterol (Berodual)	49 (94,2%)

trình		Budesonid + Formoterol (Symbicort)	32 (61,5%)
	Dạng uống	Theophyllin (Theostat)	10 (19,2%)
Thuốc ngoài chương trình	Dạng hít	Tiotropium (Spiriva)	14 (26,9%)
		Indacaterol + Glycopyronium	6 (11,5%)
	Dạng uống	Bambuterol (Bambec)	25 (48,1%)
		Montelukast (Singulair)	17 (32,7%)



Biểu đồ 3.2. Tác dụng không mong muốn gặp phải khi dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu (n=52)



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ điểm Morisky bệnh nhân BPTNMT đạt được (n=52)

Bảng 3.1. Tỷ lệ mức độ tuân thủ thuốc theo thang điểm Morisky 8 (n=52)

Mức độ tuân thủ	n (%)	p
Tuân thủ tốt	15 (28,8%)	> 0,05
Tuân thủ trung bình	20 (38,5%)	
Tuân thủ kém	17 (32,7%)	

Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan tới mức độ tuân thủ sử dụng thuốc (n=52)

Yếu tố	OR	95%CI	p
Tuổi ≥ 70	3.6	1.04 – 12,48	< 0.05
Phụ thuộc kinh tế	0.2	0.06 – 0.72	
Đang tiếp xúc với khói thuốc	5.43	1.34 – 22.45	
CAT ≥ 10	9	1.58 – 51.26	
Giới nam	1.25	0.22 – 7.22	> 0.05
Trình độ học vấn dưới PTTH	0.46	0.13 – 1.67	
Có tác dụng phụ khi dùng thuốc	0.62	0.71 – 2.39	

IV. BÀN LUẬN

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

Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 69.04, phù hợp với kết quả của nhiều tác giả. Đặc điểm về tuổi này phù hợp với các y văn cho rằng lứa tuổi mắc BPTNMT thường gặp là trên 45 tuổi.

Về giới tính, nam chiếm tỷ lệ rất cao, 86.7%. Điều này đã được đề cập trong nhiều hướng dẫn điều trị cũng như các nghiên cứu về BPTNMT. Một trong những nguyên nhân đưa đến sự khác biệt này là sự khác biệt trong thói quen hút thuốc lá giữa nam và nữ.

Tỷ lệ mắc BPTNMT tập trung chủ yếu ở đối tượng có trình độ học vấn dưới THPT với 85%, tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Thọ (2018), tỷ lệ này là 83,2% [1].

Trong tổng số 52 bệnh nhân nghiên cứu, đa số bệnh nhân có tình trạng mua, sử dụng thuốc phải phụ thuộc vào kinh tế gia đình, số lượng này chiếm 65,4%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Shrestha R (2015) có tới 68% bệnh nhân phụ thuộc vào kinh tế gia đình, nghiên cứu của Shikshya Acharya (2019), có tới 77,7% số bệnh nhân phải dựa vào sự hỗ trợ kinh tế của mọi người xung quanh dù có thu nhập hàng tháng [6], [7]. Kết quả này cũng phù hợp với các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, vì đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là người cao tuổi với tuổi trung bình là 69,04 ± 9,4, là nhóm đối tượng không còn ở độ tuổi lao động. Ngoài ra do phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn thấp dưới THPT, nên chủ yếu là những đối tượng lao động tự do không có thu nhập sau khi về già (chế độ lương hưu) mà phải phụ thuộc vào sự trợ giúp kinh tế của các thành viên khác trong gia đình.

Biểu đồ 3.3 chỉ ra các tác dụng không mong muốn bệnh nhân BPTNMT thường gặp phải trong quá trình sử dụng thuốc thu thập được thông qua khai thác tiền sử. Kết quả cho thấy các biểu hiện này gặp ở tất cả các nhóm tuổi. Trong đó, nấm miệng là tác dụng phụ gây ra bởi bệnh nhân không thực hiện đúng quy trình sử dụng thuốc chứa ICS (Inhaled CorticoSteroid – thuốc Corticoid dạng hít) là sau khi hít phải súc miệng, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi ≥ 80. Khàn tiếng gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi 60-69. Các tác dụng phụ khác như hồi hộp, run tay, nhịp tim nhanh được biết đến là tác dụng phụ của thuốc cường beta 2 giao cảm thấy nhiều ở nhóm tuổi 70-79.

Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc theo thang điểm Morisky-8 là 28.8% bệnh nhân tuân thủ tốt, 38.5% có mức độ tuân thủ trung bình và 32.7% bệnh nhân tuân thủ kém. Kết quả này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ thuốc đạt điểm tối đa vẫn còn khá thấp, tương tự với các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Hoài Thu (2016), Hana Mullerova (2016) Nurdan Kokturk (2018), Hussain Ahmad (2018), Shikshya Acharya (2019), Natalia Swiatoniowska (2020) có tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ khá thấp lần lượt là 37,9%, 27%, 20%, 28,45%, 28,9% và 41,6%[2] [3] [4] [5] [6]. Có thể thấy rằng bên cạnh việc người bệnh cần sử dụng đúng kĩ thuật các dụng cụ hít để đạt hiệu quả điều trị thì việc dùng thuốc đều đặn, đúng và đủ liều cũng rất quan trọng giúp cho phác đồ điều trị phát huy hiệu quả tối đa, nâng cao chất lượng điều trị và chất lượng cuộc sống, hạn chế sự xấu đi của tình trạng bệnh, đặc biệt với các bệnh lý mạn tính như BPTNMT. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân BPTNMT còn khá thấp, điều này ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị bệnh lâu dài của các đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân cần hiểu được bệnh của họ và ý thức được sự cần thiết phải tuân thủ điều trị sẽ giúp họ tuân thủ điều trị tốt hơn, qua đó nâng cao sức khỏe và chất lượng điều trị. Tìm hiểu kỹ hơn về vấn đề này, nhóm nghiên cứu đã thực hiện phân tích sâu hơn việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân qua các câu trả lời trong bộ câu hỏi Morisky.

Thông qua kết quả của bộ 8 câu hỏi Morisky-8, thấy rằng lý do dẫn tới tình trạng không tuân thủ sử dụng thuốc của 52 đối tượng nghiên cứu hay gặp nhất là do bệnh nhân quên dùng thuốc (55.8%). Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là các bệnh nhân cao tuổi, trí nhớ giảm sút, nên việc phải nhớ dùng thuốc hàng ngày là một việc khó khăn. Kết quả này cũng tương tự như trong các nghiên cứu của Shrestha R (2015), Nguyễn Hoài Thu (2016), Nurdan Kokturk (2018)[2] [5] [7].

Một lý do khác cũng khá phổ biến là người bệnh cảm thấy bất tiện hoặc khó khăn trong việc phải nhớ dùng thuốc hàng ngày (chiếm tỷ lệ 38.5%). Nguyên nhân này chưa được phát hiện nhiều trong các nghiên cứu trước đó. Có thể giải thích là do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi, các dụng cụ hít có nhiều thao tác cần phải thực hiện đúng mới đem lại hiệu quả điều trị tối ưu. Vì vậy, việc các đối tượng nghiên cứu cảm thấy khó khăn khi sử dụng thuốc là có thể gặp phải.

Lý do tự ngừng thuốc do cảm thấy bệnh tốt hơn gặp ở 30.8% số bệnh nhân, rõ ràng đây là một tỷ lệ khá lớn, cho thấy nhiều bệnh nhân còn chưa ý thức được việc bản thân cần tuân thủ điều trị.

Lý do bệnh nhân tự ngừng thuốc khi thấy tình trạng bệnh xấu hơn hoặc bệnh nhân quên mang thuốc khi ra khỏi nhà tuy chỉ gặp ở 17.3% số bệnh nhân những vẫn là con số cần quan tâm và khắc phục.

Qua đây cho chúng ta thấy tầm quan trọng của việc tư vấn để bệnh nhân hiểu rõ việc không được tự ý tăng, giảm hay ngừng thuốc mà không có sự tư vấn của nhân viên y tế. Bệnh nhân có thể cảm thấy bệnh đã được kiểm soát nhưng về lâu dài tình trạng bệnh sẽ xấu đi nếu bệnh nhân không dùng thuốc đều đặn. Một tỷ lệ lớn bệnh nhân cảm thấy bất tiện khi dùng thuốc cần được tư vấn giúp bệnh nhân hiểu và vượt qua cảm giác bất tiện này.

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3.6 cho thấy có một số yếu tố có sự liên quan nhất định tới tình trạng tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân như yếu tố về tuổi ≥ 70, tình trạng kinh tế, tình trạng tiếp xúc với khói thuốc hiện tại và điểm triệu chứng CAT ≥ 10. Trong đó, yếu tố CAT ≥ 10 là yếu tố có liên quan nhất tới sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, yếu tố tuổi ít có liên quan nhất tới việc người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc.

Do đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu tương đối đồng đều về một số yếu tố như giới tính (86.7% bệnh nhân là giới nam), trình độ học vấn (85% bệnh nhân có trình độ dưới THPT) nên kết quả không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố nói trên với tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Bệnh nhân khám tại khoa khám bệnh và lĩnh thuốc tại phòng phát thuốc bảo hiểm y tế nên đặc điểm về thuốc sử dụng cho bệnh nhân tương đối giống nhau, do vậy cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tác dụng phụ khi dùng thuốc với tuân thủ điều trị. Vậy để khẳng định có hay không có mối liên quan giữa các yếu tố nói trên với tuân thủ điều trị của bệnh nhân thì cần tiến hành nhiều nghiên cứu nữa trên các đối tượng bệnh nhân đa dạng hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú theo thang điểm Morisky 8: tuân thủ trung bình (38.5%), tuân thủ kém (32.7%), tuân thủ tốt (28.8%). Đa số người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc là do quên dùng thuốc.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc: Yếu tố có liên quan nhất tới sự tuân thủ sử dụng thuốc là điểm CAT ≥ 10. Yếu tố ít liên quan nhất tới việc bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc là tình trạng kinh tế.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cần lưu ý theo dõi việc tuân thủ sử dụng thuốc ngoại trú của bệnh nhân mắc bệnh mạn tính như BPTNMT.
- Tư vấn và có hướng điều trị phù hợp với từng cá thể để bệnh nhân hợp tác tuân thủ tốt hơn trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Thọ, Phạm Minh Khuê, Trần Quang Phục (2014),** "Thực trạng bệnh phổi

tắc nghẽn mạn tính của người dân trên 40 tuổi tại xã Kiến Thiết, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2014", Y học dự phòng.

2. **Nguyễn Hoài Thu (2016),** Đánh giá tuân thủ điều trị và kỹ thuật sử dụng các thuốc dạng hít trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ dược học.
3. **Hana Mullerova, Sarah H Landis (2016),** "Health behaviors and their correlates among participants in the Continuing to Confront COPD International Patient Survey", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 11, 881–890.
4. **Hussain Ahmad, Nargis Jabeen (2018),** "Adherence to inhaler medications in patients treated for Asthma and COPD", Pak J Chest Med, 24 (1), 17-20.
5. **Nurdan Kokturk, Mehmet Polatli (2018),** "Adherence to COPD treatment in Turkey and Saudi Arabia: results of the ADCARE study", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.
6. **Shikshya Acharya, Kalpana Sharma (2019),** "Factors affecting medication adherence among chronic obstructive pulmonary disease patients attending at teaching Hospital, Chitwan", International Journal of Medical Science and Public Health, 8 (7).
7. **Shrestha R (2015),** "A Cross-Sectional Study of Medication Adherence Pattern and Factors Affecting the Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease", Kathmandu University Medical Journal, 13 (1), 64.

NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG VÀ DỰ BÁO XÁC SUẤT GÃY XƯƠNG THEO MÔ HÌNH GARVAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Trịnh Hồng Nhung[1], Vũ Mạnh Tân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng trong thời gian 2018-2019 (1), đồng thời ước tính xác suất gãy xương theo mô hình dự báo Garvan ở nhóm người bệnh nói trên.

Đối tượng: Gồm 179 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT.

Phương pháp: Mô tả, tiến cứu.

Kết quả: Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân BPTNMTđược xác định trong nghiên cứu này bao gồm: giới nữ, tuổi cao, hút thuốc lá, sử dụng corticoid kéo dài, BMI thấp (< 18,5kg/m$^{2)}$, đồng mắc đái tháo đường type 2. Áp dụng mô hình dự báo Garvan xác suất gãy xương xác định nguy cơ gãy xương hông sau 5 năm là 2.88±4.66, sau 10 năm là 5.38±8.33; nguy cơ gãy xương khác sau 5 năm là 8.12±7.04, sau 10 năm là 14.71±12.02.

Từ khóa: loãng xương, Garvan, BPTNMT

SUMMARY

RISK OF OSTEOPOROSIS AND FORECAST OF FRACTURE PROBABILITY BY GARVAN MODEL IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE HOSPITALIZED IN VIETTIEP HOSPITAL

Objective: To describe risk of osteoporosis on patient with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) hospitalized in Viettiep hospital in 2018-2019 period (1), and to estimate fracture probability using Garvan model in this group of patients.

Object: Includes 179 patients diagnosed COPD exacerbations.

Methods: Prospective descriptive study.

Results: Determined risk factors for osteoporosis in COPD patients were: female gender, advanced age, smoking, prolonged use of corticosteroids, low BMI (<18.5kg/m)^2, having type 2 (non-insulin dependent) diabetes. Fracture probability of fracture estimated according Garvan forecast model found the average risk of hip fracture in 5 years (to come) is 2.88 ± 4.66, in 10 years (to come) is 5.38 ± 8.33; The fracture risk of other bones in 5 years (to come) is 8.12 ± 7.04, in 10 years (to come) is 14.71 ± 12.02.

Keywords: osteoporosis, Garvan, COPD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý đặc trưng bởi tắc nghẽn luồng khí thở không hồi phục. Trong những thập niên gần đây, bệnh được quan tâm nhiều do tỷ lệ mắc tăng nhanh và tử vong cao. Tại Việt Nam, theo ước đoán của Hội Hô Hấp Châu Á-Thái Bình Dương, tần suất bệnh là 6,7%,

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hồng Nhung
Email: tthnhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 22.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

cao nhất trong 12 nước. Vì vậy, những vấn đề về BPTNMT ở nước ta rất đáng được quan tâm.

BPTNMT là bệnh lý toàn thân có biểu hiện chủ yếu tại phổi với nhiều bệnh lý đi kèm làm trầm trọng hơn tình trạng bệnh. Theo Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD), loãng xương là một bệnh lý thứ phát của BPTNMT và là bệnh đi kèm chính trong BPTNMT. Nhưng triệu chứng loãng xương thường khó xác định, dễ bị bỏ qua, ít được quan tâm, do đó chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo xác suất gãy xương theo mô hình Garvan ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng" nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2018-2019.

2. Nhận xét xác suất gãy xương theo mô hình dự báo Garvan ở những bệnh nhân nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Nội 2 Bệnh viện Việt Tiệp, từ tháng 9/2018 đến tháng 4/2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 179 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo GOLD 2010.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

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

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, mức độ khó thở, cân nặng, tiền sử gãy xương, chỉ số T-score, tiền sử té ngã, hút thuốc, sử dụng thuốc (corticosteroid, thuốc chống đông…)…

Đo mật độ xương (MĐX) bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual Energy X-ray absorbtiometry - DEXA) tiến hành trên máy HOLOGIC QDR 4500 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.



+ Vị trí đo: cột sống thắt lưng (từ L1-L4, lấy giá trị trung bình), cổ xương đùi.

+ Đánh giá MĐX: theo tiêu chuẩn của WHO dựa vào MĐX (BMD - Bonne Mineral Density) và chỉ số T-score để chẩn đoán loãng xương, xác định như sau:

. BMD bình thường: T-score > -1.

. Thiếu xương (osteopenia): T-score: từ -1 đến -2,5.

. Loãng xương: T-score < -2,5.

. Loãng xương nặng: T-score < -2,5 và có một hoặc nhiều gãy xương.

Phân tầng nguy cơ gãy xương và chỉ định điều trị: Theo viện nghiên cứu Garvan xem xét điều trị loãng xương khi có một trong các tiêu chí sau:

+ Xác suất NCGX hông trong 5 năm ≥2%, trong 10 năm ≥3%

+ Xác suất NCGX khác trong 5 năm ≥8%, trong 10 năm ≥14%

2.4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm spss 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

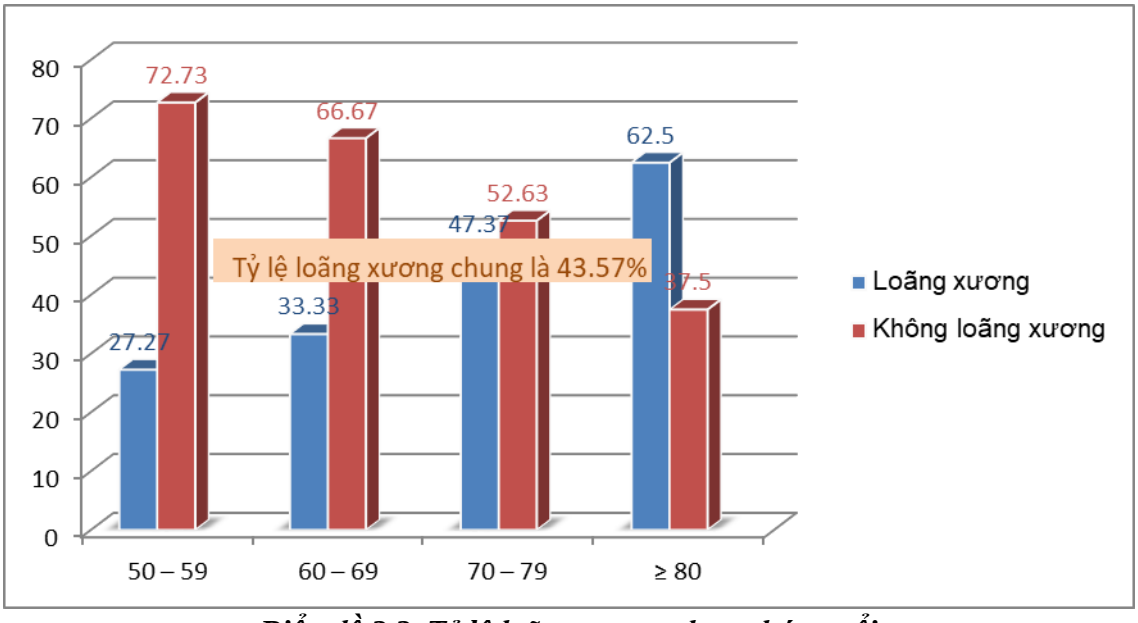
Sau khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

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

Thông số		n	%
Tuổi	<50	0	0
	50 – 59	22	12.3
	60 – 69	60	33.5
	70 – 79	57	31.8
	≥ 80	40	22.4
	TB	71.77±10.16	
Giới	Nam	141	78.8
	Nữ	38	21.2
Mức độ khó thở theo MRC(Medical Research Council Dyspnea)	MRC 1	0	0
	MRC 2	50	27.9
	MRC 3	108	60.3
	MRC 4	21	11.8
	MRC 5	0	0

Bảng 3.2. Đặc điểm mật độ xương tính theo chỉ số T-score của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ số / Nhóm MĐX	T-score CSTL	T-score CXĐ	p
Loãng xương	-3.19±0.73	-2.05±0.86	< 0.001
Không loãng xương	-0.67±1.37	-0.67±1.02	> 0.05
Tổng	-1.45±1.16	-1.09±1.16	< 0.001



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ loãng xương theo nhóm tuổi

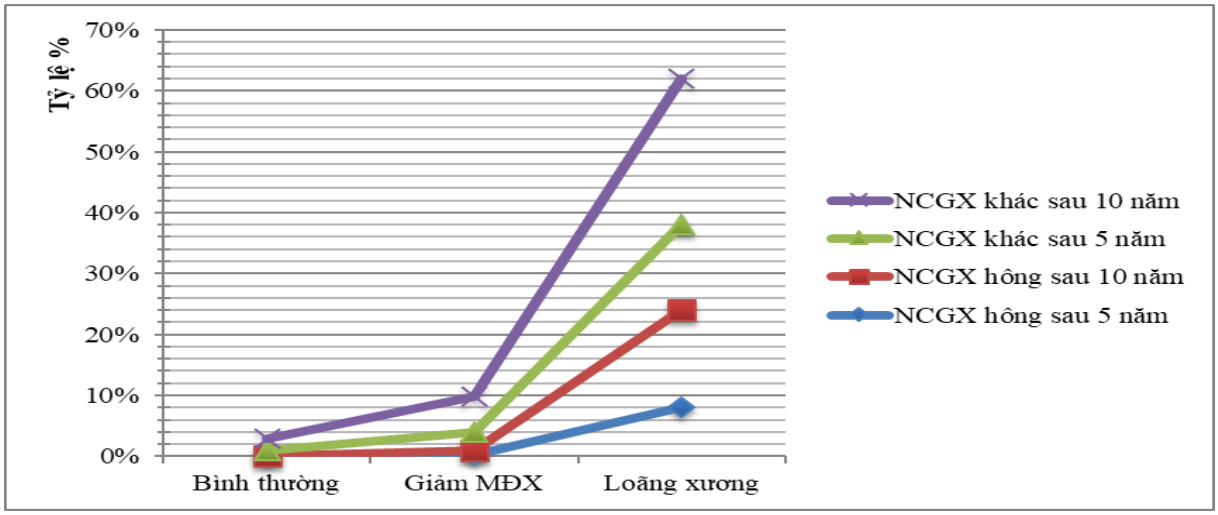
Bảng 3.4. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ lâm sàng và loãng xương của bệnh nhân trong nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Loãng xương n(%)	Không loãng Xương n(%)	p
Giới nữ	30(16.76)	8(4.47)	< 0.001
Tiền sử cha mẹ bị gãy xương	3(1.67)	1(0.56)	> 0.05
Đái tháo đường type 2	27(15.08)	14(7.82)	< 0.05
Tiền sử té ngã trong 12 tháng qua	17(9.5)	9(5.03)	> 0.05
Tiền sử gãy xương	5(2.79)	1(0.56)	> 0.05
Lạm dụng rượu	24(13.4)	30(16.76)	> 0.05
Hút thuốc lá	96(53.63)	44(24.58)	< 0.001
Không tập thể dục thường xuyên	17(9.49)	17(9.49)	> 0.05
Sử dụng Corticoid kéo dài	50(27.93)	38(21.23)	< 0.05
BMI < 18,5kg/m^2	51(28.49)	28(15.64)	< 0.001

Bảng 3.5. Xác suất gãy xương theo mô hình dự báo Garvan của bệnh nhân trong nghiên cứu

Nguy cơ (%)		Cao nhất	Trung bình	Thấp nhất
Gãy xương hông	**Sau 5 năm**	25	2.88±4.66	0
	Sau 10 năm	43	5.38±8.33	0.1
Gãy xương khác	**Sau 5 năm**	37	8.12±7.04	0.8
	Sau 10 năm	58	14.71±12.02	2

Tỷ lệ nguy cơ gãy xương cao cần điều trị là 45.65%



Biểu đồ 3.6. Liên quan giữa mật độ xương và nguy cơ gãy xương

IV. BÀN LUẬN

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

Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 71.77, phù hợp với kết quả của nhiều tác giả. Đặc điểm về tuổi này phù hợp với các y văn cho rằng lứa tuổi mắc BPTNMT thường gặp là trên 45 tuổi.

Về giới tính, nam chiếm tỷ lệ rất cao, 78.8%. Điều này đã được đề cập trong nhiều hướng dẫn điều trị cũng như các nghiên cứu về BPTNMT. Một trong những nguyên nhân đưa đến sự khác biệt này là sự khác biệt trong thói quen hút thuốc lá giữa nam và nữ.

Khó thở là lý do nhập viện thường gặp nhất với 60.3% bệnh nhân có mức khó thở MRC từ độ 3 trở lên. Nhóm bệnh nhân này bị khó thở hơn những người cùng tuổi hay khi đi bộ khoảng 100 mét. Đây là một minh chứng thực tế chứng tỏ chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BPTNMT bị sụt giảm nặng.

Các yếu tố nguy cơ loãng xương của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm mật độ xương tính theo chỉ số T-score của bệnh nhân trong nghiên cứu (theo bảng 3.2): chỉ số T-score đo ở cột sống thắt lưng trung bình là -1.45±1.16, cao hơn đo ở cổ xương đùi (-1.09±1.16), với khác biệt có ý nghĩa ($p < 0.001$); đặc biệt ở nhóm có loãng xương thì khác biệt lại càng rõ rệt (-3.19±0.73 so với -2.05±0.86), phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây như Kaptoge (2008), Nguyễn Thị Mai Hương (2012): T-score cột sống thắt lưng là -1.53±1.6 và T-score cở xương đùi là -1.32±1.2.

Mật độ xương tính theo T-score có liên quan nghịch biến với tuổi, điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu trước như Bagher (2005), Lekamsawam (2009), Maghraoui (2009), Phạm Văn Tú (2002), Đặng Hồng Hoa (2008). Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy tương tự: tỷ lệ loãng xương tăng dần qua các nhóm tuổi. Tỷ lệ loãng xương chung của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 43.57%, cao hơn nhiều so với y văn và các nghiên cứu khác, do tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và có nhiều yếu tố nguy cơ hơn.

Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có yếu tố nguy cơ hàng đầu của BPTNMT là thuốc lá. Tỷ lệ hút thuốc lá rất cao (78.2%). Đặc điểm này cũng phù hợp với nhiều tài liệu cho thấy có khoảng 80 đến

90% bệnh nhân BPTNMT có liên quan đến thuốc lá. Và đây cũng là một trong những yếu tố nguy cơ lâm sàng có liên quan tới loãng xương với p < 0.001. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy các nguy cơ quan trọng khác như giới nữ, BMI < 18.5kg/m^2, sử dung Corticoid kéo dài và đồng mắc đái tháo đường type 2.

Xác suất gãy xương theo mô hình dự báo Garvan của bệnh nhân trong nghiên cứu

Áp dụng bộ công cụ dự báo gãy xương Garvan cho các bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy: Trung bình NCGX hông sau 5 năm là 2.88±4.66, sau 10 năm là 5.38±8.33; NCGX khác sau 5 năm là 8.12±7.04, sau 10 năm là 14.71±12.02.

Tỷ lệ nguy cơ gãy xương cao cần điều trị là 45.65%, cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác, điều này chứng tỏ loãng xương là bệnh đồng mắc rất cần quan tâm điều trị ở bệnh nhân BPTNMT.

Và tất nhiên, liên quan giữa mật độ xương và nguy cơ loãng xương là đồng biến, tương tự như y văn và các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

1. Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân BPTNMT: Giới nữ, tuổi cao, hút thuốc lá, sử dụng Corticoid kéo dài, BMI < 18,5kg/m^2, đồng mắc đái tháo đường type 2.

2. Xác suất gãy xương theo mô hình dự báo Garvan: Trung bình NCGX hông sau 5 năm là 2.88±4.66, sau 10 năm là 5.38±8.33; NCGX khác sau 5 năm là 8.12±7.04, sau 10 năm là 14.71±12.02.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường hiểu biết các yếu tố nguy cơ gây loãng xương, ở bệnh nhân BPTNMT nên kiểm tra mật độ xương định kỳ nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời loãng xương.
- Nên sử dụng các mô hình tiên lượng gãy xương để xác định nhóm đối tượng nguy cơ cao.
- Cần tiếp tục có những nghiên cứu tiếp theo ở cộng đồng và nghiên cứu theo dõi dọc nhiều năm để tìm ra mô hình tiên lượng gãy xương phù hợp với Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hồng Hoa, Đoàn Văn Đệ, Hoàng Đức Kiệt (2008),** Nghiên cứu mật độ xương vùng cổ xương đùi của người bình thường bằng phương pháp đo hấp thụ tia Xnăng lượng kép, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Mai Hương (2012),** Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo gãy xương theo mô hình FRAX ở nam giới từ 50 tuổi trở lên, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011),** Loãng xương nguyên phát, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Phạm Văn Tú, Trần Ngọc Ân (2002),** Nhận xét mật độ xương của nam giới bình thường tử 50 tuổi trở lên bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép, Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **El Maghraoui A, Ghazi M, Gassim S, et al. (2009).** Bone mineral density of the spine and femur in a group of healthy Moroccan men. Bone. 44(5), 965-969.
6. **Lekamwasam S, Wijayaratne L, Rodrigo M, et al. (2009).** Prevalence and determinants of osteoporosis among men aged 50 years or more in Sri Lanka: A community-based cross-sectional study. Arch Osteoporos. 4(1-2), 79-84.
7. **Nguyen N.D, Frost S.A, Center J.R, et al. (2008).** Development of prognostic nomograms for individualizing 5-year and 10-year fracture risks. Osteoporos Int. 19(10), 1431-1444.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN VỀ HUYẾT HỌC VÀ SỬ DỤNG THANG ĐIỂM SLEDAI TRONG ĐÁNH GIÁ ĐỢT TIẾN TRIỂN CỦA BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2020

Đoàn Thị Út*, Vũ Mạnh Tân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn về huyết học và sử dụng thang điểm SLEDAI trong đánh giá đợt tiến triển của bệnh nhân Lupus ban đỏ điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2020 đến 10/2020**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân Lupus ban đỏ**. Kết quả:** Trong 34 BN nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 100%. 61.8% bệnh nhân có tuổi < 40 trong đó tuổi < 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 32.4%. Tuổi trung bình là 38.9± 15.1; tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 69 tuổi. Các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân Lupus là sốt (58.82%), viêm khớp (23.53%), ban cánh bướm mới xuất hiện (8.82%), da nhạy cảm ánh sáng (14.71%), rụng tóc (11.76%), tràn dịch màng tim/phổi (8.82%). Các rối loạn về huyết học có 73.5% bệnh nhân có thiếu máu trong đó chủ yếu là thiếu máu nhẹ, vừa; 50% bệnh nhân có nghiệm pháp Coombs trực tiếp / gián tiếp dương tính; 29.4% bệnh nhân có giảm tiểu cầu < 100 G/l; 38.2% bệnh nhân có giảm bạch cầu máu ngoại vi; 17.6% có giảm bạch cầu Lympho, chỉ có 1 trường hợp có hội chứng anti phospholipid (2.9%). Đánh giá mức độ hoạt động theo thang điểm SLEDAI cho thấy điểm SLEDAI trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 10 ± 5.2, nhóm mức độ hoạt động trung bình và hoạt động cao đều chiếm 35.3%, có 20.6% bệnh nhân ở mức độ hoạt động nhẹ và 8.8% bệnh ở mức độ hoạt động rất cao. Tổn thương hệ cơ quan hay gặp nhất trong nghiên cứu là bất thường miễn dịch (88.24%), huyết học và thận tiết niệu đều là 52.94%, tổn thương cơ xương khớp gặp 23.54%, thần kinh 17.65%. Điểm SLEDAI trung bình cao nhất ở nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm mạch (16 ± 1.0) và thần kinh (15.1 ± 3.5).

Từ khóa: Lupus ban đỏ, SLEDAI

SUMMARY

HEMATOLOGIC DISORDER CHARACTERIZATION AND APPLICATION OF THE SLEDAI SCORE TO ASSESSMENT OF PROGRESSION OF LUPUS PATIENTS TREATED AT THE HEMATOLOGY DEPARMENT OF VIET TIEP HOSPITAL IN 2020

Objectives: 1.Description of hematological disorders in patients with lupus erythematosus treated at the Department of Clinical Hematology at Huu Nghi Viet Tiep Hospital from 10/2019 to 10/2020. 2. Applying the SLEDAI scale to assess patient progression.

Subjects and Methods: A cross-sectional study of 34 patients with Lupus. **Results**: In 34 study patients, women accounted for 100%. 61.8% of patients are aged <40, in which age

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Út
Email: dtut@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

<30 accounts for the highest proportion of 32.4%. The mean age was 38.9 ± 15.1; the lowest age is 16, the highest age is 69 years old. Common symptoms of Lupus patients are fever (58.82%), arthritis (23.53%), newly emerging butterfly rash (8.82%), photosensitive skin (14.71%), hair loss (11.76%), pericardial / pulmonary effusion (8.82%). There are 73.5% of hematologic disorders with anemia, of which mainly mild and moderate anemia; 50% of patients had a positive direct / indirect Coombs test; 29.4% of patients had thrombocytopenia <100G/l; 38.2% of patients had peripheral leukopenia; 17.6% had leukopenia, and only 1 had anti-phospholipid syndrome (2.9%). Evaluation of activity level on the SLEDAI scale showed that the average SLEDAI score in the study group was 10 ± 5.2, the group of moderate activity level and high activity were both 35.3%, with 20.6% of patients at mild activity level and 8.8% disease at very high activity level. The most common organ system injuries in the study are hematology and urinary kidney both 52.94%, musculoskeletal damage 23.54%, nerve 17.65%. Mean SLEDAI score was highest in the group of patients with inflammatory vasculitis (16 ± 1.0) and neurological (15.1 ± 3.5).

Keyword: Lupus, SLEDAI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống là bệnh tự miễn, tổn thương nhiều tạng trong cơ thể. Bệnh diễn biến mạn tính với những đợt bùng phát biểu hiện từ nhẹ đến rất nặng, có thể dẫn đến tử vong. Việc đánh giá toàn diện mức độ nặng của bệnh, phân biệt tổn thương hoạt tính với tổn thương mạn tính, tình trạng nhiễm trùng và những bệnh kết hợp có vai trò quan trọng trong việc điều trị và theo dõi bệnh. Thang điểm SLEDAI được đưa ra năm 1992 đánh giá 24 triệu chứng của 9 tạng trong cơ thể nhằm đánh giá mức độ nặng của bệnh. Thang điểm này đã chứng minh có độ tin cậy cao trong đánh giá đợt hoạt động của bệnh Lupus bởi tính khách quan, tổng quát dễ áp dụng trên lâm sàng.

Để có cơ sở chỉ định điều trị hợp lý chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đặc điểm rối loạn về huyết học và sử dụng thang điểm SLEDAI trong đánh giá đợt tiến triển của bệnh nhân Lupus ban đỏ điều trị tại khoa huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2020"* với mục tiêu:

1.Mô tả đặc điểm rối loạn về huyết học ở bệnh nhân Lupus ban đỏ điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp 10/2019 đến 10/2020

2. Đánh giá đợt tiến triển của bệnh nhân nghiên cứu bằng thang điểm SLEDAI

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là Lupus ban đỏ điều trị nội trú tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp:

-Chẩn đoán Lupus ban đỏ theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ (ARA) 1982

-Chẩn đoán đợt tiến triển của Lupus ban đỏ theo thang điểm SLEDAI: Thang điểm này đánh giá 24 đặc điểm của các hệ thống cơ quan khác nhau, điểm số được ghi nhận dựa vào sự có mặt hoặc không có mặt của các triệu chứng tại thời điểm đánh giá hoặc trong vòng 10 ngày trước đó, tổng điểm trong khoảng từ 0 đến 105.

Không hoạt động SLEDAI = 0

Hoạt động nhẹ SLEDAI = 1-5

Hoạt động trung bình SLEDAI = 6-10

Hoạt động cao SLEDAI = 11-19

Hoạt động rất cao SLEDAI ≥ 20

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:

-Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Lupus ban đỏ.

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

-Chọn mẫu, cỡ mẫu: Theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện n = 34

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+Lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng: ban cánh bướm, rụng tóc, loét niêm mạc, viêm mạch, sốt, viêm khớp, viêm cơ, triệu chứng thần kinh, tràn dịch màng phổi, màng tim

+Cận lâm sàng: số lượng bạch cầu,TC, Hb, các chỉ tiêu sinh hóa: ure, creatinin, Protein máu, albumin, Pr niệu 24h, C3, C4, KTKN...

- Các tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ tiêu nghiên cứu:

+Tiêu chuẩn chẩn đoán Lupus: theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ (ARA) 1982

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thống kê y học dựa trên chương trình phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Giới	**n**	**%**	**p**
Nam	0	0	
Nữ	34	100	
Tuổi			
	n	**%**	
<30	11	32.4	
30-39	10	29.4	
40-49	5	14.7	
50-59	3	8.8	
>60	5	14.7	
Tổng	**34**	**100**	
X±SD	**38.9 ± 15.1**		

Nhận xét: Trong 34 BN nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỷ lệ 100%, 61.8% bệnh nhân giảm bạch cầu hạt có tuổi < 40. Tuổi trung bình là 38.9± 15.1

3.2. Một số triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân Lupus ban đỏ

Triệu chứng lâm sàng	**n**	%
Ban cánh bướm mới	3	8.82
Da nhạy cảm ánh sáng	5	14.71
Viêm khớp	8	23.53
Rụng tóc	4	11.76
Loét niêm mạc	2	5.88

Sốt	20	58.82
Tràn dịch màng tim/ màng phổi	3	8.82
Co giật/ rối loạn tâm thần	1	2.94
Tăng huyết áp	5	14.71
Tổng	**34**	**100**

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (58.82%), viêm khớp (23.53%), ban cánh bướm mới xuất hiện (8.82%), tăng huyết áp (14.71) chủ yếu ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi.

3.3. Đặc điểm rối loạn về huyết học ở bệnh nhân Lupus ban đỏ

Rối loạn về huyết học		**n**	**%**
Thiếu máu	Nhẹ (Hb: 90-120g/l)	14	41.2
	Vừa (Hb: 60-90 g/l)	10	29.4
	Nặng (Hb < 60g/l)	1	2.9
	Không thiếu máu (Hb≥120g/l)	9	26.5
Giảm tiểu cầu (TC<100G/l)		10	29.4
Giảm bạch cầu máu ngoại vi		13	38.2
Giảm bạch cầu Lympho		6	17.6
Hội chứng anti phospholipid		1	2.9
Coombs (+)		17	50
Tổng		**34**	**100**

Nhận xét: 73.5% bệnh nhân có thiếu máu trong đó chủ yếu là thiếu máu vừa (29.4%) và nhẹ (41.2%). Có 29.4% bệnh nhân có giảm tiểu cầu và 38.2% bệnh nhân có giảm bạch cầu máu ngoại vi.

3.4. Một số chỉ số sinh hóa

Chỉ số	**X ± SD**
Ure (mmol/l)	**5.3 ± 2.2**
Creatinin (µmol/l)	**64.3 ± 15.2**
GOT (U/l)	**38.8 ± 28.1**
GPT (U/l)	**28.7 ± 19.6**
Protein (g/l)	**69.5 ± 11.5**
Albumin(g/l)	**33.7 ± 8.5**

Nhận xét: Tổn thương thận ở bệnh nhân Lupus có 38.2% có protein niệu, chỉ số albumin máu giảm nhẹ.

3.5. Phân loại mức độ hoạt động theo thang điểm SLEDAI

Phân loại mức độ hoạt động theo SLEDAI	**n**	**%**	**X ± SD**
Hoạt động nhẹ	7	20.6	3.4 ± 0.8
Hoạt động trung bình	12	**35.3**	8.0 ± 1.3
Hoạt động cao	12	**35.3**	13.1 ± 2.5
Hoạt dộng rất cao	3	8.8	21.0 ±1.0
Tổng	**34**	**100**	**10 ± 5.2**

Nhận xét: Đánh giá mức độ hoạt động theo thang điểm SLEDAI cho thấy điểm SLEDAI trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 10 ± 5.2, nhóm mức độ hoạt động trung bình và hoạt động cao đều chiếm 35.3%, có 20.6% bệnh nhân ở mức độ hoạt động nhẹ và 8.8% bệnh ở mức độ hoạt động rất cao.

3.6. Phân bố điểm SLEDAI theo tổn thương hệ cơ quan

Tổn thương hệ cơ quan	n	%	X ± SD
Da niêm mạc	6	17.65	11.5 ± 7.2
Thận tiết niệu	18	52.94	11.7 ± 5.2
Thần kinh	6	17.65	15.1 ± 3.5
Cơ xương khớp	8	23.54	13.4 ± 2.6
Viêm mạch	2	5.88	16.0 ± 1.0
Màng phôi/ tim	3	8.82	10 ± 2.5
Huyết học	18	52.94	10.7 ± 5.3
Miễn dịch	30	88.24	9.8 ± 6.3

Nhận xét: Có 88.24% bệnh nhân Lupus ban đỏ có bất thường miễn dịch, tổn thương huyết học và thận tiết niệu đều là 52.94%, tổn thương cơ xương khớp gặp 23.54%, thần kinh 17.65%. Điểm SLEDAI trung bình cao nhất ở nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm mạch (16 ± 1.0) và thần kinh (15.1 ± 3.5).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 38.9 ± 15.1(tuổi), tuổi nhỏ nhất là 16, cao nhất là 69 tuổi. Tuổi < 40 chiếm 61.8% trong đó tuổi < 30 chiếm 32.4%. Như vậy chủ yếu gặp bệnh nhân ở nhóm tuổi trẻ và trung niên, ít gặp ở bệnh nhân >50 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu về bệnh Lupus ban đỏ hệ thống của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương năm 2010 có tuổi trung bình là 30.06 và tỷ lệ bệnh nhân < 45 tuổi là 87.2% [1]. Trong nghiên cứu của Bancha Satirapoj và cộng sự tuổi trung bình của bệnh nhân SLE là 34 ± 12 tuổi.[2]

Đặc điểm về giới: 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nữ. Cơ chế bệnh sinh cũng như các nghiên cứu dịch tễ đã khẳng định SLE là bệnh chủ yếu ở nữ giới. Nghiên cứu của Nghiêm Trung Dũng trên 152 bệnh nhân SLE thì tỷ lệ nữ là 90.8%; tỷ lệ nữ/ nam là 9.9/1 [3]. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nam do nghiên cứu được tiến hành tại khoa huyết học lâm sàng, bệnh nhân vào viện chủ yếu vì tổn thương huyết học. Bệnh nhân Lupus nam giới thường nặng, tổn thương nhiều cơ quan khác nên được điều trị tại các khoa khác.

Đặc điểm rối loạn về huyết học ở bệnh nhân Lupus ban đỏ

Tổn thương huyết học trong Lupus ban đỏ hệ thống rất đa dạng bao gồm: thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu Lympho, hội chứng antiphospholipid…

Thiếu máu: 73.5% bệnh nhân có thiếu máu trong đó chủ yếu là thiếu máu nhẹ (41.2%) và vừa (29.4%). Chỉ gặp 1 bệnh nhân thiếu máu nặng (2.9%). Nghiệm pháp

Coombs (+) trong 50% các trường hợp Lupus. Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Kháng Chiến là 73% , Zhaleh Shariati là 71.8% [4] nhưng tỷ lệ Coombs (+) thì cao hơn các nghiên cứu khác như nghiên cứu Nghiêm Trung Dũng Coombs (+) 20.1%, Young Bin J là 15% [5]. Điều này có thể do nghiên cứu được tiến hành tại khoa Huyết học nên tình trạng thiếu máu ít gặp do các nguyên nhân khác.

Giảm tiểu cầu: tỷ lệ bệnh nhân giảm tiểu cầu trong nghiên cứu này là 39.2% trong đó có 29.4% bệnh nhân có tiểu cầu giảm dưới 100 G/l. Tỷ lệ bệnh nhân có tiểu cầu giảm dưới 20 G/l chỉ chiếm 5.9%.

Giảm bạch cầu và bạch cầu Lympho: tỷ lệ giảm bạch cầu trong máu ngoại vi là 38.2% và tỷ lệ giảm bạch cầu Lympho là 17.6%. Theo các nghiên cứu tỷ lệ giảm bạch cầu xuất hiện khoảng 18 đến 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Liệu có tỷ lệ giảm bạch cầu là 30.1% và 13.7% có giảm bạch cầu Lympho [6]. Seyedeh Tahereh F nghiên cứu trên 2355 bệnh nhân Lupus cho kết quả giảm bạch cầu chung là 35.1% [2]. Giảm bạch cầu thường xuất hiện trong đợt tiến triển của bệnh. Đây là một trong những nguy cơ gây nhiễm trùng cơ hội. có đến 58.82% bệnh nhân của chúng tôi vào viện có triệu chứng sốt.Việc đánh giá toàn diện mức độ nặng của bệnh, phân biệt tổn thương hoạt tính với tổn thương mạn tính, tình trạng nhiễm trùng và những bệnh kết hợp có vai trò quan trọng trong việc điều trị và theo dõi bệnh.

Đánh giá đợt tiến triển của bệnh nhân Lupus ban đỏ bằng thang điểm SLEDAI

Giá trị trung bình của điểm SLEDAI trong nghiên cứu của chúng tôi là 10 ± 5.2; điểm thấp nhất là 3 và cao nhất là 22. So sánh với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy điểm SLEDAI trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Nghiên cứu của Nghiêm Trung Dũng trên 152 bệnh nhân điều trị tại khoa Thận- Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai có điểm SLEDAI trung bình là 18.0 ± 5.6. Li Wang nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có tổn thương thần kinh điểm SLEDAI là 20.1 . Hanna Szymanik- Grzelak đánh giá điểm SLEDAI của 18 bệnh nhi lúc nhập viện kết quả là 23.6 ± 4.98 [4]. Sự khác biệt trong mức độ hoạt động qua thang điểm SLEDAI phụ thuộc nhiều vào nhóm đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có tổn thương thận và tổn thương thần kinh thì điểm SLEDAI thường cao hơn. Trong thang điểm SLEDAI tổn thương huyết học đánh giá dựa trên 2 tiêu chí tối đa 2 điểm.

Kết quả phân loại SLEDAI cho thấy có 20.6% bệnh nhân thuộc nhóm hoạt động thấp, 35.3% thuộc nhóm hạt động trung bình, 35.3% thuộc nhóm hoạt động cao và 8.8% thuộc nhóm hoạt động rất cao. Các nghiên cứu khác trên các bệnh nhân điều trị tại khoa thận của Nghiêm Trung Dũng có 86.8% bệnh nhân thuộc nhóm hoạt động cao và rất cao, trên bệnh nhân điều trị tại khoa khớp của Nguyễn Thị Thu Hương có 67.9% bệnh nhân có điểm SLEDAI > 12 [1]. Điều đó cho thấy điểm đánh giá tổn thương huyết học khá thấp trong thang điểm SLEDAI.

V. KẾT LUẬN

-Tổn thương huyết học trong Lupus ban đỏ hệ thống rất đa dạng bao gồm: thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu Lympho, hội chứng antiphospholipid…Đặc điểm thiếu máu chủ yếu là thiếu máu nhẹ (41.2%) và vừa (29.4%) liên quan đến tan máu do tự kháng thể, nghiệm pháp Coombs

(+) trong 50% các trường hợp Lupus. Tiểu cầu giảm nhẹ < 100 G/l (29.4%) trong đó chỉ có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có tiểu cầu giảm dưới 20 G/l. Giảm nhẹ bạch cầu trong máu ngoại vi hay gặp giảm bạch cầu Lympho (17.6%) trong đợt tiến triển của Lupus ban đỏ.

-Tất cả các bệnh nhân Lupus ban đỏ vào viện đều trong đợt tiến triển của bệnh với mức độ hoạt động theo thang điểm SLEDAI từ nhẹ, trung bình đến cao và rất cao. Giá trị trung bình của điểm SLEDAI ở nhóm bệnh nhân có tổn thương huyết học thấp hơn nhóm bệnh nhân có tổn thương thần kinh và tổn thương thận. Những bệnh nhân thuộc nhóm hoạt động cao SLEDAI= 11- 19 (35.3%) và rất cao SLEDAI ≥ 20 (8.8%) có biểu hiện tổn thương nhiều cơ quan với triệu chứng lâm sàng đa dạng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tổn thương huyết học thường gặp trong đợt tiến triển của Lupus ban đỏ. Thang điểm SLEDAI là một thang điểm đơn giản, dễ sử dụng trên lâm sàng để đánh giá đợt tiến triển của Lupus ban đỏ để có lựa chọn điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.**Nguyễn Thị Thu Hương (2010),"** Đánh giá hoạt động bệnh lupus ban đỏ theo chỉ sô SLEDAI và so sánh với một số chỉ số khác" Luận văn thạc sỹ, chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Bancha Satirapoj, Pamila Tasnavipas and Ouppatham Supasyndh (2015),** Clinicopathological Corelation in Asian Patiens with Biopsy- Proven Lupus Nephritis. International Journal of Nephrology, Article ID 857316 (1-6)

3.**Nghiêm Trung Dũng (2018),** "Nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động, tổn thương mô bệnh học và tính đa hình thái gen STAT4, IRF5, CDKN1A trong viêm thận Lupus", Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Zhaleh Shariati, Amin R, Seyd M. M, et al (2013).** Analysis ò clinicopathologic corelations in Iranian patients with lupus nephritis. International Journal of Rheumatic Diseases, 16 (731-738)

5. **Young Bin J and sang-Cheol BAE (2015).** Assessment of clinical manifestation, disease activity and organ damage in 996 Korean patients with systemic lupus erythematosus: comparison with other Asian populations. International Journal of Rheumatic Diseases 18 (117-128).

6. **Đỗ Thị Liệu (2001)"** Nghiên cứu đối chiếu lâm sàng và mô bệnh học thận ở bệnh nhân viêm thận do bệnh lupus ban đỏ hệ thống", Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.

KẾT QUẢ CẮT POLIP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ViỆT TIỆP

Phạm Văn Nhiên[1], Phạm Thanh Hải [1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu 173 bệnh nhân polip đại trực tràng được cắt polip qua nội soi bằng phương pháp mô tả, tiến cứu chúng tôi thấy Tuổi trung bình của các BN là: 62,0 ± 12,6., nhiều nhất là nhóm ≥ 60 tuổi (64,8%), tỷ lệ nam/ nữ là 1,29/1. Triệu chứng rối loạn về phân và đi ngoài ra máu là triệu chứng thường gặp nhất. BN có một polyp chiếm tỉ lệ 60,6% Thể không cuống nhiều nhất chiếm 43,0%. Vị ytí ở TT cao nhất chiếm 37,1%, Tỉ lệ gặp polyp có kích thước 1cm -2cm gặp nhiều nhất chiếm 71,3,1%,. Không chảy máu sau cắt chiếm tỷ lệ cao nhất : 92,8%. Chỉ có 20 trường hợp chảy máu ít chiếm 6,5%, chảy nhiều có 2 BN chiếm tỉ lệ 0,7%. Cắt polyp kết quả trung bình chiếm 7,2%, BN, kết quả tốt chiếm tỉ lệ 92,8%, không có BN kết quả cắt xấu

SUMMARY

SUMMARY RESULTS OF COLORECTAL POLIP CUTTING IN VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Study on 173 colorectal polyps patients who had polyps covered through endoscopy by descriptive methods, we found that the average age of patients was: 62.0 ± 12.6., The most of them were in the group. ≥ 60 years old (64.8%), the ratio male / female was 1.29 / 1. Symptoms of a stool disorder and bloody discharge were the most common symptoms. Patients with a polyp accounted for 60.6% The most non-stemmed body accounted for 43.0%. The highest position in TT is 37.1%, the rate of encountering polyps with size 1cm -2cm is the most common, accounting for 71.3.1%.No post-cut bleeding accounted for the highest percentage: 92.8%. There were only 20 cases of little bleeding, accounting for 6.5%, with heavy bleeding, there were 2 patients, accounting for 0.7%. polyp cut average results accounted for 7.2%, good patients accounted for 92.8% rate without patients with bad cutting results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là một bệnh lý tương đối phổ biến trong nhóm bệnh ở bệnh đường tiêu hóa dưới. Tỉ lệ gặp ở châu Âu nhiều hơn châu Á (châu Âu: 26%, châu Á 12%) [4] [5]. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hơn 95% ung thư đại trực tràng (UTĐTT) có nguồn gốc từ polyp tuyến ĐTT [1], [2],Cắt polip đại trực tràng qua nội soi là biện pháp hữu hiệu hạn chế biến chứng ung thư.[3][4] Xuất phát từ tình hình thực tế trên chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài:*"Kết quả cắt polip đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp "* nhằm hai mục tiêu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của polyp đại trực tràng của bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ 11/2019 đến 10/2020*
2. *Nhận xét kết quả cắt và mô bệnh học polyp đại trực tràng qua nội soi ống mềm ở nhóm bệnh nhân trên*

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Nhiên
Email: pvnhien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Những BN được chẩn đoán có polyp ĐTT bằng giaiả phẫu bệnh và được cắt đốt qua nội soi tại Khoa Nội soi – Thăm dò chức năng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ 11 /2019 đến 10/2020.

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

+ Cỡ mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lấy mẫu thuận tiện, lấy tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.Chúng tôi đã thu thập được 173 bệnh nhân.

+ Các biến số nghiên cứu: Bao gồm Tuổi và giới, tiền sử bản thân và gia đình. Các triệu chứng lâm sàng: Ỉa máu, Đau bụng, thiếu máu, rối loạn tiêu hóa. Đặc điểm: polyp dựa trên hình ảnh nội soi. Vị trí, Kích thước. Số lượng: đơn polyp hay đa polyp, có cuống, không có cuống, nửa cuống hay dạng dẹt. Ranh giới polyp: rõ hay không rõ. Bề mặt polyp: nhẵn, sần sùi hay loét, chảy máu. Kết quả cắt polyp đại tràng:

- Tốt: quá trình cắt polip thuận lợi, cắt hết polip, không biến chứng.
- Trung bình: quá trình cắt polip thuận lợi, cắt hết polip, có biến chứng nhẹ sau vài ngày ổn định.
- Xấu: không cắt được polip, hoặc cắt được nhưng không hết, hoặc có biến chứng nặng (chảy máu nhiều, thủng ruột phải can thiệp phẫu thuật…)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		Tuổi trung bình
	n	%	n	%	N	%	
20-29	2	1,2	0	0,0	2	0,7	62,0 ± 12,6
30-39	3	1,7	15	11,2	18	5,9	
40-49	15	8,7	11	8,2	26	8,5	
50-59	34	19,7	28	20,9	62	20,2	
≥60	119	68,8	80	59,7	199	64,8	
Tổng	**173**	**100,0**	**134**	**100,0**	**307**	**100,0**	

Tuổi trung bình của các BN là: 62,0 ± 12,6., Tuổi thấp nhất là 20, tuổi cao nhất là 97. Tuổi gặp nhiều nhất là nhóm ≥ 60 tuổi (64,8%), Tỷ lệ gặp theo giới: Nam 173/307 BN (56,4 %). Nữ 134/307 BN (43,6 %) tỷ lệ nam/ nữ là 1,29/1.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đi ngoài ra máu	94	30,6
Da xanh, niêm mạc nhợt	28	9,1
Đau bụng	138	45,0
Rối loạn về phân	214	69,7

• Triệu chứng rối loạn về phân và đi ngoài ra máu là triệu chứng thường gặp nhất tỷ lệ 69,7% và 30,6%

Bảng 3. Số lượng polyp

Số lượng	n	%
Đơn polyp	186	60,6
Đa polyp	121	39.4
Tổng	**307**	**100**

Số BN có một polyp là 186 BN chiếm tỉ lệ 60,6% cao hơn so với đa polyp gặp ở 121 BN chiếm 39,4 %

Bảng 4. Các thể polyp

Thể	n	%
Không cuống	132	43.0
Có cuống	127	41,1
Bán cuống	34	11.1
Dạng dẹt	14	4.6
Tổng	**307**	**100**

Thể không cuống gặp nhiều nhất với 161 BN chiếm 43,0%. Sau đó là thể có cuống gặp ở 127 BN chiếm 41,1%. Thể bán cuống chiếm 34 BN 11,1%, dạng dẹt là ít nhất chiếm 14 BN 4,6%

Bảng 5. Vị trí polyp đại trực tràng

Vị trí polyp	n	%
Manh tràng	15	4.9
Đại tràng lên	19	6.2
Đại tràng ngang	34	11.1
Đại tràng xuống	15	4.9
Đại tràng sigma	85	27.7
Trực tràng	114	37.1
Ống hậu môn	4	1.3
Nhiều vị trí	21	6.8
Tổng	**307**	**100**

Tỉ lệ polyp gặp ở TT cao nhất chiếm 114 BN 37,1%, sau đó đến đại tràng sigma chiếm 85 trường hợp 27,7%, vị trí ít gặp nhất là ống hậu môn gặp ở 4 BN chiếm tỉ lệ 1,3%. Polyp gặp ở nhiều vị trí cũng chiếm 21 BN 6,8%

Bảng 6. Kích thước polyp

Kích thước polyp	Đường kính đầu			Đường kính cuống			Độ dài cuống		
	1cm	1-2cm	>2cm	<1cm	1-2cm	>2cm	<1cm	1-2cm	>2cm
n	71	219	17	72	55	0	67	58	2
%	23,1	71,3	5,5	56,7	46,3	0,0	52,3	42,7	1,6
Tổng	**n = 307**			**n = 127**			**n = 127**		
	100			**100**			**100**		

Tỉ lệ gặp polyp có kích thước 1cm -2cm gặp nhiều nhất 219 BN chiếm 71,3,1%, polyp có kích thước lớn hơn 2cm gặp ít nhất 17 BN chiếm 5,5%

- Tỉ lệ gặp polyp đường kính cuống 1cm nhiều nhất 104 BN 33,9% thấp nhất > 2cm gặp không có BN nào chiếm 0,0%.
- Tỉ lệ gặp độ dài cuống 1cm là nhiều nhất 67 BN chiếm 52,3% thấp nhất

Bảng 7. Đặc điểm bề mặt polyp

Bề mặt polyp	n	%
Nhẵn	244	79.5
Sần sùi	44	14.3
Chảy máu	11	3.6
Loét	8	2.6
Tổng	**307**	**100**

Bề mặt polyp quan sát được trên nội soi có 244 BN (79,5%) có bề mặt nhẵn, màu sắc gần giống màu sắc của niêm mạc ĐTT, 44 BN (14,3%) có bề mặt sần sùi, một số polyp có dạng múi, có 8 BN (2,6%) có loét ở phần đầu polyp, chảy máu có 11 BN (3,6%)

Bảng 8. Tình trạng chảy máu sau cắt

Số BN / Tình trạng chảy máu	n	%
Chảy nhiều	2	0,7
Chảy ít	20	6,5
Không chảy	285	92,8
Tổng	**307**	**100**

Không chảy máu sau cắt chiếm tỷ lệ cao nhất : 92,8%. Chỉ có 20 trường hợp chảy máu ít chiếm 6,5%, chảy nhiều có 2 BN chiếm tỉ lệ 0,7%

Bảng 9. Kết quả cắt polyp

Kết quả cắt polyp	n	%
Tốt	285	92,8
Trung bình	22	7,2
Xấu	0	0,0
Tổng	**307**	**100**

Trong nghiên cứu chúng tôi có 307 BN được cắt polyp chỉ có 22 BN cắt polyp kết quả trung bình chiếm 7,2%, BN cắt tốt chiếm tỉ lệ 92,8% không có BN cho kết quả cắt xấu

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 173 bệnh nhân polip đại trực tràng được cắt polip qua nội soi tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi thấy: Tuổi trung bình của các BN là: 62,0 ± 12,6, nhiều nhất là nhóm ≥ 60 tuổi (64,8%), tỷ lệ nam/ nữ là 1,29/1. Triệu chứng rối loạn về phân và đi ngoài ra máu là triệu chứng thường gặp

nhất. BN có một polyp chiếm tỉ lệ 60,6% Thể không cuống nhiều nhất chiếm 43,0%. Vị ytí ở TT cao nhất chiếm 37,1%, Tỉ lệ gặp polyp có kích thước 1cm -2cm gặp nhiều nhất chiếm 71,3,1%,.

Không chảy máu sau cắt chiếm tỷ lệ cao nhất: 92,8%. Chỉ có 20 trường hợp chảy máu ít chiếm 6,5%, chảy nhiều có 2 BN chiếm tỉ lệ 0,7%. Cắt polyp kết quả trung bình chiếm 7,2%, BN cắt tốt chiếm tỉ lệ 92,8% không có BN cho kết quả cắt xấu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hồng Minh Công (2015).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi mô bệnh học, biểu lộ protein p53, Ki67, Her-2/neu trong ung thư và polyp đại trực tràng lớn hơn hoặc bằng 10 mm. Luận án Tiến sĩ Y học Học viện Quân Y
2. **Lê Văn Thiệu (2016).** Hình ảnh nội soi và kết quả điều trị polyp tuyến đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Tạp chí Y học thực hành, 1004: p. tr 5-8.
3. **Trần Quang Hiệp (2010).** Nghiên cứu ứng dụng nội soi cắt polyp ĐTT bằng thòng lọng điện". luận văn chuyên khoa II. Tr75-140. p. Tr75-140.
4. **Click B, và cộng sự (2018).** Association of Colonoscopy Adenoma Findings with Long-term Colorectal Cancer Incidence. JAMA. 319: p. 2021.
5. **Gupta S, Anderson JC, và cộng sự (2020).** Các khuyến nghị để theo dõi sau khi nội soi và cắt polyp: Cập nhật đồng thuận của Lực lượng đặc nhiệm đa xã hội Hoa Kỳ về ung thư đại trực tràng. Tiêu hóa Endosc, 91 :p. 463.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN UNG THƯ CÓ VIÊM GAN VI RUS B, C TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2019

Phạm Thị Vân Anh[1], Nguyễn Đức Long[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và xét nghiệm các BN ung thư có viêm gan vi rút B/C tại Khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong năm 2019.

Phương pháp: 64 BN ung thư được khẳng định bởi CT/MRI và hội chẩn khoa ung bướu có bằng chứng của HBsAg/HBV-DNA và/hoặc HCV-ARN dương tính nhập viện trong năm 2019 được khai thác các đặc điểm dịch tễ học lâm sàng theo mẫu bệnh án sẵn có. Tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình của các biến số được mô tả.

Kết quả: Tuổi trung bình của các BN là 60 ± 11, 7 tuổi. Đa số các BN là nam (84, 4%), sống ở ngoại thành và đảo (51,6%). Ung thư gan chiếm tỷ lệ cao nhất (79,7%), tiếp đến là ung thư phổi (6,2%), ung thư đại tràng (6,2 %) và ung thư dạ dày, thực quản (4,7%). Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B là 85,9%, nhiễm vi rút viêm gan C là 14,1%; và đồng nhiễm cả vi rút B và C là 3,1%. Phần lớn các BN ung thư giai đoạn sớm (71, 9%), chưa điều trị các liệu pháp chống ung thư.Các triệu chứng thường gặp là mệt mỏi (90,6%), chán ăn (82,8%), sụt cân (75%), vàng da (54,9%), đau hạ sườn phải (54,7%). Một phần tư số BN có ALT bình thường, hơn 50% BN có tiểu cầu giảm, 64,7% có tỷ lệ prothrombin giảm, 71,9% có albumin huyết thanh giảm, 35,9% có tăng bilirubin trực tiếp, gần 50% BN có AFP > 500ng/ml và có 78,6% BN chưa điều trị VGVRB có HBV-DNA > 10^5 copies/ml.

Kết luận: Các BN ung thư có viêm gan vi rút có những đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và xét nghiệm đặc trưng của nhóm bệnh ung thư và viêm gan do vi rút. Cần tiếp tục theo dõi định kỳ ung thư gan ở những BN VGVR đã và đang điều trị thuốc kháng vi rút và chú ý sàng lọc VGVR ở tất cả các BN ung thư kể cả ung thư ngoài gan.

Từ khóa: ung thư, viêm gan vi rút B, C

SUMMARY

CLINCAL EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS OF CANCER PATIENTS WITH B/C VIRAL HEPATITIS IN TROPICAL DISEASE DEPARTMENT IN VIET TIEP HOSPITAL IN 2019

Aim: This study aims to describe epidemiological and clinical characteristics of cancer patients with HBV and/or HCV co-infection at Department of Tropical Diseases, Viet Tiep hospital in 2019.

Methods: Sixty four cancer patients with evidence of HBsAg/ HBV- DNA and/or detectable HCV-ARV were explored epidemiological and clinical data based on structured survey sample. Percentage and mean of were described.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh
Email: ptvananh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Results: The mean age of patients was 60 ± 11.7 years old. Majority of patients were male (84.4%), living in rural and island areas (5.6%). Liver cancer was the most prevalent (79.7%), following by lung cancer (6.2%), colon cancer (6.2%) and gastric esophagus cancer (4.7%). Among these cancer patients, the prevalence of hepatitis B was 85.9%, prevalence of hepatitis C was 14.1%. Majority of patients were at early stages of cancer and were not under cancer treatment. Common symptoms were fatigue (90.6%), lost of appetite (82.8%), weight loss (75%), right upper quadrant pain (75%), and jaundice (54.7%). A fourth had normal ALT, more than half had platelet decline, 64.7% had prothrombine decline, 71.9% had serum albumin decline, 35.9% had increased direct bilirubin. Nearly half of patients had AFP>500 ng/ml and 78.6% hepatitis B untreated patients had HBV-DNA>10^5 copies/ml.

Conclusions: Cancer patients with B/C viral hepatitis had epidemiological and clinical characteristics of both cancer and hepatitis patients. It is necessary to screen cancers regularly for patients with viral hepatitis B and C. It is also necessary to screen HBV and HCV for all cancers including others than liver cancer.

Key words: Cancer, HBV, HCV, hepatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, gánh nặng bệnh tật do viêm gan vi rút (VGVR) được thể hiện qua ước tính với 257 triệu người VGVRB và 71 triệu người VGVR C mạn tính. Tử vong do VRVGB là 887.000 ca năm 2015 và 339.000 ca do VGVRC vào năm 2016 hầu hết do xơ gan và ung thư tế bào gan. Năm 2016, 27 triệu người bị VGVR B (10,5%) biết được tình trạng bệnh của mình và 4,5 triệu người được chẩn đoán (16,7%) đang điều trị thuốc kháng vi rút. Trong khi đó, mặc dù thuốc kháng vi rút có thể chữa khỏi cho hơn 95% các BN VGVRC nhưng tiếp cận với chẩn đoán và điều trị VGVR C còn nhiều hạn chế [8]. Ở các BN ung thư, tỷ lệ HBsAg dương tính dao động từ 3,65 đến 10,46% và tỷ lệ nhiễm VRVG C là 0,7-32% [1]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy gánh nặng lớn về bệnh tật và tử vong ở những BN ung thư điều trị hóa chất có liên quan đến VGVR B và C. Tỷ lệ tái hoạt động ở những người mang khi điều trị hóa chất là 14-72% đối với HBV và thấp hơn với HCV [6].

Trong thực hành lâm sàng, các nhà ung thư phải đối phó một số lượng lớn các BN đang điều trị chống ung thư mà cả BN và thầy thuốc đều không biết tình trạng VGVR của BN. Những viêm gan này có thể gây ra những sự kiện đe dọa đến tính mạng cũng như kết quả chăm sóc tồi do việc phải dừng lại sớm các điều trị ung thư. Tại Việt Nam nói chung và tại Hải Phòng nói riêng, bệnh cảnh lâm sàng của VGVR trên các BN ung thư còn ít được biết đến. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và xét nghiệm của các BN ung thư có VGVRB và/hoặc C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: 1/1/2019 đến hết ngày 31/12/2019.

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

3. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận đối tượng là các bệnh nhân được khẳng định ung thư bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh và có ý kiến hội chẩn của Khoa Ung bướu, đồng thời có bằng chứng của VGVR B (HBsAg dương tính và /hoặc

HBV-NDA định lượng được)và/hoặc có bằng chứng của VRVG C (HCV-ARN định lượng được), đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh được giữ bảo mật, không định danh trong kết quả nghiên cứu.

4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin. Số liệu được thu thập dựa trên mẫu phiếu điều tra được thiết kế sẵn bao gồm các biến số là thông tin dịch tễ học (tuổi, giới, nơi sống, tiền sử uống rượu), đặc điểm ung thư (cơ quan, giai đoạn, phương pháp điều trị ung thư), tình trạng VGVR, các dấu hiệu/triệu chứng (mệt mỏi, chán ăn, gày sút cân, vàng da, đau hạ sườn phải, gan to, mất ngủ, ngứa, phù, lách to, cổ trướng, xuất huyết),các xét nghiệm (tiểu cầu, tỷ lệ prothrombine, albumin máu, ALT, AFP, bilirubine toàn phần).

5. Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để phân tích thông tin về đặc điểm nhân khẩu học. Tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và trung vị của các biến số được sử dụng để mô tả các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm.

6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại Học Y Hải Phòng phê duyệt. Đối tượng tham gia của nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các thông tin định danh không được thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60,4 tuổi (SD=11,7). Số bệnh nhân nam là 54 (84,4%), nữ là 10 (16,6%), 39 bệnh nhân sống ở thành thị (61%), 25 bệnh nhân sống ở nông thôn và hải đảo (39%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu là 43,8%.

Bảng 1 mô tả đặc điểm bệnh ung thư và VGVR của các đối tượng nghiên cứu. Trong số 64 bệnh nhân, ung thư gan chiếm tỷ lệ cao nhất (79,7%), tiếp đến là ung thư phế quản-phổi (6,2%) và ung thư đại trực tràng (4,7%). Đa số các bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm (71,8%). Tỷ lệ BN đã điều trị ung thư là 26,6% trong đó 88,2% điều trị hóa chất. Tỷ lệ VGVRB là 85,9%, VGVRC là 14,1%, đồng nhiễm cả 2 vi rút là 3,1%.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh lý ung thư và viêm gan vi rút của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh lý		**n**	**%**
Loại ung thư (n=64)	Gan	51	79,7
	Phế quản - Phổi	4	6,2
	Đại trực tràng	3	4,7
	Thực quản, dạ dày	3	4,7
	Máu	2	3,1
	Vú	1	1,6
Giai đoạn ung thư (n=64)	I+II	46	71,8
	III+IV	18	28,2

Điều trị ung thư (n=17)	Hóa trị	15	88,2
	Xạ trị	1	1,6
	Phẫu thuật	2	3,1
Tình trạng viêm gan (n=64)	Viêm gan B	54	85,9
	Viêm gan C	10	14,1
	Đồng nhiễm HBV-HCV	2	3,1

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ung thư có viêm gan vi rút B, C

Các biểu hiện lâm sàng gặp trên 75% số bệnh nhân là mệt mỏi, chán ăn, gày sút cân. Các triệu chứng/dấu hiệu gặp ở hơn 50% số bệnh nhân là vàng da, đau hạ sườn phải, gan to. Mất ngủ được thông báo gặp ở 45,3% bệnh nhân. Gần 40% BN ghi nhận có phù. Lách to, cổ trướng, xuất huyết và ngứa gặp với các tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ung thư có viêm gan vi rút B, C

Dấu hiệu/triệu chứng	n	%
Mệt mỏi	58	90,6
Chán ăn	53	82,8
Sụt cân	48	75,0
Vàng da	38	54,9
Đau HSP	35	54.7
Gan to	33	51,6
Mất ngủ	29	45,3
Phù	25	39,1
Lách to	18	28,1
Cổ trướng	15	23,4
Xuất huyết	10	15,6
Ngứa	7	10,9

3.3. Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhân ung thư có viêm gan vi rút B, C

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhân ung thư có viêm gan vi rút B, C

Chỉ số		n	%	Mean ± SD/ Median (Range)
Platelet (G/L) (n=63)	< 50	4	6,3	155,3 ± 94, 0
	50 - 150	29	**45,3**	
	> 150	31	**48,4**	
PT (%) (n=51)	≤ 70	33	**64,7**	62,7 ±22,4

Albumin (g/L) (n=59)	≤ 35	46	**77,9**	31,9 ± 7,1
AFP ng/ml (n=43)	< 500	23	53,5	N/A
	500-1000	4	9,3	
	> 1000	16	30,2	
ALT (U/L) (n=64)	Bình thường	15	23,4	52,1 (10-2180)
	Tăng < 5 UNL	37	57,8	
	Tăng > 5 UNL	12	18,8	
Bilirubin tp (µmol/L) (n=58)	> 17	23	39,6	30,2 (6,6-280.6)
HBV-DNA (copies/ml) **(n=14)**	$>10^5$	11	78,6	1,6 x 10^8
HCV-ARN (copies/ml) **(n=2)**	$>10^5$	0	0	762 ±338

Tiểu cầu giảm dưới mức bình thường gặp ở 51,6% số BN. 2/3 số BN có hội chứng suy gan với albumin máu giảm (71,9%) và tỷ lệ đông máu giảm (64,7%). Men ALT tăng được quan sát thấy ở 76,6% số BN với giá trị trung bình tăng trên 5 lần giá trị bình thường. Có 23,4% số BN có men ALT trong giới hạn bình thường. Trong số 43 BN được làm xét nghiệm AFP, hơn một nửa số BN tăng ở mức dưới 500 ng/ml, tiếp đến 1/3 số BN là mức tăng trên 1000 ng/ml. Khoảng 1/3 số BN có Bilirubin toàn phần tăng với trung vị là 30,2 µmol/L. Trong số BN được làm tải lượng VRVG B, có 78,6% BN có HBV-DNA > 10^5 copies/ml. Ở BN ung thư có viêm gan C, tải lượng HCV thấp với giá trị trung bình là 762 copies/ml.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các BN ung thư có VGVR B/C là 60,4 tuổi, cao hơn trong nghiên cứu trên 3890 BN ung thư có huyết thanh dương tính với HBsAg và anti-HCV với tuổi trung bình lần lượt là 51,75 ± 16,14 tuổi và 59,84 ± 13,54 tuổi [2]. Nghiên cứu cho thấy ung thư gan chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là ung thư phổi. Điều này phù hợp vì nguy cơ ung thư tế bào gan là 5-100 lần cao hơn ở những người nhiễm HBV mạn tính và 15-20 lần ở những người có VGVR C mạn. [1] Ngoài ung thư gan, cả 2 nhóm VGVR B và C đều có BN ung thư các cơ quan khác ngoài gan như ung thư trực tràng, bệnh máu ác tính được ghi nhận trong nhóm BN VGVRB, ung thư dạ dày, vú và hạch gặp trong nhóm VGVR C. Đã có những bằng chứng về mối liên quan giữa lympho non-Hodgkin tế bào B và VGVRC mạn. Do HCV là một vi rút hướng lympho, nó có thể kích hoạt tế bào B và thúc đẩy tế bào lympho B.[5] Một nghiên cứu lớn trên 95.034 BN lần đầu tiên được chẩn đoán ung thư không phải ung thư gan cho thấy có mối liên quan mạnh mẽ giữa nhiễm HBV và ung thư đường mật và ung thư hạch ở cả nam và nữ. HBV có liên quan đến ung thư tử cung, vú, tuyến giáp và phổi ở nữ và ung thư da ở nam. Do cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi chưa bắt gặp các loại ung thư đã kể trên. Mặc dù vậy, những kết quả này ẩn chứa một thông điệp quan trọng là cần phải sàng lọc các VRVG B, C cho tất cả các BN ung thư cũng như theo dõi phát hiện các ung thư khác cho những người nhiễm HBV hoặc HCV.

Các triệu chứng thường gặp bao gồm mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân vàng da và đau hạ sườn phải. Tỷ lệ đau trong nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu trên BN ung thư gan tại Ả Rập (18,8%) [4]. Giá trị trung bình của albumin và tỷ lệ prothrombine giảm không đáng kể (31,9 g/l và 62,7%) có thể do các BN ung thư đa số ở giai đoạn sớm. Nghiên cứu cũng ghi nhận 23,4% BN có ALT bình thường trong đó bao gồm cả những BN đã được điều trị thuốc kháng vi rút trước khi được chẩn đoán ung thư. Điều này nhấn mạnh cần phải tiếp tục sàng lọc ung thư gan cho những BN VGVR B, C định kỳ ngay cả khi ALT đã trở về bình thường.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư có viêm gan vi rút B/C có những đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và xét nghiệm đặc trưng của nhóm bệnh ung thư và viêm gan do vi rút.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục theo dõi định kỳ ung thư gan ở BN VGVR đã và đang điều trị thuốc kháng vi rút ngay cả khi ALT đã đạt giá trị bình thường. Để tránh nguy cơ và gánh nặng bệnh tật do vi rút viêm gan B, C tái hoạt động khi BN ung thư được điều trị các liệu pháp hóa tri, tia xạ, phẫu thuật, việc sàng lọc VGVR B/C ở tất cả các BN ung thư kể cả ung thư ngoài gan nên trở thành thực hành thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Serag H B (2012),** "Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma", Gastroenterology, 142 (6), pp. 1264-1273.e1261.
2. **Kocoglu H, Karaca M, Tural D, Hocaoglu E, et al (2018),** "Hepatitis B and C rates are significantly increased in certain solid tumors: A large retrospective study", J Cancer Res Ther, 14 pp. S774-s778.
3. **Lang C A, Conrad S, Garrett L, Battistutta D, et al (2006),** "Symptom prevalence and clustering of symptoms in people living with chronic hepatitis C infection", J Pain Symptom Manage, 31 (4), pp. 335-344
4. **Qari Y A, Mosli M H (2017),** "Epidemiology and clinical features of patients with hepatocellular carcinoma at a tertiary hospital in Jeddah", Niger J Clin Pract, 20 (1), pp. 43-47.
5. **Torres HA, Davila M.** Reactivation of hepatitis B virus and hepatitis C virus in patients with cancer. Nat Rev Clin Oncol 2012;9:156-66.
6. **WHO (2018),** GLOBOCAN 2018, http://gco.iarc.fr/
7. **WHO (2018),** Hepatitis B fact sheets, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b
8. **WHO (2018),** Hepatitis C fact sheets, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI 3, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP – HẢI PHÒNG

Kê Thị Lan Anh[1], Phạm Thị Lương[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có biến chứng thận điều trị tại khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

Kết quả nghiên cứu: **Tuổi và giới:** Bệnh chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 94,2%, Nữ chiếm 61,8%, nam chiếm 38,2%. **Chế độ ăn và luyện tập:** Chỉ có 23,7% số bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và luyện tập. 57,8% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA đi kèm. **Tình trạng kiểm soát glucose máu:** Số bệnh nhân kiểm soát glucose máu đói đạt chiếm tỷ lệ 30,1%, kiểm soát glucose máu bất kỳ chiếm tỷ lệ 19,4%, kiểm soát HbA_1C đạt chiếm tỷ lệ 38,3%. **Tổn thương thận**: có 42,2% số BN có protein niệu (+). Trong 57,8% số BN có protein niệu (-), có 10,8% số BN có MAU (+), 47% số bệnh nhân có MAU (-); Tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 3, 4, 5 lần lượt là 9,8%, 20,6%, 22,5%. **Mối liên quan giữa biến chứng thận với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** BN ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA kèm theo sẽ có nguy cơ bị BCT gấp 2,57 lần những BN không có THA kèm theo, ($p < 0,05$). BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,04 lần những BN kiểm soát glucose máu đói đạt, ($p < 0,05$). BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được HbA_1C sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,57 lần những BN kiểm soát tốt, ($p < 0,05$).

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, biến chứng thận.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Kê Thị Lan Anh
Email: kelananh1980@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021
Ngày duyệt bài: 23.5.2021

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESSMENT OF KIDNEY COMPLICATIONS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS TREATED AT INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT 3, VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL - HAI PHONG

A Cross-sectional descriptive study of 102 type-2 diabetic patients with kidney complications being treated at the Department of Internal Medicine 3 at Viet Tiep Friendship Hospital in Hai Phong.

Research results: **Age and gender**: The disease mainly occurs in people over 50 years old, accounting for 94.2%, women accounting for 61.8%, men accounting for 38.2%. **Diet and exercise**: Only 23.7% of patients adhere to diet and exercise. 57.8% of type 2 diabetic patients have hypertension. **Glucose control status**: The number of patients with control of fasting blood glucose accounts for 30.1%, control of random blood glucose accounts for 19.4%, and HbA1C control accounts for 38.3%. **Kidney damage:** 42.2% of patients have proteinuria (+). In 57.8% of patients with proteinuria (-), 10.8% of patients had MAU (+), 47% of patients had MAU (-); The proportion of diabetic neuropathic patients

with stage 3, 4, 5 respectively 9.8%, 20.6%, 22.5%. **The association between kidney complications with clinical and subclinical features**: Type 2 diabetic patients with hypertension are 2.57 times more likely to develop kidney complication than who without associated hypertension, (p <0,05). The risk of diabetic neuropathy with stage 3+4 in type 2 diabetic patients with uncontrolled fasting blood glucose is 3.04 times higher than those who with control of fasting blood glucose, (p<0.05). Type 2 diabetic patients with uncontrolled HbA1C are at risk of developing diabetic neuropathies with stage 3 + 4, is 3.57 times higher than well-controlled patients (p <0.05).

Keywords: type 2 diabetes mellitus, kidney complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) – theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) "là một hội chứng có đặc tính biểu hiện bằng tăng glucose máu do hậu quả của việc thiếu hoặc mất hoàn toàn insulin hoặc do có liên quan đến sự suy yếu trong bài tiết và hoạt động của insulin". Tỷ lệ bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, đứng hàng thứ ba trên thế giới sau bệnh tim mạch và bệnh ung thư, đặc biệt ở các nước đang phát triển như khu vực Châu Á – Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam. Biến chứng thận do ĐTĐ là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp, bệnh cảnh lâm sàng kín đáo, nên dễ bị bỏ qua các triệu chứng ban đầu, khi có biểu hiện lâm sàng thì chức năng thận đã suy giảm, dẫn đến suy thận mạn tính không hồi phục. Vì vậy việc chẩn đoán sớm biến chứng thận do ĐTĐ là việc làm hết sức cần thiết giúp phát hiện sớm tổn thương thận và có biện pháp điều trị kịp thời nhằm ngăn chặn tiến triển tổn thương thận. Xuất phát từ yêu cầu thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài: *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội 3, Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng"* với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội 3, Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng.

2. Nhận xét đặc điểm biến chứng thận và mối liên quan giữa biến chứng thận với mức độ kiểm soát đường máu trên các đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 biến chứng thận nằm điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng từ tháng 06/2019 đến tháng 12/2019.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ: Theo ADA – hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ. Chẩn đoán xác định ĐTĐ khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Glucose máu lúc đói (ít nhất 8 giờ sau bữa ăn cuối) ≥ 7,0 mmol/l (126 mg/dl), (làm 2-3 lần).

+ Glucose máu bất kỳ ≥ 11,1 mmol/l (200 mg/dl) ở bệnh nhân có các triệu chứng kinh điển của tăng glucose máu và glucose niệu (+).

+ Glucose máu 2 giờ sau làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống ≥ 11,1 mmol/l (200 mg/dl).

+ Chỉ số $HbA_1C \geq 6,5$ %.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ type 2

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường sau 30 tuổi.
- Khởi phát bệnh thường từ từ, diễn biến tiềm tàng, phát hiện tình cờ hoặc bệnh nhân có biến chứng.

- Thể trạng béo hoặc quá khứ béo.
- Không có xu hướng nhiễm toan ceton.
- Nồng độ Insulin, C – peptid máu bình thường hoặc tăng.
- Kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn, tập luyện và hoặc thuốc uống hạ đường huyết có đáp ứng.

- Tiêu chuẩn đánh giá biến chứng thận trên các đối tượng nghiên cứu:

+ MAU (+) khi ≥ 30 mg/l và ≤ 300 mg/l.

+ MAC (+) khi ≥ 300mg/l.

+ Creatinin máu > 130 µmol/l và hoặc mức lọc cầu thận < 60ml/phút.

- Phân loại biến chứng thận theo 5 giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Albumin niệu bình thường, HA bình thường, mức lọc cầu thận tăng, thường kết hợp với tăng kích thước cầu thận, tăng thể tích thận, tăng tỉ lệ lọc của cầu thận.

+ Giai đoạn 2: Tổn thương màng đáy mao quản cầu thận, lắng đọng hình nốt, tổn thương xơ hóa hyalin cầu thận.

+ Giai đoạn 3: Microalbumin niệu dương tính, protein niệu (-).

+ Giai đoạn 4: Bệnh lý thận lâm sàng.

+ Giai đoạn 5: Suy thận mạn, mức lọc cầu thận giảm.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Phương pháp chọn mẫu: Lấy theo phương pháp thuận tiện, không xác suất, tích lũy dần trong suốt thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 102 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách thu thập số

* Hỏi bệnh

+ Tuổi, giới, thời gian phát hiện ĐTĐ, tiền sử có cơn hạ đường huyết.

+ Quá trình theo dõi và điều trị bệnh: Mức độ tuân thủ chế độ ăn và chế độ luyện tập, thuốc điều trị….

+ Tiền sử gia đình: bố mẹ, anh chị em ruột có ai bị đái tháo đường không.

+ Dấu hiệu "bốn nhiều" (ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều)

*** Khám bệnh :** Đo huyết áp, dấu hiệu mất nước, triệu chứng của bệnh thận do ĐTĐ: khám phát hiện phù, thiếu máu,…

* Cận lâm sàng: Định lượng glucose máu lúc đói, sau ăn 2 giờ, tỷ lệ % HbA_1C, ure, creatinin máu. Định lượng MAU, điện giải đồ, xét nghiệm nước tiểu thường quy (10 thông số).

2.5. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	3	2,9
40 – 49	3	2,9
50 – 59	16	15,7
60 – 69	40	39,2
≥70	40	39,2
Tổng	**102**	**100,0**
$\overline{X}$ ± SD	66 ± 10,32; Min = 36; Max = 90	

Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 94,2%, trong đó có hai nhóm từ 60 – 69 tuổi và trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 39,2%.

Bảng 2. Chế độ ăn và chế độ luyện tập

Đặc điểm		**n**	**%**
Chế độ ăn	Có thực hiện	37	39,8
	Không thực hiện	56	60,2
Chế độ luyện tập	Có thực hiện	36	38,7
	Không thực hiện	57	61,3
Thực hiện chế độ ăn và luyện tập	Có thực hiện	22	23,7
	Không thực hiện		

Có 93 bệnh nhân phát hiện ĐTĐ ≥ 3 tháng: 39,8% số bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn, 38,7% số bệnh nhân tuân thủ chế độ tập luyện và chỉ có 23,7% số BN tuân thủ cả chế độ ăn và luyện tập.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp ở các đối tượng nghiên cứu

Tăng huyết áp	**n**	**%**
Có	59	57,8
Không	43	42,2
Tổng	**102**	**100**

Trong nghiên cứu có 57,8% bệnh nhân có tăng huyết áp, 42,2% số bệnh nhân có huyết áp trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Đặc điểm các chỉ số glucose đói, glucose bất kỳ và HbA_1C

Chỉ số / Mức độ kiểm soát	**Glu đói**		**Glu bất kỳ**		**HbA_1C**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Đạt	28	30,1	18	19,4	31	38,3
Không đạt	65	69,9	75	80,6	50	61,7
Tổng	**93**	**100**	**93**	**100**	**81**	**100**
$\overline{X}$ ± SD	10,56 ± 4,24		17,92 ± 9,69		9,42 ± 2,99	

Glucose đói đạt là 30,1%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 69,9%; glucose máu bất kỳ đạt là 19,4%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 80,6%; HbA_1C đạt là 38,3%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 61,7%.

Bảng 5. Xét nghiệm protein, microalbumin niệu ở các đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm		**n**	**%**
Protein niệu (+)		43	42,2
Protein niệu (-)	MAU (+)	11	10,8
	MAU (-)	48	47,0
Tổng		**102**	**100**

Có 42,2% số bệnh nhân có protein niệu (+), tỷ lệ MAU (+) là 10,8%.

Bảng 6. Biến chứng thận đái tháo đường ở các đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn biến chứng thận	n	%
Giai đoạn 0,1,2	48	47,1
Giai đoạn 3 (có microalbumin niệu)	11	9,8
Giai đoạn 4 (có protein niệu)	21	20,6
Giai đoạn 5 (có suy thận: MLCT giảm)	22	22,5
Tổng	**102**	**100**

Có 47,1% số bệnh nhân ở nhóm biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 0,1,2 chiếm tỷ lệ cao nhất, 9,8% số bệnh nhân ở giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

2. Mối liên quan giữa biến chứng thận với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 7. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với biến chứng thận đái tháo đường

Biến chứng thận / THA	BCT (+)		BCT(-)		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Có	37	68,5	22	45,8	2,57	1,15 – 5,77	0,02
Không	17	31,5	26	54,2			

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA kèm theo sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận với OR = 2,57, 95% CI (1,15 – 5,77), p < 0,05.

Bảng 8. Mối liên quan giữa glucose máu đói với biến chứng thận đái tháo đường giai đoạn 3+4

Biến chứng thận / Glucose đói	Giai đoạn 3+4		Giai đoạn 0+1+2		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Không đạt	23	79,3	24	55,8	3,04	1,03 – 8,95	0,04
Đạt	6	20,7	19	44,2			

Bệnh nhân đái tháo đường type 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 3+4 với OR = 3,04, 95% CI (1,03 – 8,95), p < 0,05.

Bảng 9. Mối liên quan giữa HbA_1C với biến chứng thận đái tháo đường giai đoạn 3+4

Biến chứng thận / HbA_1C	Giai đoạn 3+4		Giai đoạn 0+1+2		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Không đạt	20	74,1	16	44,4	3,57	1,21 – 10,55	0,02
Đạt	7	25,9	20	55,6			

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 không kiểm soát được HbA_1C sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 3+4 với OR = 3,57, 95% CI (1,21 – 10,55), p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

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

*** Tuổi:** Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm phần lớn (94,2%), trong đó có hai nhóm cao nhất từ 60 – 69 tuổi và ≥ 70 tuổi có tỷ lệ cao nhất, mỗi nhóm 39,2%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ cho thấy rằng tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc ĐTĐ càng tăng. Nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên năm 2015 trên 102 đối tượng ĐTĐ điều trị tại khoa Nội 3 – Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cũng cho kết quả nhóm BN trên 50 tuổi chiếm 89,2%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là khá cao 66 ± 10,32 tuổi, tuổi thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 90 tuổi.

*** Chế độ ăn và chế độ luyện tập**: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 BN phát hiện ĐTĐ type 2 ≥ 3 tháng, số BN chỉ thực hiện chế độ ăn chiếm tỷ lệ 39,8%, số BN chỉ thực hiện chế độ luyện tập chiếm 38,7% và chỉ có 23,7% số BN tuân thủ cả chế độ ăn và luyện tập. Điều này chứng tỏ mặc dù chế độ ăn và luyện tập là một phần không thể thiếu trong hướng dẫn, quản lý và điều trị ĐTĐ nhưng chưa được cả thầy thuốc và BN quan tâm đúng mức.

*** Đặc điểm huyết áp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 57,8% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA đi kèm, 42,2% BN không có THA. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu: Đàm Thị Hương Liên tỷ lệ BN ĐTĐ có THA là 56%, Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ BN ĐTĐ có THA là 56,5%. Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng ĐTĐ và THA là hai bệnh thường đồng hành với nhau.

* Mức độ kiểm soát glucose máu: Glucose máu cao là yếu tố rất quan trọng đối với tổn thương cầu thận, những công trình hồi cứu cũng như tiến cứu đều xác nhận liên quan giữa nồng độ glucose máu và nguy cơ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ: nhóm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về kiểm soát bệnh và biến chứng đái tháo đường (DCCT) đã khuyến cáo: tốc độ phát triển và tiến triển của bệnh thận do ĐTĐ liên quan rất chặt chẽ với kiểm soát glucose máu. Tỷ lệ BN có mức glucose máu đói đạt là 30,1%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt chiếm 69,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả như Đàm Thị Hương Liên tỷ lệ glucose đói đạt là 32,4%, Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ này là 23,9%. Tỷ lệ BN có mức glucose sau ăn 1 – 2 giờ đạt là 19,4%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt chiếm 80,6%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên, tỷ lệ glucose sau ăn 1 – 2 giờ đạt chiếm tỷ lệ 17,6%. Chỉ có 81 BN ĐTĐ type 2 phát hiện ≥ 3 tháng được làm HbA_1C trong đó tỷ lệ HbA_1C đạt là 38,3%, thấp hơn nhóm không đạt chiếm 61,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ HbA_1C đạt là 34,6%.

*** Đặc điểm protein niệu, microalbumin niệu ở các đối tượng nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN đều được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số, trong đó có 42,2% số BN xét nghiệm protein niệu ≥ 300mg, thấp hơn tỷ lệ có protein niệu âm tính là 57,8%.

57,8% BN protein niệu âm tính sẽ được làm xét nghiệm định lượng MAU, cho thấy kết quả 10,8% BN có MAU (+), 47% BN có MAU (-). Tóm lại, chúng tôi thấy có 53% BN có biến chứng thận ĐTĐ bao gồm protein niệu (+) và MAU (+), tương tự như trong nghiên cứu của Hồ Hữu Hóa (2009) cho thấy có 45,7% BN có BCTĐTĐ.

***Tần suất gặp các giai đoạn biến chứng thận đái tháo đường ở các đối tượng nghiên cứu:** Trong 102 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 9,8% số BN thuộc giai đoạn 3 BCTĐTĐ (có MAU (+)), 20,6% số BN thuộc giai đoạn 4 (có protein niệu), 22,5% số BN thuộc giai đoạn 5 (có suy thận MLCT giảm) và 47,1% số BN có MAU (-) (giai đoạn 0,1,2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Đàm Thị Hương Liên (2015) tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 4 là 23,5%, giai đoạn 5 là 17,6%, nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Quỳnh (2012) tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 4 là 37,1%, giai đoạn 5 là 15,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ BCT ĐTĐ ở các giai đoạn 3,4,5 cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Kainz A và CS (2007) tại Áo: tỷ lệ BN BCTĐTĐ giai đoạn 3,4,5 tương tự là 22,84%, 1,97% và 0,74%. Sự khác biệt này có lẽ là do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của tác giả Kainz A và CS lấy tất cả các bệnh nhân ĐTĐ trong cộng đồng còn nghiên cứu của chúng tôi lấy BN điều trị nội trú tại bệnh viện nên nhìn chung là bệnh nhân nặng hơn nên tỷ lệ biến chứng cao hơn.

2. Mối liên quan giữa biến chứng thận đái tháo đường với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

* Mối liên quan giữa tăng huyết áp với biến chứng thận đái tháo đường

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN phát hiện BCTĐTĐ có tỷ lệ THA là 68,5%, cao hơn nhóm không có THA (31,5%); nhóm chưa phát hiện BCTĐTĐ có tỷ lệ THA là 45,8%, thấp hơn nhóm không có THA (54,2%). Như vậy có nghĩa là những bệnh nhân có THA làm tăng nguy cơ có BCTĐTĐ gấp 2,6 lần những trường hợp huyết áp bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Hữu Hóa khi nhận thấy những BN THA làm tăng nguy cơ có BCTĐTĐ gấp 4,5 lần những trường hợp có huyết áp bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

THA và bệnh thận ĐTĐ làm nặng nhau góp phần tạo vòng xoáy tiến triển tăng huyết áp, bệnh thận và bệnh tim mạch. Do vậy việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ có vai trò quan trọng trong việc làm giảm biến chứng thận. THA là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ biến chứng thận. Nhiều nghiên cứu thấy rằng điều trị các thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin có thể làm chậm tiến triển bệnh thận vì đều có tác dụng giảm protein niệu và kiểm soát huyết áp tốt hơn.

*Mối liên quan giữa glucose máu đói, glucose sau ăn 1 – 2 giờ và HbA_1C với biến chứng thận đái tháo đường giai đoạn 3+4

∗Glucose máu đói: Trong nhóm bệnh nhân BCT giai đoạn 3 và 4, tỷ lệ BN kiểm soát glucose máu đói không đạt là 79,3%, cao hơn rất nhiều so với nhóm kiểm soát glucose máu đói đạt (20,7%); trong nhóm

chưa phát hiện BCT, tỷ lệ BN kiểm soát glucose máu đói đạt và không đạt không chênh lệch nhau nhiều (44,2% và 55,8%). Điều này có ý nghĩa những BN kiểm sóat glucose máu đói không đạt làm tăng xuất hiện BCTĐTĐ gấp 3,03 lần những BN kiểm soát glucose máu đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

∗Glucose máu sau ăn 1 – 2 giờ: Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm được mối liên quan giữa việc kiểm soát glucose máu sau ăn 1 – 2 giờ với BCT giai đoạn 3 và 4 mặc dù OR >1 nhưng p > 0,05 là không có ý nghĩa.

∗HbA_1C: Nhóm BN phát hiện BCTĐTĐ giai đoạn 3 và 4 không kiểm soát được chỉ số HbA_1C chiếm tỷ lệ 74,1%, cao hơn nhóm kiểm soát HbA_1C đạt (25,9%); nhóm BN chưa phát hiện BCTĐTĐ giai đoạn 3 và 4 kiểm soát đạt HbA_1C chiếm tỷ lệ 55,6%, cao hơn nhóm kiểm soát không đạt (44,4%). Như vậy, nhóm BN không kiểm soát được HbA_1C làm tăng nguy cơ xuất hiện BCTĐTĐ gấp 3,6 lần những trường hợp kiểm soát tốt HbA_1C, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Bộ y tế năm 2017 đã đưa ra mục tiêu kiểm soát với glucose máu lúc đói < 7,0 mmol/l và HbA1c dưới 7%, tuy nhiên phần lớn người mắc bệnh đái tháo đường ở nước ta đều không đạt mục tiêu này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 102 bệnh nhân, chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

1. Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi và giới: Bệnh chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 94,2%, Nữ chiếm 61,8%, nam chiếm 38,2%.

- Chế độ ăn và luyện tập: Có 23,7% số bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và luyện tập.

- Triệu chứng lâm sàng: uống nhiều, đái nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, 18,6% bệnh nhân có phù, sau đó đến thiếu máu (17,6%), 57,8% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA đi kèm.

- Tình trạng kiểm soát glucose máu: Số bệnh nhân kiểm soát glucose máu đói đạt chiếm tỷ lệ 30,1%, kiểm soát glucose máu bất kỳ chiếm tỷ lệ 19,4%, kiểm soát HbA_1C đạt chiếm tỷ lệ 38,3%.

- Có 42,2% số BN có protein niệu (+). Trong 57,8% số BN có protein niệu (-), có 10,8% số BN có MAU (+), 47% số bệnh nhân có MAU (-).

- Tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 3, 4, 5 lần lượt là 9,8%, 20,6%, 22,5%.

2. Mối liên quan giữa biến chứng thận với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- BN ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA kèm theo sẽ có nguy cơ bị BCT gấp 2,57 lần những BN không có THA kèm theo, (p < 0,05).

- BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,04 lần những BN kiểm soát glucose máu đói đạt, (p < 0,05).

- BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được HbA_1C sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,57 lần những BN kiểm soát tốt, (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoài Anh, (2003),** "Nghiên cứu rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung

ương Thái Nguyên", Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học y dược Thái Nguyên, pp.

2. **Bộ Y tế, (2017),** "Đái tháo đường", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2, pp.
3. **Đàm Thị Hương Liên, (2015),** Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2014, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y dược Hải Phòng, pp.
4. **Nguyễn Thị Thùy Ngân, (2011),** Nghiên cứu tình trạng kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ tại khoa Nội tiết – Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2011, Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y dược Hải Phòng, pp.
5. **Vũ Công Nghĩa, Phạm Quốc Toản, Hoàng Trung Vinh, (2019)**, "Biểu hiện tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, pp. 137-142.
6. **Chen J, (2014),** "Diabetic nephropathy scope of the problem", Diabetes and Kidney Disease, pp. 9-14.
7. **Diabete c, and, complications, trial, research group., (1993),** "The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long- term complications in insulin-dependent diabetes mellitus", NEJM, pp. 977-986.
8. **WHO., (1999),** "Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications", Report of a WHO consultation, pp.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP NHIẾP TAM CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ TIỂU TIỆN MẤT KIỂM SOÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Lê Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp Nhiếp tam châm và tác dụng không mong muốn trong điều trị tiểu tiện mất kiểm soát tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 09/2019 – 09/2020. **Đối tượng**: 30 bệnh nhân trên 18 tuổi khám và điều trị tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, được chẩn đoán xác định tiểu tiện mất kiểm soát. **Phương pháp**: tiến cứu mô tả, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị. **Kết quả:** Đặc điểm dịch tễ học: tỷ lệ nam/nữ là 0,58/1, nhóm tuổi từ 50-69 chiếm 50%, nghề nghiệp hưu trí chiếm 50%. Đặc điểm lâm sàng: Theo Mauroy phân bố bệnh nhân độ I chiếm 20%, độ II 43,3%, độ III chiếm 36,7%. Sau điện châm ngày thứ 5 có 66,7% số BN đi tiểu được cải thiện, đến ngày thứ 10 tỉ lệ BN đi tiểu được bình thường chiếm 90%, 10% có cải thiện. Các tác dụng không mong muốn: Các chỉ số sinh tồn ít thay đổi trong quá trình thực hiện thủ thuật. Trong quá trình thực hiện thủ thuật có xuất hiện da tái nhợt 9 lần, chảy máu sau rút kim 3 lần, vã mồ hôi 2 lần và hoa mắt 1 lần sau khi được giải thích BN trở lại bình thường

SUMMARY

ASSESSMENT EFECT OF "NHIẾP TAM CHÂM" METHOD AND TREATMENT OUTCOMES OF URINATE LOST CONTROL IN HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: Assessment effect of "Nhiếp tam châm" method and describe adverse event in treatment of urinate lost control in Haiphong Medical University from Sep, 2019 to Sep, 2020. **Subjects:** 30 patients above 18 year old in treament in Haiphong University Medicine And Phamarcy, with diagnosis of urinate lost control. **Method:** description, clinical trials, and compare before and after treatment. **Results:** Epidemiological characteristics: Male/female: 0,58/1, 50-69 age group accounts for 50%, Retire's group accounts for 50%. Clinical characteristics: According to Mauroy, the distribution of patients with grade I accounted for 20%, grade II 43.3%, grade III accounted for 36.7%. After five days of electropuncture, remission accounts 66,7%. After ten days of electropuncture, complete remission accounts 90%, remission accounts 10%. Adverse event: less change in life index, Across process of operation: Skin is pale white was recorded 9 times, bleed after acupuncture was recorded 3 times, sweating was recorded 2 times, awhirl was recorded 1 time and all become normal shortly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu tiện mất kiểm soát (TTMKS) là bệnh lý phổ biến trên thế giới và Việt nam. Theo thống kê, Châu âu tỷ lệ mắc chứng tiểu không kiểm soát vào khoảng 35% phụ nữ và 22% nam giới lớn tuổi, tỷ lệ cao ở các nhà dưỡng lão có thể lên đến 60%, nữ gấp đôi nam. Ở Việt Nam chưa có thống kê cụ thể nhưng ngày càng có nhiều bệnh nhân bị rối

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Sơn
Email: lnson@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

loạn tiểu tiện đến bệnh viện. Điều trị hiện tại không có thuốc nào áp dụng cho tất cả các trường hợp. Thường đặt sonde tiểu do bí tiểu có thể biến chứng nhiễm trùng, xuất huyết niệu đạo. Các phương pháp điều trị: thay đổi lối sống, luyện tập cơ bàng quang, vật lý trị liệu và sử dụng một số thiết bị hỗ trợ bàng quang pessary (vòng nâng), thuốc kiểm soát sự co thắt cơ, co thắt bàng quang (Mirabegron) và cân nhắc đến biện pháp phẫu thuật. Nhiếp tam châm là phương pháp điều trị cho các trường hợp tiểu tiện mất kiểm soát không do nguyên nhân tắc nghẽn hay bệnh sử tổn thương thần kinh thực thể, trên nguyên tắc tập trung kích thích vào vùng Bàng quang và cơ thắt cổ Bàng quang. Chúng tôi nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu: 1. Đánh giá tác dụng của phương pháp Nhiếp tam châm trong điều trị tiểu tiện mất kiểm soát tại Bệnh viện Đại học Y Hải phòng. 2. Mô tả tác dụng không mong muốn của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

30 Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán xác định tiểu tiện mất kiểm soát, được khám và điều trị tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 9/2019 – 9/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là tiểu tiện mất kiểm soát, thời gian mắc > 1 ngày, thiểu niệu và các triệu chứng lâm sàng: cầu bàng quang, đau tức hạ vị, cảm giác mót tiểu… Xét nghiệm thường quy, siêu âm không có tổn thương thực thể. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT: Thể nhiệt chứng: tiểu ít, nhỏ giọt, nước tiểu vàng đỏ, niệu bế không thông, bụng dưới đầy, đại tiện khó, miệng đắng khô, không muốn uống nước, rêu lưỡi vàng dày nhớt, chất lưỡi đỏ, mạch sác. Thể hàn chứng: mệt mỏi, thở nông, sợ lạnh, di tinh, vô kinh, chân tay lạnh, đau lưng, mỏi gối, đại tiện nát, tiểu rỉ rả, ngắn dòng, không hết bãi, tiểu sót, tự chảy, nước tiểu trong, lưỡi nhợt, mạch phù nhược, vô lực.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý thực thể: viêm đường tiết niệu, chấn thương vùng đuôi ngựa, niệu đạo; phì đại tiền liệt tuyến, sỏi tiết niệu, dị dạng sinh dục- tiết niệu…Bệnh nhân có yếu tố ảnh hưởng: sa sinh dục nặng, sau sinh trong 12 tháng, đang điều trị xạ trị vùng chậu…Bệnh nhân không tỉnh táo, có rối loạn tâm thần, động kinh, suy tim nặng, cầu bàng quang nguy cơ vỡ.

2.2 Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

Công thức huyệt: Tên gọi Nhiếp tam châm

- Huyệt số 1: Quan nguyên, châm xuyên dưới da đến huyệt Khúc cốt.
- Huyệt số 2, 3: cách Quan nguyên sang 2 bên 2 thốn, châm xuyên dưới da, hướng mũi kim vào huyệt Khúc cốt.

Phương tiện nghiên cứu:

- Kim châm cứu: hào kim làm bằng thép không rỉ, độ dài từ 5- 10 cm do Đông Á sản xuất, kim dùng 1 lần. Bông vô trùng, cồn 70°, panh vô khuẩn, khay quả đậu. Máy điện châm: Sử dụng máy điện châm Model: 04 – 05 – JH do Việt Nam sản xuất.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị.

2.4 Chỉ tiêu đánh giá

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian điều trị

Đánh giá hiệu quả điều trị: Kết quả điều trị theo độ nặng nhẹ của bệnh theo phân độ Mauroy: Độ I, II, III. Kết quả điều trị chung theo triệu chứng. Các tác dụng không mong muốn: Chảy máu nơi châm, nhiễm trùng nơi châm, vựng châm, thay đổi mạch…

2.5 Thu thập số liệu và xử lý

Số liệu ghi lại trong phiếu, hồ sơ bệnh án. Dùng phần mềm SPSS16.0 để quản lý, tính toán, xử lý các dữ liệu.

2.6 Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được nghiên cứu với mục đích giảm tỷ lệ bệnh nhân phải đặt lại sonde khi bị bí đái cơ năng, nâng cao hiệu quả điều trị, không nhằm mục đích nào khác.
- Bệnh nhân được giải thích rõ trong quá trình điều trị.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nếu có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị hoặc bệnh nặng thêm bệnh nhân đều được theo dõi, xử trí phù hợp.
- Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật. Nghiên cứu được hội đồng khoa học thông qua và phê chuẩn. Kết quả được công bố cho mọi người.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố và kết quả điều trị

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi

Tuổi (năm)	N	%
< 50	10	33.3
50-69	15	50.0
≥70	5	16.7
Tổng	30	100.0

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm tuổi 50-69 chiếm 50%, nhóm tuổi <50 chiếm 33,3%, nhóm tuổi >70 chiếm 16,7%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	N	%
Nam	11	36.7
Nữ	19	63.3
Tổng	30	100.0

Nhận xét: Tỉ lệ nam trong nghiên cứu chiếm 36,7% và nữ chiếm 63,3%. Tương ứng với nghiên cứu của Ngô Thị Thu Hương 2011.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo mức độ Mauroy trước và sau điều trị

Mức độ	D0		D5		D10	
	n	%	n	%	N	%
Độ I	6	20.0	1	3.3	0	
Độ II	13	43.3	5	16.7	1	3.3
Độ III	11	36.7	14	46.7	6	20.0
Bình thường	0		10	33.3	23	76.7

Nhận xét: Trước khi điều trị mức độ bệnh theo Mauroy trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là: độ I chiếm 20%, độ II 43,3%, độ III chiếm 36,7%. Sau 10 ngày điều trị có hiệu quả tốt chiếm 96,7% trong đó tiểu bình thường chiếm 76,7%, độ III chiếm 20%.

Bảng 3.4 Kết quả điều trị bí đái theo mức độ triệu chứng

Mức độ TrCh	Thời gian				
	D0 (n)	D5 (n)		D10 (n)	
		N	%	N	%
Nặng	6	1	3,33	0	0
Vừa	17	10	33,33	1	3,33
Nhẹ	7	16	53,34	9	30
Khỏi		3	10	20	66,67

Nhận xét: Sau 10 ngày tỉ lệ đạt hiệu quả tốt chiếm 96,67% trong đó tỉ lệ khỏi chiếm 66,7%, còn triệu chứng nhẹ chiếm 30%.

4.2 Tác dụng không mong muốn

Nhận xét: xuất hiện 3 lần chảy máu sau rút kim, vã mồ hôi 2 lần và hoa mắt 1 lần.

V. BÀN LUẬN

4.1 Tính an toàn của phương pháp nhiếp tam châm:

Là phương pháp kết hợp giữa Y học cổ truyền và Y học hiện đại. Được áp dụng nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam được áp dụng tại các bệnh viện Y học cổ truyền trung ương, Y học cổ truyền Quân đội, Y học cổ truyền Quy nhơn, bệnh viện Đại học Y Hà nội có hiệu quả cao trong điều trị.

4.2 Về tuổi mắc bệnh:

Chia 3 nhóm: nhóm 1 <50 tuổi chiếm 33,3%, nhóm 2 từ 50-69 tuổi chiếm 50%, nhóm 3 >=70 tuổi chiếm 16,7%. Đồng nhất quan điểm chia nhóm theo Lê Thị Bình (2014), Trịnh Tiến Thống (2016). Phạm Huy Trọng, Tô Duy Tráng (1996).

4.3 Về giới tính

Giới tính chúng tôi lấy cả 2 giới nam và nữ, trong đó nam chiếm 36,7% nữ chiếm 63,3%. Phạm Huy Trọng, Tô Duy Tráng (1996). Ngô Thị Thu Hương (2011).

4.4 Phân bố mức độ bệnh

Bao gồm phân loại theo mức độ Mauroy và phân loại theo các triệu chứng của bệnh. Tương ứng với nghiên cứu của Đỗ Kim Sơn, Đỗ Tuấn Anh, Đỗ Mạnh Hùng (1997).

4.5 Kết quả điều trị theo mức độ Mauroy

Tỉ lệ đi tiểu lại bình thường là 76,7%, tiểu được theo Mauroy độ 3 chiếm 20%. Trong đó độ 3 là mức độ nhẹ cần gắng sức nhiều mới có cảm giác mót. Tương ứng với nghiên cứu của Phạm Thị Ánh Tuyết (2015), Lê Văn Trung (2018).

4.6 Kết quả điều trị theo mức độ triệu chứng

Tổng tỉ lệ cải thiện tốt là 96,67% trong đó 66,67% hết triệu chứng, còn 30% có các triệu chứng nhẹ. Cần kết hợp thêm thuốc và thời gian điều trị, bởi các BN cũng đã mắc trong thời gian khá dài. Tương ứng với nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Mai (2002), Nguyễn Thị Thúy Vân (2014).

4.7 Tác dụng không mong muốn: quá trình điều trị bằng điện châm không ảnh hưởng đến mạch, HA, nhiệt độ và nhịp thở

của BN. Ít có tác dụng phụ tại vị trí châm. Không thấy có nhiễm trùng, thủng bàng quang, gãy kim, chân tay lạnh. Có 1 vài trường hợp chảy giọt máu nơi châm là do châm kim vào các mạch máu nông khi rút kim ra và tự cầm máu, 2 trường hợp biểu hiện vã mồ hôi do yếu tố tâm lý khi điều trị, khi được giải thích thì BN ổn định lại, 9 trường hợp có biến đổi màu sắc da tại vị trí châm sau khi rút kim 10 phút thì hết.

VI. KẾT LUẬN

Sau 10 ngày điều trị 30 BN, mức độ cải thiện triệu chứng như: căng tức nhẹ bàng quang, cầu bàng quang, đái mót, đái không hết bãi, nhỏ giọt, nhiều lần trong ngày. Tỉ lệ cải thiện tốt chiếm 96,67% trong đó khỏi hoàn toàn 66,67%, cải thiện rõ 30%. Các tác dụng phụ không mong muốn của phương pháp Nhiếp tam châm hầu như không ảnh hưởng đến các chỉ số sinh tồn, tại vị trí châm không bị nhiễm trùng hoặc gãy kim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tài Thu,** Châm cứu chữa bệnh –NXB Hà nội,tr 25
2. **Ngô Thị Thu Hương (2011),** "So sánh tác dụng điều trị bí đái cơ năng sau mổ trĩ của hai phương pháp xoa bóp bấm huyệt và điện châm", Luận văn thạc sỹ Y học, tr 42 – 56.
3. **Nguyễn Thị Thanh Hà (2012),** "Đánh giá hiệu quả điều trị châm cứu tiểu khó, bí tiểu ở sản phụ sau sanh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh (số16), tr 118.
4. **Nguyễn Thị Thúy Vân (2014),** "Đánh giá tác dụng điều trị bí đái cơ năng của phương pháp điện châm sử dụng miếng dán trên bệnh nhân sau mổ trĩ", Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, tr 22 – 39.
5. **Lê Văn Trung (2018),** "Ứng dụng của phương pháp điện châm điều trị bí tiểu cơ năng tại Bệnh viện da liễu trung ương Quy hòa".
6. **彭增福 (2000). 靳三针疗法,** 上海科学技术出版社,3 - 9,38 - 9. Chai Tie Fu (2000). Cận tam châm liệu pháp, Nhà xuất bản khoa học công nghệ Thượng Hải, 3- 9, 38- 9.
7. **Jia Chao, Han Dexiong, Jiang Guimei (2008).** Tổng quan và tiến bộ của Cận tam châm trong điều trị chứng liệt nửa người sau đột quỵ, Tạp chí châm cứu lâm sàng, 24(12), 43- 44.
8. **贾超，韩德雄，姜桂美 (2008).** "靳三针"治疗中风后偏瘫临床研究的系统回顾与进展,《针灸临床杂志》, 24 (12), 43 - 44.
9. **Sun Kun, Shen Wei, Han Dexiong (2010).** Đánh giá hiệu quả chức năng vận động của chân và hoạt động hàng ngày của Cận tam châm trên bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ, Tạp chí Trung Y, 51 (6), 524 - 527.
10. **FU YQ (2013),** Clinical observation on deep-oblique acupuncture with long needle at Guanyuan (CV 4) for urinary retention, Zhongguo Zhen Jiu., 33(12):1071-5.

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở PHỤ NỮ LOÃNG XƯƠNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2020

Đinh Thị Thanh Mai[1], Thái Văn Chương[2], Vũ Văn Thái[1], Võ Thị Thanh Hiền[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng xương ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của phụ nữ đã được các nhà thấp khớp học trên thế giới tìm hiểu và đưa ra những báo cáo thống kê đáng để khẳng định điều này. Đánh giá đúng chất lượng cuộc sống của từng bệnh nhân loãng xương giúp cho người thầy thuốc có chiến lược tư vấn, điều trị và dự phòng phù hợp.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương 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, phỏng vấn theo bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 ở phụ nữ.

Kết quả:

+ Điểm chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương là 35,3 ± 16,28 được xếp loại ở mức thấp theo thang điểm SF-36 và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không loãng xương là 55,9 ± 19,59, với p < 0,01.

+ Chất lượng cuộc sống ở tất cả 8 lĩnh vực đánh giá và 2 khía cạnh sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của phụ nữ loãng xương đều thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương, p < 0,01.

Từ khóa: loãng xương, chất lượng cuộc sống.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai
Email: dtthanhmai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021
Ngày duyệt bài: 21.5.2021

SUMMARY

THE SITUATION OF LIFE QUALITY IN WOMEN WITH OSTEOPOROSIS EXAMINED AT HUU NGHI GENERAL HOSPITAL IN NGHE AN IN 2020

Rationale: It has been investigated by rheumatologists whether osteoporosis affects the quality of women's life and and they have given statistic reports to comfirm this. A proper evaluation of each osteoporotic patient's life quality helps doctors to have an appropriate strategy of consultation, treatment and prevention.

Objectives: To describe the situation of life quality of women with osteoporosis 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 in the interviews based on the questionnaires to evaluate life quality according to SF-36 scale in women.

Results:

+ The score of life quality in osteoporotic women was 35.3 ± 16.28, ranked low on the SF-36 scale and statistically significantly lower than the non-osteoporosis group of 55.9 ± 19.59, with p <0.01.

+ The life quality scores in all 8 evaluation areas and 2 aspects of physical and mental health of osteoporotic women were significantly lower than the group without osteoporosis, p <0.01.

Key word: osteoporosis, life quality

I. 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, hơn 75 triệu người ở Châu Âu, Mỹ và Nhật Bản và ngày càng gia tăng khi tuổi thọ ngày càng cao.

Loãng xương ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của phụ nữ đã được các nhà thấp khớp học trên thế giới tìm hiểu và đưa ra những báo cáo thống kê đáng để khẳng định điều này. Đánh giá đúng chất lượng cuộc sống của từng bệnh nhân loãng xương giúp cho người thầy thuốc có chiến lược tư vấn, điều trị và dự phòng phù hợp hơn [8]. Hiện nay, để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân người ta sử dụng có rất nhiều công cụ là các bộ câu hỏi như: Short Form-36, Short Form-12, Euro Quality of life 5 Dimention, Healthcare Access and Quality Index...[10]. Nhiều quốc gia trên thế giới đã áp dụng thường xuyên các thang điểm đánh giá chất lượng sống trong đó có bộ câu hỏi Short Form-36 trong quá trình theo dõi và điều trị cho phụ nữ loãng xương [6], [8], [9].

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 đánh giá loãng xương và nâng cao chất lượng cuộc sống cho phụ nữ là vô cùng cần thiết .

Để góp phần vào công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương 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:

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

α: Mức ý nghĩa thống kê.

Δ: Khoảng sai lệnh mong muốn.

p: Xác suất loãng xương ở phụ nữ theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan [3].

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 (trong đó chia ra 2 nhóm loãng xương và không loãng xương)

2.4.3. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

- Thông tin chung: địa dư, học vấn, nghề nghiệp, tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Chất lượng cuộc sống, phân loại chất lượng cuộc sống

2.4.4 Phương pháp thu thập thông tin

2.4.4.1. Công cụ thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi phỏng vấn theo bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 ở phụ nữ.

- Đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép.

2.4.4.2. 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: $BMI < 18,5$ kg/m^2

+ Bình thường: $18,5 \leq BMI \leq 22,9$ kg/m^2

+ Thừa cân và béo phì: $BMI \geq 23$ 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 [3].

* Đo mật độ xương

- Thiết bị đo: Bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual energy Xray abssorptiometry - DXA).

Chất lượng cuộc sống

- Đối tượng nghiên cứu trả lời bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36. Điều tra viên luôn có mặt để giải thích những từ ngữ khó hiểu theo định nghĩa của từng lĩnh vực, khía cạnh.

- Bộ câu hỏi SF-36 (Phiên bản 1.0) có 36 câu hỏi, gồm 8 yếu tố về sức khỏe: Hoạt động thể lực; Chức năng thể lực; Cảm giác đau; Hoạt động sức khỏe chung; Sức sống; Hoạt động xã hội; Chức năng cảm xúc; Sức khỏe tâm lý [9].

- Cho điểm các câu hỏi, chuyển đổi điểm số của các câu trả lời theo bảng dưới đây. Điểm càng cao thì xác định tình trạng sức khỏe càng tốt. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100.

Bảng 2.1 Cách cho điểm bộ câu hỏi SF-36

Câu hỏi	Câu trả lời	Điểm số
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100

	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40

	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Bảng 2.1. Cách tính điểm cho 8 yếu tố trong bộ câu hỏi SF-36

Yếu tố	Số lượng	Câu hỏi
Hoạt động thể lực	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Chức năng thể lực	4	13, 14, 15, 16
Cảm giác đau	2	21, 22
Hoạt động sức khỏe chung	5	1, 33, 34, 35, 36
Sức sống	4	23, 27, 29, 31
Hoạt động xã hội	2	20, 32
Chức năng cảm xúc	3	17, 18, 19
Sức khỏe tâm lý	5	24, 25, 26, 28, 30

Các điểm số từ các câu hỏi thuộc từng yếu tố đặc biệt của tình trạng sức khỏe được gộp lại để tính trung bình chung và trung bình riêng của 8 yếu tố, điểm sức khỏe thể chất và điểm sức khỏe tâm thần.

Điểm SF-36 sau khi được tính sẽ được dùng để phân loại bệnh nhân theo bảng sau:

Bảng 2.2. Phân loại chất lượng cuộc sống theo SF-36

Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36	Phân loại
≤ 25	Rất thấp
26 - 50	Thấp
51 - 75	Trung bình
> 75	Cao

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.

- Khống 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 tại khoa khám bệnh 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 $\chi 2$ 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. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Thông tin chung		**n**	**Tỷ lệ (%)**
Địa dư	Thành thị	200	27,78
	Nông thôn	520	72,22
Nghề nghiệp	Hoạt động	278	38,61
	Tĩnh tại	442	61,39
Trình độ học vấn	Mù chữ	40	5,56
	Tiểu học	192	26,67
	Trung học cơ sở	377	52,36
	Phổ thông trung học	79	10,97
	Cao đẳng và Đại học	32	4,44

Nhận xét: - Đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung ở vùng nông thôn và làm nghề nghiệp có tính chất tĩnh tại chiếm tỷ lệ tương ứng 72,22% và 61,39%.

- Nhóm đối tượng nghiên cứu có học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 52,36% và nhóm có học vấn cao đẳng và đại học chiếm tỷ lệ thấp nhấp 4,44%.

Bảng 3.2. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Tuổi (năm)		**n**	**Tỷ lệ (%)**
Nhóm tuổi	< 50	60	8,33
	50-59	149	20,69
	60-69	201	27,92
	≥ 70	310	43,06
Tuổi trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	66,2 ± 12,04		

Nhận xét: Tuổi trung bình 66,2 ± 12,04, trong đó nhóm phụ nữ ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,06% và nhóm < 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,33%.

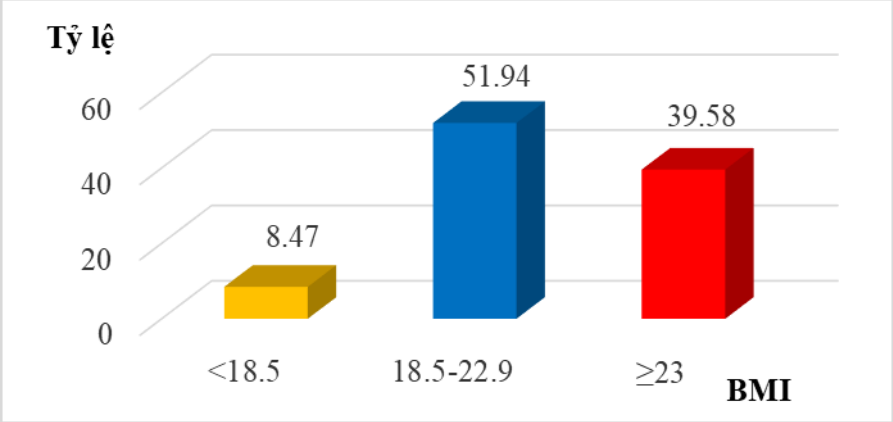
Bảng 3.3. Chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Chỉ số nhân trắc	Trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	Min	Max
Chiều cao (cm)	148,6 ± 6,07	130	167
Cân nặng (kg)	49,8 ± 8,58	25	80
BMI (kg/m^2)	22,5 ± 3,20	11,9	35,6

Nhận xét:

- Chiều cao trung bình: 148,6 ± 6,07; Cao nhất: 167 cm; Thấp nhất: 130 cm.
- Cân nặng trung bình: 49,8 ± 8,58; Cao nhất: 80 kg; Thấp nhất: 25 kg.
- BMI trung bình: 22,5 ± 3,20 (kg/m^2); Cao nhất: 35,6 kg/m^2;

Thấp nhất: 11,9 kg/m^2.



Hình 3.1. Phân loại BMI của đối tượng nghiên cứu (n = 720)

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm 39,58%, những người gầy chiếm chiếm 8,47%.

3.2. Chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương

Bảng 3.4. Điểm chất lượng cuộc sống sức khỏe thể chất của đối tượng nghiên cứu theo SF-36 (n = 720)

Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36 ($\bar{X}$ ± SD)	Loãng xương (n = 391)	Không loãng xương (n = 329)	p
Hoạt động thể lực	48,8 ± 19,84	70,9 ± 21,53	< 0,01
Chức năng thể lực	19,8 ± 23,49	48,8 ± 34,13	< 0,01
Cảm giác đau	19,0 ± 17,30	38,5 ± 20,15	< 0,01
Hoạt động sức khỏe chung	34,8 ± 21,43	56,8 ± 27,91	< 0,01
Khía cạnh Sức khỏe thể chất	30,6 ± 17,87	53,8 ± 22,98	< 0,01

Nhận xét: Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở khía cạnh và các lĩnh vực của sức khỏe thể chất gồm: Hoạt động thể lực, chức năng thể lực, cảm giác đau, hoạt động sức khỏe chung, sức khỏe chung ở phụ nữ loãng xương thấp hơn ở phụ nữ không loãng xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.5. Điểm chất lượng cuộc sống sức khỏe tinh thần của đối tượng nghiên cứu theo SF-36 (n = 720)

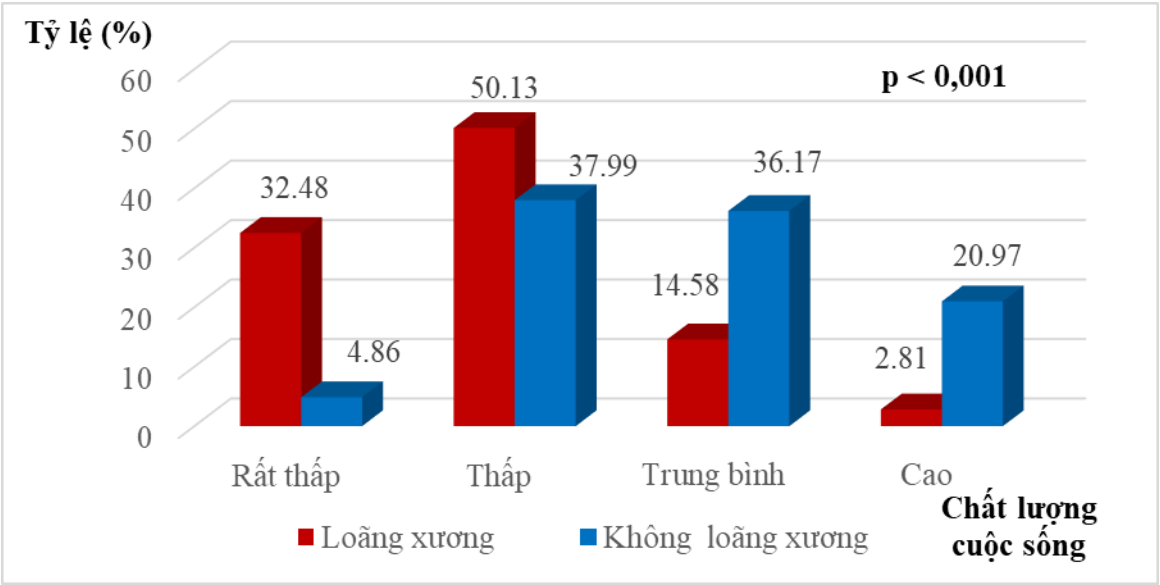
Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36 ($\bar{X}$ ± SD)	**Loãng xương (n = 391)**	**Không loãng xương (n = 329)**	**p**
Sức sống	38,1 ± 14,86	51,8 ± 15,40	< 0,01
Hoạt động xã hội	28,3 ± 19,31	48,3 ± 19,76	< 0,01
Chức năng cảm xúc	24,04 ± 24,26	51,1 ± 31,01	< 0,01
Sức khỏe tâm lý	39,6 ± 13,75	51,9 ± 15,40	< 0,01
Khía cạnh Sức khỏe tinh thần	32,5 ± 16,10	50,8 ± 17,63	< 0,01

Nhận xét: Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở khía cạnh và các lĩnh vực của sức khỏe tinh thần gồm: Sức sống, hoạt động xã hội, chức năng cảm xúc, sức khỏe tâm lý ở phụ nữ loãng xương thấp hơn ở phụ nữ không loãng xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.6. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình của đối tượng nghiên cứu theo SF-36 (n = 720)

Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36 ($\bar{X}$ ± SD)	**Loãng xương (n = 391)**	**Không loãng xương (n = 329)**	**p**
Điểm SF-36 chung	35,3 ± 16,28	55,9 ± 19,59	< 0,001

Nhận xét: Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương được phân loại ở mức thấp và thấp hơn ở phụ nữ không loãng xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.



Hình 3.4. Phân loại chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo SF-36 (n = 720)

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ loãng xương có chất lượng cuộc sống ở mức rất thấp và thấp chiếm 32,48% và 50,13%, cao hơn so với phụ nữ không loãng xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng cuộc sống ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 720 phụ nữ được điều tra, các đối tượng chủ yếu tập trung vùng nông thôn chiếm 72,22%, làm nghề nghiệp có tính chất tính tại chiếm 61,39% và có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 52,36% (Bảng 3.1). Độ tuổi trung bình là 66,2 ± 12,04, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,06% và nhóm < 50 tuổi chiếm 8,33% (Bảng 3.2), kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự (2015) khi nghiên cứu mật độ xương trên 988 phụ nữ trên 50 tuổi tại miền Bắc Việt Nam tuổi trung bình là 64,38 ± 9,27 [3].

- Chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu là 148,6 ± 6,07cm (Bảng 3.3) tương tự của Tào Minh Thúy (2013) là 152,1 ± 5,7 cm [5], của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) là 149,89 ± 6,05 cm [4].

- Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 49,8 ± 8,58 kg (Bảng 3.3), tương tự như kết quả của Tào Minh Thúy (2013) là 52,91 ± 8,43 kg [4], của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) là 51,75 ± 9,07 kg [4]. BMI trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 22,5 ± 3,20 kg/m^2 (Bảng 3.3), trong đó tỷ lệ người gầy chiếm 8,47% và tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 39,58% (Hình 3.1). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Tào Minh Thúy (2013) là 22,86 ± 3,31 kg/m^2 [4], Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) là 22,98 ± 3,48 kg/m^2 [3].

4.2. Chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu được chia thành hai nhóm loãng xương và không loãng xương, sử dụng SF-36 đánh giá chất lượng cuộc sống ở mỗi nhóm trên tất cả các khía cạnh.

4.2.1. Điểm sức khỏe thể chất: Physical component summary (PCS)

Điểm sức khỏe thể chất bao gồm 4 yếu tố: Hoạt động thể lực, chức năng thể lực, cảm giác đau của cơ thể và hoạt động sức khỏe chung.

- Hoạt động thể lực (Physical Functioning – PF)

Điểm hoạt động thể lực trung bình của phụ nữ mắc loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,8 ± 19,84 thấp hơn nhóm không loãng xương 70,9 ± 21,53, có ý nghĩa với p < 0,01 (Bảng 3.4). Theo Ciubean A. D (2018) khi nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở 364 phụ nữ Rumani mãn kinh mắc loãng xương và gãy xương, cho kết quả điểm trung bình hoạt động thể lực ở nhóm loãng xương là 50 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 55 với p < 0,01 [6].

- Chức năng thể lực (Role physical - RP)

+ Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm chức năng thể lực của phụ nữ loãng xương là 19,8 ± 23,49 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương 48,8 ± 34,13 (Bảng 3.4). Kết quả này tương tự với các tác giả Ciubean A.D (2018) và Hopman (2019).

+ Tác giả Hopman và cộng sự (2019) đánh giá chất lượng cuộc sống trên dữ liệu 5.266 phụ nữ Canada theo thang điểm SF-36 cho kết quả ở phụ nữ không mắc loãng xương điểm chức năng thể lực 76,4 ± 36,7 trong khi ở nhóm loãng xương là 57,5 ± 43,1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [8].

- Cảm giác đau của cơ thể (Bodily pain - BP)

+ Điểm cảm giác đau cơ thể nghiên cứu

được trên 720 phụ nữ là 27,8 ± 20,95, ở nhóm loãng xương 19,0 ± 17,30 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương 38,5 ± 20,15 với p < 0,01 (Bảng 3.4).

+ Tác giả Hopman (2019) đánh giá chất lượng cuộc sống trên dữ liệu 5.266 phụ nữ Canada theo thang điểm SF-36 cho kết quả ở phụ nữ không mắc loãng xương điểm cảm giác đau 72,8 ± 23,7, trong khi ở nhóm loãng xương là 58,2 ± 25,6 thấp hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [8].

- Hoạt động sức khỏe chung (General healthy - GH)

+ Đây là yếu tố cuối cùng trong nhóm hoạt động thể lực (PCS), nghiên cứu của chúng tôi tính được chỉ số này của nữ giới loãng xương 34,8 ± 21,43 thấp hơn nhóm không loãng xương 56,8 ± 27,91 có ý nghĩa với p < 0,01 (Bảng 3.4).

+ Ferreira N và cộng sự (2008) nghiên cứu trên 220 phụ nữ sau mãn kinh chia thành 2 nhóm loãng xương và nhóm chứng, nhận thấy điểm hoạt động sức khỏe chung theo SF-36 ở nhóm loãng xương là 63,6 ± 24,0 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 82,1 ± 16,9 với p < 0,001 [7]. Trong đó nhóm phụ nữ loãng xương điểm sức khỏe thể chất là 30,6 ± 17,87, nhóm không loãng xương là 53,8 ± 22,98 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 3.4).

Như vậy, để cải thiện được chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe thể chất của phụ nữ loãng xương cần phải cải thiện các triệu chứng đau và cải thiện chức năng thể lực của người bệnh.

4.2..2. Điểm sức khỏe tinh thần Mental component summary (MCS)

Điểm sức khỏe tinh thần (MCS) bao gồm 4 khía cạnh: Sức sống, hoạt động xã hội, chức năng cảm xúc và sức khỏe tâm lý.

- Sức sống (Vitality - VT)

+ Sức sống ảnh hưởng tới thái độ của bệnh nhân với tình trạng bệnh của bản thân, đánh giá khả năng đối mặt với khó khăn. Điểm sức sống ở phụ nữ loãng xương 38,1 ± 14,86 phân loại ở mức thấp và thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương 51,8 ± 15,40 (Bảng 3.5) với p < 0,01.

+ So với kết quả nghiên cứu của các tác giả Ferreira N (2008), Ciubean A.D (2018) và Hopman (2019) chúng tôi nhân thấy, phụ nữ Việt Nam có điểm sức sống thấp hơn các nước phát triển. Tuy nhiên kết quả tương đồng khi chỉ ra phụ nữ loãng xương điểm sức sống thấp hơn hẳn so với nhóm phụ nữ không bị mắc loãng xương.

- Hoạt động xã hội (Social function - SF)

+ Hoạt động xã hội thể hiện khả năng duy trì mối quan hệ của bệnh nhân với mọi người xung quanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm hoạt động xã hội ở phụ nữ loãng xương 28,3 ± 19,31 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương 48,3 ± 19,76 với p < 0,01 (Bảng 3.5).Ferreira N và cộng sự (2008) nghiên cứu trên 220 phụ nữ sau mãn kinh chia thành 2 nhóm loãng xương và nhóm chứng, nhận thấy điểm hoạt động xã hội theo SF-36 ở nhóm loãng xương là 79,8 ± 27,1 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 91,1 ± 22,1 với p < 0,001 [7].

+ Theo Ciubean A. D (2018) khi nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở 364 phụ nữ Rumani mãn kinh mắc loãng xương và gãy xương, cho kết quả điểm trung bình hoạt động xã hội ở nhóm loãng xương là 50 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 62,5 với p < 0,01 [6].

Tác giả Hopman và cộng sự (2019) đánh giá chất lượng cuộc sống trên dữ liệu 5.266 phụ nữ Canada theo thang điểm SF-36 cho kết quả ở phụ nữ không mắc loãng xương điểm hoạt động xã hội 87,1 ± 20,1, trong khi

ở nhóm loãng xương là 78,8 ± 25,9 thấp hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [8].

- Chức năng cảm xúc (Role emotional - RE)

+ Chức năng cảm xúc tốt giúp duy trì khả năng làm việc, lao động kéo dài và đạt hiệu quả tốt. Điểm hoạt động xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi tính trên phụ nữ loãng xương là 28,3 ± 19,31 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương là 48,3 ± 19,76 với p < 0,01 (Bảng 3.5). Ferreira N và cộng sự (2008) nghiên cứu trên 220 phụ nữ sau mãn kinh chia thành 2 nhóm loãng xương và nhóm chứng, nhận thấy điểm chức năng cảm xúc theo SF-36 ở nhóm loãng xương là 58,7± 43,2 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 84,1 ± 33,2 với p < 0,001 [7].

+ Theo Ciubean A.D (2018) khi nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở 364 phụ nữ Rumani mãn kinh mắc loãng xương và gãy xương, cho kết quả điểm trung bình chức năng cảm xúc ở nhóm loãng xương là 33,33 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 66,66 với p < 0,001 [6].

- Sức khỏe tâm lý (Mental healthy - MH)

Sức khỏe tâm lý thể hiện tinh thần lạc quan với bệnh tật của bệnh nhân. Trong nghiên cứu củ chúng tôi sức khỏe tâm lý ở phụ nữ loãng xương 39,6 ± 13,75 thấp hơn nhóm không loãng xương 51,9 ± 15,40, có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 3.5).

Theo Ciubean A. D (2018) khi nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở 364 phụ nữ Rumani mãn kinh mắc loãng xương và gãy xương, cho kết quả điểm trung bình sức khỏe tâm lý ở nhóm loãng xương là 56 thấp hơn có ý nghĩa so với ở nhóm chứng là 60 với p < 0,001 [6].

Tác giả Hopman và cộng sự (2019) đánh giá chất lượng cuộc sống trên dữ liệu 5.266 phụ nữ Canada theo thang điểm SF-36 cho kết quả ở phụ nữ không mắc loãng xương điểm sức khỏe tâm lý 78,7 ± 15,1, trong khi ở nhóm loãng xương là 74,8 ± 17,1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [8].

Chúng tôi tính được điểm sức khỏe tinh thần (MCS) trong nghiên cứu ở nhóm phụ nữ loãng xương điểm sức khỏe tinh thần là 32,5 ± 16,10 phân loại ở mức thấp và nhóm không loãng xương là 55,9 ± 19,59, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 3.6).

4.2.3. Điểm chất lượng cuộc sống SF-36 chung

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phụ nữ loãng xương có chất lượng cuộc sống ở mức thấp (50,13%) và rất thấp (32,38%) cao hơn có ý nghĩa so với phụ nữ không bị loãng xương (tương ứng là 37,99% và 4,96%) với p < 0,001. Ngược lại, chất lượng cuộc sống ở mức trung bình và cao ở nhóm không loãng xương cao hơn có ý nghĩa so với nhóm mắc loãng xương (Hình 3.4). Điểm chất lượng cuộc sống trung bình các bệnh nhân nhóm loãng xương là 35,3 ± 16,28 thấp hơn nhóm không loãng xương 55,9 ± 19,59, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 3.6).

Bianchi và cộng sự (2005) đánh giá chất lượng cuộc sống ở phụ nữ sau mãn kinh mắc loãng xương nhận thấy chất lượng cuộc sống giảm 41% ở nhóm phụ nữ loãng xương so với nhóm đối chứng [5].

Theo Ciubean A. D (2018) khi nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở 364 phụ nữ Rumani mãn kinh mắc loãng xương và gãy xương, cho kết quả điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở nhóm loãng xương là 30, trong khi đó ở nhóm chứng là 70 với p < 0,001 và đưa ra kết luận chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương, đặc biệt khi có gãy xương thấp hơn nhóm không loãng xương [6].

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:

- Chất lượng cuộc sống của phụ nữ:

+ Điểm chất lượng cuộc sống ở phụ nữ loãng xương là 35,3 ± 16,28 được xếp loại ở mức thấp theo thang điểm SF-36 và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không loãng xương là 55,9 ± 19,59, với $p < 0,01$.

+ Chất lượng cuộc sống ở tất cả 8 lĩnh vực đánh giá và 2 khía cạnh sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của phụ nữ loãng xương đều thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không loãng xương, $p < 0,01$.

KIẾN NGHỊ

Tuyên truyền rộng rãi kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở phụ nữ nhằm can thiệp kịp thời để phòng ngừa, điều trị và hạn chế biến chứng gãy xương, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

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 **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).
3. **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.
4. **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.
5. **Bianchi Maria Luisa, Orsini Maria Rosa, Saraifoger Silviaand et al. (2005),** Quality of life in post-menopausal osteoporosis, Health and quality of life outcomes, 3, pp. 78-78.
6. **Ciubean Alina Deniza, Ungur Rodica Ana, Irsay Laszloand et al. (2018),** Health-related quality of life in Romanian postmenopausal women with osteoporosis and fragility fractures, Clinical interventions in aging, 13, pp. 2465-2472.
7. **Ferreira Neville, Arthuso Michael, Silva Raimundaand et al. (2008),** Quality of life in women with postmenopausal osteoporosis: Correlation between QUALEFFO 41 and SF-36, Maturitas, 62, pp. 85-90.
8. **Hopman W. M., Berger C., Joseph L.and et al. (2019),** Longitudinal assessment of health-related quality of life in osteoporosis: data from the population-based Canadian Multicentre Osteoporosis Study, Osteoporosis International, 30,(8), pp. 1635-1644.
9 **Kerschan-Schindl K., Patsch J., Kudlacek S.and et al. (2012),** Measuring quality of life with the German Osteoporosis Quality of Life Questionnaire in women with osteoporosis, Wien Klin Wochenschr, 124,(15-16), pp. 532-7.
10 **Madureira Melisa M., Ciconelli Rozana M.and Pereira Rosa M.R. (2012),** Quality of life measurements in patients with osteoporosis and fractures, Clinics (Sao Paulo, Brazil), 67,(11), pp. 1315-1320.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM ĐA RỄ VÀ DÂY THẦN KINH CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Tuấn Lượng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính. Nhận xét các đặc điểm điện sinh lý thần kinh của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 25 bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính được điều trị nội trú tại khoa thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 07 năm 2020. Nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48,16 ± 12,45 tuổi, thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát là 1 – 2 tuần. Triệu chứng giai đoạn khởi phát: bệnh biểu hiện từ từ tăng dần (84%) với đa số là khởi phát từ chi dưới (80%). Biểu hiện lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) có mức độ chắc chắn chẩn đoán xác định. Đặc điểm điện sinh lý: có hiện tượng hủy myelin ở trên 2 dây thần kinh và đối xứng, biểu hiện: thời gian tiềm vận động, cảm giác ngoại vi bị kéo dài; giảm tốc độ dẫn truyền vận động, cảm giác; thời gian tiềm của sóng F và phản xạ H bị kéo dài hoặc mất, …

Từ khóa: Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính, điện sinh lý.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Lượng
Email: Luong_tk10@live.com
Ngày nhận bài: 23.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2021
Ngày duyệt bài: 22.5.2021

SUMMARY

A STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND ELECTRONEUROPHYSIOLOGY ON PATIENTS OF ACUTE INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYRADICULONEUROPATHY IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical characteristics of acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP). To review the electroneurophysiological characteristics of AIDP. **Method:** Our study included 25 patients with AIDP, treated at the Neurology Department of Viet Tiep friendship hospital from Jan 2017 to Jul 2020. The horizontal – cut description and convenience sampling are studied. **Resulted:** Average age 48,16 ± 12,45; the time between onset and spread are 1 to 2 weeks. The onset: Disease manifestations is slowly ascending (84%) and begin at the foot (80%). The standard of diagnosis are very importantly Asbury, Cornblath (1990) and Brighton (2003). Electroneurophysiology: have demyelinating with more two nervous and have symmetry, …

Keywords: Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP), Electroneurophysiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính là một trong số các nguyên nhân thường gặp của liệt cơ cấp tính ngoại biên. Biểu hiện tổn

thương bệnh học và đặc điểm điện sinh lý kiểu hủy myelin từng đoạn ở rễ và dây thần kinh [4]. Tỷ lệ mắc mới hàng năm từ 0,6 đến 2,4 trường hợp trong 100 000 dân, gần đây có xu hướng tăng [2], [4].

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có biểu hiện lâm sàng khởi đầu là dị cảm, tê bì ở ngọn chi, liệt vận động lan lên và có tính chất đối xứng. Chính vì vậy việc phát hiện và điều trị sớm là rất quan trọng [4], [5]. Ngày nay, với những tiến bộ trong khảo sát điện sinh lý cùng với xét nghiệm dịch não tủy, việc chẩn đoán viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có nhiều thuận lợi.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý thần kinh của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp "

Nhằm thực hiện hai mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.

2. Nhận xét các đặc điểm điện sinh lý thần kinh của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu chọn được 25 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 07 năm 2020, thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Chẩn đoán là viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính theo tiêu chuẩn của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) [4]: Lâm sàng: Tiêu chuẩn bắt buộc phải có: liệt tiến triển ở 2 chân hay tứ chi, mất hoặc giảm phản xạ gân xương. Tiêu chuẩn hỗ trợ: liệt cơ tiến triển < 4 tuần, liệt đối xứng, rối loạn cảm giác, liệt dây thần kinh sọ. Cận lâm sàng: điện sinh lý: có hiện tượng hủy myelin. Dịch não tủy: có hiện tượng phân ly đạm tế bào.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Bệnh nhân không đồng ý tham gia và có biểu hiện liệt cơ do các bệnh khác: viêm đa rễ và dây thần kinh mất myelin mạn tính, nhược cơ, liệt chu kỳ do hạ kali, …

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện và mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được làm bệnh án theo mẫu thống nhất. Bệnh nhân được thăm khám tỷ mỷ và theo hệ thống: khám vận động, khám cảm giác, khám phản xạ, khám 12 đôi dây thần kinh sọ não, khám dinh dưỡng và cơ tròn, …

Một số thang điểm đánh giá: mức độ yếu cơ theo thang điểm của Hội đồng nghiên cứu y khoa (MRC) của nước Anh, mức độ nặng của Hughes [3], [4].

Một số xét nghiệm đánh giá: các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm chẩn đoán xác định: điện sinh lý, chọc dò tủy sống thắt lưng, ...

2.2.3. Xử lý số liệu và đạo đức trong nghiên cứu: Sử dụng thuật toán thống kê trên chương trình SPSS 11.5. Tuân thủ chặt chẽ đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng.

Trong khoảng thời gian 1 tuần từ khi xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất (68,29%). Trong số này không thấy có bệnh nhân nào có thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát trên 4 tuần.

Bảng 2.1. Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornbalth.

Vị trí / Triệu chứng	Chi trên		Chi dưới	
	số bệnh nhân	tỷ lệ%	số bệnh nhân	tỷ lệ%
Liệt vận động.	16	64	20	80
Phản xạ gân xương giảm.	16	64	20	80
Liệt cơ tiến triển <4 tuần.	16	64	20	80
Liệt đối xứng.	16	64	20	80
Rối loạn cảm giác.	17	68	22	88

Nhận xét: Như vậy, đa số các trường hợp (>80%) có biểu hiện triệu chứng chi dưới. Trong đó liệt thần kinh sọ có 6 bệnh nhân (24%).

Bảng 2.2. Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ chắc chắn của Brighton.

Mức độ chắc chắn / Tiêu chuẩn	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4
Liệt vận động chi đối xứng	25	0	0	0
Phản xạ gân xương giảm.	25	0	0	0
Liệt cơ tiến triển < 4 tuần	25	0	0	0
Tế bào trong dịch não tuỷ <50.	0	16	0	0
Protein trong dịch não tuỷ <0,45.	0	16	0	0
Điện sinh lý chẩn đoán xác định.	25	0	0	0
Không có chẩn đoán khác	0	0	0	0

Nhận xét: Như vậy, tất cả các trường hợp (100%) có tính chất chẩn đoán chắc chắn (mức độ 1) là liệt vận động chi đối xứng, phản xạ gân xương giảm, liệt cơ dưới 4 tuần, đặc biệt là chẩn đoán điện.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng.

3.2.1. Đặc điểm dịch não tủy.

Bảng 2.3. Đặc điểm dịch não tủy:

Biểu hiện		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nồng độ Pr ($\overline{X} \pm SD$)	> 0,45 (g/l)	9	36
	< 0,45 (g/l)	16	64
Tế bào ($\overline{X} \pm SD$)	(> 10 BC/ mm^3)	4	16
	(< 10 BC/ mm^3)	21	84

Nhận xét: Nồng độ protein trung bình là 0,41 ± 0,05 g/l. Số lượng tế bào trong dịch não tuỷ 3,23 ± 0,04 tế bào. Đặc biệt trong 25 bệnh nhân này, kết quả chọc dịch não tủy có sự phân ly đạm – tế bào là 21,3%.

3.2.2. Đặc điểm điện sinh lý.

Bảng 2.4. Trung bình dẫn truyền vận động của thần kinh mác sâu và thần kinh chày (n=25).

	Mean ± SD (Min – Max)	
	Thần kinh mác sâu	**Thần kinh chày**
Thời gian tiềm vận động ngoại vi - DML (ms)		
Bên trái	6,98 ± 0,46 (3,2 – 7,5)	6,91 ± 0,66 (3,3 – 8,1)
Bên phải	6,85 ± 0,52 (3,0 – 7,4)	6,89 ± 0,68 (3,4 – 8,5)
p	0,14	0,13
Tốc độ dẫn truyền vận động – MCV (m/s)		
Bên trái	36,70 ± 2,27 (30,8 – 52,5)	36,10 ± 2,88 (32,0 – 56,0)
Bên phải	36,81 ± 3,20 (32,1 – 53,2)	35,94 ± 2,86 (32,4 – 57,4)
p	0,11	0,12
Biên độ M (mV)		
Bên trái	3,62 ± 1,64 (1 – 8,1)	9,49 ± 3,76 (6,0 – 22,4)
Bên phải	3,48 ± 1,37 (1 – 8,4)	9,71 ± 4,42 (5,6 – 26,5)
p	0,21	0,19

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian tiềm vận động ngoại vi kéo dài, tốc độ dẫn truyền vận động và biên độ giảm, có tính đối xứng. Sự thay đổi này so sánh với giá trị bình thường trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Công [1].

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung.

Như vậy, trong số 25 bệnh nhân nghiên cứu thấy: về giới tính: gồm 61,14% nam và 38,86% nữ. Độ tuổi: độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48,16 ± 12,45 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất 21 tuổi, cao tuổi nhất là 73 tuổi và tỷ lệ bệnh gặp ở các lứa tuổi không có sự khác biệt rõ ràng. Phù hợp với nhiều tác giả Ngô Đăng Thục là 38,10 ± 12,10 [2]. Theo Alter: ở mọi lứa tuổi, người trẻ nhất là trẻ sơ sinh, người già nhất là 95 tuổi [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng.

- Dấu hiệu báo trước: gồm sốt, phát ban, đau mỏi cơ và triệu chứng khác (hắt hơi, chảy nước mũi, đau họng, ...). Có thể đó là triệu chứng hay gặp của nhiễm vi rút Campylobacter jejuni [4]. Theo một số tác giả nghiên cứu như Asbury, Cornblath, ... tỷ lệ do nhiễm Campylobacter jejuni trước khi có biểu hiện toàn phát bệnh là 40,5% [5]. Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ không có triệu chứng chiếm đa số (72%).

- Thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát: trong khoảng thời gian 1 – 2 tuần từ khi xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất (76%). Tính chất khởi phát bệnh: có thể đột ngột hay từ từ tăng dần nhưng kết quả nghiên cứu thấy đa số các trường hợp (84%) có tính chất khởi phát từ từ tăng dần và khởi phát đột ngột chỉ chiếm 16%. Phù hợp kết quả của tác giả Asbury, Cornbalth, Winer,... [4], [5].

- Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornbalth chúng tôi thấy triệu chứng liệt vận động, liệt tính chất đối xứng, rối loạn cảm giác, liệt cơ tiến triển

dưới 4 tuần, … chiếm 100% ở các bệnh nhân trong đó biểu hiện tổn thương ở chi dưới nhiều hơn chi trên. - Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ chắc chắn của Brighton thấy mức độ 1 chiếm đa số (4/6 tiêu chuẩn).

- Triệu chứng rối loạn cảm giác ở giai đoạn toàn phát: có tới 85% là cảm giác nông (xúc giác), cảm giác đau chiếm 43,75% (chi trên) và 50% (chi dưới), cảm giác nhiệt chiếm 18,75% (chi trên) và 20% (chi dưới); không có trường hợp nào ảnh hưởng tới cảm giác sâu. Còn tính chất rối loạn cảm giác xuất hiện đối xứng hai bên, ưu thế ở ngọn chi và không có ranh giới cảm giác (100%). Như vậy, điều này đồng quan điểm với nhiều tác giả nghiên cứu [4], [5].

- Triệu chứng liệt vận động: vị trí liệt vận động ban đầu từ chi dưới chiếm 68%, từ chi trên chiếm 24% và từ thần kinh sọ chiếm 8% điều này phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả như Lê Minh,… [2], [4]. Với 8% liệt từ thần kinh sọ đó là những trường hợp được chẩn đoán là hội chứng Miller – Fisher; tỷ lệ này thường chiếm khoảng 5% theo Nortina, Nobuhiro, Winer, ... nghiên cứu [4]. Còn về mức độ liệt vận động thì đa số (61,8%) là liệt độ 4 – co cơ có thắng sức cản (theo phân loại MRC), độ 5 – vận động bình thường (27,2%), độ 3 – co cơ, nâng được chi (11%), còn độ 2 tới độ 0 không có trường hợp nào trong số 41 bệnh nhân nghiên cứu. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả như Asbury, Combalth, ... mức độ liệt nhẹ ở những bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính chiếm tỷ lệ cao nhất 62,69% liệt độ 4; điều này hoàn toàn phù hợp nghiên cứu của chúng tôi [4], [5].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng:

- Đặc điểm dịch não tủy: nồng độ protein trung bình là 0,41 ± 0,05 g/l. Số lượng tế bào trong dịch não tuỷ 3,23 ± 0,04 tế bào. Đặc biệt trong 25 bệnh nhân này, kết quả chọc dịch não tủy có sự phân ly đạm – tế bào là 21,3%. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân đến sớm (giai đoạn đầu của bệnh) chưa có sự thay đổi tính chất của dịch não tuỷ. Theo quan điểm tác giả Lê Minh cho rằng: đặc điểm nổi bật của dịch não tủy trong bệnh này là hiện tượng phân ly đạm – tế bào, nghĩa là tế bào trong dịch não tủy bình thường hoặc tăng rất ít nhưng protein trong đó tăng cao. Nhiều tác giả khác cũng có quan điểm tương tự như vậy như Asbury, Cornbath, Nortina, Nobuhiro, Winer,... [4], [5].

- Đặc điểm điện sinh lý: theo tiêu chuẩn chẩn đoán điện sinh lý của Asbury và Cornbalth (1990) là có hiện tượng hủy myelin ở ít nhất 2 dây thần kinh trở lên: thời gian tiềm vận động ngoại vi bị kéo dài, giảm tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm của sóng F bị kéo dài hoặc mất; đặc điểm trên biểu hiện ở cả chi trên và chi dưới. Kết quả nghiên cứu ở chi trên thấy: thời gian tiềm vận động ngoại vi ở thần kinh giữa là 5,28 ± 0,16 (3,2 – 6,5) ms (bên trái), là 5,81 ± 0,32 (3,0 – 6,4) ms (bên phải). Tốc độ dẫn truyền vận động ở thần kinh trụ là 4,12 ± 1,88 (2,0 – 6,1) (bên trái) và 4,36 ± 1,46 (2,4 – 5,7) (bên phải). Biên độ ở thần kinh giữa là 3,22 ± 1,64 (1 – 6,1) mV (bên trái) và 3,18 ± 1,07 (1 – 7,4) mV (bên phải), … Kết quả nghiên cứu ở chi dưới thấy: thời gian tiềm vận động ngoại vi ở thần kinh mác sâu là 6,98 ± 0,46 (3,2 – 7,5) ms (bên trái), là 6,85 ± 0,52 (3,0 – 7,4) ms (bên phải). Tốc độ dẫn truyền vận động ở thần kinh chày là 36,10 ± 2,88 (32,0 – 56,0) (bên trái) và 35,94 ± 2,86 (32,4 – 57,4) (bên phải). Biên độ ở thần kinh mác sâu là 3,62 ± 1,64 (1 – 8,1) mV (bên trái) và 3,48 ± 1,37 (1 – 8,4) mV (bên phải),

… Tuy nhiên, sự chênh lệch giữa 2 bên ở cả chi trên và chi dưới là không có sự khác biệt. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Công, Kimura đều phù hợp [4], [5].

Khi nghiên cứu thêm sóng H thấy: thời gian tiềm của sóng H cũng kéo dài hoặc mất có giá trị trung bình là 11,6 ± 2,03 (10,9 – 36) ms (bên trái). Bên cạnh đó, biên độ trung bình của phản xạ H cũng giảm (3,16 ± 1,85 (0,7 – 9,1) mV) (bên phải) vì thế tỷ lệ H/M giảm. Điều này càng củng cố cho tiêu chuẩn chẩn đoán điện sinh lý giống nghiên cứu của Asbury và Cornbalth (1990) là có hiện tượng hủy myelin ở dây thần kinh bị tổn thương [1], [5].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 25 bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Tỷ lệ bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, độ tuổi trung bình là 38,23 ± 13,45 tuổi và không có sự khác nhau giữa hai giới.

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính:

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có đặc điểm lâm sàng như sau:

- Dấu hiệu lâm sàng báo trước thường không rõ ràng (72%). Thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát khoảng 1 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (76%).

- Triệu chứng giai đoạn khởi phát: bệnh có tính chất khởi phát biểu hiện từ từ tăng dần (84%) với đa số là khởi phát từ chi dưới (80%).

- Biểu hiện lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) có mức độ chắc chắn chẩn đoán xác định.

3.2. Đặc điểm điện sinh lý của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có đặc điểm điện sinh lý chứng tỏ có hiện tượng hủy myelin ở ít nhất 2 dây thần kinh trở lên biểu hiện: thời gian tiềm vận động, cảm giác ngoại vi bị kéo dài; giảm tốc độ dẫn truyền vận động, cảm giác; thời gian tiềm của sóng F và phản xạ H bị kéo dài hoặc mất; đặc điểm trên biểu hiện ở cả chi trên và chi dưới.

KIẾN NGHỊ

Điện sinh lý là kỹ thuật chẩn đoán điện sinh lý thần kinh hiện đại, giá thành hợp lý, có thể chẩn đoán xác định bệnh lý viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính vì thế nên chú ý kết hợp giữa khám lâm sàng và xét nghiệm điện sinh lý trong thực hành lâm sàng chẩn đoán bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Công** (2013). Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ. Nhà xuất bản y học, 7 – 60
2. **Lê Minh** (2006). Tiếp cận chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên, Thần kinh học. Nhà xuất bản đại học Quốc Gia, TP.Hồ Chí Minh, 17 – 39.
3. **Asbury AK, Cornblath DR** (2018), "Assessement of current diagnosis criteria for Guillain – Barré". Ann Neurol, (27), 21 – 24.
4. **Hugh J Willison** (2016). Celebrating a Century of Progress in Guillain-Barré Syndrome.
5. **Ropper AH.** (2019). "Guillain – Barré syndrome", N Engl J Med, (326), 6.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ MẪU BỆNH PHẨM MÁU CẤY VI KHUẨN DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2019

Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Vũ Tuấn Cường[3], Nguyễn Tuấn Anh[3]

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thiết kế hồi cứu mô tả nhằm mục đích: 1. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân có mẫu máu cấy vi khuẩn dương tính 2. Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân có mẫu máu cấy vi khuẩn dương tính. Nghiên cứu đã tiến hành phân tích hồi cứu 47 hồ sơ bệnh án có mẫu bệnh phẩm máu cấy vi khuẩn dương tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy đường vào phổ biến của vi khuẩn là tiết niệu và gan mật (21,28 %), ngoài ra các con đường khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như da mô mềm, hô hấp, tiêu hóa. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm (80,85%), trong đó E.coli ESBL chiếm tỷ lệ cao nhất (29,79%) sau đó là E.coli (23,40%). Kháng sinh beta-lactam được chỉ định điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (64,28%), sau đó là các quinolon (35,72%). Ba phác đồ chiếm tỷ lệ cao nhất là beta-lactam + quinolon (30,3%), 5-nitro-imidazol + beta-lactam (27,27%) và beta-lactam + aminoglycosid (15,15%). Về tính hợp lý của các phác đồ được sử dụng, phác đồ kháng sinh sử dụng phù hợp chiếm tỷ lệ cao (74,47%) Sử dụng kháng sinh hợp lý chưa thực sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

[1]*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng*
[3]*Cục quản lý dược, Bộ Y Tế*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021
Ngày duyệt bài: 20.5.2021

Từ khóa: sử dụng kháng sinh, mẫu bệnh phẩm máu.

SUMMARY

SURVEY THE USE OF ANTIBIOTICS IN PATIENTS WITH POSITIVE BACTERIAL BLOOD SPECIMENS IN HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL 2019

This study was designed retrospectively with no intervention for the purposes of: 1. Surveying the use of antibiotics in patients with positive bacterial blood cultures 2. Assessment of the rationality of antibiotic use in patients with positive bacterial cultures. The study conducted 47 patients with positive bacterial blood cultures. The results showed that the common entrance of bacteria is urinary and hepatobiliary (21.28%), in addition to other roads with lower percentage such as soft tissue skin, respiratory and digestive tract. In terms of the characteristics of pathogenic bacteria, pathogenic bacteria are mainly Gram-negative bacteria (80.85%), of which E. coli ESBL accounted for the highest percentage (29.79%) followed by E.coli (23.40%). Regarding the characteristics of the antibiotic regimen used, the beta-lactams accounted for the highest percentage (64.28%), followed by quinolones (35.72%). In the beta-lactam group, ceftazidime is indicated the most (42.86%), followed by cefoperazon, cefotaxim and ampicillin + sulbactam all accounting for 7.14%. Three regimens with the highest proportion were beta-lactam + quinolone (30.3%), 5-nitro-

imidazole + beta-lactam (27.27%) and beta-lactam + aminoglycoside (15.15%). Regarding the reasonableness of the regimens used, the appropriate antibiotic regimen accounted for a high proportion (74.47%), and the inappropriate use regimen accounted for a low rate (25.53%).

Keywords: use of antibiotics, specimen of blood

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]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm mục đích 1) Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân có mẫu bệnh phẩm máu cấy vi khuẩn dương tính tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019 2) Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân có mẫu bệnh phẩm máu cấy vi khuẩn dương tính tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thời điểm nhập viện từ 01/01/2019 đến 31/12/2019. Có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính từ mẫu bệnh phẩm máu. Phác đồ điều trị có sử dụng kháng sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các xét nghiệm vi sinh không có kết quả kháng sinh đồ tương ứng. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân sử dụng kháng sinh dưới 48 giờ hoặc không sử dụng kháng sinh.

Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2019 tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả không can thiệp dựa trên các thông tin thu được từ bệnh án điện tử của các bệnh nhân.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh án nội trú có mẫu bệnh phẩm máu cấy định danh vi khuẩn dương tính từ 01/01/2019 đến 31/12/2019. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 47 bệnh án.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp thuận tiện, chọn liên tục tất cả các bệnh án đủ tiêu chuẩn trong suốt thời gian nghiên cứu. Thu thập số liệu hồi cứu trên bệnh án điện tử.

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 [5]

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)[6]

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lí trên phần mềm SPSS 22 và Excel 2010. Nghiên cứu sử dụng phân tích đơn biến cho từng biến độc lập để tìm hiểu mối liên hệ giữa các biến độc lập này với kết quả điều trị ý nghĩa khi $p < 0,05$. Tiếp theo sử dụng kiểm định Independent T-Test để so sánh sự khác biệt về số ngày nằm viện trung bình giữa các nhóm sử dụng kháng sinh, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. 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 (n=47)

Tác nhân gây bệnh		Số lượng	Tỷ lệ (%)	P_value
Vi khuẩn Gram âm	E.coli ESBL	14	29,79%	P<0,05
	E.coli	11	23,40%	
	Klebsiella pneumoniae	4	8,51%	
	Salmonella	2	4,26%	
	Proteus mirabilis	2	4,26%	
	Vi khuẩn Gram âm khác	5	10,63%	
Vi khuẩn Gram dương	MSSA	4	8,51%	
	MRSA	3	6,38%	
	Vi khuẩn Gram dương khác	2	4,26%	
Tổng		47	100%	

ESBL: Extended-spectrum beta-lactamases; MRSA: Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus; MSSA: methicillin-susceptible Staphylococcus aureus

Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm (80,85%), trong đó E.coli ESBL chiếm tỷ lệ cao nhất (29,79%) sau đó là E.coli (23,40%), ngoài ra còn có Klebsiella pneumonia (8,51%), Salmonella (4,26%), Proteus mirabilis (4,26%) và một số vi khuẩn Gram âm khác. Vi khuẩn Gram dương gây bệnh chủ yếu là tụ cầu vàng, trong đó Staphylococcus aureus chiếm tỷ lệ cao nhất (8,51%), MRSA (6,38%) và một số vi khuẩn Gram dương khác ($p < 0,05$). E.coli có tỷ lệ kháng cao với ciprofloxacin (50%). E.coli vẫn còn nhạy với nhiều kháng sinh ceftazidim (75%), ceftriaxon (75%), amikacin (75%), và đặc biệt là còn nhạy cảm hoàn toàn với một số kháng sinh nhóm carbapenem như meropenem, imipenem, ertapenem. E.coli ESBL đã kháng với hầu

hết các kháng sinh, ceftriaxone (83,33%), cefotaxim (83,33%), ciprofloxacin (75%). Tuy nhiên, E.coli ESBL còn nhạy khá cao với amikacin (66,67%) và nhạy hoàn toàn với kháng sinh nhóm carbapenem như: meropenem, imipenem, ertapenem.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

Hoạt chất		**Số lượt kê đơn**	**%**
Penicillin			
Oxacilin		2	2,56
Ampicilin		2	2,56
Carbapenem			
Meropenem		18	23,08
Imipenem		10	12,82
Cephalosporin			
Ceftazidim		20	25,64
Cefoperazon		14	17,95
Cefotaxim		7	8,97
Ceftriaxone		6	7,69
Cefazolin		4	5,13
Aminoside			
Gentamycin		2	2,56
Amikacin		20	25,64
Glycopeptide			
Vancomycin		12	15,38
Colistin		15	2,56
Flouroquinolone			
Levofloxacin		3	3,85
Ciprofloxacin		23	29,49
	Nhóm khác		
Metronidazol		11	14,1
Sulfamethoxazol+ Trimethoprim		1	1,28
Clindamycin		3	3,85
Tổng		**78**	**100**

Với các bệnh nhân được dự đoán nhiễm khuẩn huyết, các beta-lactam được chỉ định điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (64,28%), sau đó là các quinolon (35,72%). Trong nhóm beta - lactam, ceftazidim được chỉ định nhiều nhất (42,86%), sau đó là cefoperazon, cefotaxim và ampicillin + sulbactam đều chiếm tỷ lệ 7,14%.

Bảng 3: Tính hợp lý của phác đồ kháng sinh sau khi có kết quả cấy máu

Chỉ tiêu đánh giá		N	Tỷ lệ (%)
Sử dụng thuốc kháng sinh phù hợp (n=47)	Phù hợp	35	74,47
	Không phù hợp	12	25,53
Phù hợp phổ kháng khuẩn (n=47)	Phù hợp	41	87,23
	Không phù hợp	6	12,77
Phù hợp liều dùng (n=47)	Phù hợp	40	85,11
	Không phù hợp	7	14,89
Sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm (n=47)	Có sử dụng	15	31,91
	Không sử dụng	32	68,09
Chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận (n=26)	Có chỉnh liều	21	80,77
	Không chỉnh liều	5	19,23

Phác đồ kháng sinh sử dụng phù hợp chiếm tỷ lệ cao (74,47%), phác đồ sử dụng không phù hợp chiếm tỷ lệ thấp (25,53%). Có 41/47 bệnh nhân (87,23%) được sử dụng phác đồ phù hợp về phổ kháng khuẩn. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng phác đồ phù hợp về liều dùng (85,11%) cao hơn số bệnh nhân có phác đồ không phù hợp về liều dùng. Có 21 bệnh nhân (80,77%) được hiệu chỉnh liều do suy thận, tỷ lệ bệnh nhân không được hiệu chỉnh thấp (19,23%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 32 bệnh nhân (68,09%) không sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm, có 15 bệnh nhân (31,91%) sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm.

Bảng 4. Hiệu quả sử dụng kháng sinh

		Sử dụng kháng sinh phù hợp		Sử dụng kháng sinh không phù hợp		P_value
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Kết quả điều trị	Đỡ/khỏi	26	55,3	9	19,1	P=1 OR=0,963
	Không đỡ	9	19,1	3	6,4	
Số ngày nằm viện	Mean ± SD	10,86±9,3		8,25±6,2		P=0,283
Số ngày sử dụng kháng sinh	Mean ± SD	8,74±5,8		7,17±6,2		P=0,449

Việc sử dụng kháng sinh hợp lý chưa thực sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Không có sự khác biệt thống kê về số ngày nằm viện và số ngày sử dụng kháng sinh giữa nhóm sử dụng kháng sinh phù hợp và nhóm sử dụng kháng sinh không phù hợp

IV. BÀN LUẬN

Về căn nguyên vi sinh phân lập được từ mẫu bệnh: vi khuẩn Gram âm (80,85%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với vi khuẩn Gram dương (19,15%), trong đó E. Coli ESBL chiếm tỷ lệ cao nhất (29,79%). Tương đồng với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương Huế, tác nhân chính gây nhiễm khuẩn huyết là E.coli (35,1%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, E.coli kháng với ciprofloxacin với tỷ lệ cao nhất (50%) và còn nhạy cảm với nhiều kháng sinh thường dùng khác như amikacin, ceftazidim, ceftriaxon (hình 3.2); E.coli ESBL đã kháng với nhiều kháng sinh như cefotaxim (83,33%), ceftriaxon (83,33%), ciprofloxacin (75%), tuy nhiên, E.coli ESBL còn nhạy cảm hoàn toàn với một số kháng sinh nhóm beta-lactam như meropenem, imipenem và ertapenem. Có 35 bệnh nhân (74,47%) được sử dụng kháng sinh phù hợp. Có 6 bệnh nhân sử dụng không phù hợp về phổ kháng khuẩn, theo tìm hiểu của chúng tôi, nguyên nhân là do bệnh nhân có đáp ứng tốt trên lâm sàng với thuốc, các chỉ số lâm sàng của bệnh nhân giảm và bệnh nhân có kết quả điều trị tiến triển theo hướng tốt nên bác sĩ không thay đổi phác đồ kháng sinh. Có 31,91% bệnh nhân sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm. Những phác đồ như này là không tối ưu vì sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị các nhiễm khuẩn nhạy cảm có thể gây nên tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm ra mối tương quan giữa sử dụng kháng sinh hợp lý và kết quả điều trị (khoảng CI 95%, p=1, OR=0,963). Vậy việc sử dụng kháng sinh hợp lý chưa thực sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Điều này được lý giải do cỡ mẫu của chúng tôi khá nhỏ nên khó có thể phản ánh được mối tương quan giữa việc sử dụng kháng sinh hợp lý và kết quả điều trị. Mặt khác, bệnh nhiễm khuẩn huyết là bệnh lý cấp tính nghiêm trọng, việc điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác ngoài kháng sinh như các biện pháp đảm bảo hô hấp, điều chỉnh cân bằng nước và điện giải, đảm bảo sự tưới máu, hạ sốt và dinh dưỡng nâng cao thể trạng cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa số ngày sử dụng kháng sinh và số ngày nằm viện, theo như tìm hiểu của chúng tôi, một số bệnh nhân nhập viện sau một thời gian thì bị mắc nhiễm khuẩn huyết, hoặc bệnh nhân nhập viện vì nhiễm khuẩn huyết nhưng sau một thời gian điều trị thì đã khỏi nhưng bệnh nhân tiếp tục ở lại viện để điều trị bệnh mắc kèm có sẵn. Vì vậy số ngày nằm viện của bệnh nhân khác biệt so với số ngày sử dụng kháng sinh. Không có sự khác biệt thống kê về số ngày nằm viện và số ngày sử dụng kháng sinh giữa nhóm sử dụng kháng sinh phù hợp và nhóm sử dụng kháng sinh không phù hợp. Điều này cũng được lý giải do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi quá nhỏ nên khó có thể cho thấy một sự khác biệt thống kê giữa số ngày nằm viện và số ngày sử dụng kháng sinh giữa hai nhóm sử dụng kháng sinh phù hợp và sử dụng kháng sinh không phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành khảo sát trên 47 bệnh nhân có kết quả cấy định danh vi khuẩn dương tính được điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, nhóm nghiên

cứu rút ra một số kết luận như sau: Tỷ lệ gây bệnh của vi khuẩn Gram âm cao hơn vi khuẩn Gram dương. Các chủng vi khuẩn gây bệnh nhiều nhất là: Escheriachia coli (23,40%), Escheriachia coli ESBL (29,79%) Phác đồ ban đầu dạng phối hợp chiếm tỷ lệ cao (70,21%). Phác đồ kháng sinh đơn độc khởi đầu được sử dụng nhiều nhất là beta-lactam, phác đồ phối hợp sử dụng nhiều nhất là beta-lactam kết hợp với quinolon. Phác đồ kháng sinh sau khi có kết quả cấy máu sử dụng phù hợp với tỷ lệ cao (74,47%). Số lượng bệnh nhân sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nhạy cảm thấp (31,91%). Sử dụng kháng sinh hợp lý chưa thự sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fridkin, S., et al., Vital signs:** improving antibiotic use among hospitalized patients. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2014. **63**(9): p. 194-200.
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. **Antimicrobial Therapy, I.,** Sanford guide collection. 2020.
6. **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.
7. **Trần Xuân Chương và các tác giả,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện Trung ương Huế 2009 - 2012. Hội nghị khoa học bệnh truyền nhiễm và HIV/AIDS toàn quốc năm 2013, 2014.