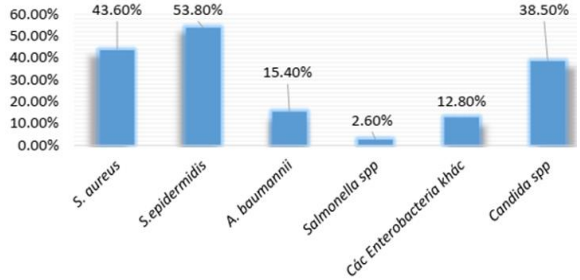
	radiobacter			
	Salmonella	1	5,0	
	Sphingomonas wittichii	1	5,0	
	Stenotrophomonas maltophilia	1	5,0	
Nấm men	Candida spp	15		**8,3%**
Tổng		**181**	**100**	**181**

Nhận xét: Có 181 chủng vi khuẩn/vi nấm đã phân lập được, trong đó chủ yếu là các cầu khuẩn Gram dương (63%), kế tiếp là trực khuẩn Gram dương (16%) và trực khuẩn Gram âm (11%). Trong nhóm trực khuẩn Gram âm, A. baumannii chiếm tỷ lệ cao (45%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân lập được một số tác nhân gây nhiễm khuẩn quan trọng trên bàn tay NVYT

Nhận xét: Trong tổng số 39 mẫu thu thập được từ bàn tay NVYT, có 43,6% mẫu mang vi khuẩn Tụ cầu vàng (S. aureus), 53,8% mang S. epidermidis, 15,4% mang A. baumannii và 38,5% mang nấm Candida spp. Có 1 NVYT mang vi khuẩn Salmonella spp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 39 mẫu bàn tay lấy ngẫu nhiên từ 39 NVYT, nuôi cấy và định danh tất cả các loài vi khuẩn phân lập được. Kết quả cho thấy, 100% mẫu có sự phát triển của vi khuẩn/vi nấm trong đó số loài vi khuẩn/vi nấm dao động từ 1-10 loài/bàn tay. Có 25,6% bàn tay NVYT tìm thấy 4 loài vi khuẩn, 20,5% thấy 3 loài, 15,4% thấy 5 loài, đặc biệt bàn tay 1 NVYT chứa 10 loài vi khuẩn (bảng 1). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Minh Tuấn tại Bệnh viện ĐH Y dược Hồ Chí Minh, có 13,5% mẫu bàn tay không có vi khuẩn mọc, 46,2% chứa 1 loại vi khuẩn, 32,7% mang 2 loại và chỉ có 1,1% phân lập được 4 loại vi khuẩn [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng cộng có 181 chủng vi khuẩn/vi nấm đã phân lập được, trong đó chủ yếu là các cầu khuẩn Gram dương (63%), đặc biệt Staphylococcus spp chiếm 87,7% trong nhóm này, kế tiếp là trực khuẩn Gram dương (16%) và trực khuẩn Gram âm (11%). Đáng chú ý, tỷ lệ bàn tay mang vi khuẩn Acinetobacter spp, đặc biệt là A. baumannii - một tác nhân gây NKBV thường gặp chiếm tỷ lệ cao trong nhóm trực khuẩn Gram âm (45%) (bảng 2). Với đặc tính sinh học đặc biệt, có thể sống được ở cả môi trường khô ráo lẫn ẩm ướt nhờ khả năng bám dính của màng sinh học (biofilm) đã giúp Acinetobacter spp gắn chặt vào bề mặt dụng cụ, môi trường và bảo vệ vi khuẩn, tạo điều kiện cho vi khuẩn dễ dàng tồn tại lâu dài. Do đó, chúng có cơ hội thu nhận, tích lũy gen kháng kháng sinh gây khó khăn trong điều trị và kiểm soát lây nhiễm.

Trong số các vi sinh vật gây bệnh quan trọng, đáng chú ý, chúng tôi đã phân lập được S. auerus trên 17/39 bàn tay NVYT, chiếm 43,6%, phân bố rải rác ở các khoa trong bệnh viện (biểu đồ 1). Vai trò gây bệnh của Tụ cầu vàng trong các NKBV cho đến nay không phải bàn cãi. Chúng được biết đến như là căn nguyên của nhiễm khuẩn huyết, nhiễm trùng da và mô mềm, viêm màng não, viêm nội tâm mạc, viêm phổi bệnh viện…. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, các loài Staphylococcus cogagulase âm tính (NCoS) cũng chiếm tỷ lệ cao (83 chủng/37 bàn tay), tỷ lệ bàn tay xuất hiện vi khuẩn Staphylococcus epidermidis là 53,8% (biểu đồ 1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kylesh D. tại bệnh viện Baragwanath (Nam Phi) (54,7%) [6]. Staphylococcus epidermidis có thể thúc đẩy nhiễm trùng huyết do khả năng hình thành màng sinh học trên các thiết bị y tế xâm lấn và tạo ra độc tố. Vì vậy, các vi khuẩn thường trú này nếu có cơ hội xâm nhập thì hoàn toàn có khả năng gây ra các bệnh lý nhiễm trùng nghiêm trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một số Enterobacteria phân lập được bao gồm: Enterobacter (2/39), Klebsiella (1/39), Salmonella (1/39), Pantoea (2), Cronobacter (1), không phân lập được E. coli, Proteus,… Chủng loại các vi khuẩn đường ruột chúng tôi phân lập được đa dạng hơn so với nghiên cứu của M. Nawa, chỉ có 2 loài Enterobacter agglomerans (6.7%), Escherichia coli (2.2%) được tìm thấy trên bàn tay NVYT [7]. Các Enterobacteria từ lâu đã được biết đến với vai trò là các tác nhân gây ra nhiễm trùng cơ hội quan trọng với sự biểu hiện đa dạng về mặt lâm sàng. Bên cạnh đó, chúng cũng "nổi tiếng" bởi khả năng kháng lại những quan trọng như cephalosporin các thế hệ, carbapenem. Việc thu nhận được gen đề kháng mã hóa ESBL, carbapenemase làm cho tình trạng

kháng kháng sinh nghiêm trọng hơn, và do đó, chúng trở nên quan trọng hơn trên lâm sàng.

Bên cạnh các tác nhân vi khuẩn, trong nghiên cứu này của chúng tôi tìm thấy 15/39 (38,5%) mẫu bàn tay là ổ chứa Candida spp, trong đó có 3 chủng phân lập được từ khoa Hồi sức tích cực. Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều nghiên cứu phát hiện ra rằng con đường lây nhiễm ngoại sinh không phải là hiếm bởi môi trường và bàn tay bẩn của NVYT. Nghiên cứu của Sakita phát hiện Candida spp trên bề mặt dụng cụ ICU với tỷ lệ 22,45% và 63,15 % trên nhân viên [5]. Tổng cộng có 34,1% NVYT trong nghiên cứu của Yildirim mang Candida spp trên bàn tay của mình, trong đó điều dưỡng chiếm 30,7%, bác sỹ: 25,8% và 28,6% trên kỹ thuật viên xét nghiệm [8]. Các bệnh cảnh do Candida gây ra rất đa dạng, đặc biệt trên những người có sức đề kháng kém, hệ miễn dịch bị suy giảm. Ngoài các nhiễm trùng đường sinh dục thường thấy, Candida còn có thể gây viêm phổi, viêm màng não,… Chính vì vậy, sự tồn tại của nhóm vi sinh vật này trên bàn tay NVYT cần đáng được quan tâm.

Có thể nói, sự tồn tại của các vi sinh vật bàn tay rất đa dạng. Trong điều kiện bình thường, chúng có thể chỉ là vi sinh vật thường trú hoặc vãng lai nhưng trong những điều kiện thuận lợi nhất định, chúng sẵn sàng gây bệnh khi có cơ hội.

V. KẾT LUẬN

Hệ vi khuẩn bàn tay của NVYT khá phong phú với nhiều chi, loài. Trong đó, nhiều vi khuẩn phân lập được là tác nhân gây bệnh quan trọng như S. aureus, A. baumannii, Salmonella spp,… và vi nấm Candida spp. Kết quả của nghiên cứu góp phần khẳng định mối liên quan trực tiếp của bàn tay NVYT trong vai trò là trung gian lây truyền các NKBV. Do vậy, việc tuân thủ vệ sinh tay đúng cách và đạt chất lượng là vô cùng thiết yếu nhằm loại bỏ hoặc giảm bớt các vi sinh vật trên bàn tay NVYT, giúp hạn chế NKBV trong điều kiện hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), "Hướng dẫn thực hành Vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh" (Ban hành kèm theo quyết định số 3916/QĐ_BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ y tế).
2. **Huỳnh Minh Tuấn và cộng sự,** (2012), "Phổ vi sinh vật trên bàn tay nhân viên y tế tại bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh", Nghiên cứu y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16 (Phụ bản số 1).
3. **Lê Thị Anh Thư, Vương Thị Nguyên Thảo, Nguyễn Phúc Tiến,** (2002), "Đánh giá số lượng vi khuẩn trên tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Chợ Rẫy", Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng lần thứ nhất, 2002.
4. **Didier Pittet, MD, MS; Sasi Dharan, MT; Sylvie Touveneau, RN; et al** (1999), "Bacterial Contamination of the Hands of Hospital Staff During Routine Patient Care", America Medical Association. 159 (821-826).
5. **K.M. Sakita, D. R. Faria et al,** (2017), "Healthcare workers' hands as a vehicle for the transmission of virulent strains of Candida spp.: A virulence factor approach", Microb Pathog. 113, pp. 225-232.
6. **Kylesh D. Pegu, Helen Perrie; et al,** (2021), "Microbial contamination of the hands of healthcare providers in the operating theatre of a central hospital",
7. **M. Nawa, P. Nkhoma et al,** (2021), "Bacteriological profile and antimicrobial efficacy of alcohol-based hand rubs among health care workers and family caregivers at the children's university teaching hospital in Lusaka, Zambia", Scientific African. 12(e00775).
8. **M. Yildirim, I. Sahin, A. Kucukbayrak, D. Ozdemir et al,** (2007), "Hand carriage of Candida species and risk factors in hospital personnel", Mycoses. 50(3), pp. 189-92.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TỔN THƯƠNG MẮT

Nguyễn Thanh Xuân[1], Nguyễn Văn Thắng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch và đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương mắt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 57 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương mắt điều trị từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017 tại Khoa nội tiết Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao: bệnh nhân có tuổi cao (>60 tuổi) chiếm: 75,44%, giới nam chiếm: 61,16%, rối loạn lipid máu chiếm: 56%. Tỷ lệ bệnh nhân có kiểm

[1]*Bệnh viện Quân y 103*
[2]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân
Email: bsxuanhatay@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023
Ngày duyệt bài: 6.3.2023

soát nồng độ glucose máu kém và trung bình chiếm: 83%, kiểm soát HbA1c kém và trung bình chiếm: 93%. Tổn thương mắt với tỷ lệ: tổn thương hai mắt: 89,4%, thị lực kém (<3/10): 16,7%, tăng nhãn áp: 1,85%, tổn thương võng mạc: 93,5%, đục thủy tinh thể: 79,6%, tổn thương khác: 25,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có tỷ lệ cao các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi, giới nam, rối loạn lipid máu và kiểm soát glucose, HbA1c trung bình và kém; tổn thương mắt chủ yếu là tổn thương cả 2 mắt, tổn thương võng mạc và đục thủy tinh thể.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ tim mạch, Đái tháo đường, Tổ thương mắt.

SUMMARY

SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN DIABETES PATIENTS WITH EYE DAMAGE

Objectives: to study some cardiovascular risk factors and eye damage characteristics in diabetic patients with eye damage. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study in 57 diabetic patients with eye damage Who were treated from March 2017 to July 2017 at the Endocrinology Department of Military Hospital 103. **Results:** Diabetic patients with eye damage had a high percentage of cardiovascular risk factors: elderly patients (>60 years old) were 75.44%, men were 61.16%, disordered patients were 75.44%. dyslipidemia were 56%. The proportion of patients with poor and moderate blood glucose control were: 83%, poor and moderate HbA1c control were 93%. Eye damage with the rate: binocular damage: 89.4%, poor vision (<3/10): 16.7%, glaucoma: 1.85%, retinal damage: 93.5%, cataract: 79.6%, other lesions: 25.9%. **Conclusion:** Diabetic patients with eye damage have high rates of cardiovascular risk factors such as age, male sex, moderate and poor glucose and HbA1c control; Eye damage is mainly damage to both eyes, retinal damage and cataract.

Keywords: Cardiovascular risk factors, Diabetes, Eye damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang là một trong những bệnh không lây nhiễm hàng đầu trên thế giới. Trong đó, ĐTĐ týp 2 chiếm tỷ lệ trên 90%, bệnh tiến triển từ từ, âm thầm và khi kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại di chứng nặng nề cho người bệnh [1]. Tổn thương mắt là tổn thương thường gặp trên bệnh nhân ĐTĐ týp 2 và có mối liên quan chặt chẽ với tiến triển của bệnh lý này. Các tổn thương tại mắt bao gồm các tổn thương xuất hiện trên võng mạc liên quan đến tổn thương vi mạch, các tổn thương thủy tinh thể liên quan rối loạn chuyển hóa đường, các tổn thương bề mặt nhãn cầu chủ yếu do viêm, nhiễm trùng. Hậu quả của các tổn thương này từ gây ra các khó chịu trên bề mặt nhãn cầu, giảm thị lực, ảnh hưởng chất lượng thị giác, đến mất chức năng thị giác. Trong quản lý, theo dõi và điều trị người bệnh đái tháo đường thì khám phát hiện các biến chứng tổn thương mắt được quan tâm và thường xuyên nhằm phát hiện sớm và dự phòng những biến chứng nguy hiểm gây tàn phế. Chính vì vậy, nghiên cứu này tiến hành nhằm: *Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc điểm tổn thương mắt hở những người đái tháo đường có tổn thương mắt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 57 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ týp 2 và khám phát hiện có biến chứng mắt, tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 03/2017 - 7/2017

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ týp 2; khám phát hiện tổn thương tại mắt do ĐTĐ; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý tại mắt trước đây; tổn thương mắt do nguyên nhân khác: tăng huyết áp, chấn thương, phẫu thuật... Có bệnh nội tiết khác: Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chi…; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Khám toàn thân: xác định tình trạng toàn thân, ý thức, các biến chứng cấp tính, các biến chứng toàn thân khác.

+ Khám tại mắt**:** Đo thị lực: sử dụng bảng thị lực Landolt, thử kính để xác định thị lực tối đa, chuyển sang đơn vị LogMAR để tính toán; Đo nhãn áp: sử dụng nhãn áp kế Maclakov; Khám bán phần trước: sử dụng sinh hiển vi đèn khe, phát hiện các bất thường trên giác mạc, tiền phòng, thể thủy tinh; Khám bán phần sau: sau giãn đồng tử bằng Mydrin - P 1%. Sử dụng kính Volk cùng sinh hiển vi đèn khe quan sát dịch kính, màng dịch kính sau, võng mạc hậu cực, gai thị. Chụp cắt lớp võng mạc: chụp OCT võng mạc vùng hoàng điểm có phân tích độ dày võng mạc trung tâm (VMTT), độ dày VM vùng hoàng điểm trung bình, vị trí tăng độ dày, hình thái phù, diện tích tăng độ dày.

- Một số tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu: **nhóm tuổi:** chia thành 2 nhóm: ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi; **Giới**: nam và nữ; **Thời gian phát hiện**: tính theo năm, từ khi BN được chẩn đoán ĐTĐ týp 2 đến thời điểm khám phát hiện tổn thương tại mắt, căn cứ theo hỏi bệnh, hồ sơ

khám bệnh, và khám lâm sàng; **Chỉ số đường máu**: chia thành 3 nhóm: kiểm soát tốt: <7mmol/l, kiểm soát chấp nhận được: 7-10 mmol/l, kiểm soát kém: >10mmol/l; **Chỉ số HbA1C**: chia thành 3 nhóm: kiểm soát tốt: ≤ 6,5%, kiểm soát chấp nhận được: 6,5%-7,5%, kiểm soát kém: ≥7,5% [1]; **Thị lực**: Phân mức độ theo bảng phân loại của tổ chức Y tế thế giới (1997): Thị lực kém: <3/10 (>0,5 đơn vị LogMAR), thị lực trung bình: 3/10 ≤ và ≤ 8/10 (0,5 ≤ và < 0,1 đơn vị LogMAR), thị lực tốt: > 8/10 (≥ 0,1 đơn vị LogMAR); **Nhãn áp**: Giới hạn bình thường trong khoảng 15 đến 24 mmHg. Đo theo phương pháp Maclakop; **Hình thái đục thủy tinh thể:** căn cứ trên khám sinh hiển vi đèn khe; **Các triệu chứng trên võng mạc (VM)**: quan sát trên soi đáy mắt kết hợp chụp OCT.

- Kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng chương trình Excel và SPSS 16.0. Trong các phân tích, giá trị p < 0,05 là có ý nghĩa thống kê. Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

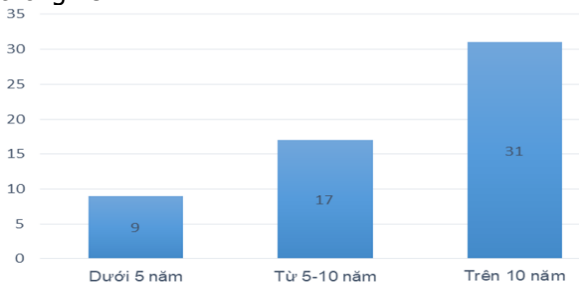
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình là 64,7 ± 11,8 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi theo bảng sau:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi, giới	Số bệnh nhân (n=57)	Tỷ lệ (%)
≤ 60 tuổi	14	24,56
>60 tuổi	43	75,44
Giới nam/giới nữ	36/21	63,16/36,84

Nhóm > 60 tuổi chiếm 75,44% nhiều hơn nhóm ≤ 60 tuổi chỉ chiếm 24,56%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Như vậy ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng mắt, thì tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi chiếm ưu thế hơn rất nhiều. Giới nam có tổn thương mắt nhiều hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

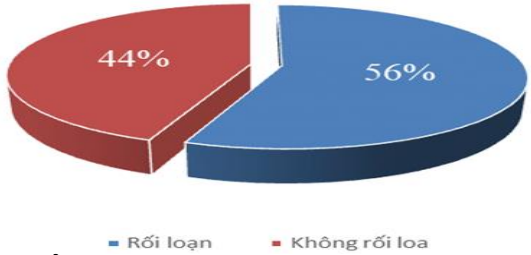


Biểu đồ 3.1. Phân bố thời gian tiến triển

Thời gian phát hiện bệnh cao nhất là 20 năm, thấp nhất là 1năm, trung bình 8,3 ± 5,2 năm. Số BN có thời gian phát hiện <5 năm (15,79%), ít hơn số BN có thời gian phát hiện >5 năm (84,21%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

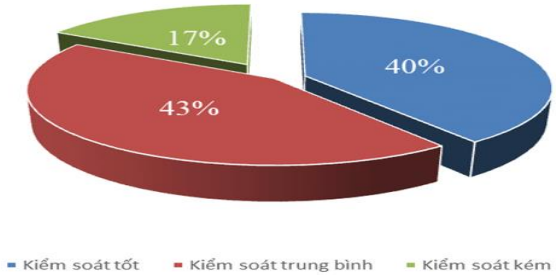
Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số sinh hóa máu

Chỉ số	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Cholesterol (mmol/l)	2,22	7,74	4,88±1,17
Triglycerid (mmol/l)	0,55	9,55	2,53±1,83
Glucose (mmol/l)	3,10	37,23	15,22±6,93
HbA1C (%)	5,80	20,40	9,67±3,03



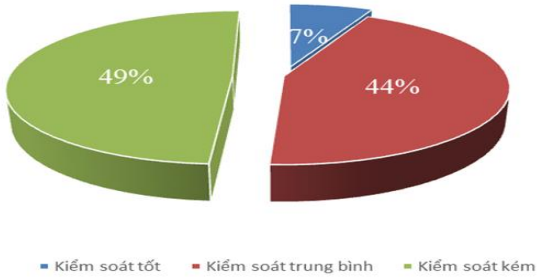
Biểu đồ 3.2. Phân bố rối loạn lipid máu

Rối loạn chuyển hóa lipid xuất hiện trên 43 BN chiếm 56%, không rối loạn lipid trên 24 BN chiếm 44%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Phân bố tình trạng kiểm soát đường huyết

Trong nhóm nghiên cứu, BN kiểm soát đường huyết tốt (<7mmol/l) chiếm 17%, BN kiểm soát đường huyết ở mức trung bình (7-10 mmol/l) chiếm 43%, BN kiểm soát đường huyết kém (>10mmol/l) chiếm 40%. Số BN kiểm soát kém và trung bình (83%) nhiều hơn kiểm soát tốt (17%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



Biểu đồ 3.4. Phân bố tình trạng kiểm soát HbA1c

Kết quả BN kiểm soát HbA1c tốt (<6,5%) chiếm 7%, BN kiểm soát HbA1c ở mức trung bình (6,5-7,5%) chiếm 49%, BN kiểm soát HbA1c kém (>7,5%) chiếm 44%. Số BN kiểm soát kém và trung bình (93%) nhiều hơn kiểm soát tốt (7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2. Đặc điểm tổn thương mắt

Bảng 3.3. Số mắt bị tổn thương

Số mắt tổn thương	Số bệnh nhân (n = 57)	Tỷ lệ (%)
Một mắt	6	10,6
Hai mắt	51	89,4

Số BN chỉ có tổn thương chỉ 1 mắt chiếm 10,6% ít hơn số BN có tổn thương cả 2 mắt chiếm 89,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương mắt

Loại tổn thương	Số mắt (n = 108)	Tỷ lệ (%)
Thị lực kém < 3/10	28	16,7
Tăng nhãn áp (≥ 25mmHg)	2	1,85
Tổn thương võng mạc	101	93,5
Tổn thương đục thủy tinh thể	86	79,6
Tổn thương khác (chắp, lẹo, khô mắt, glocom tân mạch, viêm bờ mi)	28	25,9

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Tuổi trung bình của là 64,7 ± 11,8, nhỏ nhất là 33 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu chúng tôi cũng cao hơn kết quả chương trình Diabcare - Asia (1998) tuổi mắc bệnh trung bình là 57,7 ± 12,2 năm [2], Diabcare - Việt Nam tuổi trung bình mắc bệnh là 57,6 ± 13,2 năm, nghiên cứu của P.V.Anh tuổi mắc bệnh trung bình là 57,7±12,59, nghiên cứu của tác giả T. A.Tuấn độ tuổi trung bình là 51,49±9,64 [3]. Như vậy, những BN có tuổi cao hơn thì nguy cơ có biến chứng ĐTĐ cao hơn.

Theo nghiên cứu của Jame Orcutt (2004) [4] thì tỷ lệ BN bị đái tháo đường có độ tuổi trên và dưới 60 tuổi có tổn thương ở mắt là 55% và 45%. Điều này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khi nhóm BN > 60 tuổi, nhiều hơn nhóm BN ≤ 60 tuổi khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Như vậy, BN mắc ĐTĐ cùng với yếu tố tuổi cao tỷ lệ xuất hiện biến chứng tại mắt cao hơn.

Giới tính: tỷ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, tỷ lệ nam chiếm 63,16% tỷ lệ nam giới là 36,84%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. BN nam và nữ khác nhau về cấu trúc, sinh lý và hormon, tuy nhiên có thể khi mắt ĐTĐ đã số ở những bệnh nhân đã cao tuổi, yếu tố giới không còn sự khác biệt quá lớn do đó quá trình rối loạn chuyển hóa đường gây ra tổn thương tại mắt không có sự khác biệt.

Thời gian phát hiện bệnh: thời gian phát hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi từ 1-20 năm, thời gian trung bình là 8,3 ± 5,2 năm trong đó nhóm trên 10 năm chiếm đa số, kết tương đương với Klein và cs là 8,4 năm, N.N.P.Uyên (2015) trung bình 9,4 ± 0,6 năm.

Glucose máu và HbA1c: Nồng độ glucose máu trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,22 ± 6,93 mmol/l**.** Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả T.V.Bình (2004) 11,8 ± 2,5 mmol/l, Spijkerman và cs là 9,0 ± 1,35 mmol/l. Mức độ kiểm soát đường máu của chúng tôi cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm đa số với 29% là có tình hình kiểm soát đường huyết tốt, 45,2% kiểm soát đường huyết ở mức trung bình, 25,8% kiểm soát đường huyết kém. Giá trị HbA1c trung bình là 9,67 ± 3,03%. Về mức độ kiểm soát HbA1c cũng cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm ưu thế hơn so với mức độ kiểm soát tốt. Theo nghiên cứu về đái tháo đường ở Việt Nam năm 2002 – 2003, khoảng 80% bệnh nhân đái tháo đường ở nước ta không có được tình trạng kiểm soát đường huyết tốt. Theo chúng tôi, ngoài công tác khám điều trị cần nâng cao ý thức chấp hành điều trị của BN.

Rối loạn lipid máu: kết quả cho thấy rối loạn chuyển hóa lipid và không rối loạn khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tỷ lệ BN có tăng triglycerid (65,6%), tăng cholesterol (34,5%) cao tương tự kết quả trong nghiên cứu của T.V.Bình tăng triglycerid (60,8%), tăng cholesterol máu (26,9%). Các rối loạn lipid máu có vai trò quan trọng làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch, làm thay đổi chức năng nội mạc, do đó dẫn tới các tổn thương tại mạch máu nói chung và hệ mạch máu võng mạc nói riêng. Li Yin (2020) các yếu tố nguy cơ thời gian mắc bệnh, rối loạn lipid máu, thừa cân, tăng huyết áp có liên quan chặt với tổ thương võng mạc và mức độ tổ thương mắt ở bệnh nhân ĐTĐ [5].

Tổn thương mắt: Kết quả nghiên cứu thị lực cao nhất là 0,3, thấp nhất là 1,0, trung bình là 0,7 ± 0,21. Đồng thời theo phân mức thị lực thì cũng cho thấy thị lực mức độ trung bình chiếm đa số, nhiều hơn nhóm thị lực tốt và kém, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này khác với tác giả N.B.Chiến (2006) nghiên cứu trên 31 (67,7%) thị lực còn ở mức kém (%) chiếm tỷ lệ cao nhất, 3 mắt (9,7%) có thị lực tốt, 7 mắt (22,6%) có thị lực kém, Nhưng lại tương tự kết quả nghiên cứu của P.T.T.Như (2012) trên

166 mắt bị bệnh VMĐTĐ thì tỷ lệ số mắt có thị lực khá và tốt là 51,8%, thị lực kém 33,73%, gần mù chiếm 14,45% [7]. Như vậy, nhìn chung nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có thị lực cao hơn, sự khác biệt theo chúng tôi cũng gây ra bởi 3 lý do: thứ nhất các BN có số lượng lớn nằm trong nhóm giai đoạn sớm (chưa tăng sinh), thứ hai hầu hết BN đến khám là do nhìn mờ nên đây là vấn đề BN quan tâm nhất, thứ ba các nghiên cứu có thị lực thấp hơn chủ yếu thực hiện trên nhóm đối tượng có tổn thương mắt ở giai đoạn muộn.

Nhãn áp trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết nằm trong giới hạn bình thường (98,15%), tuy nhiên có 2 mắt có tăng nhãn áp đều được khám phát hiện là bệnh Glocom tân mạch thuộc cùng 1 BN. Như vậy, theo chúng tôi mặc dù nhãn áp ít có ý nghĩa trong đánh giá biến chứng do ĐTĐ gây ra, nhưng nếu nhãn áp cao nên lưu ý thăm khám tân mạch xuất hiện trên mống mắt để phát hiện glocom tân mạch.

Mắt có tổn thương: Số BN có tổn thương trên cả 2 mắt là 102 (89,47%), cao hơn số BN có tổn thương chỉ ở 1 mắt là 6 (10,53%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. ĐTĐ là bệnh lý toàn thân, gây ra tổn thương có tính hệ thống do vậy tổn thương này sẽ xuất hiện trên cả hai mắt, tuy giai đoạn có thể khác nhau. Trên 6 mắt bị bệnh ở một mắt thì thấy đều là ở giai đoạn sớm của tổn thương hiện có, do vậy đó có thể là lý do BN chưa có biểu hiện tại mắt còn lại. Như vậy, theo chúng tôi, khi BN xuất hiện biểu hiện tổn thương trên 1 mắt thì luôn luôn cần thăm khám kỹ mắt còn lại hoặc có thái độ theo dõi chặt chẽ. Đa số bệnh nhân đều bị phù hoàng điểm cả hai bên (70,3%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương VM chiếm (93,5%), đục TTT chiếm (79,6%), các tổn thương khác (chắp, lẹo, khô mắt, glocom tân mạch, viêm bờ mi) chiếm (25,9%). Tổn thương võng mạc chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu hiện nay về vấn đề tổn thương mắt do ĐTĐ. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra được cơ chế gây bệnh rõ ràng của ĐTĐ trên hệ mạch của võng mạc, đó là các tổn thương vi mạch có liên quan tắc nghẽn mạch, và thiếu máu. Điều đó cho thấy khám võng mạc thông qua các biện pháp khám lâm sàng cũng như các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là hết sức cần thiết. Từ đó định hướng cho bác sỹ lâm sàng theo dõi, kiểm soát biến chứng do ĐTĐ

Các tổn thương khác xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn, gồm các tổn thương bề mặt, hoặc biến chứng sau của quá trình thiếu máu võng mạc. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi là cao hơn so với những nghiên cứu về tỷ lệ xuất hiện những tổn thường trên cộng đồng người ở cùng lứa tuổi. Do vậy, có thể khẳng định ĐTĐ đã làm xuất hiện các tổn thương trên sớm và nặng hơn. Từ đó sau nghiên cưu này, chúng ta cần giải quyết được phần nào các biến chứng đó thông qua kiểm soát bệnh ĐTĐ chứ không dừng ở mức điều trị tại chỗ đơn độc. Điều này có nhiều ý nghĩa vì hầu hết các tổn thương bệnh lý trên đều mang tính chất mạn tính kéo dài.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao: bệnh nhân có tuổi cao (>60 tuổi) chiếm: 75,44%, giới nam chiếm: 61,16%, rối loạn lipid máu chiếm: 56%. Tỷ lệ BN có kiểm soát nồng độ glucose máu kém và trung bình chiếm: 83%, kiểm soát HbA1c kém và trung bình chiếm: 93%.

- Tổn thương mắt với tỷ lệ: tổn thương hai mắt: 89,4%, thị lực kém (<3/10): 16,7%, tăng nhãn áp: 1,85%, tổn thương võng mạc: 93,5%, đục thủy tinh thể: 79,6%, tổn thương khác: 25,9%.

Như vậy: Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có tỷ lệ cao các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi, giới nam, rối loạn lipid máu và kiểm soát glucose, HbA1c trung bình và kém; tổn thương mắt chủ yếu là tổn thương cả 2 mắt, tổn thương võng mạc và đục thủy tinh thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định: 5481/QĐ-BYT** về việc ban hành tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Bộ Y tế, 30/12/2020.
2. **Diabcare – Asia** (2003). "A Survey – Study on Diabetes Management and Diabetes Complication Status in Asian Countries". Vietnam. PP. 43 – 45.
3. **Trần Anh Tuấn, Phan Thị Anh Thư, Lê Thị Nguyệt** (2012), "Đánh giá kết quả ban đầu tầm soát bệnh võng mạc đái tháo đường từ xa bằng chương trình CARA", Nhãn khoa Việt Nam (số 25-2012), tr.17-23.
4. **Orcutt, J. et al.** (2004), "Eye disease in veterans with diabetes", Diabetes Care. 27 Suppl 2, tr. B50-3.
5. **Li Yin, MS et al** (2020), "Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in diabetic patients", Medicine (Baltimore). 2020 Feb; 99(9): e19236. Published online 2020 Feb 28. doi: 10.1097/MD.0000000000019236.
6. **Nguyễn Quang Toàn** (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng mắt ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tăng huyết áp", Luận văn thạc sỹ, Học viện Quân y.
7. **Phan Thị Tố Như** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2", Luận văn thạc sỹ, Học viện Quân y.
8. **Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A,** "Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review", Eye 2004; 18 (10): 963-983.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIỂU GEN HCV VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Quế Anh Trâm[1], Vũ Thị Nga[2]

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm gan siêu vi C (HCV) là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến xơ gan và ung thư gan, có nguy cơ gây tử vong cao. Trong đó việc xác định chính xác kiểu gen của virus viêm gan C có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng thành công của điều trị cũng như thời gian cần thiết của điều trị. **Mục đích nghiên cứu**: Xác định sự phân bố của các kiểu gen (Genotype) của siêu vi viêm gan C và mối liên hệ với các đặc điểm cận lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Trong tổng số 239 bệnh nhân viêm gan C được thực hiện HCV RNA bằng kỹ thuật PCR: Kết quả có 172 (71,97%) trường hợp HCV RNA (+), 67 (28,03%) trường hợp HCV RNA (-). Tỷ lệ HCV genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 44,19%, sau đó là genotype 6 với 42,44%, genotype 3 chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 1,16% và có 9,88% bệnh nhân không xác định được genotype. Không có mối liên hện giữa các genotype HCV với giới tính và độ tuổi. **Kết luận:** Trong bốn loạn Genotype HCV được ghi nhận, genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Không có mối liên hện giữa các genotype HCV với giới tính và độ tuổi.

Từ khóa: Siêu vi viêm gan C (HCV), kiểu gen, viêm gan

SUMMARY

ASSIGNMENT BETWEEN RELATIONSHIP HEPATIS C GENOTYPES WITH PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS TREATMENT THE CENTER FOR TROPICAL DISEASES, NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Background: Hepatitis C virus (HCV) is the main cause of cirrhosis and liver cancer, with a high risk of death. In which, determining the exact genotype of the hepatitis C virus plays an important role in predicting the success of treatment as well as the necessary duration of treatment. **Objective:** This study was aimed to update the distribution pattern of HCV genotypes and the relationship with subclinical characteristics. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study. **Results:** a total of 239 hepatitis C patients who underwent HCV RNA by PCR: The results were 172 (71,97%) HCV RNA (+) cases, 67 (28,03%) HCV RNA (-) cases.The proportion of HCV genotype 1 accounted for the highest rate, accounting for 44,19%, followed by genotype 6 with 42,44%, genotype 3 accounted for the smallest rate of 1,16% and 9,88% of patients could not identify the genotype. There was no association between HCV genotypes and sex and age. **Conclusion:** Of the four HCV Genotype disorders recorded, genotype 1 accounts for the highest rate. The ralation between HCV genotypes with gender and age is not significant.

Keywords: HCV, geneotype, Hepatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus là một bênh truyền nhiễm phổ biến đã và đang được quan tâm nhiều trên thế giới, đặc biệt ở các nước đang phát triển như châu Phi, châu Á với tỷ lệ nhiễm bênh khá cao và thường để lại những hậu quả nặng nề như viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan. Hiện nay, Trung tâm kiểm soát bênh tật Centers for Disease Control and Prevention – CDC (Atlanta – Mỹ) đã công nhận 7 virus gây viêm gan: A, B, C, D, E, G, và TT virus. Trong các loại virus gây viêm gan trên thì virus viêm gan B và C là hai loại thường gặp hơn cả và gây ra những hậu quả nặng nề dễ dẫn đến viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư gan. Đây là hai loại virus gây viêm gan thường gặp nhiều ở các nước châu Phi, Nam Mỹ và châu Á. Trong những năm gần đây virus viêm gan C (HCV) gây bênh viêm gan C, lây truyền theo đường máu được đặc biết chú ý. Tầm quan trọng của viêm gan C không chỉ ở tỷ lệ nhiễm tương đối cao trên thế giới, mà còn chủ yếu do bệnh thường phát triển từ nhiễm cấp tính thành mạn tính (80 – 85%) [1].

Tỷ lệ nhiễm HCV trên thế giới khoảng 1-3% dân số. Theo thống kê của WHO, mỗi năm có hơn một triệu ca nhiễm được báo cáo hàng năm, chỉ riêng tại Hoa Kỳ có gần bốn triệu người bị nhiễm và 30.000 ca nhiễm trùng mới cấp tính được ước tính xảy ra hàng năm [2]. Hiện tại, HCV là nguyên nhân gây ra ước tính khoảng 8.000 đến 10.000 ca tử vong hàng năm ở Hoa Kỳ, và nếu không có biện pháp can thiệp hiệu quả, con số đó được dự đoán sẽ tăng gấp ba lần trong vòng 10 đến 20 năm tới [3]. Được phát hiện vào năm 1989, và cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu thành công về vắc-xin viêm gan C và tỷ lệ nhiễm viêm gan C vẫn còn cao. Do đó, việc phát triển một loại vắc-xin hiệu quả toàn cầu để

[1]Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
[2]Trung tâm Xét nghiệm Y khoa Labhouse
Chịu trách nhiệm chính: Quế Anh Trâm
Email: tramlien@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023
Ngày duyệt bài: 7.3.2023

ngăn ngừa các ca bệnh mới, đặc biệt là ở các nước kém phát triển, nơi nhiễm HCV phổ biến hơn và việc điều trị là ngoài khả năng tài chính đối với hầu hết bệnh nhân là vấn đề quan trọng hàng đầu. Sự phát triển của một loại vắc-xin như vậy đã bị cản trở, ít nhất một phần, bởi sự không đồng nhất lớn của bộ gen HCV.

Đa số các trường hợp nhiễm HCV không có triệu chứng lâm sàng, nên nhiễm HCV có thể dẫn tới xơ gan hoặc ung thư gan mà không có dấu hiêu báo trước. Do đó, chẩn đoán chính xác tác nhân HCV là một mục tiêu quan tâm hàng đầu của các bác sĩ, từ đó mới điều trị, theo dõi diễn tiến và biến chứng của bệnh, phòng ngừa sự lây lan của HCV. Mặc khác, điều trị đặc hiệu HCV rất tốn kém, cho nên trước khi tiến hành điều trị ta cần đánh giá khả năng điều trị cao hay thấp. Hai yếu tố giữ vai trò quan trọng trong tiên lượng đáp ứng điều trị là tải lượng virus và genotype của virus. HCV có 6 kiểu gen (genotype), gồm 1, 2, 3, 4, 5 và 6. Việc xác định kiểu gen của HCV có một ý nghĩa hết sức quan trọng để xác định phác đồ điều trị cũng như dự đoán đáp ứng điều trị, thời gian tiến hành điều trị. Theo Bộ Y tế, các kiểu gen thường gặp ở nước ta là 1, 2, 3 và 6 [4]. Theo một số nghiên cứu trong nước cho thấy kiểu gen thường gặp nhất là 1, 2 và 6 [5-7].

Kiểu gen của HCV tại đơn vị của chúng tôi như thế nào? Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào về kiểu gen HCV của các bệnh nhân khám và điều trị tại đơn vị chúng tôi. Hơn nữa, tỷ lệ phân bố kiểu genotype tại mỗi bệnh viện, thời điểm khác nhau có thể không giống nhau. Để làm sáng tỏ câu hỏi đó, cũng như góp phần vào quá trình chẩn đoán và điều tích cực hơn cho người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu *"Xác định kiểu gen HCV và đánh giá mối liên quan giữa kiểu gen HCV với các đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thời gian nghiên cứu: Tất cả mẫu huyết thanh của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An được chỉ định làm anti HCV, HCV RNA, HCV genotype trong thời gian từ 1/2019 đến 12/2019.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các mẫu của bệnh nhân đã điều trị HCV, mẫu phát hiện HCV RNA nhưng không được chỉ định làm HCV genotype.

Phương pháp thực hiện xét nghiệm: Mẫu huyết thanh của bệnh nhân nghi ngờ nhiễm virus HCV (Anti HCV dương tính) được chỉ định xét nghiệm HCV RNA RT-Realtime PCR để đo tải lượng virus. Các mẫu có xác định được tải lượng virus (dương tính) thì tiếp tục thực hiện xác định genotype của HCV bằng kỹ thuật RT-Realtime PCR.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, cắt ngang mô tả

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

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được thu thập trên các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, không có bất kỳ can thiệp nào vào quá trình điều trị. Do đó, không ảnh hưởng đến kinh tế người bệnh. Các thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực hiện PCR phát hiện HCV RNA. Từ tháng 1/2019 đến 12/2019, có 239 bệnh nhân viêm gan C được thực hiện HCV RNA bằng kỹ thuật Realtime PCR: Kết quả có 172 (71,97%) trường hợp HCV RNA (+), 67 (28,03%) trường hợp HCV RNA (-).

3.1.1. Đặc điểm giới tính và tuổi

Bảng 1. Đặc điểm giới tính và tuổi của bệnh nhân có HCV RNA (+)

Đặc điểm	n	%
Giới tính		
Nam	143	83,14
Nữ	29	16,86
Nhóm tuổi		
≤20	3	1,74
21 - 39	52	30,23
40 - 59	75	43,61
≥ 60	42	24,42
Tuổi trung bình	47,482 ± 14,346	
Tuổi trung bình nam	45.818 ± 14,349	
Tuổi trung bình nữ	55.689 ± 14,273	

Kết quả về sự phân bố tỷ lệ nhiễm HCV theo tuổi và giới ở bảng 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn nữ (83,14% so với 16,86%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,482 ± 14,349 tuổi. Trong đó, độ tuổi trung bình của nam thấp hơn nữa (45,818 ± 14,349 so với 55,689 ± 14,273). Nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 43,61%.

3.1.2. Tỷ lệ các genotype của HCV

Bảng 2. Tỷ lệ HCV genotype

Genotype	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	**76**	**44,19**
2	4	2,33
3	2	1,16
6	**73**	**42,44**
Không xác định	17	9,88
Tổng cộng	**172**	**100**

Kết quả về sự phân bố kiểu gen qua bảng 2

cho thấy trong 172 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ HCV genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 44,19%, sau đó là genotype 6 với 42,44%, genotype 3 chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 1,16% và có 9,88% bệnh nhân không xác định được genotype.

3.2. Mối liên hệ giữa các genotype của HCV với giới tính và nhóm tuổi

Bảng 3: Mối liên hệ giữa các genotype với giới tính

Giới tính	Genotype HCV					p
	1	2	3	6	Không xác định	
Nam	65	0	2	56	11	0,606
Nữ	11	3	1	17	6	

Bảng 4. Mối liên hệ giữa các genotype với nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Genotype HCV					p
	1	2	3	6	Không xác định	
≤20	2	0	0	0	1	0,067
21 - 39	20	1	2	26	5	
40 - 59	41	3	1	26	7	
≥ 60	13	0	0	21	4	

Nhận xét: Từ kết quả phân tích trong bảng 3 và bảng 4 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các genotype HCV với giới tính và nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Viêm gan do HCV là một bệnh nguy hiểm, vì triệu chứng lâm sàng thường mơ hồ, trong khi đó để lại hậu quả thường nặng nề như bệnh nhân chuyển qua mạn tính, diễn tiến xơ gan, ung thư gan. Do đó, chẩn đoán chính xác tác nhân HCV giúp cho bác sỹ điều trị, theo dõi diễn tiến bệnh tốt cho người bệnh cũng như phòng ngừa sự lây lan của HCV.

Xét nghiệm Anti HCV là xét nghiệm thường quy, dùng sàng lọc bệnh nhân nhiễm HCV. Tuy nhiên, xét nghiệm này có thể âm tính giả hoặc dương tính giả, gây ra những khó khăn nhất định trong điều trị HCV. Do đó, sử dụng kỹ thuật realtime PCR, một kỹ thuật cực kỳ nhạy và đặc hiệu để tìm HCV RNA, HCV genotype giúp cho quá trình điều trị, theo dõi diễn tiến người bệnh tốt hơn.

4.1. Thực hiện xét nghiệm HCV RNA. Xét nghiệm Anti-HCV là xét nghiệm đầu tiên nhằm xác định sự tồn tại của kháng thể kháng virus trong cơ thể. Tuy nhiên, xét nghiệm này dương tính cũng không chắc chắn là người bệnh đang còn virus trong huyết thanh hay virus đang hoạt động hay không. Xét nghiệm HCV RNA giúp chẩn đoán các trường hợp nhiễm HCV hoạt động. Nó cũng hữu ích trong việc xác nhận các trường hợp dương tính giả (ví dụ viêm gan tự miễn), tải lượng virus, giúp dự đoán, theo dõi thải trừ virus trong quá trình theo dõi điều trị [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 239 bệnh nhân có anti HCV dương tính được thực hiện xét nghiệm HCV RNA, trong đó 172 trường hợp có HCV RNA (+) (chiếm 71.97%) chứng minh là có mang virus đang hoạt động. Có 12 bệnh nhân nhiễm HIV, trong đó có 9 bệnh nhân có HCV RNA dương tính. Có 67 trường hợp, chiếm 28,03% HCV RNA (-), điều này có thể do bệnh nhân đã nhiễm và khỏi bệnh, chỉ còn kháng thể tồn tại.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Khổng Tường Minh và cộng sự (2017) trên bệnh nhân đồng nghiễm HCV và HIV/AIDS cho thấy HCV RNA dương tính chiếm 67,90% (108/159) trong tổng số trường hợp có anti HCV dương tính [8]. Còn nghiên cứu của Lê Đình Vĩnh Phúc và cộng sự (2015) tại Bệnh viên Bệnh nhiệt đới Thành Phố Hồ Chí Minh có tỷ lệ HCV RNA dương tính lên đến 83% (83/100) [9]. Một nghiên cứu trên đối tượng công nhân người Myanmar, Campuchia làm việc tại Thái Lan cho thấy tỷ lệ HCV RNA dương tính từ 55,56 – 75,76% [10]. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ HCV RNA dương tính giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trong và ngoài nước là do đặc điểm dân số nghiên cứu mỗi đơn vị là không giống nhau.

4.2. Về đặc điểm dân số nghiên cứu. Phần lớn các nghiên cứu tại Việt Nam đều cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV ở bệnh nhân nam cao hơn nhiều lần so với nữ giới 143 (83,14%) so với 29 (16,86%). Các nghiên cứu của Nguyễn Hiền Minh và cộng sự cũng cho kết quả tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (55,9% so với 44,1%) [8], tương tự một nghiên cứu khác của tác giả này cũng cho tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (53% so với 47%) [6]. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu của Lê Đình Vĩnh Phúc và cộng sự thì nam có tỷ lệ thấp hơn nữ (nữ chiếm 57%) [9], nghiên cứu của Phạm Bá Chung và cộng sự có tỷ lệ nam chiếm 43,29%, nữ chiếm 56,71% [5]. Theo nghiên cứu tại Thái Lan trên đối tượng người lao động người Campuchia, Myanmar cho tỷ lệ giới tính khác nhau giữa 2 nước này, theo đó, đối tượng lao động người Campuchia có tỷ lệ nam cao hơn nữ (67,02% so với 32,77%), còn đối tượng lao động người Myanmar thì nam chiếm 39,59%, còn nữ chiếm 54,27% [10].

Về độ tuổi, bệnh nhân trong nghiên này có độ tuổi trung bình là 47,482 ± 14,346, chứng tỏ độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu này

khá trẻ. Trong đó, độ tuổi bệnh nhân nam thấp hơn khá nhiều so với độ tuổi trung bình của bệnh nhân nữ (45,818 ± 14,349 của nam so với 55,689 ± 14,273 của nữ giới). Hơn 70% bệnh nhân nằm trong độ tuổi 21-59 tuổi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hiền Minh nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 61% [7]. Một nghiên cứu khác của tác giả này cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,7 ± 12,8 tuổi, cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu này của chúng tôi [6]. Theo Phạm Bá Chung, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,69 ± 11,65, của nam 57,58 ± 12,02, của nữ 59,54 ± 11.36 tuổi, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Còn theo nghiên cứu tại Thái Lan thì độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 27,77 ± 8.14 đối đối tượng lao động người Campuchia, 27,13 ± 6,19 đối với lao động người Myanmar, kết quả này là rất thấp so với nghiên cứu của chúng tôi (47,482 ± 14,346) [10], điều này có thể do đối tượng nghiên cứu là người xuất khẩu lao động, nên độ tuổi của dân số nghiên cứu là thấp.

4.3. Về tỷ lệ kiểu genotype của HCV. Siêu vi viêm gan C là một trong những siêu vi được phân ra làm nhiều kiểu gen (Genotype) và dưới kiểu gen (Subtype) khác nhau. Vì không có sự thống nhất tên gọi làm cho việc xác định kiểu gen gặp nhiều khó khăn, từ đó ý nghĩa kiểu gen trong điều trị HCV sẽ khác nhau. Năm 2002, Anouk T.Dev và cộng sự khi thực hiện việc xác định kiểu gen HCV trên đoạn 5'NC ở các bệnh nhân Đông Nam Á nhận thấy các kiểu gen 7,8,9 lẫn vào kiểu gen 1b 1. Do đó để thống nhất tên gọi các kiểu gen HCV, năm 2005 Peter Simmonds và cs đã đề xuất các cách phân loại kiểu gen HCV và được gọi cho đến nay [11]. Theo đó HCV được phân ra thành 6 kiểu gen chính, và mỗi kiểu gen sẽ có các dưới kiểu gen khác nhau (cho đến nay được chia hơn 80 các dưới kiểu gen) dựa vào các chữ cái a,b,c… Với sự phân chia đa dạng về kiểu gen nên việc xác định HCV genotype rất quan trọng trong xác định phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh, vừa đảm bảo kết quả điều trị hiệu quả, vừa giảm chi phí điều trị so với dung phác đồ điều trị tất cả các genotype HCV.

Các nghiên cứu tại Việt Nam khảo sát kiểu gen HCV dựa trên vùng 5'NC bằng các phương pháp khác nhau và đều có kết quả chung là kiểu gen 1 chiếm đa số với tỷ lện từ 55% đến 71% sau đó đến kiểu gen 6 và 2 như nghiên cứu của Hồ Tấn Đạt và cộng sự sử dụng kỹ thuật LiPA trên 272 bệnh nhân viêm gan C cho kết quả tỷ lệ các kiểu gen 1,2,6 lần lượt là 61,4%, 12,5%, 25,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với kiểu gen 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong khi đó, trong nghiên cứu của Nguyễn Hiền Minh và cs với gen đích là vùng NS5B thì kết quả cho thấy kiểu gen 6 chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,4%. Sự khác biệt này có thể giải thích do kỹ thuật xác định genotype HCV và gen đích trong các nghiên cứu là khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, có 4 loại Genotype HCV được ghi nhận,trong đó, genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Không có mối liên hện giữa các genotype HCV với giới tính và độ tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nizar N %J Clinical microbiology reviews Zein** (2000), "Clinical significance of hepatitis C virus genotypes". 13(2), tr. 223-235.
2. **MP Cooreman và EME %J Scandinavian Journal of Gastroenterology Schoondermark-Van de Ven** (1996), "Hepatitis C virus: biological and clinical consequences of genetic heterogeneity". 31(sup218), tr. 106-115.
3. **National Institutes of Health %J Hepatology** (1997), "National Institutes of Health Consensus development conference panel statement: management of hepatitis C". 26, tr. 2S-10S.
4. **Bộ Y tế** (2016), Hướng dẫn " Chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan Vi rút C", chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. **Phạm Bá Chung, Phạm Hùng Vân và Cao Minh Nga** (2015), "Sự phân bố kiểu gen HCV và il28b ở bệnh nhân viêm gan C", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 19(1), tr. 4.
6. **Nguyễn Hiền Minh và Phạm Hùng Vân** (2018), "Tần suất phân bố kiểu gene của siêu vi viêm gan c ở người Việt Nam dựa trên giải trình tự NS5B lượng mẫu lớn", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 22(2), tr. 4.
7. **Nguyễn Hiền Minh, Lý Khánh Vân và Lý Văn Xuân** (2014), "Tỉ lệ phân bố kiểu gene của siêu vi viêm gan C", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 18(1), tr. 6.
8. **Cao Minh Nga và các cộng sự.** (2017), "Sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn", Y học TP Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 8.
9. **Lê Đình Vĩnh Phúc và các cộng sự.** (2014), "HCV core antigen ở bệnh nhân nhiễm virus viêm gan C", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 18(1), tr. 8.
10. **Srunthron Akkarathamrongsin và các cộng sự.** (2011), "Seroprevalence and genotype of hepatitis C virus among immigrant workers from Cambodia and Myanmar in Thailand", Intervirology. 54(1), tr. 10-16.

NHẬN XÉT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BẰNG BỘ CÂU HỎI EQ-5D TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH VÀ CỘT SỐNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Hoàng Giang[1,2], Hoàng Gia Du[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự thay đổi chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng bằng bộ câu hỏi EQ-5D. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 42 người bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. **Kết quả**: CLCS chung của người bệnh có sự thay đổi rõ rệt sau phẫu thuật với xu hướng tăng dần và có ý nghĩa thống kê với p<0,05 tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng (0,722 ± 0,03), 3 tháng (0,850 ± 0,03) so với thời điểm trước phẫu thuật (0,341± 0.04). Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan về mức độ tăng CLCS sau phẫu thuật với các yếu tố giới, tuổi, nguyên nhân thay khớp và có hay không mắc bệnh lý nền với p>0,05. **Kết luận**: Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng có xu hướng tăng dần theo thời gian. ***Từ khóa:*** Chất lượng cuộc sống, phẫu thuật thay khớp háng, thang điểm EQ5D.

SUMMARY

COMMENTING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT BY EQ-5D QUESTIONS AT THE ORTHOPEDIC AND SPINE DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the change in quality of life of patients after hip replacement surgery using the EQ-5D questionnaires. **Method**: A cross-sectional descriptive study was carried out on 42 patients according to a homogeneous research sample. **Results**: The patient's overall quality of life score changed significantly after surgery with an increasing trend and statistically significant with p<0.05 at 1 month after surgery (0,722 ± 0,03), 3 months (0,850 ± 0,03) compared to the time before surgery (0,341± 0,04) and our study did not find a relationship between the increase in quality-of-life score after surgery with factors such as gender, age, cause of joint replacement. and with or without underlying disease with p>0,05. **Conclusion**: The quality of life of patients after hip replacement surgery tends to increase gradually over time.

Keywords: Quality of life, hip replacement surgery, EQ5D score.

[1]Bệnh viện Bạch Mai.
[2]Trường Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du
Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.12.2022
Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023
Ngày duyệt bài: 24.2.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là một trong các phẫu thuật mang lại kết quả tốt, đạt được sự hài lòng cao người bệnh (NB), cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ nhờ khả năng vận động sớm, hoà hợp khớp nhân tạo cơ thể nhanh chóng. Cuộc sống của NB mắc các bệnh lý khớp háng bị ảnh hưởng trầm trọng do đau, biến dạng khớp gây ngắn chi, giảm vận động, tình trạng này làm giảm chất lượng cuộc sống NB do ảnh hưởng đến khả năng đi lại, tự chăm sóc, lo lắng về sức khỏe của bản thân và phải lệ thuộc vào người khác trong sinh hoạt hằng ngày. Ngoài nhóm NB thay khớp háng do bệnh lý tại khớp, NB chấn thương gãy liên mấu chuyển (LMC) xương đùi và gãy cổ xương đùi (CXĐ) sau phẫu thuật (PT) thay khớp háng cũng có những lo lắng về chất lượng cuộc sống (CLCS) sau khi phẫu thuật như có thể giảm đau đớn hay có thể tự đi lại, tự chăm sóc được bản thân không luôn được NB và người nhà đặt lên hàng đầu.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá sự cải thiện chức năng cũng như CLCS NB sau phẫu thuật thay khớp háng (PTTKH) điều trị bệnh lý khớp háng và ghi nhận những cải thiện rõ rệt về mặt chức năng cũng như CLCS của NB. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá thay đổi chức năng khớp háng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu quan tâm đến thay đổi CLCS của NB sau mổ thay khớp háng[1]. Nghiên cứu CLCS của NB trước và sau PTTKH là rất quan trọng để đưa ra những bằng chứng cụ thể với mục đích: Giúp cho NB và bác sỹ lựa chọn những quyết định phù hợp cho điều trị. Đánh giá được hiệu quả sau phẫu thuật và chăm sóc NB. Xác định những biện pháp hỗ trợ cho điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc cho NB. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: nhận xét sự thay đổi CLCS của NB sau phẫu thuật thay khớp háng bằng bộ câu hỏi EQ-5D.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai
- Thời gian: từ tháng 04/2021 đến tháng 01/2022

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả NB được phẫu thuật thay khớp háng; Có đầy đủ hồ sơ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB không tỉnh táo, khiếm khuyết về các giác quan nghe, nhìn, phát âm. NB không tham gia đầy đủ các cuộc phỏng vấn đánh giá CLCS.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang được tiến hành trên tất cả NB thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: Tuổi (tính theo năm); Giới (nam/ nữ); Nghề nghiệp; Tiền sử bệnh tật.

- CLCS người bệnh qua bộ câu hỏi EQ 5D trước và sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng theo bộ câu hỏi có sẵn bằng cách thức phỏng vấn trực tiếp tại thời điểm trước phẫu thuật và qua điện thoại tại thời điểm sau phẫu thuật 1 thàng và 3 tháng: đánh giá điểm số và hệ số (mức độ) của mỗi vấn đề sức khỏe cấu thành nên CLCS bằng cách tính điểm sau đó tra bảng đo lường CLCS tại Việt Nam. Đánh giá 2 mặt của CLCS bao gồm: tình trạng sức khỏe về thể chất bằng điểm lần lượt của hoạt động đi lại, tự chăm sóc cảm nhận đau, khó chịu; tình trạng sức khỏe về tâm thần bằng điểm lần lượt của tình trạng lo lắng, u sầu. Đánh giá CLCS toàn diện của người bệnh: điểm số và hệ số (mức độ) CLCS theo thang điểm EQ-5D-5L phản ánh chất lượng sống của người bệnh, hệ số (mức độ) càng cao có nghĩa là chất lượng cuộc sống càng cao.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi, giới: Độ tuổi trung bình là 58,17±14,79 tuổi, trong đó độ tuổi từ 50-69 tuổi là chủ yếu chiếm 57.1%. NB trẻ nhất được thay khớp háng là 25 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi. NB nam giới chiếm phần lớn. Tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1.

- Đặc điểm lâm sàng: NB bị hoại tử chỏm xương đùi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 30 người bệnh (71,4%), nguyên nhân thay khớp háng do gãy xương chiếm tỷ lệ 28,6%. Tiền sử BN khỏe mạnh chiếm tỷ lệ là 21,4%. Nhiều nhất là BN có tiền sử bệnh khác (Suy thượng thận, mắc 2 bệnh trở lên, XHTH, lạm dụng rượu) chiếm tỷ lệ 50%.

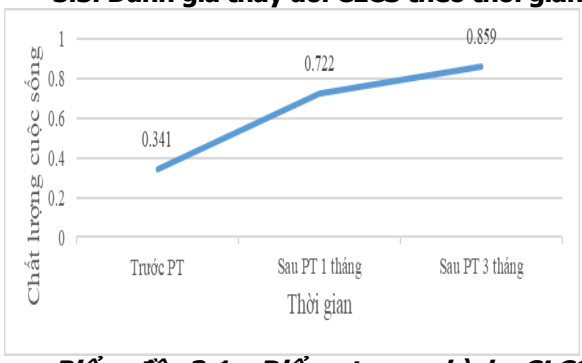
3.2. Đánh giá sự thay đổi CLCS người bệnh sau PTTKH

Bảng 3.1. Chất lượng cuộc sống của BN trước PT (n=42)

	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Điểm trug bình CLCS (X±SD)	0,341 ± 0,04	0,722 ± 0,03	0,850 ± 0,03
p	< 0,05		

Nhận xét: Tổng điểm trung bình CLCS của NB sau PT tăng liên tục và tăng nhanh ở thời điểm sau PT 1 tháng. trước PT là 0,341 ± 0,04, sau PT 1 tháng là 0,722 ± 0,03, sau PT 3 tháng là 0,850 ± 0,03. Sự cải thiện CLCS có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng so với thời điểm trước phẫu thuật với p<0,05.

3.3. Đánh giá thay đổi CLCS theo thời gian

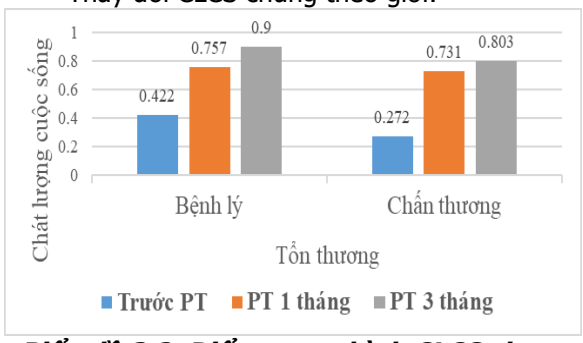


Biểu đồ 3.1. Điểm trung bình CLCS chung của NB trước và sau PT

Nhận xét: Kết quả cho thấy tổng điểm trung bình CLCS của NB sau phẫu thuật tăng liên tục và tăng nhanh nhất tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng. Trước mổ là 0,341 ± 0,04 điểm sau phẫu thuật 1 tháng 0,722 ± 0,03 điểm, 3 tháng 0,850 ± 0,03 điểm. Sự cải thiện sức khỏe thể chất có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng so với thời điểm trước phẫu thuật với p<0,05.

3.4. Đánh giá thay đổi CLCS chung

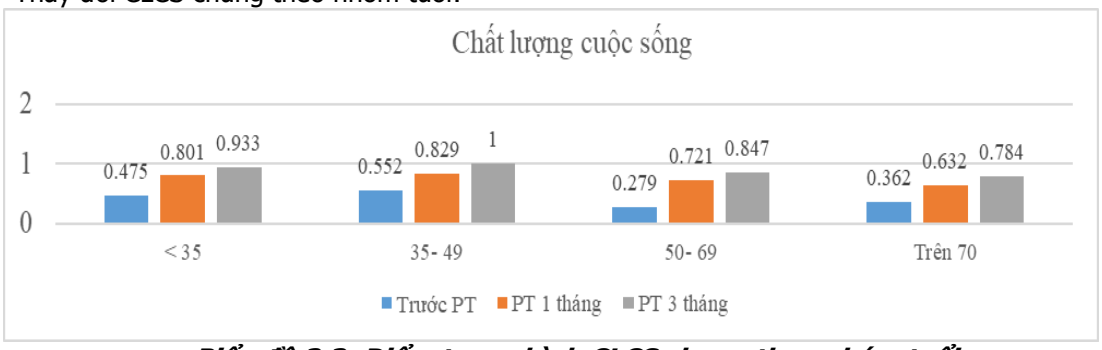
- Thay đổi CLCS chung theo giới:



Biểu đồ 3.2. Điểm trung bình CLCS chung theo giới

Nhận xét: CLCS chung ở cả nam và nữ đều tăng sau phẫu thuật. Tuy nhiên tăng CLCS sau mổ giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

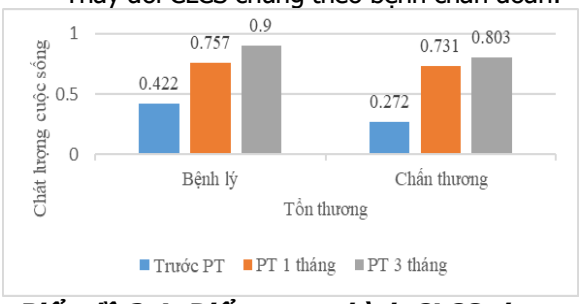
- Thay đổi CLCS chung theo nhóm tuổi:



Biểu đồ 3.3: Điểm trung bình CLCS chung theo nhóm tuổi

Nhận xét: Sau phẫu thuật CLCS chung ở các nhóm tuổi đều tăng. Trong đó, nhóm 35-49 tuổi có sự cải thiện tốt nhất và các nhóm tuổi lớn hơn có sự cải thiện chậm hơn.

- Thay đổi CLCS chung theo bệnh chẩn đoán:



Biểu đồ 3.4: Điểm trung bình CLCS chung theo bệnh chẩn đoán

Nhận xét: Điểm trung bình CLCS chung sau phẫu thuật ở các nhóm bệnh lý đều tăng. Trong đó nhóm do bệnh lý khớp háng có sự cải thiện tốt hơn nhóm gãy do chấn thương khớp háng. Tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi và Giới: Tuổi trung bình của NB trong nghiên cứu là 58,17 ± 14.79 tuổi, thấp nhất là 25 tuổi và cao nhất là 89 tuổi. Theo nghiên cứu của Hon-Yi Shi và cộng sự (2006) là 59 tuổi.[2] Sự khác biệt này có thể do một số nguyên nhân như: nhóm bệnh lý khớp háng cần thay khớp toàn phần tại Việt Nam khá trẻ, có thể do tình trạng lạm dụng các thuốc toàn thân trong thời gian dài (như Corticoid), tình trạng lạm dụng rượu người trẻ. Nhóm gãy cổ xương đùi được chỉ định thay khớp sớm do thể trạng cũng như chất lượng xương kém hơn, khả năng liền xương không cao khi kết hợp xương. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phân bố giới tính nghiêng nhiều về nam giới (76,2%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu: của Hon-Yi Shi (2006) là 56%.[2] Do đặc điểm nhóm NB tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu là thay khớp háng toàn phần do bệnh lý (30/42 người bệnh), hầu hết trong nhóm này nguyên nhân hoại tử chỏm liên quan đến tình trạng lạm dụng rượu nam giới.

- Chẩn đoán, tiền sử bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh hoại tử chỏm xương đùi chiếm tỷ lệ cao (71,4%). Gãy CXĐ (23,8%), gãy LMC xương đùi (4,8%). Theo nghiên cứu của Tạ Thị Bích Nguyệt năm 2015 thì tỷ lệ hoại tử chỏm xương đùi 1 bên cũng chiếm tỷ lệ cao (44,2%)...[1] Có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh nền khác khiến người bệnh mắc các bệnh lý về khớp háng để phải TKHTP như: Đái tháo đường, tăng huyết áp, SLE, xơ gan, bệnh khác (Suy thượng thận, mắc từ 2 bệnh trở lên, XHTT, lạm dụng rượu…) Trong nghiên cứu của chúng tôi tiền sử NB mắc các bệnh khác là chủ yếu (50%). Nguyên nhân là do phần lớn NB nghiên cứu là nam giới nên tiền sử bệnh khác chiếm tỷ lệ cao.

4.2. CLCS của BN thay khớp háng toàn bộ điều trị bệnh lý khớp háng

- CLCS chung: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình CLCS chung sau phẫu thuật của người bệnh có sự cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p<0,05 ở các thời điểm sau phẫu thuật. Trước mổ là 0,341 ± 0,04 sau phẫu thuật 1 tháng 0,722 ± 0,03 ,3 tháng 0,850 ± 0,03. Nguyên nhân là do sau phẫu thuật 1 tháng người bệnh có sự cải thiện rõ rệt cả về mọi mặt. Còn ở những thời điểm tiếp theo sự cải thiện chủ yếu là về mặt thể chất, người bệnh cần nhiều thời gian để tập luyện giúp tăng cơ lực, tăng biên độ vận động của khớp nhân tạo nên sự cải thiện ở giai đoạn này sẽ chậm hơn. Kết

quả nghiên cứu này của chúng tôi giống với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khác như: Hon-Yi Shi (2006) theo dõi thay đổi CLCS trên 335 NB sau phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ điều trị bệnh lý khớp háng, ghi nhận: trước phẫu thuật điểm trung bình CLCS của BN là 46,04 ± 3,76 điểm, sau phẫu thuật 3 tháng tăng lên 61,46 ± 1,85 điểm.[2] Hà Thị Kim Cúc và cộng sự (2020, n=31), cũng có kết quả tương tự khi khảo sát CLCS người bệnh sau mổ thay khớp háng do gãy liên mấu chuyển tại BV TW Huế.[3] Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điểm trung bình CLCS chung sau phẫu thuật đều tăng ở cả nam và nữ. Tuy nhiên giữa nam và nữ không thấy sự khác biệt về điểm CLCS chung do p>0,05, kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Aprato và cs (2011, n=176).[4] Điều này là dễ hiểu bởi phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ điều trị bệnh lý khớp háng đem lại sự cải thiện chức năng tốt cho mọi người bệnh không phân biệt giới tính.

Nhìn chung CLCS chung ở tất cả các nhóm tuổi đều tăng sau phẫu thuật. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì điểm CLCS chung này không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi (p<0,05). Kết quả này tương tự với nhóm tác giả Tạ Thị Bích Nguyệt và cs (2015), [1] Mohamed N và cs (2011).[6] Nhóm người bệnh trẻ tuổi là những người bệnh thay khớp háng do bệnh lý tại khớp diễn biến trong một thời gian dài, gia đình và người bệnh đã có những chuẩn bị tâm lý từ trước đó. Nhóm người bệnh lớn tuổi hầu hết là do tình trạng gãy xương tại khớp háng cấp tính nên có tâm lý lo lắng hơn. Tuy nhiên, qua kiểm định trung bình giữa các nhóm cho thấy, tuy có sự thay đổi nhưng sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê (với p> 0,05), điều này cho thấy công tác tư vấn điều trị, giải thích các yếu tố nguy cơ phẫu thuật, tập phục hồi chức năng sau mổ tại khoa có kết quả tốt, tạo được sự hài lòng, tin tưởng vào công tác điều trị của các người bệnh.

CLCS chung ở 2 nhóm bệnh lý và chấn thương đều tốt hơn. CLCS của nhóm chấn thương sau phẫu thuật cải thiện tốt hơn so với trước phẫu thuật nhiều hơn với nhóm bệnh lí. Tuy nhiên CLCS của nhóm bệnh lý cao hơn nhóm chấn thương có thể do tuổi của nhóm bệnh lí trẻ hơn so với nhóm tuổi của người bệnh gãy do chấn thương. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu về kết quả sau mổ do người bệnh tự đánh gía của tác giả Ostendorf M và cs (2012). [7]

- CLCS sức khỏe chung: Điểm trung bình sức khỏe chung của người bệnh tăng liên tục sau phẫu thuật và có ý nghĩa thống kê với p< 0,05 tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng so với thời điểm trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình sức khỏe chung của BN trước phẫu thuật là 34,6 điểm. Thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng điểm trung bình sức khỏe chung của BN là 85.9 điểm, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hon-Yi Shi (2006) là 61,71 ± 1,6 điểm[2]. Kết quả này tương tự về mức độ thay đổi khi chúng tôi so sánh với nghiên cứu của Chiu HC và cộng sự (2001, n=76) khi tác giả sử dụng bộ câu hỏi SF 36 trên những người bệnh phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.[5,6]

V. KẾT LUẬN

CLCS chung của người bệnh có sự thay đổi rõ rệt sau phẫu thuật với xu hướng tăng dần và có ý nghĩa thống kê với p<0,05 tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng so với thời điểm trước phẫu thuật. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan về mức độ tăng CLCS sau phẫu thuật với các yếu tố giới, tuổi, nguyên nhân thay khớp và có hay không mắc bệnh lý nền với p>0.05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Thị Bích Nguyệt (2015).** Nhận xét chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ thay khớp háng toàn bộ điều trị bệnh lý khớp háng. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Hon-Yi Shi, Herng-Chia Chiu, Je-Ken Chang. (2006).** Assess and predict health-related quality of life of hip replacement between Chinese in Taiwan. Int Orthop.32 (1), 27-32.
3. **Hà Thị Kim Cúc; Châu Thị Kim Yến; Nguyễn Thị Vân; Lê Thị Lành. (2020).** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh lớn tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi sau phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại bệnh viện TW Huế. Tạp chí Y học lâm sàng. 63, 61-66.
4. **Aprato A, Masse A, Caranzano F. (2011).** Patient-Perceived Quality of Life after Total Hip Arthroplasty: Elective versus Traumatological Surgery. Academic Journal.
5. **Chiu HC, Mau LW, Hsu YC (2001).** Postoperative 6-month and 1-year evaluation of health-related quality of life in total hip replacement patients. J Formos Med Assoc. 100(7), 461-465.
6. **Mahomed N, Gandhi R, Daltroy L, et al. (2011).** The Self-Administered Patient Satisfaction Scale for Primary Hip and Knee Arthroplasty. Arthritis.2011, 1-6.
7. **M. Ostendorf, H. F. van Stel, E. Buskens, et al. (2004).** Patient-reported outcome in total hip replacement. J Bone Joint Surg [Br]. 86-B(6), 801-808.
8. **Veljko Santic, Dalen Legović, Branko Sestan, et al. (2012).** Measuring Improvement Following Total Hip and Knee Arthroplasty Using the SF-36 Health Survey. Original scientific paper. 36(1), 207-212.